

Zuyd Hogeschool
Fachbereich Gezondheidszorg
Bachelorstudiengang Ergotherapie



Bachelorarbeit

zum Thema

Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen

Eine qualitative Studie zur Gestaltung
von betätigungsorientiertem und klientenzentriertem Arbeiten

Begleiterin: Esther Wendel

September 2019

Verfasserinnen:

Daniela Berg (1840924)

Jamie-Lee Oster (1865331)

Carolin Takacs (1847643)

Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung im Rahmen der ergotherapeutischen Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen

Zentrale Fragestellung:

Wie gestalten Ergotherapeut*innen eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ergotherapie in verschiedenen Institutionen mit psychisch erkrankten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren?

Eine Bachelorarbeit im Rahmen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie der
Zuyd Hogeschool im Fachbereich Gezondheidszorg

Begleiterin:

Esther Wendel

Verfasserinnen:

Daniela Berg (1840924)

Jamie-Lee Oster (1865331)

Carolin Takacs (1847643)

- September 2019 -

Vorwort und Danksagungen

Zu allererst möchten wir an dieser Stelle allen Menschen danken, die uns bei der Entstehung dieser Bachelorarbeit unterstützt und motiviert haben.

Ein großes Dankeschön gilt insbesondere:

- Esther Wendel, die uns als unsere Bachelorbegleiterin jederzeit konstruktiv unterstützt und während des gesamten Prozesses betreut und begleitet hat. Danke für deine Zeit, deine Ruhe, die du uns gegeben hast und die vielen hilfreichen Ratschläge.
- Allen Interviewteilnehmern und -teilnehmerinnen, ohne welche diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Danke für die Bereitschaft der Teilnahme, die Zeit, die Sie sich für uns genommen und die wertvollen Informationen über Ihre Arbeit, die sie uns gegen haben.
- Den Korrekturleser*innen Annika Breinig, Christian Schmidt und Lucas Weyer die uns eine große Hilfe waren.
- Nicolle Mans, die uns bei der Übersetzung des Abstracts in die niederländische Sprache unterstützt hat.
- Caterina Breuer, die uns bei der Übersetzung des Abstracts in die englische Sprache unterstützt hat.
- Unseren Partnern, Freunden und Freundinnen sowie unserer Familie, die uns jederzeit zur Seite gestanden, uns unterstützt und ermutigt haben. Danke für euren Rückhalt und eure Zusprache.

Urheberrecht

© Copyright Zuyd Hogeschool

Die vorliegende Bachelorarbeit entstand im Rahmen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie für deutsche Ergotherapeut*innen an der Zuyd Hogeschool in Heerlen. Die Arbeit ist einschließlich all ihrer Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Zuyd Hogeschool unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmung und Übersetzungen.

Lesehinweise

Innerhalb der gesamten Arbeit wird eine gendergerechte Sprache verwendet, um der gesetzlichen Forderung nach Gleichberechtigung aller Geschlechter gerecht zu werden. Dazu wird ein Stern (*) zwischen dem Wortstamm und der weiblichen Endung einer Personenbezeichnung (z.B. Kolleg*in) oder zwischen männlicher und weiblicher Endung eingefügt (z.B. Klient*in). Um eine korrekte Grammatik gewährleisten zu können, werden auch Artikel und Pronomen gegendert (z.B. ein*e Therapeut*in).

Bei der Bezeichnung von beispielsweise bestimmten Modellen oder Assessments werden diese bei der ersten Nennung vollständig ausgeschrieben. Anschließend wird die jeweilige Abkürzung, die vorher in Klammern ergänzt wurde, verwendet. Diese sowie gängige Abkürzungen wie usw. und z.B. sind ebenfalls im Abkürzungsverzeichnis erläutert.

Nicht gängige Begriffe werden durch [!] gekennzeichnet und werden im Glossar erläutert.

Englische Fachbegriffe und Begriffe von wichtiger Bedeutung werden im Text *kursiv* geschrieben, um diese optisch hervorzuheben.

Zitate und Abbildungen werden mithilfe der APA -6 Richtlinien (American Psychological Association, 2015) gekennzeichnet. Wörtliche Zitate werden durch Anführungszeichen kenntlich gemacht und kursiv dargestellt. Dabei werden Auslassungen durch eckige Klammern [...] dargestellt.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichern wir, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst und dabei keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet haben. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach Publikationen oder Vorträgen anderer Autor*innen entnommen sind, wurden als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Heerlen, den 05.09.2019

Daniela Berg Jamie-Lee Oster Carolin Takacs

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Abb.	Abbildung
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
ADL	Activities of daily living / Aktivitäten des täglichen Lebens
AOTA	American Occupational Therapy Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V
bzw.	beziehungsweise
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CO-OP	Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
DBT	Dialektisch Behaviorale Therapie
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
ET	Ergotherapie
et al.	Et alii / et aliae (lateinisch für: und andere)
e.V.	eingetragener Verein
FEW-2	Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung-2
FEW-JE	Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung- Jugendliche und Erwachsene
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health

I	Interviewerin
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KRAH®	KRAH®- Ansatz: Klientenzentrierung (K), Ressourcen - (R), Alltags- (A), und Handlungsorientierung (H)
LGBTQ	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer
MAB-C	Movement Assessment Battery for Children
MOHO	Model of Human Occupation
MOHOST	Model of Human Occupation Screening Tool
OCAIRS	Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
o.D.	Ohne Datumsangabe
S.	Seite
SMART	Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch, Terminiert
TN	Teilnehmer*innen
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
Z.	Zeile
z.B.	zum Beispiel

Abstract

Die Anzahl an Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung steigt. In diesem Bereich wurde die Ergotherapie bisher jedoch wenig erforscht. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Möglichkeiten für die Umsetzung einer betätigungsorientierten und klientenzentrierten Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen zu gewinnen. Dazu wurden neun Experteninterviews[!] mit Ergotherapeut*innen, die in diesem Bereich arbeiten, geführt. Die qualitative Auswertung ergab, dass Wissen über ergotherapeutische Prozess- und Inhaltsmodelle oft vorhanden ist, deren Umsetzung sich jedoch teilweise schwierig gestaltet. Bestimmte institutionelle Gegebenheiten wirken sich zudem als förderlich oder hemmend auf die Umsetzung einer modernen Ergotherapie aus. Die Arbeit mit Jugendlichen stellt Ergotherapeut*innen vor besondere Herausforderungen, weshalb eine Vielzahl an Kompetenzen auf persönlicher und professioneller Ebene erforderlich sind. Diese sollten Ergotherapeut*innen stets reflektieren, adaptieren und erweitern. Es zeigte sich, dass die Klientenzentrierung bereits fester Bestandteil ist, wohingegen die Betätigungsorientierung nicht einheitlich definiert und dadurch in unterschiedlichen Ansätzen umgesetzt wird. Weitere Forschung in diesem Bereich ist notwendig.

English

The number of adolescents with mental illnesses is rising, but there has not been much research in the area of Occupational Therapy thus far. The purpose of this research is to identify possibilities to implement client-centered occupational therapy on adolescents suffering from mental illnesses. Nine occupational therapists were interviewed as experts, and the consensus was that many times information about occupational therapy models exists, but is often difficult to apply. There are also certain institutional factors that inhibit the implementation of modern occupational therapy. Additionally, the work with adolescents presents occupational therapists with special challenges requiring a variety of personal and professional skills. These should be continuously reflected, adapted and expanded. Client-centeredness is presented as a fixed component; however, there is no consistent definition of occupation-based work, which is why it is, consequently, being practiced in different ways. Further research on this topic is most certainly required.

Nederlands

Het aantal jeugd met een psychische aandoening neemt toe. Op dit gebied heeft ergotherapie tot zover weinig onderzoek gekregen. Het doel is mogelijkheden te creëren voor het omzetten van een handelingsgeoriënteerde en cliënt-gecentreerde ergotherapie aanpak voor mensen met psychisch problemen. Er worden negen deskundige interviews gehouden met ergotherapeuten die op dit gebied werken. De kwalitatieve evaluatie toonde aan dat kennis over het ergotherapieproces en inhoudsmodellen vaak beschikbaar zijn, maar dat de implementatie soms moeilijk is. Bepaalde institutionele omstandigheden hebben een bevorderlijke of remmende werking op de uitvoering van de moderne ergotherapie. Werken met jongeren vergt ergotherapeuten met speciale uitdagingen, waarvoor een diversiteit aan competenties op persoonlijk en professioneel niveau nodig is. Ergotherapeuten moeten hierop steeds reflecteren, adapteren en uitbreiden. Aangetoond is dat cliënt-gecentreerd werken een vast onderdeel is, terwijl activiteit georiënteerd niet uniform gedefinieerd is en daarom in verschillende benaderingen wordt uitgevoerd. Verder onderzoek in dit gebied is noodzakelijk.

Zusammenfassung

Die Anzahl der Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung steigt in Deutschland stetig an. Um eine ganzheitliche Versorgung dieser zu gewährleisten, ist die Ergotherapie von hoher Relevanz, da diese die bedeutungsvollen Betätigungen der Klient*innen in den Fokus stellt. Der ergotherapeutischen Arbeit in der Jugendpsychiatrie wird allerdings bisher wenig Beachtung geschenkt, zudem besteht in diesem Arbeitsbereich eine Forschungslücke.

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden neun Interviews mit Ergotherapeut*innen, die mit psychisch erkrankten Jugendlichen arbeiten, geführt. Im Rahmen dieser wurden die Erfahrungswerte der Teilnehmenden zur Umsetzung von Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung erhoben, um Möglichkeiten für die Gestaltung einer modernen Ergotherapie in der Jugendpsychiatrie erfassen zu können. Zudem wurde eine umfassende Literaturrecherche betrieben, um den aktuellen Kenntnisstand in Bezug auf die Thematik zu ermitteln. Die Erkenntnisse dieser sowie die der Interviews wurden in Beziehung zueinander gesetzt, um daraus Rückschlüsse zu ziehen, wie Ergotherapeut*innen die Arbeit in diesem Bereich gestalten können.

Die qualitative Inhaltsanalyse der Interviews nach Mayring konnte verdeutlichen, wie die Ergotherapeut*innen den Therapieprozess innerhalb der drei Phasen - Evaluation, Intervention und Outcome - gestalten. Es zeigte sich, dass theoretisches Wissen über ergotherapeutische Prozess- und Inhaltsmodelle oft vorhanden ist, die Umsetzung sich zum Teil aber schwierig gestaltet. Weiterhin stellte sich heraus, dass die Teilnehmenden den Anspruch haben, ihre Arbeit klientenzentriert und betätigungsorientiert zu gestalten. Dabei zeigte sich, dass die Klientenzentrierung bereits eine hohe Anwendung findet, wohingegen die Betätigungsorientierung nicht einheitlich definiert ist und sich dadurch unterschiedliche Ansätze der Umsetzung ergeben. Die Resultate veranschaulichen, dass insbesondere die Kompetenzen der Domänen *Kommunikation*, *Zusammenarbeit* und *Fürsprache* sich als hilfreich in der Arbeit mit den Jugendlichen, bei welcher die Ergotherapeut*innen vor besondere Herausforderungen gestellt werden, erweisen. Es wurde zudem ermittelt, welche institutionellen Rahmenbedingungen sich als förderlich oder hemmend für die Umsetzung einer modernen Ergotherapie erweisen.

Für die Zukunft zeigt sich, dass weitere Forschung in diesem Bereich sinnvoll ist, um evidenzbasierte Therapiemethoden entwickeln zu können und herausarbeiten zu können, wie die Umsetzung einer betätigungsorientierten und klientenzentrierten Ergotherapie gelingen kann.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagungen	I
Lesehinweise	III
Eidesstattliche Erklärung	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Abstract	VII
Zusammenfassung	IX
Inhaltsverzeichnis	I
1. Einleitung	- 1 -
1.1 Problemstellung und Zielsetzung	- 1 -
1.2 Aufbau der Arbeit	- 2 -
2. Theoretischer Hintergrund	- 3 -
2.1 Model of Human Occupation	- 3 -
2.1.1 Occupational Therapy Process Framework (OTPF)	- 6 -
2.2 Klientenzentrierung	- 7 -
2.3 Betätigungsorientierung	- 9 -
2.4 Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	- 12 -
2.5 Ergotherapeutische Kompetenzprofile	- 14 -
2.5.1 Relevanz der Kompetenzprofile	- 14 -
2.5.2 Deutsche Kompetenzen im Überblick	- 15 -
2.5.3 Ergänzende niederländische Kompetenzen	- 17 -
2.5.4 Die sechs Säulen der Ergotherapie	- 18 -
2.6 Lebensphase Jugend	- 19 -
2.6.1 Bedeutung von Entwicklungsaufgaben	- 19 -
2.6.2 Phasenmodell nach Erikson	- 20 -
2.6.3 Aktuelle Entwicklungen der Lebensphase Jugend	- 21 -
2.6.4 Betätigungsverhalten von Jugendlichen	- 23 -

2.6.5 Häufige psychische Erkrankungen im Jugendalter	- 25 -
3. Methode	- 27 -
3.1 Literaturrecherche	- 27 -
3.2 Art der Untersuchung	- 28 -
3.3 Qualitative Forschung	- 30 -
3.3.1 Begründung der gewählten Methode	- 31 -
3.3.2 Rekrutierung der Teilnehmenden	- 32 -
3.4 Interviewleitfaden	- 33 -
3.5 Pilottest	- 34 -
3.5.1 Durchführung des Pilottests	- 34 -
3.5.2 Ergebnisse des Pilottests	- 34 -
3.6 Datenerhebung	- 35 -
3.6.1 Durchführung der Interviews	- 35 -
3.7 Datenanalyse	- 37 -
3.7.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	- 37 -
3.8 Gütekriterien	- 40 -
3.9 Ethische Aspekte der Forschung	- 42 -
4. Resultate	- 45 -
4.1 Resultate der ersten Leitfrage	- 45 -
4.1.1 Evaluationsphase	- 45 -
4.1.2 Interventionsphase	- 48 -
4.1.3 Outcomephase	- 52 -
4.1.4 Besonderheiten in der Arbeit mit Jugendlichen	- 54 -
4.1.5 Betätigungsorientierung	- 59 -
4.1.6 Klientenzentrierung	- 61 -
4.2 Resultate der zweiten Leitfrage	- 62 -
4.2.1 Individuelle Aspekte der Ergotherapeut*innen	- 63 -
4.2.2 Theoretisches Hintergrundwissen	- 66 -
4.3 Resultate der dritten Leitfrage	- 68 -
4.3.1 Ressourcen	- 68 -
4.3.2 Barrieren	- 71 -

5. Diskussion	- 75 -
5.1 Diskussion der Ergebnisse	- 75 -
5.1.1 Diskussion der ersten Leitfrage	- 75 -
5.1.2 Diskussion der zweiten Leitfrage	- 83 -
5.1.3 Diskussion der dritten Leitfrage	- 86 -
5.2 Diskussion der Methodik (Limitation und Stärken)	- 89 -
6. Schlussfolgerung	- 91 -
Literaturverzeichnis	- 94 -
Abbildungsverzeichnis	- 106 -
Tabellenverzeichnis	- 107 -
Glossar	- 108 -
Anlagen	- 113 -

1. Einleitung

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Diese Forschungsarbeit befasst sich mit der Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren. Dabei liegt der Fokus auf der Umsetzung einer betätigungsorientierten und klientenzentrierten Ergotherapie in verschiedenen Institutionen in Deutschland, die mit diesem Klientel arbeiten. Betrachtet wird, wie die Ergotherapeut*innen den Therapieprozess gestalten, welche Kompetenzen diese benötigen und wie sich deren institutionelle Umwelt als Ressource oder Barriere auf ihre Arbeit auswirkt.

Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen sind zunehmend von Relevanz für die Gesellschaft (Hölling, Schlack, Petermann, Ravens-Sieberer & Mauz, 2014). Dabei ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen auch ein großes Arbeitsfeld in der Ergotherapie. Jedoch gibt es wenig Assessments und Interventionen speziell für Jugendliche in diesem Bereich, da sich der Großteil auf Erwachsene bezieht (Hitch, Taylor & Pepin, 2015). Zudem liegt insbesondere zur Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen wenig Literatur vor. Es zeigt sich, dass diesem Bereich wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird und demnach ein Bedarf an Forschung vorliegt.

In der Ergotherapie spielen im Sinne des zeitgenössischen Paradigmas[!] die Aspekte der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung, wie Joosten (2015) es beschreibt, eine zentrale Rolle und tragen zur Professionalisierung des Berufes bei (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017). Im Model of Human Occupation (Taylor & Kielhofner, 2017) stehen diese Aspekte und die ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen im Vordergrund, weshalb die Forschung sich an die Auffassung und Terminologie dieses ergotherapeutischen Modells anlehnt. Häufig finden sich auf Internetseiten von Kinder- und Jugendpsychiatrien Beschreibungen, die die Ergotherapie als „Therapieform, in der mit kreativen, handwerklichen und gestalterischen Techniken gearbeitet wird“ („Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“, o.D.) und als „Therapieform, bei der der Patient unter Anleitung handwerklich-gestalterische Techniken erlernt und damit weitgehend selbständig arbeitet („Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“, o.D.) vorstellen. Als Ziele der Ergotherapie werden weiterhin funktionsorientierte Ziele genannt, „zum Beispiel Geschicklichkeit, Feinmotorik, Konzentration und Ausdauer“ („Kinder- und Jugendpsychiatrie Ergotherapie“, o.D.).

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit sollen Beispiele für die Umsetzung einer modernen Ergotherapie in der Jugendpsychiatrie aufgefunden und beschrieben werden, um auch anderen Ergotherapeut*innen Anregungen und Möglichkeiten aufzeigen zu können, wie sie ihre Arbeit gestalten können. Wie bereits oben genannt, gibt es in der vorhandenen Literatur verhältnismäßig wenig Informationen zu dem Thema Ergotherapie in der Jugendpsychiatrie,

was ebenfalls die Motivation steigert, sich intensiv mit diesem Thema zu beschäftigen und darüber zu forschen.

Zentrale Fragestellung:

Wie gestalten Ergotherapeut*innen eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ergotherapie in verschiedenen Institutionen mit psychisch erkrankten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren?

Leitfragen:

1. Was beinhaltet der therapeutische Prozess in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen während der Evaluations-, Interventions- und Outcomephase?
2. Welche Kompetenzen benötigen Ergotherapeut*innen, die mit psychisch erkrankten Jugendlichen arbeiten?
3. Welche Ressourcen und Barrieren der institutionellen Umwelt beeinflussen die Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen?

1.2 Aufbau der Arbeit

Auf Grundlage der zuvor genannten Fragestellungen erfolgte eine Literaturrecherche, die zur Ausarbeitung des theoretischen Hintergrundes, der im folgenden Kapitel erläutert wird, diente. In diesem werden die ergotherapeutischen Hintergründe in Bezug auf das Thema der Forschungsarbeit näher beleuchtet und Grundlagen zum Thema Jugendliche beschrieben. Anhand des theoretischen Hintergrundes wurde ein Interview-Leitfaden erstellt, der zunächst innerhalb einer Pilotstudie getestet und anschließend mit den neun rekrutierten Teilnehmer*innen durchgeführt wurde. In Kapitel 3 werden die verwendeten Methoden und das Vorgehen der Studie explizit beschrieben. Nachfolgend werden die Ergebnisse präsentiert, indem die Interviews durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) analysiert und ausgewertet wurden. Zum Schluss erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse und anschließend wird ein Ausblick in Bezug auf die Thematik gegeben.

2. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund stellt die Grundlage der Forschungsarbeit dar und dient zum Verständnis der Thematik. Er bietet einen Überblick über die ergotherapeutischen Aspekte sowie die Lebensphase Jugend. In der anschließenden Diskussion in Kapitel 5 wird der theoretische Hintergrund mit den in Kapitel 4 aufgeführten Ergebnissen der Interviews in Beziehung gesetzt. Die folgenden Punkte befassen sich mit dem ergotherapeutischen Hintergrund der Forschungsarbeit. Zunächst wird ein Überblick über das „Model of Human Occupation“ (Taylor & Kielhofner, 2017) gegeben, welches von den Autorinnen als zugrundeliegende Betrachtungsweise des Menschen genutzt wird. Im Weiteren werden die Aspekte der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung näher erläutert sowie die Gestaltung der Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgegriffen. Anschließend werden die jeweiligen Kompetenzprofile der Ergotherapie aus Deutschland und den Niederlanden vorgestellt. Als abschließendes Thema wird die Lebensphase Jugend behandelt.

2.1 Model of Human Occupation

Das *Model of Human Occupation* (MOHO) nach Taylor & Kielhofner (2017), dient der vorliegenden Arbeit als theoretische Grundlage. Im Folgenden werden die Inhalte und Theorien des MOHOs vorgestellt und die innerhalb der Arbeit verwendete Terminologie des Modells näher erläutert. Dr. Gary Kielhofner gilt als Hauptgründer und Entwickler des MOHOs, welches erstmalig in den 1980er Jahren in den USA veröffentlicht wurde. Über vier Jahrzehnte überarbeitete und entwickelte Kielhofner das Modell weiter mit dem Ziel ein betätigungsorientiertes, ganzheitliches und evidenzbasiertes ergotherapeutisches Modell zu konzipieren. Seit dieser Zeit wurde das Modell von Praktizierenden und Forscher*innen weltweit weiterentwickelt und die Anwendungsgebiete erweitert, wodurch es heute eine weitreichende und umfassende Evidenz[!] nachweisen kann und zu den meistverwendeten Modellen der Ergotherapie gehört. Durch die verschiedenen Einflüsse, die das MOHO aus der ganzen Welt erhalten hat, entwickelte es sich zu einem multinationalen und multikulturellen Modell, welches die individuellen und kulturellen Hintergründe der Klient*innen respektiert und miteinbezieht (Taylor & Kielhofner, 2017).

Im MOHO wird der Mensch aus einer holistischen[!] Sichtweise heraus betrachtet. Es wird danach gestrebt, körperliche und psychische Komponenten des Menschen nicht getrennt voneinander zu betrachten, sondern diese als zusammenhängend zu sehen. Somit formen Körper und Geist die Gesamtheit des menschlichen Wesens (Taylor & Kielhofner, 2017).

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Modells ist die Klientenzentrierung. Die Therapeut*innen, die nach dem MOHO arbeiten, betrachten die Klient*innen als einzigartig und respektieren, verstehen und unterstützen diese in ihren Werten, Gewohnheiten und Rollen. Auf die Klientenzentrierung wird in Punkt 2.2 vertieft eingegangen.

Das MOHO ist das erste der zeitgenössischen ergotherapeutischen Modelle, welches den Fokus auf die Betätigung richtet. Anstatt lediglich eine funktionsorientierte Sichtweise einzunehmen, bei der die Symptome und strukturellen Schäden des Körpers im Vordergrund stehen, fokussiert sich das MOHO auf das Verständnis der Klient*innen angesichts ihrer Interessen, täglichen Gewohnheiten und spezifischen Betätigungen. Dabei erklärt das Modell, wie menschliche Betätigungen, von der dynamischen und wechselseitigen Interaktion der vier Elemente Volition, Habituation, Performanzvermögen und Umwelt ermöglicht, geformt und limitiert werden. Die Volition umfasst die Interessen, Werte und das Selbstbild des Menschen als Motivationsfaktoren für deren Betätigungen. Die Habituation beinhaltet verinnerlichte Rollen und Gewohnheiten einer Person, die Verhaltensmuster prägen. Das Performanzvermögen beschreibt die Fähigkeit Betätigungen auszuführen und teilt sich in objektive Komponenten, wie die physiologischen und psychischen Merkmale einer Person und in subjektive Komponenten, den *lived body*, also intrinsische Motivation, Emotionen und subjektive Wahrnehmung der eigenen Person. Die Umwelt teilt sich in die physische Umwelt (der Raum, in dem Menschen sich betätigen und Objekte, die die Menschen nutzen), die soziale Umwelt (alle Personen, mit denen ein Mensch in Interaktion steht) und die Betätigungsumwelt (Umgebung und Möglichkeiten der Betätigungsausführung) (Taylor & Kielhofner, 2017).

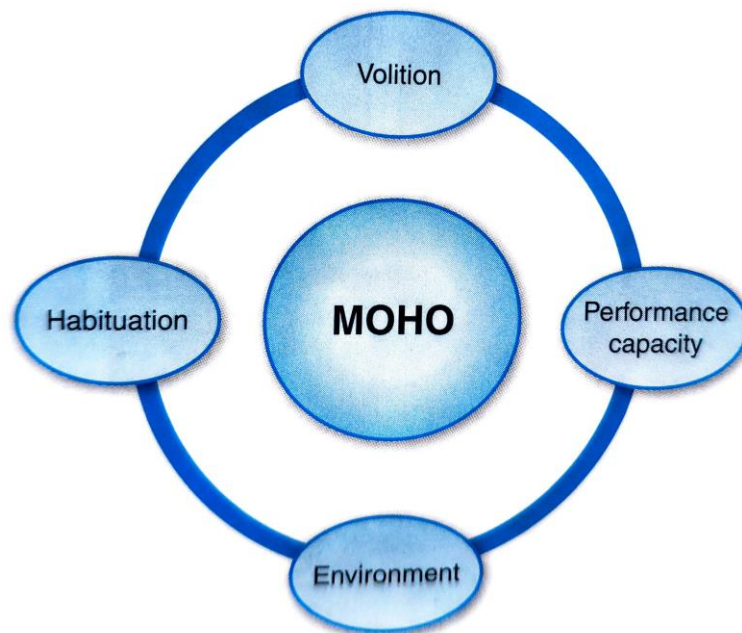


Abbildung 1: Die vier Elemente des MOHO (Taylor & Kielhofner, 2017)

Grundlegend gehen Taylor & Kielhofner (2017) davon aus, dass jeder Mensch das Bedürfnis hat, Betätigungen nachzugehen, um Eignung, Zufriedenheit und Wertschätzung zu erfahren. Die Betätigungsausführung wird als zentrale Kraft für Gesundheit, Wohlbefinden, Entwicklung und Veränderung gesehen. Im Laufe des Lebens entwickeln Menschen Fähigkeiten, die die Ausführung von Aufgaben und Aktivitäten ermöglichen und zur Übernahme verschiedener Betätigungsrollen führen. Dadurch entwickelt sich die *Occupational Identity* (Betätigungsidentität[!]), die das subjektive Gefühl der Wirksamkeit einer Person und wie diese sich selbst definiert, beinhaltet.

Taylor & Kielhofner (2017) beschreiben, zu welchen Veränderungen und besonderen Anforderungen es in den verschiedenen Bereichen des MOHOs im Jugendalter kommt. Im Bereich der Volition ist das zunehmende Streben nach Autonomie der Jugendlichen charakteristisch (Mitchell, 1975). Die Jugendlichen müssen lernen, ihre Betätigungen selbstständig auszuwählen. Die zunehmenden Freiheiten, die sie dabei erfahren, erfordern, dass sie ihre eigenen Werte bilden. Ebenso ist das Jugendalter eine Zeit, in der sich die Rollen und Gewohnheiten verändern, was sich auf den Bereich der Habituation auswirkt. Jugendliche probieren sich in verschiedenen Rollen aus, wodurch sie Unabhängigkeit erfahren und ihre Möglichkeiten erkennen können. Einige Rollen bleiben aus der Kindheit bestehen, wie z.B. die Rolle der Schüler*innen. Jedoch ändern sich die Erwartungen, die mit den Rollen assoziiert werden. Ebenso entstehen neue Rollen, woraus auch neue Gewohnheiten entstehen. Das Performanzvermögen ändert sich durch körperliche Veränderungen und Wachstum. Die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten erweitern sich, wodurch ein tieferes Verständnis der Welt möglich wird (Santrock, 1981). Durch die Veränderungen in den Elementen des MOHOs, kommt es ebenfalls zu Veränderungen der *Occupational Identity*. Diese befindet sich während der Adoleszenz[!] in einem dynamischen Entwicklungs- und Wandlungsprozess. Wie sich das Betätigungsverhalten und damit auch die Betätigungsidentität während der Lebensphase Jugend verändert, wird in Kapitel 2.6.4 (Betätigungsverhalten von Jugendlichen) näher beschrieben.

Taylor & Kielhofner (2017) führen in ihrem Buch eine Vielzahl von Studien auf, die die Evidenz des MOHOs in Bezug auf verschiedene Aspekte belegen. Es werden Studien aufgeführt, die die Wirksamkeit unterschiedlicher Assessments beschreiben. Daraus geht hervor, dass sich gerade im psychiatrischen Bereich beispielsweise Assessments, wie die Interessenscheckliste (Oakley, Kielhofner & Barris, 1985; Katz, Giladi & Peretz 1988; Heasman & Atwal, 2004), das Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) (Pan, Fan, Chung, Chen, Kielhofner, Wu, et al., 2011), das Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS) (Heasman & Atwal, 2004) oder die Rollencheckliste (Eklund, 2001; Schindler & Baldwin, 2005) eignen. Außerdem gibt es diverse Studien, die die Anwendung des MOHOs als wirksam in der Zusammenarbeit mit psychiatrischem Klientel belegen (Kimball-Carpenter & Smith, 2013; Turner & Lydon, 2008; Wimpenny, Forsyth, Jones, Matheson, Colley, 2010).

2.1.1 Occupational Therapy Process Framework (OTPF)

Das OTPF (AOTA, 2014) ist ein ergotherapeutisches Prozessmodell, das die Therapie in drei Schritte unterteilt, die im Folgenden kurz beschrieben werden. Prozessmodelle ergänzen Inhaltsmodelle dahingehend, dass sie Ergotherapeut*innen dabei unterstützen, die Phasen der Therapie in der Praxis bewusst zu gestalten (Kranz, 2015). Das zuvor beschriebene Inhaltsmodell MOHO besitzt kein dazugehöriges Prozessmodell, weshalb Taylor und Kielhofner (2017) darauf verweisen, dass sich das OTPF eignet, um im Zusammenhang mit dem MOHO angewendet zu werden.

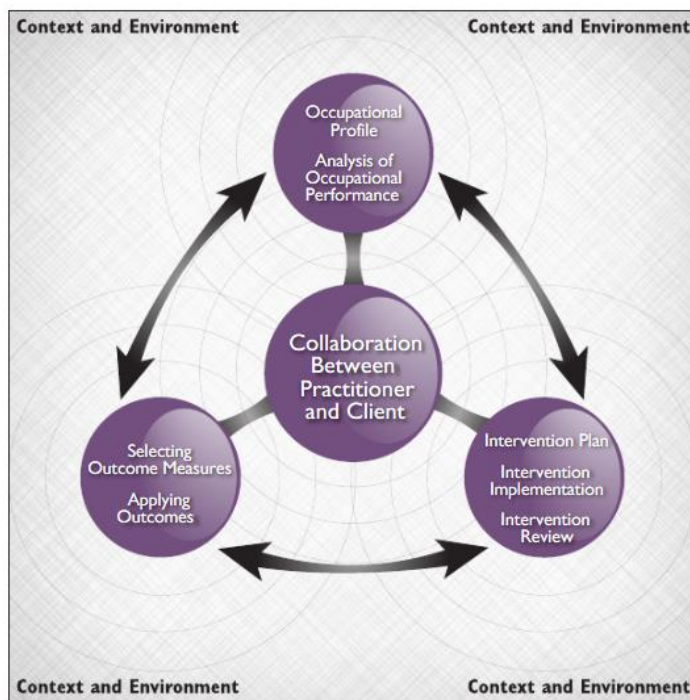


Figure 2. Occupational therapy's process.

Abbildung 2: Ergotherapeutischer Therapieprozess nach dem OTPF

Bedürfnisse der Klient*innen zu erlangen (AOTA, 2014). Weiterhin werden die Beweggründe der Klient*innen für die Inanspruchnahme von Ergotherapie, die Stärken und Schwächen der Klient*innen bei der Betätigungsausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens und mögliche Barrieren, Förderfaktoren und Prioritäten identifiziert (AOTA, 2014). Es erfolgt häufig eine Betätigungsanalyse im direkten Kontext, um Schwierigkeiten zu entdecken. Die Klient*innen werden ganzheitlich betrachtet und es werden Ziele aufgestellt (AOTA, 2014).

Die Interventionsphase beinhaltet die Punkte *Intervention plan*, *Intervention implementation* und *Intervention review*. In der Intervention werden Maßnahmen durchgeführt, die zuvor in Zusammenarbeit mit den Klient*innen entwickelt wurden. Die Intervention basiert auf ausgewählten Theorien, Bezugsrahmen sowie Evidenz und richtet sich nach den aufgestellten

Ein Schwerpunkt des OTPF ist die Darstellung des ergotherapeutischen Prozesses in drei Phasen (Marotzki & Reichel, 2015). Die Phasen gliedern sich in Evaluation, Intervention und Outcome. Die Autorinnen beziehen sich in der vorliegenden Forschungsarbeit ebenfalls auf diese drei Phasen des Prozesses.

Wie in Abbildung 2 zu sehen, beinhaltet die Evaluationsphase die Punkte *Occupational profile* und *Analysis of occupational performance*. Hier geht es darum, ein Verständnis für die Erfahrungen und Betätigungsvorgeschichte, die Alltagsmuster, die Interessen, Werte sowie

Zielen (AOTA, 2014). Die Betätigungsperformanz und Teilhabe der Klient*innen soll durch die Inhalte der Intervention verbessert und beeinflusst werden (AOTA, 2014). Es erfolgt während der gesamten Intervention eine ständige Evaluation des Prozesses sowie der Fortschritte bei den angestrebten Zielen und eine Dokumentation (AOTA, 2014).

Die Outcomephase beinhaltet den Punkt *Outcomes*. Hier werden die erreichten Ergebnisse und Ziele des ergotherapeutischen Prozesses betrachtet (AOTA, 2014). Die Informationen aus Outcome-Assessments werden verwendet, um zukünftige Maßnahmen mit den Klient*innen zu planen und den Prozess der Ergotherapie zu evaluieren (AOTA, 2014).

2.2 Klientenzentrierung

Die Klientenzentrierung ist eine der sechs Säulen der Ergotherapie (siehe Kapitel 2.5.4) und ist somit ein wichtiger Bestandteil der ergotherapeutischen Arbeit.

Ihre erste offizielle Definition beschreibt die Klientenzentrierung als „an approach to service which embraces a philosophy of respect for, and partnership with, people receiving services“ (Law, Baptiste & Mills, 1995, S. 253), wobei das Konzept der Klientenzentrierung bereits seit den frühen 1980ern Teil der kanadischen ergotherapeutischen Philosophie ist (Law, 1998, S. 3). Dieses Kapitel geht näher auf die Bedeutung des Begriffs Klientenzentrierung sowie auf Grenzen und Barrieren der Umsetzung dieser ein.

Der Begriff hat seinen Ursprung in dem Werk „Clinical Treatment of the Problem Child“ (1939) von Carl Rogers. Er schreibt in dem Buch, dass Klient*innen in der Lage sind, eine aktive Rolle in der Definition und Lösung ihrer Probleme zu spielen und beschreibt eine Arbeitsweise, die nicht direktiv ist und die Belange der Klienten in den Fokus setzt (Law, 1998, S.4).

Roger (2010) gibt einen Überblick über Merkmale, die sich in verschiedenen Definitionen zu dem Begriff Klientenzentrierung über die Zeit finden lassen. Die Merkmale lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Therapeut*innen zeigen sowohl vor den Klient*innen und der Familie, als auch vor den Entscheidungen der Klient*innen Respekt. Es sollte eine professionelle und partnerschaftliche Beziehung in der Zusammenarbeit entstehen, in der die Klient*innen Mitverantwortung für therapeutische Entscheidungen tragen und somit eine aktive Rolle im Therapieprozess übernehmen. Dazu ist es wichtig, dass Therapeut*innen ausreichend Informationen weitergeben, um den Klient*innen das Treffen von Entscheidungen zu ermöglichen. Das Therapieangebot sollte flexibel und klientenspezifisch sein, damit die Therapeut*innen individuell auf Probleme in der Betätigungsperformanz eingehen können. Des Weiteren sollten bei der Verbesserung der Situation nicht nur personenbezogene Aspekte berücksichtigt werden,

sondern genauso Aspekte der Betätigung und der Umwelt, da diese Faktoren sich gegenseitig beeinflussen. Der letzte Punkt, den Roger (2010) aufführt ist, dass die Therapeut*innen auch Verantwortung bei nichtmedizinischen Problemen zeigen und die Klient*innen gegebenenfalls an entsprechend geschultes Fachpersonal weiter verweisen sollten.

Fisher (2018) weist aber auch darauf hin, dass es zu Schwierigkeiten mit dem klientenzentrierten Vorgehen kommen kann, wenn Klient*innen nicht in der Lage sind, ihre Bedürfnisse und Wünsche selbst mitzuteilen oder wenn die Anliegen der Klient*innen unethisch und somit nicht vertretbar sind. Außerdem kann es sein, dass die Rahmenbedingungen der Institution, in der die Ergotherapeut*innen arbeiten, sie in der Gestaltung der Therapie einschränken und somit klientenzentriertes Arbeiten erschweren. Sie betont weiterhin, dass Ergotherapeut*innen aufgrund ihrer Berufsethik dazu verpflichtet sind, in der Arbeit Wert auf Betätigungsorientierung zu legen. Dies bedeutet, dass es in diesem Fall keine Klientenzentrierung im ergotherapeutischen Sinne ist, wenn Klient*innen eine rein funktionsbezogene Therapie möchten, sondern, dass diese Klient*innen an eine andere Berufsgruppe verwiesen werden sollten (Fisher, 2018).

Eine Recherche zeigt, dass konkret zum klientenzentrierten Arbeiten mit psychisch erkrankten Jugendlichen in der Ergotherapie aktuell keine Studien vorliegen. Es wurden allerdings Studien gefunden, die das Thema Klientenzentrierung in anderen ergotherapeutischen Kontexten aufgreifen.

Die qualitative Studie „Klientenzentrierung und Handlungsorientierung im neurologisch-klinischen Setting“ (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017) untersucht, wie Ergotherapeut*innen aus dem neurologischen Arbeitsbereich Klientenzentrierung umsetzen. Die Studie weist das Evidenzlevel[!] 2 nach Tomlin und Borgetto (2011) auf, da die meisten der Gütekriterien der qualitativen Forschung erfüllt sind und die Studie an mehreren Personen durchgeführt wurde (Ritschl, Stamm & Weigl, 2016). In acht leitfadengestützten Experteninterviews stellte sich heraus, dass die teilnehmenden Ergotherapeut*innen die Therapie auf den Wünschen und Bedürfnissen der Klient*innen ausrichten und die Teilnehmer*innen das *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) nutzen, um die Therapie gemeinsam mit den Klient*innen gestalten zu können (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017). Sie sehen eine große Auswahl an Assessments als fördernden Faktor an und werten außerdem die Einbeziehung von Angehörigen als wichtigen Punkt, der die Therapie positiv beeinflusst. Die „Unterstützung und Motivation der Klinikleitung bei der Realisierung eines solchen Ansatzes“ (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017, S. 9-10) wird weiterhin als Förderfaktor angegeben. Auch die Arbeit im interdisziplinären Team wurde bei gemeinsamer Zielsetzung als positiver Aspekt beschrieben, unterschiedliche organisatorische Arbeitsabläufe hingegen als hemmende Faktoren. Unterschiedliche Arbeitsweisen und Leitgedanken innerhalb des ergotherapeutischen Teams geben Schulte, Sturmhöfel und Andres (2017) zudem als Einflussfaktoren an. Im institutionellen Kontext werden knappe zeitliche Ressourcen und biomedizinisch

geprägte Sichtweisen als größte Einflussfaktoren auf das klientenzentrierte Arbeiten genannt (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017).

Zudem zeigen die Ergebnisse einer qualitativen Studie von Sumsion (2004) mit dem Evidenzlevel 2, in der zwölf leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt wurden, dass Ergotherapeut*innen in der Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen Zeitmangel als eine Barriere für Klientenzentrierung sehen. Zeitdruck führt dazu, dass kein effektiver Beziehungsaufbau zwischen Therapeut*innen und Klient*innen stattfinden kann oder die Erwartungen und Wünsche der Klient*innen nicht erfüllt werden können (Kramer, 1997).

In einer explorativen Studie von Costa (2014), die ebenfalls das Evidenzlevel 2 hat (Borgetto & Tomlin, 2011), wurde in Italien und Österreich weiterhin die Wirkung von KRAH®-basierter Therapie bei Kindern erforscht. KRAH® steht hierbei für Klientenzentrierung, Ressourcen-, Alltags- und Handlungsorientierung (Costa, 2014). Der Begriff Klientenzentrierung steht bei dieser Interventionsmethode für die Orientierung an den Interessen, Fähigkeiten, Bedürfnissen und Prioritäten der Klient*innen, sowie die Einbeziehung des direkten sozialen Umfelds des Menschen in die Therapie (Costa, 2014).

Die Ergebnisse zeigen, dass diese Zusammenarbeit mit dem Kind und dessen Bezugspersonen die Nachhaltigkeit und Alltagsorientierung der ergotherapeutischen Intervention steigert und dazu beiträgt, dass durch die Klärung der Anliegen eine gemeinsame Richtung angestrebt wird (Costa, 2014). Des Weiteren wurde festgestellt, dass die Klientenzentrierung die Handlungsmotivation, Handlungsperformanz, Selbstvertrauen und Partizipation der Kinder gesteigert hat (Costa, 2014).

Die Studien zeigen auf, dass klientenzentriertes Arbeiten zum einen durch unterschiedliche Faktoren, sowohl positiv als auch negativ beeinflusst werden kann und zum anderen eine positive Wirkung auf den Therapieerfolg haben kann. Es bleibt jedoch weiterhin eine Forschungslücke bestehen, da nicht untersucht wurde, wie diese Aspekte sich in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen gestalten und auswirken.

2.3 Betätigungsorientierung

Die Betätigungsorientierung stellt ebenso eine der sechs Säulen der Ergotherapie dar (siehe Kapitel 2.5.4).

Der Begriff Betätigung taucht in der internationalen Geschichte der Ergotherapie immer wieder auf, jedoch wurde er früher nicht in der Komplexität wie heute betrachtet. Durch den stattgefundenen Paradigmenwechsel[!] in der Ergotherapie „steht nicht mehr die Wiederherstellung von Funktionen oder die Behebung von pathologischen Zuständen, sondern die menschliche Handlungsfähigkeit im Alltagsleben“ (Jerosch-Herold, Götsch & Kielhofner, zitiert nach Götsch, 2015, S.2) im Mittelpunkt des therapeutischen Interesses.

Der Begriff der Betätigungsorientierung wird in diesem Kapitel erläutert und aktuelle Erkenntnisse zur Umsetzung betätigungsorientierter Arbeit in der Praxis werden aufgegriffen. Mensch zu sein bedeutet tätig zu sein (Dickie, 2014). Eine Betätigung besteht aus Einheiten von Aktivitäten (Yerxa, zitiert nach Dickie, 2014). Im ergotherapeutischen Setting sollte die Aktivität immer einen individuellen Bezug zu den Klient*innen haben (Golledge, 1998). Zudem muss der jeweilige Kontext stets einbezogen werden, da Mensch, Betätigung und Kontext untrennbar miteinander verbunden sind und der Kontext zwar variabel, aber immer präsent ist (Dickie, 2014).

Im 18. Jahrhundert wurden *productive activities* genutzt, um Menschen in psychiatrischen Einrichtungen zu behandeln (Whitley, zitiert nach Christiansen & Haertl, 2013). Den Menschen wurde die Möglichkeit gegeben, sich anhand von Betätigungen zu engagieren. Dies führte dazu, dass Patient*innen, die beispielsweise ans Bett gebunden waren, sich handwerklich und kreativ betätigen konnten und sollten (Molineux, 2013). Damit konnten vor allem Langzeitpatient*innen in Psychiatrien gefördert werden, indem man sie an täglichen Aufgaben, wie bspw. dem Waschen, Kochen oder der Gartenarbeit teilhaben ließ (Molineux, 2013). Es war demnach bereits zu dieser Zeit ersichtlich, dass Betätigung einen positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Patient*innen hat.

Im Jahr 1919 beschrieb William Rush Dunton, dass Betätigung eine enorme Bedeutung für das Leben eines Menschen hat, indem er die Wichtigkeit der Betätigung, mit der von Essen und Trinken gleichstellte (Dunton, zitiert nach Polatajko, Davis, Stewart, Cantin, Amoroso, Purdie & Zimmermann, 2007). „Sick minds, sick bodies and sick souls may be healed through occupation“ (Dunton, zitiert nach Polatajko, Davis, Stewart, Cantin, Amoroso, Purdie & Zimmermann, 2007, S.14). Er sah den therapeutischen Nutzen von Betätigung.

Der Schwerpunkt in der Ergotherapie legte sich in der Mitte des 20. Jahrhunderts eher auf die Körperstrukturen und Funktionen, wodurch vermehrt auf funktioneller Ebene gearbeitet und die Betätigung außen vorgelassen wurde. Die Ergotherapeut*innen kamen jedoch zu dem Schluss, dass dieser funktionelle Blickwinkel, den Bedürfnissen der Patient*innen nicht vollständig gerecht werden konnte, da die Betätigungsorientierung und die persönliche Bedeutung für das Individuum fehlten (Molineux, 2013).

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) führt seine Zukunftsperspektiven für 2020 für den Beruf auf und hat dort betätigungsorientiertes Arbeiten als Ziel formuliert (DVE, 2012). Die Wichtigkeit von bedeutungsvollen Betätigungen in der Ergotherapie wird demzufolge auch hier vertreten.

Im zeitgenössischen Paradigma der Ergotherapie gehört die Betätigungsorientierung zu den Kernelementen (Kielhofner, zitiert nach Joosten, 2015). Die Therapeut*innen sollen gemeinsam mit den Klient*innen, für sie bedeutungsvolle Betätigungen herausfiltern, bei de-

nen Probleme bei der Betätigungsperformanz vorhanden sind bzw. die Klient*innen ein Betätigungsanliegen äußern. Das MOHO legt seinen Fokus auf die Betätigung und ist mit dieser Betrachtung das Erste der *contemporary models*, weshalb sich diese Forschungsarbeit auf das MOHO stützt (Taylor & Kielhofner, 2017).

Auch Anne Fisher beschreibt in ihrem Buch „Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)“ (2014) ein klientenzentriertes und betätigungsbasiertes Vorgehen in der Ergotherapie und geht davon aus, dass das wichtigste Ziel der Ergotherapie darin besteht, die Klient*innen zu befähigen, für sie bedeutungsvolle und zweckgerichtete Betätigungen auszuführen. Schulte, Sturmhöfel und Andres (2017) sehen weiterhin das Ziel betätigungsorientierter Therapie in der Teilhabe der Klient*innen am gesellschaftlichen und alltäglichen Leben in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit.

Für eine klare Positionierung im Gesundheitswesen und eine Abgrenzung gegenüber anderen Fachdisziplinen ist die Betätigung als zentraler Aspekt der Ergotherapie ausschlaggebend. „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 & Dehnhardt, 2014, S.23).

Die LVR-Klinik-Viersen hat 2012 mit der Projektgruppe „Betätigungsorientierung“ den Umbruch eingeleitet, Betätigungsorientierung im stationären psychiatrischen Kontext zu implementieren (Grüters, Pujolle & Schmid, 2016). „Das Team hat sich mutig nichts Geringeres, als die konzeptionelle Modernisierung seines Bereichs vorgenommen“ (Grüters, Pujolle & Schmid, 2016, S.). Es ist ein langwieriger und kleinschrittiger Weg, die Betätigungsorientierung als festen Bestandteil der Ergotherapie in den Psychiatriealltag zu bringen, der die Entwicklung von Kompetenzen und die Akzeptanz von Fehlversuchen und Mut beinhalten muss (Grüters, Pujolle & Schmid, 2016). Die Projektgruppe bestätigt jedoch, dass eine Umsetzung der Betätigungsorientierung durch Motivation und Eigenaktivität aller Therapeut*innen, wie sie im aktuellen Paradigma gefordert ist, möglich ist und zeigt sich als ein Positiv-Beispiel dafür. Die Vernetzung und der Austausch auf verschiedensten Ebenen, fördere die Offenheit gegenüber betätigungsorientiertem Arbeiten (Projektgruppe Viersen, 2017). Dies sei laut der Projektgruppe Viersen (2017) besonders wichtig, da es in großen Institutionen oft schwierig sei, den Überblick über die aktuellen Entwicklungen in den verschiedenen Arbeitsbereichen zu behalten.

Eine Betrachtung der aktuellen Studienlage zeigt, dass der Aspekt Betätigungsorientierung in verschiedenen Forschungsarbeiten zwar aufgegriffen wurde, jedoch nicht explizit mit Jugendlichen. Kievelitz erläutert ebenfalls, dass „kaum deutsche Studien“ (zitiert nach Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2014, S.4) zu dieser Thematik existieren. Es besteht hier also eine Forschungslücke.

Wie im vorherigen Kapitel 2.2 (Klientenzentrierung) beschrieben, geht die qualitative Studie[!] von Schulte, Sturmhöfel und Andres (2017) nicht nur auf Klientenzentrierung ein, sondern auch auf die Handlungsorientierung (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017). Die Forschenden fanden heraus, dass die Ergotherapeut*innen, die an der Studie teilnahmen, sich in ihrem Therapieprozess auf die verschiedenen Formen des *Professional Reasonings* beziehen und sich die Therapiegestaltung an den bedeutungsvollen Betätigungen orientiert (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017). Die Handlungsfähigkeit steht im Mittelpunkt der Therapie (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017). Weiterhin kam in der Studie heraus, dass bestimmte Barrieren und Förderfaktoren von der Institution ausgehen. Teilnehmer*innen nennen hier beispielsweise Zeitmangel als hemmenden Einflussfaktor (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017). Ein weiterer genannter Aspekt ist, dass es Klient*innen häufig schwerfällt, betätigungsorientierte Ziele zu nennen (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017). Handlungskonzepte und Assessments wie das COPM helfen laut der Teilnehmer*innen bei der Umsetzung einer betätigungsorientierten Therapie.

2.4 Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eines von vielen Arbeitsfeldern in der Ergotherapie. Wie bereits zu Beginn beschrieben, ist das Jugendalter ein Entwicklungsabschnitt mit einschneidenden physischen sowie psychischen Veränderungen und kann eine große Herausforderung für die Jugendlichen und ihre Familien darstellen. Diese Herausforderungen und Schwierigkeiten zeigen sich häufig auf der Betätigungsebene, weshalb sich hieraus ein Handlungsbereich für die Ergotherapie ergibt (Knagge, 2016). Oft werden speziell die Jugendlichen in der Ergotherapie jedoch noch vernachlässigt, was sich anhand wenig spezifischer Literatur, Assessments und Interventionen zeigt, da sich die Mehrheit auf Kinder oder Erwachsene bezieht (Hitch, Taylor & Pepin, 2015).

Ergotherapie ist in verschiedenen Settings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angesiedelt. Dazu zählen unter anderem Akut- und Fachkliniken, Kliniken für Jugendpsychiatrie und Psychosomatik, Tageskliniken, Rehabilitationskliniken, ergotherapeutische Ambulanzen, psychotherapeutische Einrichtungen sowie Praxen für Ergotherapie (DVE, 2015). In den Kliniken ist häufig ein multiprofessionelles Team in diesem Fachbereich aufgestellt, worunter beispielsweise Ärzt*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, der Pflege- und Erziehungsdienst, der sozialpädagogische Dienst, Sport- und Bewegungstherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, Kunsttherapeut*innen, Musiktherapeut*innen, Logopäd*innen und Heilpädagog*innen fallen können.

Der DVE stellt in seinen Zukunftsperspektiven für 2020 auf, dass Ergotherapeut*innen „klientenzentriert, betätigungs- und adressatenorientiert (d.h. bezogen auf Kinder und Jugendli-

che, Menschen im erwerbsfähigen Alter, ältere und alte Menschen) sowie in unterschiedlichen Settings“ (DVE, 2012, S.6) arbeiten sollen. Die Forderung nach Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung gilt demnach auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Häufig finden sich auf Internetpräsenzen von Kliniken oder Praxen, Beschreibungen der Ergotherapie, die auf das handwerklich geprägte Paradigma in der Psychiatrie zurückgehen. Beispielsweise, dass Klient*innen in der Ergotherapie lernen „zu gestalten, da davon ausgegangen wird, dass das tätig sein, ein menschliches Grundbedürfnis ist und heilende Wirkung hat“ („Ergotherapie in der Psychosomatik und Psychiatrie“, o.D.).

Aktuell befinden sich auf der Seite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vergleichsweise wenig spezifische Leitlinien[!] für Jugendliche in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). Es sind jedoch mehrere kinder- und jugendspezifische S3-Leitlinien[!] in Planung, wie z.B. für Angststörungen, Depressive Störungen, Geschlechtsdysphorie[!] und Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (DGKJP, 2019). Dies weist darauf hin, dass es einen hohen Therapiebedarf auch speziell bei Jugendlichen gibt.

In der S3-Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ (AWMF, 2013) werden neben psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung verschiedene Interventionen aufgeführt, zu denen es jeweils nur sehr wenig oder keine Evidenz gibt. Zu diesen Interventionen zählt auch die Ergotherapie, zu der in diesem Bezug keine relevanten Studienergebnisse gefunden wurden (siehe Abbildung 3).

3) Ergotherapie
<i>In den Recherchen zu diesem Thema wurden keine relevanten Ergebnisse gefunden.</i>

Abbildung 3: Rechercheergebnisse zur Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Weitere Behandlungsansätze (Dolle & Schulte-Körne, 2012)

Auch Breuer und Piso (2014) führen auf, dass generell „nur wenige internationale Guidelines identifiziert werden konnten, die sich spezifisch mit Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen beschäftigen“ (S.123). Außerdem stellen Breuer und Piso (2014) fest, dass die Altersangaben in den Empfehlungen zu Ergotherapie für Kinder und Jugendliche sehr breit gefasst sind und meistens eine Spanne von 0-21 Jahren umfassen. Somit wird deutlich, dass auch in der Ergotherapie eine fehlende Differenzierung der einzelnen Altersgruppen stattfindet, wie es insgesamt im medizinischen Sektor auffällt, was weiter in Kapitel 2.6.5 (Häufige psychi-

sche Erkrankungen im Jugendalter) beschrieben wird. Dies lässt sich auch auf die Studienlage zur (indikationsübergreifenden) Ergotherapie mit Jugendlichen beziehen. Insgesamt wurden nur wenige Studien gefunden, die sich ausschließlich mit der Wirkung von ergotherapeutischen Interventionen bei Jugendlichen, im Alter von 14 – 18 Jahren befassen. Darunter wurde bspw. eine deskriptive qualitative Studie gefunden, die die Wirkung des *Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance* (CO-OP) Ansatzes bei Jugendlichen im Alter von 15-21 Jahren mit einer Autismus Spektrum Störung bestätigt (Wilson, Mandich, Magalhaes & Gain, 2018). Außerdem wurde ein systematisches Review[!] zu Maßnahmen der Ergotherapie mit sozialgefährdeten Jugendlichen gefunden, welches dem Evidenzlevel 1 nach Borgetto & Tomlin (2011) zugeordnet werden kann und einen positiven Effekt der Ergotherapie auf die Zielgruppe bestätigen konnte (de Souza Sabino, Amado, de Lima & Pereir, 2017). Des Weiteren belegt eine Studie aus dem Praxisalltag die präventive Sicherung der Betätigungsbalance von unbegleiteten, minderjährigen Asylsuchenden durch Ergotherapie (Eisenhut, 2017). Dadurch lässt sich erkennen, dass ergotherapeutische Interventionen prinzipiell eine positive Auswirkung auf Jugendliche haben können. Allerdings gibt es noch einen großen Forschungsbedarf, um die Wirkung weiterer, konkreter ergotherapeutischer Interventionen, die sich gezielt auf Jugendliche fokussieren, bestätigen zu können.

2.5 Ergotherapeutische Kompetenzprofile

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Bedeutung von ergotherapeutischen Kompetenzprofilen und stellt die einzelnen Domänen kurz vor. Das deutsche Kompetenzprofil wird hierbei ausführlicher beschrieben und anschließend werden ergänzende Aspekte der niederländischen Berufskompetenzen aufgeführt.

Die Beschreibung der Kompetenzen ist für die vorliegende Forschungsarbeit von Bedeutung, da diese sich mit Kompetenzen beschäftigt, die Ergotherapeut*innen in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen benötigen. Die Ergebnisse werden in der Diskussion mit den im Folgenden beschriebenen Kompetenzen verglichen.

2.5.1 Relevanz der Kompetenzprofile

In Deutschland wurde 2017 vom DVE eine Projektgruppe gegründet, die ein Kompetenzprofil des Berufs für den deutschen Arbeitskontext erarbeitet hat, welches im Mai 2019 veröffentlicht wurde (Berding, et al., 2019). Ein Kompetenzprofil ist in der Ergotherapie wichtig für internationale Vergleichbarkeit von Abschlüssen, Transparenz der ergotherapeutischen Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche, sowie zur Orientierung an Kompetenzen, die durch ein Bildungsprogramm erlangt werden sollen (Berding, et al., 2019).

In den Niederlanden orientiert sich der Studiengang der Ergotherapie an der Erlangung der niederländischen Berufskompetenzen, die 2013 in dem Buch „Beroepscompetenties ergotherapie“ (Zalmstra & Verhoef) erschienen sind. Da diese Forschungsarbeit im Rahmen eines niederländischen Studiengangs stattfindet und das niederländische Kompetenzprofil einige ergänzende Aspekte zum Deutschen aufzeigt, werden an dieser Stelle beide kurz vorgestellt und in der späteren Diskussion auf beide Kompetenzprofile Bezug genommen.

2.5.2 Deutsche Kompetenzen im Überblick

Das Kompetenzprofil deutscher Ergotherapeut*innen besteht aus sieben Domänen. Die Kerndomäne stellt die ergotherapeutische Expertise dar, da diese die anderen sechs Domänen miteinander verbindet (siehe Abbildung 4).

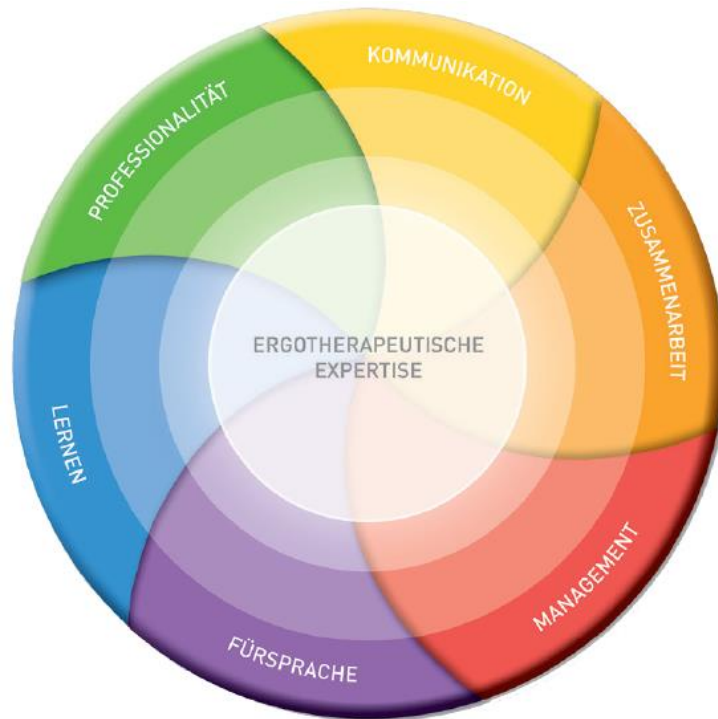


Abbildung 4: Kompetenzmodell (Berding et al., 2019, S.9)

Ergotherapeutische Expertise zu haben, bedeutet nach Berding et al. (2019), dass sich Ergotherapeut*innen als Expert*innen für Betätigung verstehen und die ergotherapeutische Diagnostik, Intervention und Evaluation an den Betätigungsanliegen der Klient*innen ausrichten. Sie sind des Weiteren in der Lage eigenverantwortlich, klientenzentriert und nach

dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zu arbeiten (Berding et al., 2019). Sie sollten außerdem die Förderung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden zum Ziel ihrer Arbeit machen und Förderfaktoren, sowie Barrieren erfassen können, die diese Bereiche beeinflussen (Berding et al., 2019).

Die Domäne der *Kommunikation* bezieht sich auf die Kompetenz eine effektive und an die Klient*innen angepasste Kommunikationsstrategie anzuwenden. Dies unterstützt den Aufbau einer vertrauensvollen und professionellen Beziehung zwischen Klient*innen und Therapeut*innen und bezieht die Klient*innen aktiv in die Therapiegestaltung mit ein (Berding et al., 2019). Durch zielgerichtete Kommunikation wird außerdem, z.B. durch den Gebrauch einer einheitlichen Fachsprache, die Verständigung im Team erleichtert und Ergotherapeut*innen können ihren Beruf nach außen argumentativ und kompetent vertreten (Berding et al., 2019).

Die Fähigkeit zur *Zusammenarbeit* bedeutet, dass Ergotherapeut*innen in inter- und intra-professionellem Austausch stehen, um den Klient*innen eine optimale Gesundheitsversorgung zu ermöglichen (Berding et al., 2019). Sie sollten ergotherapeutische Tätigkeitsfelder definieren und ausbauen können, sowie neue Netzwerke und Kooperationen aufbauen können, um die Versorgungssituation der Klient*innen stetig zu verbessern. Hierzu wirken sie auch an berufsgruppenübergreifenden Interventionskonzepten mit und vertreten in der Zusammenarbeit den besonderen Fokus der Ergotherapie auf die Bereiche der Betätigung und Teilhabe (Berding et al., 2019).

Die ergotherapeutische Domäne des *Managements* beschreibt die Kompetenz der Ergotherapeut*innen ihre Leistungen effektiv und effizient zu gestalten. Dazu dient das Qualitätsmanagement, bei welchem Prozesse andauernd kontrolliert und evaluiert werden, um sie anschließend anpassen und verbessern zu können (Berding et al., 2019). Die Therapie sollte auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhen und der Prozess, sowie dessen Ergebnis, sollten zudem dokumentiert werden. Somit können eine anschließende Kontrolle und Bewertung einfacher und nachvollziehbar gestaltet werden. In den Bereich des Managements fällt in der Ergotherapie außerdem der Aspekt, interessierten Menschen einen Einblick in die ergotherapeutischen Tätigkeitsfelder zu geben und dadurch das gesellschaftliche Wissen über Ergotherapie zu verbreiten (Berding et al., 2019).

Die Kompetenz zur *Fürsprache* haben Ergotherapeut*innen, wenn sie ihre Klient*innen darin stärken, ihre eigene Gesundheitskompetenz zu entwickeln und sich für die Entwicklung einer gesundheits- und teilhabefördernden Umwelt einsetzen. Dazu gehört es Förderfaktoren und Barrieren zu erkennen und dementsprechend Handlungsansätze zu entwickeln. Gibt es eine Barriere, die beispielsweise politischen und gesellschaftlichen Ursprungs ist, setzen Ergotherapeut*innen sich auch in der Öffentlichkeit für die Betätigungsgerechtigkeit ihrer Klient*innen ein (Berding et al., 2019).

Das *Lernen* ist ein weiterer Aspekt im Kompetenzprofil. Ergotherapeut*innen sollten ihr berufliches Handeln fortlaufend reflektieren und den eigenen Lernbedarf dabei analysieren (Berding, et al., 2019). Des Weiteren bedeutet diese Kompetenz, selbst aktiv zu der Weiterentwicklung der Ergotherapie beizutragen, indem Ergotherapeut*innen nach neusten Erkenntnissen arbeiten und in der Lage sind, diese zu bewerten und gegebenenfalls zu verbreiten. Das individuelle Erfahrungswissen der Klient*innen wird bei allen Entscheidungen miteinbezogen, da dies zu einer auf den Klient*innen ausgerichteten Ergotherapie beiträgt (Berding et al., 2019).

Die letzte Kompetenz, die im deutschen Profil aufgeführt wird, ist die *Professionalität*. Die Ergotherapeut*innen halten sich hierbei an Vorschriften und Standards und handeln im Sinne der professionsethischen Grundhaltung (Berding et al., 2019). Sie erkennen die gesellschaftliche Relevanz der Ergotherapie und wirken an Veränderungsprozessen des Berufes aktiv mit. Haben Ergotherapeut*innen besondere persönliche oder fachliche Möglichkeiten, nutzen sie diese, reflektieren aber auch ihre Grenzen und handeln dementsprechend (Berding et al., 2019).

2.5.3 Ergänzende niederländische Kompetenzen

Viele Aspekte der zwölf niederländischen Berufskompetenzen finden sich im deutschen Kompetenzprofil wieder. Ergänzend werden an dieser Stelle die zwei niederländischen Berufskompetenzen *Beraten*, sowie *Unterstützen und fördern* kurz erläutert, da diese zusätzliche Kompetenzfelder vertiefend beschreiben und auch für den deutschen Arbeitskontext von Relevanz sind.

Beim *Beraten* geht es darum, dass Ergotherapeut*innen nicht nur die Klient*innen, sondern auch Dritte zu unterstützenden Maßnahmen oder Hilfsmitteln und anderen Anpassungen beraten (Zalmstra & Verhoef, 2013). Dies hat zum Ziel, auch das Umfeld der Klient*innen so zu schulen, dass die Partizipationsfähigkeit und Inklusion der Betroffenen steigt und involvierte Personen wissen, wie sie demjenigen bestmöglich unterstützen können.

Ergotherapeut*innen *unterstützen und fördern* außerdem vulnerable[!] Gruppen. Sie fördern die Selbstständigkeit der Gruppe und schaffen gegebenenfalls Voraussetzungen im Umfeld, um Partizipation und soziale Inklusion zu ermöglichen. Ziel hierbei ist es, dass benachteiligte Gruppen dazu befähigt werden, sich eigenständig zu organisieren und aus eigener Initiative heraus ihre Situation verbessern (Zalmstra & Verhoef, 2013).

2.5.4 Die sechs Säulen der Ergotherapie

In den Niederlanden werden sechs Säulen der Ergotherapie genannt, die auch als Grundprinzipien der Ergotherapie bezeichnet werden. Im niederländischen Berufsprofil sind bisher die vier Säulen *Klientenzentrierung*, *Betätigungsbasierung*, *Kontextbasierung* und *Evidenzbasierung* beschrieben wurden (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinèbanian, 2012). Die Säulen *Technologiebasierung* und *Populationsbasierung* sind neu ergänzt worden (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Seanger, 2017). Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die sechs Säulen gegeben, da in der vorliegenden Forschungsarbeit Bezug auf diese genommen wird.

- *Klientenzentrierung*

Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd und Seanger (2017) äußern, dass sich klientenzentriertes Arbeiten dadurch auszeichnet, dass eine aktive Zusammenarbeit mit den Klient*innen stattfindet, die Autonomie der Klient*innen sowohl respektiert als auch gefördert wird und die Klient*innen bezüglich ihrer Rechte unterstützt werden (2017). Die Klient*innen stehen also mit ihren Wünschen und Zielen im Fokus der Therapie. Auf diese Säule wird in Kapitel 2.2 (Klientenzentrierung) genauer eingegangen.

- *Betätigungsbasierung*

Die Betätigungsorientierung ist ein Kernelement der Ergotherapie. Sie stellt die Abgrenzung zu anderen Professionen dar und bedeutet, dass Ergotherapeut*innen sich auf die für die Klient*innen bedeutungsvollen Betätigungen des alltäglichen Lebens konzentrieren (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Seanger, 2017). Auf diese Säule wird in Kapitel 2.3 (Betätigungsorientierung) genauer eingegangen.

- *Kontextbasierung*

In der Ergotherapie werden die Klient*innen ganzheitlich betrachtet, sodass auch das soziale und räumliche Umfeld einbezogen wird. Aus diesem Grund sollte die Therapie möglichst innerhalb und gemeinsam mit dem Umfeld der Klient*innen stattfinden (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Seanger, 2017). Die Arbeit im Kontext erleichtert zudem den Transfer der erlernten Therapieinhalte in den Alltag der Klient*innen (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Seanger, 2017).

- *Evidenzbasierung*

Die Säule der Evidenzbasierung steht dafür, dass die ergotherapeutische Behandlung anhand von wissenschaftlichen Belegen untermauert werden sollte. Die Verwendung von Evidenz soll dafür sorgen, dass die Klient*innen die effektivste und geeignetste Therapie

für sich erhalten (Townsend et al. zitiert nach Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Seanger, 2017). Zudem kann man sich durch das evidenzbasierte Arbeiten (EBP) gegenüber Stake- und Shareholdern positionieren.

- *Technologiebasierung*

Diese Säule wurde, wie oben bereits beschrieben, aufgrund von neusten Entwicklungen zu den bereits bestehenden Säulen ergänzt. Die Technologisierung hat einen immer größer werdenden Einfluss auf das Gesundheitswesen und auch für die Ergotherapie offenbaren sich neue Herausforderungen und Möglichkeiten für die Therapie (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Seanger, 2017). So kann in der Ergotherapie überlegt werden, ob verschiedenste Technologien sowohl während der Intervention als auch als Adaption bei den Klient*innen im eigenen Kontext eingebracht werden können, sodass hier auch eine Beratung und Begleitung durch die Ergotherapeut*innen für den Einsatz der Technologie gefordert ist (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Seanger, 2017).

- *Populationsbasierung*

Die Säule der Populationsbasierung wurde ebenfalls nachträglich hinzugefügt. In der Ergotherapie wird nicht nur mit Einzelpersonen gearbeitet, sondern auch mit Personengruppen. Hier stehen vor allem vulnerable Bevölkerungsgruppen im Fokus, deren soziale Teilhabe in der Gesellschaft unterstützt und gefördert werden soll (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Seanger, 2017). Einige Beispiele hierfür sind Menschen mit einer geistigen Behinderung, ältere Menschen mit Demenz oder Flüchtlinge.

2.6 Lebensphase Jugend

Dieses Kapitel befasst sich näher mit der Phase der Jugend und ihren Besonderheiten. Es wird die Bedeutung von Entwicklungsaufgaben, sowie das Stufenmodell zur psychosozialen Entwicklung nach Erikson (2017) erläutert. Ein weiteres Augenmerk liegt auf den aktuellen Themen und Entwicklungen der Lebensphase Jugend. Abschließend werden häufige psychische Erkrankungen im Jugendalter aufgeführt, mit denen Ergotherapeut*innen in ihrer praktischen Arbeit in Kontakt kommen.

2.6.1 Bedeutung von Entwicklungsaufgaben

Für jedes Lebensalter können bestimmte Entwicklungsaufgaben identifiziert werden, die sich abhängig von Faktoren, wie der Herkunft eines Menschen in ihrer Ausprägung unterscheiden können (Wright & Sugarman, 2009). Es ist deshalb wichtig zur Beantwortung der

Forschungsfrage die Themen und Transitionsprozesse[!], die das Jugendalter entscheidend prägen, näher zu beleuchten.

Der Begriff „Entwicklungsaufgabe“ (Wright & Sugarman, 2009, S.23) wurde in den 1940er Jahren von dem amerikanischen Pädagogen Robert Havighurst geprägt. Nach Havighurst (1972) sind dies Aufgaben, die in einer bestimmten Lebensspanne auftauchen und deren positive Bewältigung zu Zufriedenheit führt und die Bewältigung der folgenden Entwicklungsaufgaben ermöglicht. Erfahren Menschen jedoch einen Misserfolg in der Bewältigung einer Aufgabe, führt dies zu Unzufriedenheit, Ablehnung von der Gesellschaft und zu Problemen bei der Lösung weiterer Entwicklungsaufgaben (Havighurst, 1972).

2.6.2 Phasenmodell nach Erikson

Erikson beschreibt hierfür in seinem Buch „Identity and the Life Cycle“, das erstmals 1959 erschienen ist, acht Phasen, die Menschen über ihre Lebensspanne hinweg durchlaufen. Im Folgenden wird schwerpunktmäßig auf die Phasen und Krisen im Kindheits- und Jugendalter eingegangen, da diese relevant sind, um das Verhalten der adressierten Klient*innen-gruppe in der vorliegenden Forschung zu verstehen.

Die erste Phase nennt er *Urvertrauen gegen Urmisstrauen* und führt sie auf Erfahrungen während des ersten Lebensjahres zurück. In dieser Zeit wird nach Erikson (2017) die Einstellung zu sich selbst und zur Welt geprägt. Bei positiven Erfahrungen entstehe ein Gefühl von Sich-Verlassen-Dürfen in Bezug auf sich selbst und die Welt.

Autonomie gegen Scham und Zweifel ist die zweite Phase, die Erikson beschreibt, die sich in etwa vom ersten bis zum dritten Lebensjahr des Kindes abspielt. Hierbei legt er den Schwerpunkt darauf, dass dem Kind der Freiraum gelassen wird, Selbstbeherrschung eigenständig zu erlernen, zum Beispiel bei der Sauberkeitserziehung, damit ein Gefühl von Autonomie und Stolz entstehen kann. Empfinden die Kinder jedoch einen Verlust der Selbstkontrolle durch beispielsweise übermäßiges Eingreifen der Eltern, entwickelt sich ein Gefühl von dauerndem Zweifel und Scham (Erikson, 2017, S. 79).

Die zweite Phase wird nach Lösung der Autonomieprobleme im Alter von drei bis fünf Jahren von der Phase *Initiative gegen Schuldgefühle* abgelöst (Erikson, 2017). In dieser Phase geht es darum, dass das Kind herausfindet was für eine Art von Person es werden möchte und sucht sich hierfür Vorbilder, wie Vater und Mutter. Es erkundet verschiedene Rollen in Rollenspielen und wird zunehmend selbstständiger. Zudem wird nun ein Gewissen entwickelt und das Kind fühlt sich im Zuge dessen zum ersten Mal beschämt, wenn es eine Übertretung von Grenzen begeht. In dieser Phase ist es wichtig, dass diese Schuldgefühle nicht durch übermäßige Verbote gefördert werden, denn nur so „kann eine friedliche Kultivierung von Initiative und freiem Unternehmungsgeist entstehen“ (Erikson, 2017, S.97).

Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl bezeichnet Erikson (2017) als die vierte Phase, die Kinder im Alter zwischen sechs Jahren und dem Beginn der Pubertät durchlaufen. In dieser Zeit entwickelt das Kind den Wunsch mit anderen tätig zu sein. Die Schulzeit beginnt und damit bekommen die Kinder die Möglichkeit ihre Fähigkeiten unter Beweis zu stellen und Anerkennung für ihre Leistungen zu bekommen. Durch Scheitern oder fehlende Anerkennung, sowie durch die nichtgeglückte Lösung vorheriger Konflikte, kann es beim Kind zu einem Gefühl von Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit kommen (Erikson, 2017). Es entwickelt sich in dieser Phase außerdem ein Gefühl für Arbeitsteilung und gerechte Chancen, weshalb eine Benachteiligung aufgrund von Faktoren wie Hautfarbe oder Kleidung zu einem dauerhaften Schaden im Identitätsgefühl führen kann (Erikson, 2017).

Mit dem Eintritt in die Phase *Identität gegen Identitätsdiffusion* endet für Erikson (2017) die Kindheit und das Jugendalter beginnt. Er schreibt, dass in der Pubertät alle in vorherigen Phasen gesammelten Erkenntnisse über sich selbst in die sogenannte „Ich-Identität“ münden. Wurden die Krisen in der Kindheit erfolgreich bewältigt, verspüren die Jugendlichen eine Überzeugung, dass sie sich zu einer Persönlichkeit in der Gesellschaft entwickeln. Dieses Vertrauen in sich selbst erleichtert es den Jugendlichen in dieser Zeit der wachsenden Anforderungen und Verantwortungen, ihre Rolle in der Gesellschaft zu finden. Haben die Jugendlichen Zweifel an ihrer Ich-Identität, kommt es zu einer Identitätsdiffusion. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass sie sich nicht für einen Beruf entscheiden können und sich mit - in ihren Augen - „Helden“ von Cliquen überidentifizieren und anderen gegenüber, eine Intoleranz entwickeln (Erikson, 2017).

2.6.3 Aktuelle Entwicklungen der Lebensphase Jugend

In neueren Modellen ist die Entwicklung der Identität im Jugendalter noch immer von großer Relevanz. Hurrelmann (2010) beschreibt Entwicklungsaufgaben des Jugendalters in vier Bereichen (siehe Tabelle 1).

Hurrelmann (2012) beschreibt außerdem, wie sich die Lebensphase Jugend über die Zeit verändert hat und mit welchen wachsenden Herausforderungen sich Jugendliche durch den Wandel konfrontiert sehen. Er schreibt, dass sich die Jugendphase in den letzten 50 Jahren in den hochentwickelten Ländern etwa auf 15 Jahre ausgedehnt hat, was die Erreichung der in Tabelle 1 aufgeführten Ziele, wie die ökonomische Unabhängigkeit und die feste Bindung mit Gründung einer Familie, zeitlich nach hinten verschiebt. Hurrelmann (2012) beschreibt weiterhin wie dies auf der einen Seite eine große Freiheit zur Gestaltung der Lebensführung bietet, auf der anderen Seite aber auch erhöhte Kompetenzen erfordert, um die Freiräume produktiv nutzen zu können. Ein Fünftel der Jugendlichen zeigt Überforderungssymptome, wobei Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien und männliche Jugendliche häufiger betroffen sind (Hurrelmann, 2012).

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben des Jugendalters nach Hurrelmann (2010), eigene Darstellung in Anlehnung an Knagge (2016, S. 434)

Qualifikation	Ablösung und Bindung	Regeneration	Partizipation
Aufbau differenzierter, intellektueller und sozialer Kompetenzen	Akzeptanz der veränderten körperlichen Erscheinung Soziale und emotionale Ablösung von den Eltern	Entwicklung von Handlungsmustern zur Nutzung von Geld, Medien und des Konsumwaremarktes	Entwicklung autonomer Werte und Normen sowie eines ethischen und politischen Bewusstseins
<u>Ziel:</u> Eigene ökonomische Basis und Sicherung der selbstständigen Existenz als Erwachsener	<u>Ziel:</u> Aufbau einer eigenen Geschlechter- und Partnerrolle	<u>Ziel:</u> Entwicklung eines eigenen Lebensstils mit Balance von Arbeit und Freizeit	<u>Ziel:</u> Wertorientierung und politische Teilhabe

Der Übergang von einer Entwicklungsstufe zur nächsten, wird allgemein als Transition bezeichnet. Diese Transitionen bringen immer Veränderungen mit sich, die ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit vom Individuum fordern (Knagge, 2016). Deshalb werden sie auch als zeitlich begrenzte krisenhafte Phasen bezeichnet (Griebel & Niesel, 2004).

Petermann und Petermann (2010) benennen konkrete Probleme, die bei einem Misserfolg in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und bei unzureichenden Regulationsmechanismen entstehen können. Sie benennen als Auslöser Kritik und Aufforderungen an die Jugendlichen sowie Situationen, in denen der eigene Wille nicht durchgesetzt werden kann. Diese können zu Wutausbrüchen und aggressivem Verhalten führen. Ein weiteres Folgeproblem nicht bewältigter Entwicklungsaufgaben kann ein gesellschaftlich abweichendes Verhalten sein wie Stehlen oder Vandalismus. Ein sozialer Rückzug aufgrund von Unsicherheit ist auch eine mögliche Folge und kann bis zur Schulverweigerung führen. Die Schulverweigerung oder das Nichtmachen von Hausaufgaben sowie unzureichendes Lernen, können schließlich zu einem Schulversagen führen und auch schwerwiegende psychosomatische Erkrankungen wie Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten und Suchtverhalten können als Folge auftreten (Petermann & Petermann, 2010).

2.6.4 Betätigungsverhalten von Jugendlichen

Im Folgenden werden typische Betätigungen und das Betätigungsverhalten von Jugendlichen näher beschrieben, um ein Verständnis dafür gewinnen zu können, wie Jugendliche ihre Zeit gestalten und welche Auswirkungen psychische Erkrankungen auf das Betätigungsverhalten haben.

Die Gestaltung des alltäglichen Lebens der Jugendlichen ist durch eine Vielzahl verschiedener Aktivitäten gekennzeichnet, welche aufgrund individueller Fähigkeiten, Ziele und Orientierungen unterschiedlich erlebt werden und dadurch zu unterschiedlichen Erfahrungen führen (Larson & Verma, 1999). Auch das MOHO beschreibt, dass Menschen sich darin unterscheiden, wie sie sich motivieren bzw. zur Ausführung welcher Betätigungen sie sich entscheiden (Taylor & Kielhofner, 2017). Wie sich das Betätigungsverhalten der Jugendlichen in Bezug auf die Elemente Volition, Habituation, Performanzvermögen und Umwelt verändert, wurde bereits in Kapitel 2.1 (Model of Human Occupation) näher erläutert.

Laut Wiesinger und Ruckser-Scherb (2019) wirkt sich die individuelle Zeitverwendung von Jugendlichen auf deren körperliche und psychische Entwicklung aus. Dabei spielen eine achtsame Zeitverwendung und die ausgewogene Teilnahme an Aktivitäten eine wesentliche Rolle für die Gesunderhaltung, da diese in Zusammenhang mit einer hohen Lebenszufriedenheit stehen (Leversen, Danielsen, Birkeland & Samdal, zitiert nach Wiesinger & Ruckser-Scherb, 2019).

Bei Jugendlichen, die auf der Suche nach ihrer Identität und ihrer Zugehörigkeit in der Gesellschaft sind, sind die Betätigungen im Bereich der Freizeit von erheblicher Relevanz, da sie dort die Möglichkeit haben verschiedenen Interessen nachzugehen und diese auszubauen (Rohrer & Stadler, 2010). Die Interessen von Jugendlichen können sich aufgrund von Entwicklungen und Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen rasant ändern (Kämper, 2010). Laut der Shell Jugendstudie (2015) wächst bei Jugendlichen der Trend zu neuen Medien, sodass diese circa 18,4 Stunden pro Woche (mit steigender Tendenz) im Internet verbringen. Ein weiterer wichtiger Betätigungsbereich der Jugendlichen, ist die Schule und alle Betätigungen, die damit in Verbindung stehen, wie z.B. das Erledigen der Hausaufgaben (Ziviani, Desha & Rodger, 2006). Allgemein findet meist eine Verschiebung von Interessen, denen in der Kindheit oftmals im familiären Setting nachgegangen wurde, hin zu Interessen, denen in der Peer-Group[!] nachgegangen wird, statt (Taylor & Kielhofner, 2017). Die Peer-Group bietet den Jugendlichen eine Möglichkeit neue Rollen auszuprobieren und Interessen zu finden (Taylor & Kielhofner, 2017). Insgesamt unterscheidet sich die Gestaltung des Alltages (insbesondere der Bereich Freizeit) unter den Jugendlichen stark, wie Wiesinger und Ruckser-Scherb (2019) in ihrer Studie herausfinden konnten, was ein individuelles Vorgehen der Ergotherapeut*innen notwendig macht, bei dem der Prozess auf die Bedürfnisse der Klient*innen ausgerichtet wird.

Durch die Partizipation an verschiedenen Freizeitaktivitäten und Betätigungen in unterschiedlichen Bereichen können die Jugendlichen vielfältige Kompetenzen ausbauen und an Selbstvertrauen gewinnen (Rohrer & Stadler, 2010). Nur wenn eine Balance der verschiedenen Betätigungsbereiche besteht, kann Gesundheit und Wohlbefinden erreicht werden (Ziviani et al., 2006).

Besteht über eine längere Zeit keine Betätigungsbalance, kann dies Stress für die Jugendlichen erzeugen (Wiesinger & Ruckser-Scherb, 2019). Backman (zitiert nach Rohrer & Stadler, 2010) ist der Ansicht, dass es zu einem Betätigungsungleichgewicht kommen kann, wenn eine Person zu viel oder zu wenig Zeit in Betätigungen investiert. Auch Wilcock (2004) beschreibt, dass ein Betätigungsentzug sowie die Einschränkung der Betätigungsmöglichkeiten Risiken bergen kann.

Laut Fegert, Eggers und Resch (2012) kann wiederum durch psychische Auffälligkeiten und Störungen die Partizipation der Jugendlichen beeinträchtigt werden. Wie beispielsweise die Studie von Levanon-Erez, Cohen, Bar-Ilan und Maeir (2017) über die Betätigungsidentität von Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) belegt, können die psychischen Auffälligkeiten unter anderem zu fehlenden Erfolgserlebnissen in bedeutsamen Betätigungsrollen und letztlich zu negativen Zuschreibungen gegenüber sich selbst führen. Kielhofner, Mentrup und Niehaus (2009) stellten fest, dass Klient*innen mit einer Suchtproblematik mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit ihren ursprünglichen Interessen nachgehen. Ebenso kann es bei Klient*innen mit Depressionen dazu kommen, dass diese ihre Interessen in einem geringeren Ausmaß verfolgen (Tayloe & Kielhofner, 2017). Insgesamt gibt es mehrere Studien, die belegen, dass Klient*innen mit einer psychiatrischen Erkrankung weniger an ihren Interessen partizipieren (Grob & Singer; Spivk, Siegel, Sklaver, Deuschle & Garret, zitiert nach Taylor & Kielhofner 2017).

Es zeigt sich somit, dass die psychische Gesundheit und die Betätigungsbalance eng miteinander zusammenhängen und sich gegenseitig bedingen. Einschränkungen der Jugendlichen, die in den Betätigungsbereichen Freizeit, Schule und Familie durch psychische Erkrankungen entstehen können, können beispielsweise in Einrichtungen wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) behandelt werden (Fegert, Eggers & Resch, 2012). Insbesondere durch die Ergotherapie kann die Partizipation der Jugendlichen in den Betätigungsbereichen gefördert werden, wodurch das Wohlbefinden und die Lebensqualität nachhaltig gesteigert werden können (Hunt & McKay, 2015). Dazu ist es unerlässlich, dass Ergotherapeut*innen die Herausforderungen und Interessen kennen, mit denen Jugendliche sich in dieser Lebensphase beschäftigen (Kerp, Hummer & Lamby, 2009). Um kooperativ mit den Jugendlichen arbeiten zu können, ist es außerdem wichtig, ein Verständnis dafür zu bekommen, wie und warum diese sich dazu entscheiden, bestimmte Betätigungen auszuführen oder zu vermeiden (Passmore, 2004).

2.6.5 Häufige psychische Erkrankungen im Jugendalter

Laut dem Aerzteblatt (2018) sind immer mehr Jugendliche psychisch krank. Wie die World Health Organization (WHO) (2014) beschreibt, sind Jugendliche gefährdeter, gesundheitliche Probleme zu entwickeln, da sich ihre Fähigkeiten gerade erst entwickeln und sie sich erstmals von dem Schutz ihrer Familie lösen. Die epidemiologischen Zahlen zu den psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich dabei stark zwischen verschiedenen Forscher*innen. So beschreibt Schulte-Körner (2016), dass 10% der Kinder und Jugendlichen psychisch erkrankt sind, während Steffen et al. (2018) in ihrer Studie herausfanden, dass im Jahr 2017 28 % der Kinder und Jugendlichen mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung erhielten. In der Literatur findet man kaum epidemiologische Daten über psychische Erkrankungen, die ausschließlich das Jugendalter betrachten. In Studien werden meist Kinder und Jugendliche für die Datensammlung zusammengezählt. Dabei weisen die Störungsbilder große Alters- und Geschlechtsunterschiede auf (Steffen et al., 2018).

Laut Eppelmann et al. (2016) steht die Entstehung von psychischen Erkrankungen oft in engem Zusammenhang mit hohem und andauerndem Stresserleben der Jugendlichen. Die Ergebnisse einer Studie von Ziegler und Gropp (2015) ergaben, dass jede*r fünfte Jugendliche unter hohem Stress leidet. Unter anderem wurden Leistungsdruck in der Schule, hohe Erwartungen der Eltern an die Jugendlichen und fehlende Freizeit als Ursache für die hohe Stressbelastung identifiziert (Ziegler & Gropp, 2015).

Insgesamt ist das Jugendalter von spezifischen Risiken geprägt, wodurch die Wahrscheinlichkeit eine psychische Erkrankung zu entwickeln steigt (Quenzel, 2015). Jugendliche müssen verschiedene Entwicklungsaufgaben bewältigen, wie z.B. das Loslösen von den Eltern und das Aufbauen von emotionalen Bindungen zu Gleichaltrigen (Quenzel, 2015). Ein Misslingen dieser Entwicklungsaufgaben kann unter anderem zur Entstehung psychischer Beeinträchtigungen beitragen (Quenzel, 2015).

Die Studie von Steffen et al. (2018) zeigte eine Prävalenz[!] der psychiatrischen Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen. Dabei zeigte sich, dass unter den Jugendlichen neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen am häufigsten auftreten, gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (welche jedoch mit steigendem Alter prozentual wieder sinken) sowie affektiven Störungen. Die Entwicklungsstörungen nehmen im Jugendalter signifikant ab, zählen jedoch weiterhin prozentual zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Steffen et al., 2018). Verhaltensauffälligkeiten sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sind zu einer geringeren Prozentzahl vertreten (Steffen et al., 2018). Insgesamt sind große Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen den einzelnen Altersstufen (siehe Abbildung 5) zu erkennen, wodurch die Festlegung auf einzelne repräsentative Prozentzahlen sich als schwierig erweist (Steffen et al., 2018).

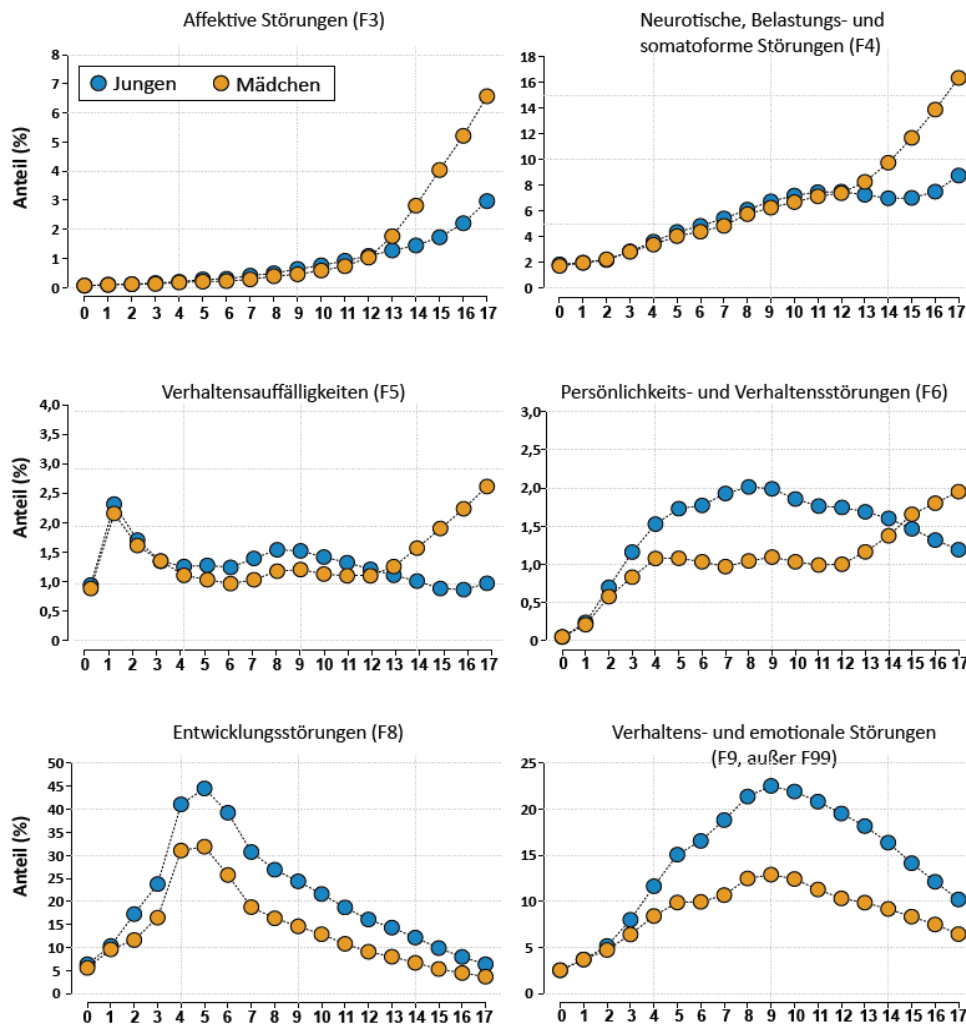


Abbildung 5: Prävalenz der bedeutsamsten psychischen Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017 (Steffen et al., 2018).

Das statistische Bundesamt Deutschland erhob im Rahmen einer Krankenhausdiagnosestatistik die Hauptdiagnosen von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren, welche vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden. Daraus geht hervor, dass die häufigsten Diagnosen, die zu einer stationären Behandlung führten mit etwa 22 % psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol waren, mit ca. 20% eine depressive Episode und mit ca. 12 % eine Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (Statistisches Bundesamt, 2017).

Wie Wiesinger und Ruckser-Scherb (2019) beschreiben, ist die Erhaltung, Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit im Jugendalter von hoher Bedeutung, da in dieser Lebensphase die Weichen für die Gesundheit im Erwachsenenalter gestellt werden.

3. Methode

Das folgende Kapitel befasst sich mit der gewählten Methodik der Forschungsarbeit. Es beinhaltet die Literaturecherche, die Art der Untersuchung, die Methode, die Datenerhebung sowie die Datenanalyse, Gütekriterien und die ethischen Aspekte der Forschung.

3.1 Literaturrecherche

Um den aktuellen Kenntnisstand der ergotherapeutischen Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen erfassen sowie relevante Informationen für den theoretischen Hintergrund gewinnen zu können, erfolgte während der gesamten Bearbeitungszeit der Forschung eine ausführliche und breitgefächerte Literaturrecherche. Zur Internetrecherche wurden die Online-Datenbank der Zuyd Hogeschool, die Online-Datenbank der Universität des Saarlandes, Google Scholar, die DVE Daten-Bank sowie Pubmed und OT-Seeker genutzt. Des Weiteren wurden die Bibliothek und ehemalige Bachelorarbeiten der Zuyd Hogeschool verwendet.

Für die Literaturrecherche wurden unter anderem folgende Schlüsselwörter genutzt:

Tabelle 2: Suchbegriffe der Literaturrecherche in Deutsch und Englisch

Suchbegriffe Deutsch	Suchbegriffe Englisch
Ergotherapie mit psychisch kranken Jugendlichen	Occupational Therapy with mentally ill adolescents
Ergotherapie Jugendpsychiatrie	Occupational Therapy youth psychiatry
Ergotherapie Jugendliche	Occupational Therapy adolescents
Model of Human Occupation Jugendliche	Model of Human Occupation adolescents OR teenager OR youth
Betätigungsorientierung Jugendliche	Occupationbased adolescents OR teenager OR youth
Klientenzentrierung Jugendliche	Client centered adolescents OR teenager OR youth

Nach den Kernbegriffen der Forschungsfrage wurde sowohl im Internet als auch in Fachliteratur im nationalen und internationalen Kontext ausführlich recherchiert. Dazu wurde neben speziell ergotherapeutischer Literatur, auch Literatur der unterschiedlichen Bezugswissenschaften[!] der Ergotherapie herangezogen, um einen möglichst weiten Überblick über die Themen erhalten zu können.

Bei der konkreten Suche nach *Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen* im Internet wurden sowohl für die deutschen als auch englischen Suchbegriffe (mit unterschiedlichen Formulierungen und Kombinationen) in allen Datenbanken keine passenden Studien gefunden. Für die Ergotherapie mit psychisch kranken Erwachsenen konnten verschiedene Studien gefunden werden. Im Bereich der Jugendlichen ist auffällig, dass es weder Studien aus der Ergotherapie noch aus Bezugswissenschaften gibt, die sich rein auf diese fokussieren. Wenn Studien gefunden wurden, bezogen sich diese meist auf Kinder und Jugendliche, wodurch sie aufgrund der großen Spannweite, eine geringe Aussagekraft über das Klientel besitzen, auf das sich die vorliegende Arbeit fokussiert. Bei der Recherche in ergotherapeutischer Fachliteratur fiel ebenfalls auf, dass es wenig Fokussierung auf die Jugendlichen gibt, sondern meist nur kurze Abschnitte oder einzelne Kapitel diese konkret behandeln. So gibt es kein ergotherapeutisches Fachbuch, das sich ausschließlich mit Jugendlichen beschäftigt. Auch Knagge (2016) stellt fest, dass Jugendliche in der Ergotherapie oft vernachlässigt werden.

Weitere Fachliteratur wurde hinzugezogen, um die Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens zu erfassen und die Methodik der Forschung ausarbeiten zu können. Während des gesamten Prozesses der Forschung wurde die Literaturrecherche kontinuierlich fortgeführt und um weitere Aspekte und Schlüsselwörter erweitert.

3.2 Art der Untersuchung

Im Folgenden wird beschrieben, wie nach der Literaturrecherche die methodische Vorgehensweise gewählt und umgesetzt wurde, um die zentrale Fragestellung der Forschungsarbeit zu beantworten:

*Wie gestalten Ergotherapeut*innen eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ergotherapie in verschiedenen Institutionen mit psychisch erkrankten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren?*

Die Entscheidung für den qualitativen Forschungsansatz dieser Untersuchung wurde in Anlehnung an den „Entscheidungsbaum Empirie“ (Ritschl, Stamm & Weigl, 2016, S. 53) getroffen. Der gewählte Weg dieser Arbeit wird in Abbildung 6 veranschaulicht.

Anhand der Literaturrecherche hat sich ergeben, dass zwar Studien zu klientenzentriertem und betätigungsorientiertem Arbeiten vorliegen, sich jedoch keine konkret auf die Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen bezieht. Die Verfasserinnen haben sich entschieden eine empirische[!] Studie durchzuführen, um Informationen zum vorliegenden Thema gewinnen zu können.

Die Fragestellung zielt darauf ab, Wissen, Erfahrungen und das Erleben von Ergotherapeut*innen in Bezug auf Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in der Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen zusammenzutragen und zu analysieren. Aus diesem Grund wurde weiterhin ein qualitativer Sozialforschungsansatz[!] gewählt, da dieser das subjektive Erleben der Befragten in den Vordergrund stellt, um dadurch auf allgemeine Abläufe und Strukturmuster schließen zu können (Flick, 2011; Ritschl, Stamm & Weigl, 2016).

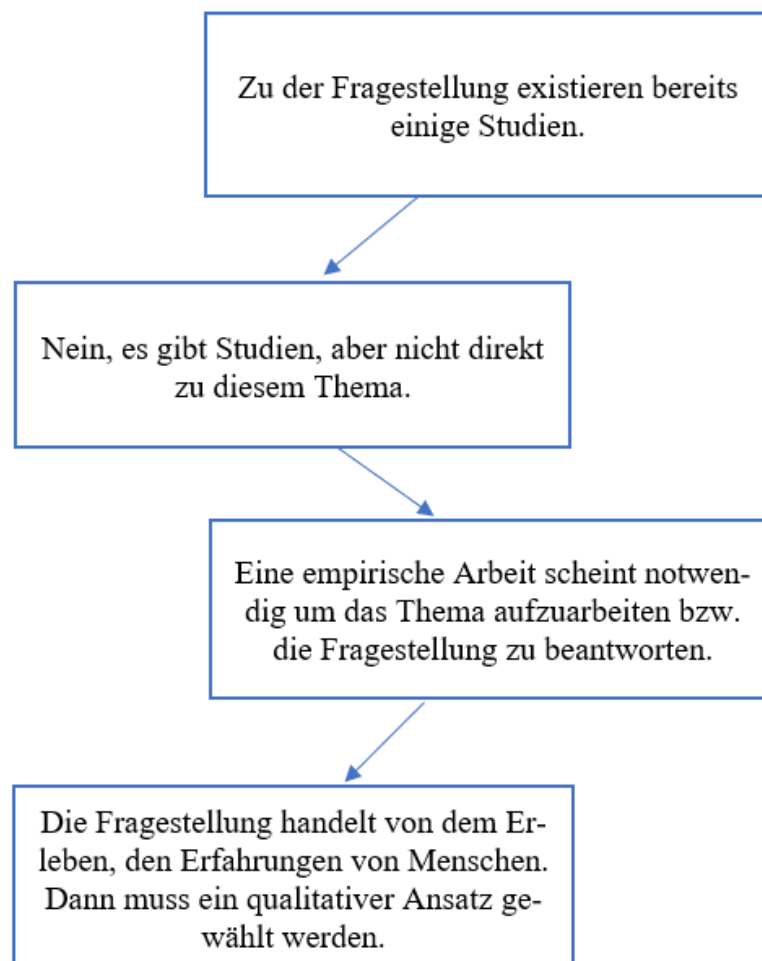


Abbildung 6 : Entscheidungsweg Methodik, eigene Darstellung in Anlehnung an Ritschl, Stamm und Weigl (2016, S. 53)

3.3 Qualitative Forschung

Die vorliegende Arbeit stellt eine empirische qualitative Forschung[!] dar. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über qualitative Forschung gegeben. Weiterhin erfolgt eine Begründung der Methode und eine Beschreibung der Rekrutierung[!] der Studienteilnehmenden.

Im Fokus der qualitativen Forschung steht „die Untersuchung menschlichen Erlebens“ (Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016, S.68) und die Erschließung von Abläufen, Struktur- und Deutungsmustern. Es wird demnach also das subjektive Erleben der Teilnehmenden fokussiert.

Hier zeigt sich die Hauptdifferenzierung zur quantitativen Forschung[!], bei welcher es darum geht, was „objektiv wahr“ (Perkhofer, 2016, S.138) und allgemein gültig ist. Um die Güte[!] einer qualitativen Forschung zu erhöhen sind verschiedene Kriterien anzuwenden, welche in Kapitel 3.8 (Gütekriterien) näher beschrieben werden.

Perkhofer, Gebhart und Tucek (2016) beschreiben für die qualitative Forschung mehrere Charakteristiken:

- *Subjektbezogenheit und Alltagsorientierung*

Die qualitative Forschung zielt darauf ab, subjektive Erfahrungen aus dem Alltag von Menschen zu erfassen (Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016). Hierfür werden beispielsweise Interviews durchgeführt, wie es in der vorliegenden Forschungsarbeit der Fall ist.

- *Offenheit und Reflexivität*

In der qualitativen Forschung werden nicht-standardisierte Methoden genutzt, um ein offenes und flexibles Vorgehen zu ermöglichen. Als Beispiel nennen Perkhofer, Gebhardt und Tucek (2016) hier offene Fragen in einem Interview, sodass die Interviewteilnehmenden möglichst frei erzählen können. Auch ist der direkte Kontakt zwischen Forschenden und Forschungsteilnehmenden ein Merkmal, welches von den Forschenden gewisse Kommunikationskompetenzen erfordert (Perkhofer, Gebhardt und Tuck, 2016).

- *Explorativer Charakter und induktive Theorienbildung*

Der Erwerb neuer Erkenntnisse und die Bildung von Theorien sind das Ziel von qualitativen Forschungen (Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016). Laut Morse et al. (zitiert nach Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016) sind qualitative Forschungen aus diesem Grund dafür geeignet, sich mit wenig erforschten Bereichen zu befassen. Durch eine

induktive Vorgehensweise[!] werden aus den Einzelerhebungen allgemeine Aussagen abgeleitet.

- *Stichprobenauswahl*

Die Forschungsteilnehmenden wurden in Bezug auf die Forschungsfragen und die theoretischen Annahmen entsprechend ausgewählt. In Kapitel 3.3.2 (Rekrutierung der Teilnehmenden) werden die Auswahlkriterien genauer beschrieben.

- *Interpretative Auswertungsverfahren*

In der qualitativen Forschung werden Verfahren genutzt, die „es sich zur Aufgabe machen, subjektive Sinnbildung zu rekonstruieren“ (Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016, S.68-69). In der vorliegenden Forschung wurde hierfür die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt. In Kapitel 3.7.1 (Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring) wird auf diese umfassend eingegangen.

3.3.1 Begründung der gewählten Methode

Um die Forschungsfrage zu beantworten, eignet sich eine qualitative Studie, da es das Ziel der Autorinnen war, die subjektiven Erfahrungen der befragten Ergotherapeut*innen zu erfassen und einen Überblick über deren Umsetzung einer betätigungsorientierten und klientenzentrierten Ergotherapie zu bekommen.

Wie im vorherigen Verlauf der Forschungsarbeit bereits beschrieben wurde, besteht in der Literatur eine Forschungslücke bezüglich der Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen. Es mussten demnach neue Erkenntnisse erworben werden. Aus diesem Grund wurden in der vorliegenden Forschung als Methode zur Datenerhebung, Experteninterviews mit Ergotherapeut*innen geführt, um ihre persönlichen Erfahrungen bezüglich der Forschungsfrage zu ergründen. Die befragten Ergotherapeut*innen nahmen hierbei die Rolle von Expert*innen ein.

Um das Thema aus möglichst vielen Blickwinkeln zu erfassen, haben die Autorinnen mit neun Ergotherapeut*innen ein Interview geführt, da jede*r Ergotherapeut*in seine/ihre persönlichen Aspekte einbringt. Auf diese Weise konnten verschiedene Spektren der Thematik erfasst werden (Gläser & Laudel, 2010).

Laut Bogner, Littig und Menz (zitiert nach Bührmann, 2004), ist ein/eine Expert*in eine Person, „die sich- ausgehend von spezifischem Praxis- oder Erfahrungswissen, [...] auf einen klar begrenzbaren Problembereich bezieht“ (S.3).

Das Wissen der Expert*innen kann „Kontextwissen und/ oder Betriebswissen“ (Meuser & Nagel zitiert nach Wassermann, 2015, S.470) sein. Die Interviewteilnehmer*innen haben durch ihre berufliche Rolle also ein Wissen über das zu untersuchende Handlungsfeld der vorliegenden Forschungsarbeit.

Für die Analyse und Auswertung der Experteninterviews wurde die Methode der „qualitativen Inhaltsanalyse“ (Ritschl & Stamm, 2016, S.93) gewählt, welche sich für Bachelorarbeiten empfehlen lässt, da sie sich für die Bearbeitung von Informationen, beispielsweise aus Einzelinterviews, sehr eignet. Durch dieses Vorgehen können aus der Masse der erhobenen Aussagen die expressiven Inhalte in ihrem Kontext erfasst und ausgewertet werden. Konkret haben die Autorinnen sich für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring entschieden, welche in Kapitel 3.7 (Datenanalyse) beschrieben wird.

3.3.2 Rekrutierung der Teilnehmenden

Für die Rekrutierung der Studienteilnehmenden haben die Autorinnen zunächst drei Einschlusskriterien erstellt. Deutschlandweit wurden Ergotherapeut*innen gesucht, die

- 1.) mit psychisch erkrankten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren arbeiten,
- 2.) mindestens ein Jahr Berufserfahrung im psychiatrischen Setting mit Jugendlichen haben und
- 3.) die Aspekte Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung in ihre Arbeit integrieren.

Die Rekrutierung erfolgte über zwei Wege. Zum einen wurde per E-Mail ein Anschreiben [siehe Anlage 1] mit angehängtem Flyer [siehe Anlage 2], welcher nähere Informationen zur Studie enthält, versendet. Zum anderen wurde derselbe Flyer mit einem angepassten Anschreiben [siehe Anlage 3] im sozialen Netzwerk Facebook in die drei ergotherapeutischen Gruppen „+ ergotherapie +“, „Ergotherapeuten in der Psychiatrie“ und „Ergotherapeuten und angehende Ergotherapeuten“ sowie auf die Internetplattform „ergoxchange“ hochgeladen.

Mittels einer Internetrecherche wurde deutschlandweit nach Einrichtungen und Ergotherapie-Praxen gesucht, in denen ergotherapeutisch mit Jugendlichen im psychiatrischen Bereich gearbeitet wird. Diesbezüglich wurden 345 E-Mail-Adressen gesammelt. Die E-Mail-Adressen wurden als Blindkopie[!] versendet, um die Anonymität gegenüber anderen Adressat*innen zu gewährleisten.

Es erfolgten 15 positive Rückmeldungen potentieller Teilnehmender. Eine der Personen erfüllte jedoch die Einschlusskriterien aufgrund ihrer zu kurzen Berufserfahrung nicht, weshalb sie von der Auswahl ausgeschlossen wurde. Mit den 14 potentiellen Teilnehmenden fand ein Austausch bezüglich Terminfindung und weiteren Informationen zur Studie statt. Aufgrund der vorgegebenen Teilnehmeranzahl von maximal neun Teilnehmenden, wurden

letztendlich mit neun der 14 Personen Termine für Interviews vor Ort, per Skype oder per Telefon ausgemacht. Folgend wurde den Studienteilnehmenden eine Einverständniserklärung [siehe Anlage 4] inklusive Informationen zur Gewährleistung der Anonymität und des Datenschutzes zugesendet.

3.4 Interviewleitfaden

Für die Experteninterviews wurde ein semi-strukturierter Interviewleitfaden erstellt [siehe Anlage 5]. Der Leitfaden fungierte durch die Semi-Strukturierung als Richtschnur für das Gespräch, wobei den Interviewteilnehmenden mehr Erzählfreiraum gegeben wird als bei einem strukturierten Leitfaden (Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016).

Unter Betrachtung der Leitfragen der vorliegenden Forschung und dem theoretischen Hintergrund haben die Autorinnen sechs Hauptfragen aufgestellt mit jeweils zusätzlichen Unterfragen und Notizen. Die Unterfragen sollten es im Gespräch ermöglichen, die Hauptfragen bei Bedarf genauer erläutern zu können und sicherzustellen, dass bestimmte Aspekte angesprochen werden.

1. Unser Thema ist betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten mit psychisch erkrankten Jugendlichen. Was bedeuten für Sie betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten?

- Persönliche Definition
- Treffen diese Begriffe auf Ihre Arbeit zu? Wenn ja, wie setzen Sie dies um? Wenn nein, wie sieht es stattdessen aus?

Abbildung 7: 1. Hauptfrage mit Unterfragen

Thematisch wurden die Aspekte der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung, die Therapiegestaltung, die therapeutischen Kompetenzen, Barrieren und Ressourcen der Institution, die Besonderheiten der Lebensphase Jugend sowie die Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen abgefragt.

Der Aufbau der Fragen wurde so gestaltet, dass das Interview mit Einstiegsfragen bezüglich der beruflichen Laufbahn und der Person begann. Dies wird empfohlen, damit den Interviewteilnehmenden ein einfacher Einstieg ermöglicht wird (Krueger & Casey, zitiert nach Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016). Zudem wurden die Fragen so gestaltet, dass die Interviewteilnehmenden einen möglichst großen Redeanteil haben und die Interviewerin ihnen aktiv zuhört.

Zur Erprobung und Anpassung des Interviewleitfadens wurde eine Pilotstudie durchgeführt, welche im folgenden Kapitel näher beschrieben wird.

3.5 Pilottest

Der erstellte Interviewleitfaden wurde zunächst in einem Pilottest[!] erprobt, um mögliche Fehlerquellen und Unstimmigkeiten in den Fragestellungen sowie in der allgemeinen Durchführung des Interviews aufzudecken und diese vor Beginn der Hauptstudie überarbeiten zu können. Ein Pilottest ist wichtig, da auch bei sorgfältiger Erstellung des Leitfadens nicht mit Sicherheit vorhergesehen werden kann, wie dieser in der Interviewsituation auf die befragte Person wirkt und ob die Fragen verständlich und nachvollziehbar formuliert sind (Stamm, Ritschl, & Weigl, 2016).

3.5.1 Durchführung des Pilottests

Das Pilotinterview wurde mit einer staatlich anerkannten Ergotherapeutin durchgeführt. Die Teilnehmerin des Pilottests arbeitet seit zwei Jahren regelmäßig mit psychisch erkrankten Jugendlichen zusammen und ist mit den Begriffen Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung vertraut. Sie ist somit repräsentativ für die späteren Studienteilnehmenden und erklärte sich nach der Anfrage zur Teilnahme gerne bereit am Pilottest teilzunehmen. Es wurde ein Termin für ein persönliches Treffen zur Durchführung des Interviews vereinbart und eine schriftliche Einverständnis eingeholt.

Nach der Durchführung des Pilotinterviews füllte die Teilnehmerin zum Feedback einen Interview-Bewertungsbogen [siehe Anlage 6] aus, der zuvor von den Forscherinnen erstellt wurde. In diesem wird zum einen auf die Qualität der Fragen und zum anderen auf die Art der Durchführung des Interviews eingegangen. Der Leitfaden wurde hinsichtlich der Verständlichkeit, der Reihenfolge und dem Umfang der Fragen bewertet und die allgemeine Durchführung in Bezug auf das Sprachtempo, die Wortwahl und die Flexibilität der Interviewerin sowie auf die Dauer des Interviews beurteilt.

3.5.2 Ergebnisse des Pilottests

Die Auswertung des Bewertungsbogens hat ergeben, dass das Interview insgesamt angenehm und verständlich gestaltet war, mit der Ausnahme, dass die Frage nach benötigten ergotherapeutischen Kompetenzen in den Unterfragen zwei verschiedener Leitfragen auftauchte. Der Interviewleitfaden für die Hauptstudie wurde deshalb so angepasst, dass die beiden Leitfragen im Interviewleitfaden aufeinanderfolgen, da diese auch thematisch gut zusammenpassen. Die Unterfrage nach den ergotherapeutischen Kompetenzen blieb nach wie vor unter beiden Leitfragen stehen, wodurch im Gespräch frei gestaltet werden kann, an welcher Stelle darauf eingegangen wird. Die Umstellung der Reihenfolge der Leitfragen hat den Leitfaden somit in Hinblick auf einen stimmigeren Aufbau der Gesprächsthemen verbessert.

3.6 Datenerhebung

In der vorliegenden Forschungsarbeit erfolgte die Erhebung der Daten in Form von neun Experteninterviews, welche im folgenden Kapitel genauer beschrieben werden. „Das Experteninterview ist eines der am häufigsten eingesetzten Verfahren in der empirischen Sozialforschung“ (Meuser & Nagel, 2009, S.465).

3.6.1 Durchführung der Interviews

Die Erhebung der Daten fand durch neun Experteninterviews anhand des semi-strukturierten Interviewleitfadens [siehe Anlage 5] statt. In der folgenden Tabelle ist eine Übersicht personenbezogener Daten der Interviewteilnehmenden zu sehen.

Tabelle 3: Übersicht der Teilnehmenden

Teilnehmer*in	Alter	ET-Berufserfahrung	Arbeitsbereich	Berufsabschluss
TN1	43	16 Jahre	KJP	Staatsexamen
TN2	48	21 Jahre	KJP	Staatsexamen + Aufbaustudium angewandte Therapiewissenschaften (B.Sc.)
TN3	38	12 Jahre	KJP	Staatsexamen
TN4	60	25 Jahre	ET-Praxis	Staatsexamen
TN5	42	18 Jahre	KJP	Staatsexamen + Aufbaustudium Ergotherapie (Dipl.)
TN6	52	27 Jahre	KJP	Staatsexamen
TN7	27	7 Jahre	KJP	Staatsexamen
TN8	49	26 Jahre	KJP	Staatsexamen
TN9	28	6 Jahre	Wohnbereich	Staatsexamen

Zunächst wurde mit allen Teilnehmenden ein Termin für das Interview festgelegt, welches je nach Wahl der Teilnehmenden persönlich vor Ort oder per Telefon stattfand. Die Rekrutierung der Teilnehmenden ist in Kapitel 3.3.2 (Rekrutierung der Teilnehmenden) genauer beschrieben.

Insgesamt wurden vier der Interviews in der Arbeitsumgebung der Teilnehmenden durchgeführt, eins in der eigenen Wohnung und vier per Telefon. Die ersten drei Interviews vor Ort wurden im Beisein aller Autorinnen geführt. Dabei nahmen zwei der Autorinnen die Rolle der Beobachterinnen ein und eine Autorin die Rolle der Interviewerin.

Während des Gespräches konnten die Beobachterinnen bei Bedarf Zwischenfragen stellen, falls dies erforderlich war. Die anderen sechs Interviews wurden abwechselnd von jeweils einer der Autorinnen alleine geführt. Alle Interviews wurden mit jeweils zwei Aufnahmegegeräten als Audiodatei aufgezeichnet, wozu die Teilnehmenden vorher ihr Einverständnis gegeben hatten. Das Zeitfenster für das Interview betrug circa 60 Minuten. Die Interviews begannen mit einer erneuten Nennung des Forschungsthemas und einem Überblick über den Ablauf. Die Inhalte der Einverständniserklärung (siehe Anhang 4) wurden nochmals erläutert und zugesichert. Zum Einstieg wurden Fragen zur Person und beruflichen Laufbahn gestellt, wie in der folgenden Abbildung verdeutlicht wird.

Einstieg:

- Wie sieht ihre berufliche Laufbahn aus? Wann und wo haben Sie ihre Ausbildung zum/zur Ergotherapeut*in gemacht?
- Wie alt sind Sie und wie lange arbeiten Sie bereits als Ergotherapeut*in und in welchem Tätigkeitsbereich?
- Mit welchem Klientel arbeiten Sie zurzeit?

Abbildung 8: Einstiegsfragen der Interviews

Im weiteren Verlauf folgten, wie in Kapitel 3.4 (Interviewleitfaden) beschrieben, die Hauptfragen zum Forschungsthema. Die Autorinnen tätigten möglichst wenige Zwischenaussagen, um den Redefluss der Interviewteilnehmenden nicht zu stark zu beeinflussen. Lediglich ein besseres Verständnis der genannten Aspekte oder Unklarheiten bezüglich einer Frage seitens der Interviewteilnehmenden waren Grund für eine kurzzeitige Zunahme des Redeanteils der Interviewerin. Nach Abschluss der Fragen konnten seitens der Interviewteilnehmenden Anmerkungen und Fragen bezüglich der Forschungsarbeit gestellt werden. Alle vollständigen Interview-Transkripte befinden sich in Anhang 7.

Während der Durchführung der Interviews haben die Autorinnen folgende Prinzipien beachtet, da die Qualität der erhobenen Daten auch von der Gesprächssituation beeinflusst wird (Helfferich, 2005):

- *Prinzip der Kommunikation*

Die Autorinnen traten während der Interviews mit den Teilnehmenden in Interaktion und Kommunikation.

- *Prinzip der Offenheit*

Die Autorinnen gaben den Teilnehmenden Zeit zur Ausführung ihrer Antworten. Die Teilnehmenden hatten somit die Möglichkeit, sich Gedanken darüber zu machen, was sie als inhaltlich relevant betrachten und wie es formulieren möchten.

- *Prinzip des Umgangs mit Vertrautheit und Fremdheit*

Die persönlichen Einstellungen, Verständnisse und Aussagen zu den gestellten Fragen wurden von den Autorinnen respektiert und anerkannt.

- *Prinzip der Reflexivität[!]*

Die Autorinnen waren sich sowohl während der Gespräche als auch während der Auswertung und Interpretation der Interviews ihrer Rolle als Forscherinnen bewusst.

3.7 Datenanalyse

Die Datenanalyse dient der Auswertung und Interpretation der durch die Interviews gewonnenen Daten. Als Methode wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gewählt, auf die im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird.

3.7.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse bildet die Transkription[!] der im Interview verbal erhobenen Daten (Mayring, 2016). In dieser Forschungsarbeit wurde sich an dem einfachen Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2015) orientiert, da der Fokus auf den inhaltlichen Aussagen der Teilnehmer*innen liegt und nicht auf sprachlichen Aspekten.

Somit wurden in den wörtlichen Transkripten Dialekte geglättet, Wortverschleifungen an das Schriftdeutsch angenähert sowie Verständnissignale während des Redeanteils des Gegenübers nicht aufgenommen. Zeitgleiche Redeanteile wurden zu Beginn und am Ende der

Überschneidung mit “//” gekennzeichnet, Satzabbrüche mit “/” markiert und nonverbale Äußerungen, wie lachen, wurden hinter der Aussage in Klammern notiert. Auf Zeitmarken am Ende der Absätze wurde von den Forscherinnen allerdings verzichtet, da die Dauer der Redeanteile für die Auswertung der Interviews nicht von Bedeutung war. Die beteiligten Personen wurden zum Zweck der Anonymisierung mit einem „I“ für Interviewerin und mit „TN1“ bis „TN9“ für die Teilnehmenden bezeichnet.

Der Ablauf der Auswertung der angefertigten Transkripte orientierte sich an den sieben Schritten der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), die in Abbildung 9 dargestellt sind und im Folgenden erläutert werden.

1. Bestimmung der Analyseeinheiten

Die *Kodiereinheit* stellt den kleinsten Materialbestandteil dar, der bei der Analyse ausgewertet wird (Mayring, 2015). Es wurde entschieden, dass ein Wort eine *Kodiereinheit* bilden kann, wenn dieses inhaltlich relevant zur Beantwortung der Forschungsfrage erscheint. Als *Kontexteinheit* wird hingegen der größte Textbestandteil bezeichnet, der ausgewertet werden kann (Mayring, 2015). Dieser wurde in der vorliegenden Analyse auf drei Sätze festgelegt, wenn diese inhaltlich eng miteinander zusammenhängen. Die Reihenfolge, in der die Textteile ausgewertet werden, wird als *Auswertungseinheit* bezeichnet (Mayring, 2015). Hierbei wurde beschlossen, die Textbestandteile zunächst nach den Themen des Interviewleitfadens einzuteilen und in separate Tabellen einzufügen, um dann inhaltlich ähnliche Themengebiete nacheinander auswerten zu können.

2. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

Nachdem die inhaltstragenden Textstellen in die Tabellen übertragen wurden, wurden diese im nächsten Schritt paraphrasiert. Dies

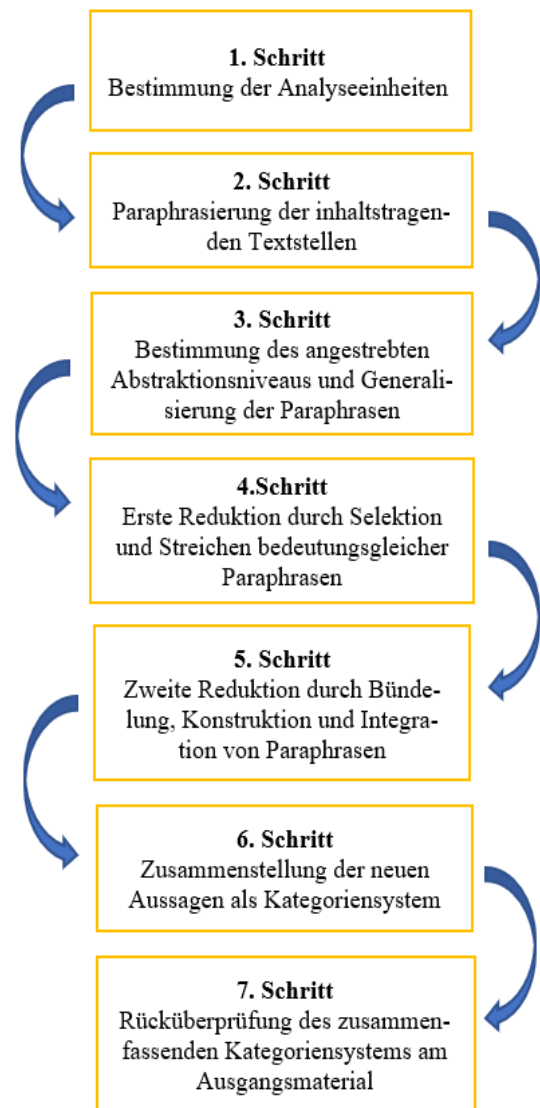


Abbildung 9: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse, eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring (2015)

bedeutet, dass die Textstellen gekürzt und auf eine einheitliche Sprachebene gebracht werden (Mayring, 2015).

3. Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen

In diesem Schritt werden die Paraphrasen[!] auf ein allgemeineres Abstraktionsniveau gehoben (Mayring, 2015). Die Generalisierungen[!] fanden dabei nicht mehr auf Satzebene statt und der Inhalt der Paraphrasen, die sich bisher auf dem Niveau der Satzebene befanden, wurde möglichst kurz und prägnant zusammengefasst. Die Paraphrasen, die sich bereits auf diesem Abstraktionsniveau befanden, konnten beibehalten werden.

4. Erste Reduktion durch Selektion und Streichen bedeutungsgleicher Phrasen

Bei der ersten Reduktion werden die bestehenden Paraphrasen weiter zusammengefasst (Mayring, 2015). Zunächst wurden die Generalisierungen, die als nicht relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage erschienen, gestrichen. Des Weiteren wurde von bedeutungsgleichen Paraphrasen nur jeweils eine übernommen, damit am Ende dieses Schrittes eine klare Übersicht der verschiedenen Aussagen entstehen konnte. Zur Veranschaulichung der ersten vier Schritte befindet sich in Anlage 8 ein Ausschnitt einer der erstellten Tabellen.

5. Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen

Ab der zweiten Reduktion wurde tabellenübergreifend gearbeitet. Alle Paraphrasen der ersten Reduktion wurden in einer neuen Tabelle zusammengetragen und auf gleiche Inhalte hin überprüft. Ähnliche Inhalte wurden anschließend durch neue prägnante Aussagen zusammengefasst, wobei auch theoretische Vorannahmen zur Benennung und Einteilung in Obergriffe hinzugezogen wurden.

6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

Die durch die zweite Reduktion entstandenen Aussagen wurden im sechsten Schritt zu zehn Oberkategorien zusammengefasst und anschließend den jeweiligen Oberkategorien als Subkategorien zugeordnet. Die erstellten Kategorien wurden dann anhand eines Schaubildes in Bezug zu den drei Leitfragen der Forschung gesetzt [siehe Anlage 9].

7. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Im letzten Schritt der Inhaltsanalyse wurden die Transkripte noch einmal nach aussagekräftigen Zitaten durchsucht, welche die gebildeten Kategorien unterstützen und widerspiegeln. Für jede der Oberkategorien wurde ein neues Dokument erstellt, in dem die dazu passenden ausgewählten Zitate gesammelt wurden.

3.8 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 von Studien herangezogen werden“ (Höhl, 2016, S. 127).

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung, in der die Güte einer Untersuchung nach den Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität bewertet wird, werden in der qualitativen Forschung mehrere Definitionen und Systeme von Gütekriterien beschrieben (Höhl, 2016). Da die qualitative Inhaltsanalyse der Forschung nach Mayring (2016) durchgeführt wird, sollen ebenso seine qualitativen Gütekriterien in dieser Studie gelten. Mayring hat sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung aufgestellt, die im Folgenden beschrieben und deren Umsetzung innerhalb der Studie erläutert werden.

- *Verfahrensdokumentation*

Um den Forschungsprozess nachvollziehbar zu gestalten, soll das Vorgehen der Studie und die Methodik detailliert beschrieben werden. Dies bezieht sich auf die Darstellung des Vorverständnisses, die Beschreibung der Analyseinstrumente, die Durchführung und die Auswertung der Daten (Mayring, 2016). Im Rahmen des theoretischen Hintergrundes (siehe Kapitel 2) wird das Vorverständnis begründet. In Kapitel 3 (Methode) werden die Analyseinstrumente und die Durchführung und in Kapitel 4 (Resultate) die Auswertung explizit beschrieben.

- *Argumentative Interpretationsabsicherung*

In der qualitativen Forschung haben Interpretationen eine wichtige Bedeutung (Mayring, 2016). Die Interpretationen der Forscher*innen müssen argumentativ begründet werden. Um eine theoriegeleitete Interpretation zu erzielen, muss das Vorverständnis der Interpretationen angemessen sein. Außerdem soll diese schlüssig sein und eventuelle Diskrepanzen sollten erklärt werden. In dieser Studie wird das Vorverständnis in Kapitel 2

(Theoretischer Hintergrund) ausführlich dargestellt. Die genaue Begründung der Interpretationen wird in Kapitel 3 (Methode) und 4 (Resultate) konkretisiert.

- *Regelgeleitetheit*

Auch in der qualitativen Forschung ist es wichtig, systematisch vorzugehen und sich an bestimmte Verfahrensregeln zu halten. Daher ist es sinnvoll, im Voraus die Analyseschritte und das Vorgehen der Analyse zu planen und festzulegen. Im Rahmen der Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) werden die konkret formulierten Analyseschritte eingehalten und in Kapitel 3.7 (Datenanalyse) dargelegt.

- *Nähe zum Gegenstand*

Die Nähe zum Gegenstand bedeutet im direkten Kontext der beforschten Subjekte anzuknüpfen und ist ein Leitgedanke der qualitativen Forschung (Mayring, 2016). Da die Interviews dieser Forschung zum Teil im natürlichen Arbeitssetting der Teilnehmenden und zum Teil über Telefon und Skype stattfanden, gilt dieses Kriterium als teilweise erfüllt. Da es bei den Interviews um Erfahrungswerte der Teilnehmenden geht, ist der Kontext, in dem die Interviews durchgeführt wurden, nicht von außerordentlicher Bedeutung für die Forschungsfrage, wodurch für die Studie kein Qualitätsverlust entsteht.

- *Kommunikative Validierung*

Die Ergebnisse der Forschung können den Teilnehmenden vorgelegt werden, um diese überprüfen zu lassen, ob sie sich in den Ergebnissen wiederfinden können und gegebenenfalls über bestimmte Aspekte zu diskutieren oder relevante Informationen zu ergänzen. Dieses Kriterium gilt als teilweise erfüllt, da allen Teilnehmenden die entsprechenden Transkripte der Interviews zusammen mit einem kurzen Anschreiben [siehe Anlage 10] per Email zugesendet wurden, um ein Member-Checking durchführen zu können. Nur drei der neun Teilnehmenden meldeten sich daraufhin zurück. Ein Ausschnitt der Anmerkungen der Teilnehmenden ist in Anlage 11 hinterlegt. Die Auswertung der Datenerhebung konnte den Teilnehmenden aus zeitlichen Gründen nicht vorgelegt werden.

- *Triangulation*

Die Triangulation bedeutet, dass versucht wird, für die Forschungsfrage verschiedene Lösungsmöglichkeiten zu finden, wobei dabei keine vollständige Übereinstimmung der Ergebnisse forciert werden soll, sondern verschiedene Perspektiven miteinander verglichen werden können (Mayring, 2016). Eine Triangulation kann auf die Datenerhebung, die Einbeziehung mehrerer Forscher*innen, die Verwendung unterschiedlicher Methoden und unterschiedlicher Theorien bezogen werden (Höhs, 2016). In dieser Studie gilt die Forschertriangulation als erfüllt, da das Forscherteam aus drei Personen besteht, die

die Datenanalyse parallel umsetzten und über diese und die Ergebnisse diskutierten. Außerdem gilt die Theorientriangulation als erfüllt, da die Diskussion in Kapitel 5 die Ergebnisse der Datenerhebung in Bezug zu den recherchierten Aspekten des theoretischen Hintergrundes (siehe Kapitel 2) stellt.

3.9 Ethische Aspekte der Forschung

Im Folgenden wird zunächst der Begriff *Ethik* kurz erklärt und ein Überblick über die Entwicklung der Forschungsethik gegeben. Anschließend werden die ethischen Aspekte der vorliegenden Forschung sowie deren konkrete Umsetzung innerhalb der gesamten Forschungsdurchführung erläutert.

„Die Ethik ist ein Teilgebiet der Philosophie“ (Perkhofer & Tucek, 2016, S.27). Laut Kerres und Seeberger (2001) hat diese das sittliche Verhalten des Menschen zum Gegenstand und setzt sich mit der Moral auseinander. Reichel, Marotzki und Schiller (2009) beschreiben, dass unter *Ethik* im eigentlichen Sinne überwiegend die Reflexion von Verhaltensnormen verstanden wird.

Die aktuellen Entwicklungen der Forschungsethik haben ihren Ursprung im Nürnberger Kodex von 1947, welcher heute eines der wichtigsten ethischen Grundwerke in der medizinischen Forschung darstellt (Schnell & Heinritz, 2006). 1964 entstand mit der Deklaration von Helsinki eine Neuauflage der ethischen Grundsätze, welche eine konkrete Stellungnahme der ethischen Prinzipien in der medizinischen Forschung beinhaltet (Perkhofer & Tucek, 2016).

Im konkreten Bezug zur Ergotherapie zeigt sich, dass in Deutschland kein originärer Ethikodex existiert, sondern internationale Dokumente des Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC) und der World Federation of Occupational Therapists (WFOT) hierfür verwendet werden (Konrad, Grewohl, Higman et al., 2015). Diese sind im Berufskodex des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) in deutscher Übersetzung aufgeführt. Allerdings sind dort keine konkreten forschungsethischen Vorgaben und Positionen enthalten, wodurch es keine Richtlinien für ethische Standards in der ergotherapeutischen Forschung gibt (Reichel, Marotzki & Schiller, 2009).

Ergotherapeutische Forschungsvorhaben können sich somit nur an den entsprechenden ethischen Standards anderer Bezugswissenschaften orientieren. Laut Reichel, Marotzki und Schiller (2009) lassen sich fünf grundlegende forschungsethische Prinzipien unter anderem aus den Bezugswissenschaften, internationalen Kodizes und Richtlinien für ergotherapeutische Forschung ableiten. Die vorliegende Forschung orientiert sich an den im Folgenden aufgeführten Prinzipien, die an die Arbeit von Reichel, Marotzki und Schiller (2009) angelehnt sind.

- *Das Prinzip der Autonomie*

Das Prinzip der Autonomie beinhaltet sowohl das Recht auf eine freiwillige Teilnahme, Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit, als auch das Recht auf Aufklärung und Information. Außerdem beinhaltet es den Schutz der Privatsphäre und die Vertraulichkeit der Informationen und Daten. Dieses Prinzip wurde in dieser Forschung eingehalten, da die Teilnahme an der Studie auf freiwilliger Basis erfolgte und die Teilnehmer*innen im Vorfeld ausführlich über den Zweck sowie die Art der Durchführung informiert wurden. Durch das Aushändigen der Einverständniserklärung an die Teilnehmer*innen vor der Durchführung der Interviews konnte zudem der Schutz der Privatsphäre und die Vertraulichkeit der Daten versichert werden.

- *Das Prinzip der Wohltätigkeit*

Das Prinzip der Wohltätigkeit beschreibt die grundlegende Verpflichtung aller Berufsangehörigen der Gesundheitsberufe, das Wohl des kranken Menschen zu fördern (Reichel, Marotzki & Schiller, 2009). Durch diese Forschung sollen Positiv-Beispiele für eine moderne Gestaltung der Ergotherapie in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen herausgearbeitet werden. Dadurch könnten sich Ergotherapeut*innen an den Ergebnissen der Arbeit orientieren, wodurch letztendlich die Qualität der Therapien gesteigert werden kann. Eine qualitativ hochwertigere Therapie wirkt sich folglich auf das Wohlergehen der Klient*innen aus.

- *Das Prinzip der Schadensvermeidung*

Das Prinzip der Schadensvermeidung beinhaltet, dass eine Forschung am Menschen nur durchgeführt werden darf, wenn die entsprechenden Erkenntnisse nicht auf andere Weise zu gewinnen sind. Die Antworten auf die Forschungsfragen dieser Arbeit konnten nur mit Hilfe von Experteninterviews gewonnen werden, da sich im Rahmen der Literaturrecherche eine deutliche Forschungslücke in diesem Themengebiet aufgezeigt hat. Um Erfahrungswerte erhalten zu können, war die Durchführung von Interviews somit notwendig. Die Durchführung der Interviews führte zu keinen körperlichen und psychischen Schäden der Teilnehmer*innen, wodurch dieses Prinzip als erfüllt gilt.

- *Das Prinzip der Verpflichtung, Risiko und Nutzen abzuwägen*

Das Prinzip der Verpflichtung, Risiko und Nutzen abzuwägen, thematisiert, dass potenzielle Risiken und mögliche Nutzen fortlaufend während des gesamten Forschungsablaufes gegeneinander abgewogen werden müssen (Reichel, Marotzki & Schiller, 2009). Aufgrund der Durchführung von Interviews mit Expert*innen auf freiwilliger Basis war die Teilnahme an dieser Forschung mit wenig Risiken verbunden. Im Gegensatz dazu

sollen die Ergebnisse der Forschung einen Beitrag für eine qualitativ hochwertige Therapiegestaltung leisten und somit einen Mehrwert für die Ergotherapie und letztendlich die Klient*innen darstellen.

- *Das Prinzip der Gerechtigkeit*

Das Prinzip der Gerechtigkeit fordert eine gerechte Verteilung von Risiko und Nutzen auf die Forschungsteilnehmenden. Dieses Prinzip nimmt darauf Bezug, dass in der Vergangenheit (konkret in der Zeit des Nationalsozialismus) vor allem marginalisierte[] und vulnerable Gruppen von Menschen die Risiken medizinischer Forschungen tragen mussten (Reichel, Marotzki & Schiller, 2009). Da es sich bei den Teilnehmenden dieser Forschung nicht um Menschen einer marginalisierten oder vulnerablen Gruppe handelt und die Forschungsmethoden als risikoarm zu bezeichnen sind, gilt dieses Prinzip als erfüllt.

Trotz der fehlenden, konkret ergotherapeutischen ethischen Richtlinien, wurden insgesamt alle relevanten forschungsethischen Aspekte der Bezugswissenschaften bei der Planung und Durchführung der Forschung beachtet und eingehalten.

4. Resultate

Wie bereits in Kapitel 3.7.1 (Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring) beschrieben, wurde aus den Aussagen der Interviews ein Kategoriensystem zusammengestellt. Im Folgenden werden die Oberkategorien mit den dazugehörigen Subkategorien aufgeführt und anhand von aussagekräftigen Zitaten der Teilnehmenden erläutert. Im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage wurden die erstellten Kategorien den passenden Leitfragen zugeordnet.

4.1 Resultate der ersten Leitfrage

Im Bezug zur ersten Leitfrage „Was beinhaltet der therapeutische Prozess in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen während der Evaluations-, Interventions- und Outcomephase?“ wurden die Oberkategorien *Evaluationsphase*, *Interventionsphase*, *Outcomephase*, *Besonderheiten in der Arbeit mit Jugendlichen*, *Betätigungsorientierung* und *Klientenzentrierung* formuliert.

4.1.1 Evaluationsphase

Diese Oberkategorie befasst sich mit der ersten Phase eines Therapieprozesses und beinhaltet die Subkategorien *Erstgespräch*, *Assessments*, *Testungen* und *Zielsetzung*.

- *Erstgespräch*

Diese Subkategorie beinhaltet Aspekte, die von den Teilnehmenden zum Thema Erstgespräch geäußert wurden.

Die Teilnehmenden sprechen den Punkt der Anamnese in unterschiedlicher Weise an (TN4, TN5, TN6, TN7 & TN9). TN9 sagt beispielsweise: „*Und natürlich die Anamnese ist super wichtig*“ (TN9, Z. 303). TN4 dagegen lege weniger Gewichtung auf die Anamnese und halte diese kurz.

In die Anamnese fließen bei TN5, TN6 und TN7 auch Informationen aus vorherigen Berichten mit ein. „*Und ich schau mir den Arztbrief an und lese mir den durch und den Ergotherapiebericht von der vorherigen Ergotherapeutin, weil die das meistens eben schon auch hatten*“ (TN7, Z. 88-90).

Der Einstieg werde von TN7 eher frei gestaltet und diene dem Kennenlernen. TN2, TN3 und TN7 bringen beim Einstieg bereits etwas Praktisches mit ein, um Klient*innen aktiv einzubinden. Hierzu ergänzt TN7: „*Also ich lass die Patienten erstmal ankommen und dann machen worauf sie Lust haben, weil ich finde das total wichtig, dass ein Patient*

erstmal ankommt und man dann mit ihm herausarbeiten kann: Wie gehe ich vor?“ (Z. 34-37).

Als weiteren Punkt nennt TN6 die freie Beobachtung, welche bereits in der Evaluationsphase neben der Durchführung von Testungen angewendet werde.

Einige der Teilnehmenden beschreiben, dass sie sich zunächst einen allgemeinen Überblick zur Ermittlung der Therapieschwerpunkte verschaffen (TN1 & TN4). Hier erklärt TN4 beispielsweise: *„Also wir machen am Anfang ein Gespräch und machen kurz worum es eigentlich geht und mit Schwerpunkt, wo die Patientin grade steht“ (Z. 99-101)*

Als wichtigen Punkt benennt TN8 auch die Vorstellung der Ergotherapie gegenüber den Klient*innen. *„Manchmal mache ich einen Erstkontakt in der Form, dass ich den Patienten erstmal alleine mit zur Ergotherapie nehme, ihm die Räumlichkeiten zeige und ihm auch zeige, welche Möglichkeiten er hat und wie wir arbeiten und was der Schwerpunkt der Behandlung ist“ (TN8, Z. 99-102).*

In Bezug auf das Erstgespräch äußerten alle Teilnehmenden, dass sie Aspekte wie Interessen, Bedürfnisse, Stärken und Schwächen, Betätigungsanliegen, Prioritäten, Schwierigkeiten, Ziele und Stimmung erfassen. Die aktuelle Situation werde außerdem betrachtet. TN3 äußert: *„das versuche ich natürlich vorher alles zu erfahren im Gespräch, welche Freizeitinteressen und so weiter“ (Z. 68-69)* und TN2: *„Wir gucken eben über das geführte Interview zu den verschiedenen Betätigungsorientierungen und zu den verschiedenen Lebensbereichen, Selbstversorgung oder Freizeit oder eben Produktivität, auch immer danach wie ist die aktuelle Situation“ (Z. 64-66).*

TN2 fügte hinzu, dass das KAWA-Modell im psychiatrischen Bereich als eine gute Gesprächsgrundlage dienen könne.

- *Assessments*

In dieser Subkategorie geht es um die Nutzung von Assessments während der Evaluationsphase.

Assessments werden bei einigen der Teilnehmenden regelmäßig genutzt, wie beispielsweise bei TN9: *„Also bei uns ist das so, dass wir immer mit Assessments arbeiten, wenn es geht“ (Z. 49).*

TN1, TN2 und TN4 sprechen hier den Aspekt der individuellen Anpassung an. TN4 erklärt dazu: *„Also so rein an die Bögen/ Die sind ein Hilfsmittel, aber man muss die dann ein bisschen erweitern, glaube ich, um die handzuhaben. Also damit das auch so eine Lebendigkeit hat. Ja, ein echter Kontakt“ (Z. 177-179).*

Als genutzte Assessments zu Beginn der Therapie werden z.B. die Interessensscheckliste (TN1 & TN8), die Rollenscheckliste (TN1 & TN2), das COPM (TN2, TN6 & TN9), das Childrens Assessment of Occupational Function (TN3), das WIR (TN9) und das MELBA (TN9). TN1 nutze generell die Assessments des MOHOs.

Es werden jedoch auch Schwierigkeiten angesprochen. Ein Problem sei, dass die Schwere der Erkrankung bei manchen Klient*innen die Nutzung eines Assessments nicht zulasse (TN9, Z. 49-50). Weiterhin nennt TN3 das folgende Problem: *„Weil wir das, was wir so an standardisierten Instrumenten zur Verfügung haben oftmals in meinem Bereich nicht gut umsetzbar erscheint“* (Z. 39-40).

- *Testungen*

Die Subkategorie Testungen beinhaltet Testverfahren, die von den Teilnehmenden genannt wurden.

TN3 nutze Funktionstests, welche die Aufmerksamkeit und Motorik abfragen. Weiterhin werde der FEW-2 sowie FEW-JE und MAB-C von TN 6 genutzt. Als weitere Testungen werden das Screening RehaCom (TN6), der Heidelberger Lautdifferenzierungstest (TN6) und die Hamet-Testung (TN9) genannt.

- *Zielsetzung*

Diese Subkategorie beschreibt, wie die Teilnehmenden die Zielsetzung in der Ergotherapie gestalten.

Die Ziele werden von einigen Teilnehmenden nach SMART formuliert (TN1 & TN2). TN2 äußert hierzu: *„Und dann schauen, dass wir das in eine Zielformulierung bringen - nach SMART im besten Fall“* (TN2, Z. 85-86). Ergänzend zu SMART wird auch die Zielformulierung im Hinblick auf die ICF genannt (TN2 & TN9).

Zum Thema Zielformulierung wurde von TN2 und TN3 betont, dass die Wünsche der Klient*innen einbezogen werden. *„Vielleicht hat jemand schon Wünsche und weiß, was Ergo ist und bringt was mit, dann gehe ich da natürlich darauf ein und versuche an der Motivation, die sie haben, irgendwie anzusetzen“* (TN3, Z. 70-72).

Ein weiter Aspekt, der von mehreren Teilnehmenden genannt wurde, ist die gemeinsame Zielformulierung mit den Klient*innen (TN1, TN2, TN5 & TN9). TN9 äußert sich zu diesem Aspekt folgendermaßen: *„Und dann steht erstmal in erster Linie: Was will der Klient? Und setzen dann die Ziele mit ihm zusammen. Ob das manchmal am Anfang realistisch ist oder nicht“* (Z. 55-57). Es werden also auch unrealistische Ziele zunächst erfasst und Kompromisse gesucht.

Auch mit den Eltern oder Bezugspersonen werden Ziele formuliert. *„Sprich, ich mache so ein bisschen den Alltag, (...) ja, Kennenlernen und auch die tatsächlichen Zielformulierungen seitens der Eltern und des Patienten nochmal im Klientenzentrierten in Betracht zu beziehen“* (TN5, Z. 109-111). TN1 beschreibt, dass sich die Zielformulierung aufgrund pauschaler Aussagen der Klient*innen auch schwierig gestalten könne.

Weiterhin werde die Selbsteinschätzung der Klient*innen bei den Zielen beachtet (TN3), Ressourcen herausgefunden (TN2) und Bedürfnisse erfasst (TN1). *„Dann genau aufzudröseln: Was ist das denn? Was heißt das denn besser gehen und wo merkst du das dann, dass es dir besser geht?“* (TN1, Z. 78-79). TN9 erklärt, dass es auch ein Weg sei, durch nonverbale Kommunikation etwas über die Ziele herauszufinden.

Ein weiterer Aspekt sei die Evaluation und Re-Evaluation der Ziele im weiteren Verlauf der Therapie (TN5 & TN8). *„Eine Standortanalyse: Wie geht es weiter? Was sind weitere Ziele, neue Ziele oder abgearbeitete Ziele?“* (TN5, Z. 113-114).

Die Ziele werden von den Teilnehmenden in Reha-, Grob- und Nahziel eingeteilt (TN2 & TN4). *„Im Fokus eigentlich das Rehazi oder das Grobziel, so das was im Vordergrund steht und die Patienten messen sich auch daran“* (TN2, Z. 143-144). TN9 nutze zur Zielformulierung grundsätzlich das COPM in der Evaluationsphase.

Auch interdisziplinärer Austausch wird von den Teilnehmenden als ein Aspekt genannt, der in die Zielformulierung miteinfließe (TN1, TN7 & TN8). TN1 äußert: *„Und was natürlich auch dazu beiträgt, ist, dass wir sehr viele Visiten haben, Austausch, Supervisionen, wo viele Informationen natürlich auch noch an mich fließen, die in diesen Planungsprozess miteinbezogen werden können“* (TN1, Z. 72-73).

4.1.2 Interventionsphase

Diese Oberkategorie beinhaltet Aspekte, welche die Teilnehmenden im Bezug zur Interventionsphase genannt haben. Es wurden die Subkategorien *Therapiemethoden*, *Therapiegestaltung* und *Methodisches Handeln* gebildet.

- *Therapiemethoden*

Diese Subkategorie stellt die von den Teilnehmenden genannten Aspekte dar, die in Bezug auf angewandte Methoden innerhalb der Interventionsphase genannt wurden.

Ein erster Punkt ist die Strategieentwicklung. TN6 berichtet, dass mit den Jugendlichen alternative Handlungsstrategien entwickelt werden, wie diese mit Frustration umgehen können.

Das Handwerk wurde von den Teilnehmenden in unterschiedlicher Weise angesprochen (TN1, TN2, TN3, TN5, TN7, TN8 & TN9). TN1 nutze das Handwerk als Zugang: *„da fange ich dann tatsächlich auch oft mit handwerklichen Techniken an, obwohl das nicht so besonders betätigungsorientiert ist, um einfach einen Zugang zu ermöglichen und eine Beziehung herstellen zu können“* (Z. 104-107). TN3 spricht sich für die Umsetzung eines handwerklichen Schwerpunktes aus, da dadurch ein großes Bedürfnis der Jugendlichen abgedeckt werden könne. Andere Teilnehmenden distanzieren sich hingegen vom Handwerk: *„Also es ist halt immer noch viel dieses Handwerkliche, Kreative, was bestimmt für einige auch gut ist, aber das ist nicht mehr Ergotherapie“* (TN9, Z. 173-174).

Teilweise werden eigene Methoden für die Therapie entwickelt, was beispielsweise TN3 äußert: *„also ich habe da mein eigenes Therapiekonzept entwickelt, wie ich Selbsteinschätzungen mache“* (TN3, Z. 38-39). Weiterhin werden Entspannungsmaßnahmen durchgeführt (TN3 & TN9).

Ein großer Punkt in der Therapie sei bei einigen Teilnehmenden das Alltagstraining (TN1, TN3 & TN4). TN1 äußert, dass es in der Therapie um den Alltag gehe: *„Also es geht tatsächlich in den Alltag oder Klinikalltag rein“* (Z. 102-103). TN3 äußert sich wie folgt: *„Wie kann ich mich entspannen und irgendwie mein Level runterfahren, genauso wie Selbstfürsorge und Selbstversorgung, also diese ganzen ADL Geschichten“* (Z. 55-56). Auch TN4 schlage es den Klient*innen immer vor, an ihren Alltagsproblemen zu arbeiten.

Die Teilnehmenden nennen bedürfnisorientierte (TN3), ausdruckszentrierte (TN3 & TN5), kompetenzzentrierte (TN3 & TN5) sowie wahrnehmungszentrierte (TN5) und interaktionelle Methoden (TN5), die sie in ihrer Arbeit anwenden.

Die DBT werde von einigen der Teilnehmenden in der Therapie verwendet (TN3 & TN8). TN8 äußert hierzu: *„Also das ist eine Weiterbildung, die wirklich gut sich mit Ergotherapie verknüpfen lässt“* (Z. 361-362).

Die Aktualität der Methoden werde von TN3 berücksichtigt: *„Ich suche immer so ein bisschen modernere Methoden oder Mittel, um irgendwie [...] da die Jugendlichen zu motivieren [...] also zeitgemäß und irgendwie relevant ist - in ihrer Peer Group sozusagen“* (Z. 105-107).

Eine Vielzahl der Teilnehmenden nutze auch kreative Methoden (TN2, TN4, TN6, TN8 & TN9). TN4 grenze Ergotherapie und Kunsttherapie hierbei voneinander ab: *„Im kunsttherapeutischen Zugang kann ein Zugang zum eigenen inneren Ich geschaffen werden, während die Ergotherapie mehr auf Lebensbalance, Findung, Orientierung, Soziale und Alltagsbewältigung basiert“* (Z. 569-570). Auch andere beschreiben, dass über den kreativen Prozess ein Zugang zur inneren Gefühlswelt geschaffen werden könne (TN4).

Weitere genannte Methoden sind das MKT und SKT sowie Neurofeedback, Biofeedback und die klientenzentrierte Gesprächsführung (TN4 & TN5). Achtsamkeitsübungen finde TN3 ebenfalls sehr wichtig. Bei TN4, TN6 und TN9 wird Hirnleistungstraining angeboten um auch die kognitiven Fähigkeiten zu fördern. Auch das Skill-Training ist Inhalt der Ergotherapie, wie beispielsweise bei TN8. Hier werden Skills für die Anwendung im Alltag geübt. Zudem wurden Handeln gegen Trägheit (TN4) oder das Alltagstraining nach Franziska Stengel (TN9) als Konzepte für die Intervention genannt.

Zum Teil fließen auch erlebnispädagogische Inhalte in die Ergotherapie mit ein (TN5). „*Darum arbeite ich auch so gerne mit erlebnispädagogischen Inhalten, weil die Rückmeldung, von der Natur ganz klar ist, ganz eindeutig*“ (TN5, Z. 458-459).

Die Teilnehmenden sprechen als wichtigen Punkt die verschiedenen Möglichkeiten und Variationen der Methoden an (TN1, TN2, TN4 & TN7). TN1 erklärt hier: „*und versuchen dann das Ziel umzusetzen durch verschiedene Methoden*“ (Z. 92). Die Methoden sollen die Klient*innen unterstützen und stabilisieren (TN2 & TN4). „*Über neuen Input eigentlich die zu unterstützen, dass sie eben auch für sich wieder Ziele formulieren können, die weiterbringen*“ (TN2, Z. 40-42).

- *Therapiegestaltung*

Diese Subkategorie befasst sich damit, wie die Teilnehmenden die Therapie gestalten.

Ein wichtiger Punkt ist die Transparenz der Therapie (TN2). „*Was dann vielleicht auch eher ausdruckszentriert sein kann, wo ich aber schon schaue, dass wir das so reflektieren, dass das auch deutlich wird, es geht jetzt eben nicht nur darum, irgendein Bild zu malen*“ (TN2, Z. 98-101). Es solle ein Raum der Sicherheit und Transparenz geschaffen werden (TN2). Weiterhin adaptiere TN4 bei Bedarf Methoden und Assessments in der Therapie.

Der Alltagstransfer wird weiterhin als ein wichtiger Aspekt benannt. TN8 beschreibt dies mit den Worten: „*Also mit welchen Themen sie sich beschäftigen und geben ihnen dann sage ich mal so Skills an die Hand, aber was das wirklich in der Umsetzung für sie bedeutet und wie schwierig das im Alltag für sie ist, wird glaube ich manchmal unterschätzt*“ (TN8, Z. 219-221).

Die Therapiegestaltung müsse an jede/n Klient*in individuell angepasst werden (TN2, TN3, TN4, TN6, TN7, TN8 & TN9). TN6 führt hier auf: „*Es ist von Patient zu Patient unterschiedlich, wie die Gewichtung ist*“ (Z. 80). Auch TN9 schließt sich hier mit den folgenden Worten an: „*Was die Kollegen inhaltlich in den Einheiten machen, ist ganz, je nach Klient unterschiedlich. Also wir haben nicht eine Methode, nach der wir arbeiten, sondern wir müssen halt gucken: Was bringt derjenige mit? Was hat er für Fähigkeiten und Fertigkeiten?*“ (Z. 129-131). Bei den Teilnehmenden finde die Ergotherapie

sowohl im Einzel-, als auch im Gruppensetting statt (TN1, TN2, TN3, TN4, TN5, TN6, TN7, TN8 & TN9).

TN1 habe den Anspruch an sich selbst, die Therapie betätigungsorientiert und klientenzentriert umzusetzen. Für TN4 stehe die Lebensqualität im Fokus, weshalb die Therapie dahingehend gestaltet werden solle. TN9 äußert auch, dass die Therapie so gestaltet werde, dass die Normalität und der Alltag mit den Klient*innen gemeistert werden könne. Einige der Teilnehmenden legen den Fokus in der Therapie nicht auf die Motorik (TN7 & TN9).

TN3 und TN7 finden es wichtig, dass bei der Zielerreichung kein Druck ausgeübt wird. „*Weil wenn er das dann alleine schafft und ohne Druck, dann stärkt ihn das ja auch*“ (TN7, Z. 107-108).

Die Therapie solle zielgerichtet gestaltet sein (TN1, TN8 & TN9). „*Was ist denn dein Ziel? Wo möchtest du denn gerne eine Veränderung erleben? Und ja, das setzen wir dann zusammen fest, um daraufhin hinzuarbeiten*“ (TN8, Z. 126-128).

Als Basis für die Therapie müsse laut einiger der Teilnehmenden zunächst eine Beziehung zwischen Klient*in und Therapeut*in geschaffen werden. TN4 unterstreicht die Wichtigkeit dieses Aspektes: „*Und es ist ja immer wichtig, die ersten Stunden sind immer die wichtigsten eigentlich, aus meiner Erfahrung, weil (...) da geht es um den Kontakt [...]. Also die Kontaktaufnahme und Kontakt herzustellen ist meiner Meinung überhaupt das Wesentlichste*“ (Z. 179-182).

Ein weiterer Aspekt sei die Motivation. Die Teilnehmenden knüpfen an der Motivation der Klient*innen an und gestalten danach die Therapie (TN3 & TN9). TN4 knüpfe an den Ressourcen an (TN4).

Wenn die Klient*innen zunächst noch Schwierigkeiten haben sich für etwas in der Therapie zu entscheiden, gebe TN3 eine Auswahl als Hilfe vor. TN5 und TN6 geben den Klient*innen einen am Anfang und Ende der Einheit Therapieausblick. TN7 und TN9 gestalten den Abschluss der gesamten Therapie wie auch den Abschluss jeder Therapieeinheit positiv (TN7 & TN9). „*Also was wir trainieren wollen, damit er immer mit einem positiven Gefühl auch rausgeht. Das finde ich ganz wichtig*“ (TN9 Z. 75-76).

Die Gestaltung der Therapie sei jedoch auch tagesformabhängig (TN4, TN7 & TN9) und stimmungsformabhängig (TN7 & TN9). „*Also ich finde es ganz wichtig, dass man den Ist-Zustand vom Patienten, gerade jetzt im psychiatrischen Bereich, jedes Mal auf ein Neues kontrolliert oder begutachtet, weil es einfach hier der Fall ist, dass die Patienten sehr, sehr unterschiedliche Wochen und Tage haben*“ (TN7, Z. 25-28). TN9 beschreibt: „*Man kann sich was ganz Tolles überlegen und man geht in die Therapie und derjenige*

ist total schlecht drauf, lässt sich auf das auch nicht ein, was man da/ Dann braucht man das gar nicht machen“ (TN9, Z. 102-104).

Ein weiterer Aspekt, der genannt wurde, ist die Angehörigenarbeit (TN5 & TN8), die bei der Gestaltung der Therapie beachtet werden solle. *„Und meistens, das reicht ja nicht aus, wenn das Kind sich nur verändert oder da Veränderungen stattfinden beim Jugendlichen. Sondern [...] meistens muss ja drumherum auch was passieren“ (TN8, Z. 233-235).*

- *Methodisches Handeln*

Diese Subkategorie umfasst Aussagen der Teilnehmenden zum methodischen Handeln während des Therapieprozesses.

Als einen Aspekt nennen die Teilnehmenden hier die Nutzung ergotherapeutischer Modelle (TN1, TN2, TN4 & TN9), wie das MOHO (TN4 & TN9), CMOP (TN2 & TN4) und das KAWA (TN2 & TN9). TN2 äußert hierzu: *„Ich würde schon sagen, dass ich viele Modelle nutze, ergotherapeutische Modelle, ich finde die sehr hilfreich, sie geben eine gewisse Struktur“ (Z. 466-467).* Andere Teilnehmende arbeiten nicht nach einem bestimmten Modell: *„Also ich arbeite nicht nach einem Modell, ich mache das ganz unterschiedlich“ (TN7, Z. 40-41).* Es wird außerdem gesagt, dass das Wissen über verschiedene Modelle hilfreich sei (TN4) und man die einzelnen Modelle individuell anpassen müsse.

In Bezug zum methodischen Handeln werden auch Reasoning-Formen genannt. TN2 führt hier auf: *„Klar, Clinical Reasoning spielt eine Rolle, da nutze ich eben auch verschiedene Aspekte davon für mich oder auch für den Austausch interdisziplinär und so“ (TN2, Z. 461-463).*

Wichtig sei, laut einigen der Teilnehmenden, auch die Reflexion des Prozesses (TN2 & TN7). *„Also es gibt eigentlich jedes Mal nach der Therapieeinheit eine Reflexion“ (TN7, Z. 117).*

TN9 nutze Therapieplanungsformulare zur Unterstützung der Dokumentation und Planung. Die Dokumentation ist ein Aspekt den TN5, TN4 und TN9 hier noch einmal aufgreifen.

4.1.3 Outcomephase

Diese Oberkategorie umfasst wichtige Aspekte, die von den Teilnehmenden zur Outcomephase eines Therapieprozesses geäußert wurden. Hierzu wurden die Subkategorien *Abschlussgespräch* und *Zukunftsperspektiven* erstellt.

- *Abschlussgespräch*

In dieser Subkategorie werden die Aspekte der Teilnehmenden dargestellt, welche die Gestaltung eines Abschlussgespräches betreffen.

Als ein Aspekt wird die Re-Evaluation der zuvor durchgeführten Assessments von den TN6 und TN9 angesprochen. Generell werden die Themen Reflexion und Evaluation von einigen Teilnehmenden als wichtige Aspekte des Abschlussgespräches benannt (TN1, TN2, TN3 & TN8). Hierzu wurden folgende Aussagen getroffen: *„Das ist wirklich unser Job, dass wir diese Reflexion machen“* (TN2, Z.145). *„Gegen Ende natürlich gucken: Haben wir das erreicht, was du für dich erreichen wolltest? Und wo kann man denn noch weitermachen? Wo kann man noch anknüpfen?“* (TN8, Z. 128-130).

Die häufig fehlende Zeit für ein Abschlussgespräch wird von einigen Teilnehmenden aufgegriffen (TN1, TN2, TN5 & TN7). Beispielsweise sagt hier TN7: *„Und zum Abschluss der Therapie, da muss ich sagen, das ist ein bisschen traurig, aber Patienten werden bei uns oft sehr, sehr schnell entlassen, dass das manchmal nicht möglich ist mich noch zu verabschieden, weil ich es nicht wusste“* (Z. 122-124). Auch TN1 sagt diesbezüglich, dass Therapieprozesse selten zu Ende geführt werden, aufgrund einer kurzfristigen Entlassung. Ein Abschlussgespräch finde bei TN5 nicht nur am Ende des Therapieprozesses statt, sondern nach jeder Einheit und während des Prozesses wird *„Immer wieder evaluiert“* (TN5, Z. 95).

Ein letzter Aspekt ist der Therapiebericht. Hierzu äußern sich TN5, TN6 und TN9. *„Und das Ganze fließt dann in einen Abschlussbericht ein, der dann an den Arzt geht“* (TN6, Z. 111).

- *Zukunftsperspektiven*

Die Subkategorie beinhaltet Aussagen der Teilnehmenden bezüglich der Perspektiven von den Jugendlichen nach Abschluss der Therapie.

Als wichtigen Punkt nennen die Teilnehmenden hier die Abklärung des Weiteren Therapiebedarfes (TN1, TN8 & TN9). Hierzu beschreibt TN8 *„Also das heißt wir gucken dann auch: Welche Möglichkeiten gibt es nach dem Aufenthalt? Wo kannst du dann wieder anknüpfen?“* (Z. 58-59). Eine weitere Aussage diesbezüglich wurde von TN1 getroffen: *„Aber leider kommt dann meistens die Entlassung vorher und das geht dann eben darum zu gucken, wie kann das weitergeführt werden“* (Z.113-115).

Auch werde geprüft, ob Ergotherapie weiterhin Sinn mache (TN1). TN8 äußert: *„Und ja, ist relativ selten, aber kommt schon vor, dass wir auch ergotherapeutisch weiterempfehlen und dann ja gucken, dass wir da eine Anschlussbehandlung finden oder so“* (Z.

134-136). Als wichtiger Aspekt wird von TN9 genannt, dass es nicht das Ziel sei, dass die Jugendlichen ihr Leben lang in einer Einrichtung sind.

4.1.4 Besonderheiten in der Arbeit mit Jugendlichen

Die hier beschriebene Oberkategorie geht auf die Besonderheiten ein, die die Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen mit sich bringt. Die Ergebnisse der Interviews wurden in die Subkategorien *Verhalten der Jugendlichen*, *Transitionsprozesse*, *Häufige Therapiethemen*, *Therapiebezogene Besonderheiten*, *Herausforderungen für Ergotherapeut*innen* und *Berufspolitische Aspekte*.

- *Verhalten der Jugendlichen*

TN5 und TN7 beschreiben ein testendes Verhalten der Jugendlichen. T5 sagt hierzu „*Sie wollen auch Opposition üben, sie wollen dieses klare Bild.*“ (Z. 470-471) und TN7 beschreibt „*Die sind ein bisschen testend und die brauchen einfach ganz klare Linien*“ (Z. 244-245). TN9 berichtet zum Verhalten, dass Autoaggression sehr häufig und in erschreckendem Ausmaß vorkomme, während TN6 beobachte, dass Jugendliche durch ihre psychische Erkrankung in ihrer Entwicklung gebremst werden und manchmal sogar eine Regression statfinde.

Hinzu kommen Auffälligkeiten im Sozialverhalten und Anpassungsstörungen, die TN9 und TN7 auffallen und die TN2 und TN8 besonders durch Schwierigkeiten in der Gruppe feststellen. Zudem nennen TN1 und TN7 verschlossenes und misstrauisches Verhalten als auffallend. T1 berichtet „*Der Weg zur Therapie ist bei den Jugendlichen [...] am Anfang mehr von Misstrauen oder mehr Misstrauen geprägt*“ (Z. 193-196). TN2 spricht weiterhin die Ungeduld der Jugendlichen an und sagt: „*Ich glaube, dass der Faktor Zeit ist mittlerweile heutzutage ein ganz wichtiger. Dass Jugendliche meist denken, dass es eigentlich immer sehr schnell sich was ändern muss. Und ja, das ist natürlich leider nicht immer so*“ (Z. 106-109).

Auffällig finden außerdem TN4, TN7 und TN9 die Schwankungen der Jugendlichen in ihrem Befinden „*sodass es ihnen wirklich oft sehr schlecht geht und dann mal besser*“ (TN, Z. 28). TN7 beobachte zudem häufig Antriebsstörungen „*Und dass die sehr viel mehr externe Motivation brauchen*“ (TN7, Z. 211-212). TN2 sagt ergänzend hierzu „*Also mit Kindern ist es einfacher (...) manchmal zumindest was die Motivation angeht.*“ (Z. 405-406) und TN1 beobachtet „*das Phänomen, dass die eigentlich überhaupt nicht an irgendwelchen Zielen arbeiten wollen*“ (Z. 103-104).

- *Transitionsprozesse*

TN5, TN6 und TN8 sehen die Lebensphase der Jugend als eine Übergangsphase zwischen Kindheit und dem Erwachsenwerden an. Viele beschreiben sie weiterhin als Findungsphase (TN2, TN3, TN4, TN5, TN8 & TN9). TN3 beschreibt dies folgendermaßen: „*Diese Ich-Identität, diese Findung von: Wer bin ich und was will ich eigentlich? Und diese kritische Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt*“ (Z. 190.193). TN5 spricht hierbei den Punkt an, dass sich die Identitätsentwicklung von Kindern und Jugendlichen zurzeit durch Transgender- und Intersexualitäts-Themen, neugestaltete (Z. 255-257). Auch TN3 spricht das Thema an und sagt „*Sexualität ist ein großes Thema im Sinne auch der Identität [...] Zunahme von diesen transidenten Patienten [...] natürlich auch gleichgeschlechtliche Themen*“ (Z. 192-195).

Ein weiterer Fokus liege in dieser Zeit auf der Suche von Vorbildern, Peers und der eigenen Rolle (TN5, TN6, TN8 & TN9). TN5 erklärt, dass diese Suche der Orientierung der Jugendlichen diene. TN8 sagt hierzu „*Man guckt dann natürlich auch sehr: Wer passt zu mir? [...] Wen finde ich gut? Welche Vorbilder habe ich? Also solche Dinge bilden sich, glaube ich, in dem Alter*“ (Z. 261-264). TN9 beobachtet, dass sich die Jugendlichen in dem Alter auch mit ihren Freunden aus der Schule vergleichen und dadurch oft merken, dass sie selbst vielleicht anders entwickelt seien. TN5 spricht auch an, dass sich in dieser Zeit auch mit der optischen Identität auseinandergesetzt werde.

TN2, TN3, TN4, TN5 und TN9 sprechen als zusätzlichen belastenden Faktor in dieser Phase die Pubertät an. TN5 stellt dabei fest, dass die Pubertät mittlerweile schon bei Kindern von zehn Jahren eintrete und eine völlige Überforderung im Rahmen der Identitätsentwicklung auslöse.

Im Jugendalter finden des Weiteren viele Veränderungen statt (TN2, TN4 & TN5), die wiederum viele Entscheidungen mit sich bringen (TN4 & TN8). TN5 erklärt: „*Das sind Sprünge, die sind mit Leere verknüpft. [...] Sei es Geschlecht, sei es Verantwortung, sei es Rolle, sei es Beruf.*“ (Z. 448-449) und TN8 sagt: „*Also auf die prasselt auch viel ein glaube ich und das ist auch nicht einfach sich da zu entscheiden*“ (Z. 269-270).

Die Übernahme von Verantwortung ist ein weiterer Schritt, der in dieser Zeit hinzukommt und von TN1, TN5 und TN6 als Herausforderung benannt wird. TN1 sagt: „*Das fällt den meisten Jugendlichen unglaublich schwer, da sie es nicht gewohnt sind, dass jemand fragt: Was willst du denn?*“ (Z. 79-80).

TN2, TN4, TN5, TN7, TN8 und TN9 sprechen in den Interviews zudem die Entwicklungsprozesse an, die im Jugendalter durchlaufen werden und von körperlichen über entwicklungspsychologische bis hin zu Hirnreifungsprozessen reichen.

Da sehr viele Veränderungen in dieser Phase stattfinden, benennt TN1 außerdem das Problem, dass die Jugendlichen durch ihre Erkrankung sehr viel verpassen und ihnen die Chance genommen werde, ein normales Leben zu leben.

- *Häufige Therapiethemen*

TN3 und TN9 nennen Anspannung als Thema der Jugendlichen und T3 sagt, dass es dann darum gehe, wie mit Stress und Anspannung umgegangen werden könne. TN7 bezeichnet Ausdauer und Frustration als ein „*ständig währendes Thema*“ (Z. 171-172). Die Ablösung von Eltern benennen TN3 und TN6 weiterhin als wichtigen Prozess in dieser Lebensphase.

Für TN5, TN6 und TN7 ist die Beschäftigung mit Zukunftsperspektiven ein weiterer Bestandteil der Therapie mit vielen Jugendlichen. TN5 beschreibt die Perspektivlosigkeit der Jugendlichen und sagt: „*Ich finde, wir befinden uns in einer Lost Generation*“ (Z. 403-405) und ergänzt: „*Ich habe viele Jugendliche, die heute nicht wissen, was sie morgen haben.*“ (Z. 412-413). TN6 erklärt: „*Die Frage nach der Zukunft, also auch Beruf, Schule, das würde ich sagen sind so erst einmal die zentralen Themen, die auch immer wieder auftauchen*“ (Z. 370-372).

Dazu spielt für TN8 das Gefühl des Versagens eine große Rolle in der Therapie und dass die Jugendlichen das Gefühl haben nichts zu können und auf allen Ebenen zu versagen. In den Interviews wurde zudem von TN3, TN4, TN5 und TN6 der Leistungsdruck der Jugendlichen, vor allem auf schulischer Ebene, erwähnt. TN5 sagt zu dem Thema: „*Jugendliche haben ein hohes funktionales Niveau zu halten*“ (Z. 405-406). TN7 und TN8 sprechen zusätzlich die Schule als wichtigen Bestandteil der Therapie an. TN7 hält oft Wiedereingliederungen in die Schule für notwendig und TN8 sagt: „*Und für die meisten Jugendlichen, die wir hier behandeln, ist der Alltag dann ja oft die Schule*“ (Z. 43-44).

Das Thema Emotionsregulation in der Therapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen erwähnen TN6 und TN8 in ihren Interviews. TN7 spricht an, dass es gerade in der Therapie mit ängstlichen Klient*innen auch um das Erfahren von Selbstwirksamkeit gehe. Auch der Umgang mit schlechten Erfahrungen taucht in der Therapie auf (TN1, TN2, TN4 & TN9). Als konkrete Erlebnisse werden unter anderem Gewalt (TN1 & TN9) Missbrauch (TN4), Mobbing (TN1, TN2 & TN9) und familiäre Probleme (TN1, TN2 & TN9) genannt.

Die Zerrissenheit zwischen Kind bleiben und Erwachsenwerden in der Jugendphase ist ein Thema, dass TN3, TN5, TN6 und TN7 ansprechen. TN7 beschreibt dieses Gefühl wie folgt: „*Diese Zerrissenheit zwischen ich werde irgendwie groß [...] und andererseits dieses ich bin aber eigentlich noch ein Kind und will noch ganz viel genährt werden*“

(Z. 235-238) und TN6 formuliert es als „*Verselbstständigung - dieses Erwachsenwerden ohne es zu wollen.*“ (Z. 385-386).

- *Therapiebezogene Besonderheiten*

TN4 und TN8 berichten, dass Jugendliche oft kreative Arbeiten in der Ergotherapie wählen. TN8 sagt weiter, dass Jugendliche dadurch einen einfacheren Zugang, auch zu Alltagsthemen bekommen. „*Zum Beispiel gestalten wir ein Bild zum Thema Zeit oder gestalten wir einen Wochenplan, ja. Das sind zwei verschiedene Methoden [...]. Beide stützen natürlich*“ (TN4, Z. 236-238). TN3 beschreibt hingegen die Relevanz von Alltags-training und sagt: „*Was sollen die mit einem Korb oder was auch immer?*“ (Z. 108-109).

TN8 beschreibt außerdem die Situation, dass Jugendliche auf der einen Seite viele Entscheidungen zu treffen haben und dies auch möchten, aber in einem Alter seien, in dem sie dies in vielen Hinsichten noch nicht dürften, da die Verantwortung noch bei den Eltern liege.

Als positiven Aspekt in der Therapie mit Jugendlichen nennen TN4 und TN9 das hohe Veränderungspotential aufgrund des jungen Alters. TN4 fasst es in der Aussage zusammen: „*Ich glaube, das Veränderungspotential und die Therapie schneller wirken kann. Weil das noch nicht so chronifiziert ist in der Regel*“ (Z. 456-458) und TN9 äußert: „*Wenn die 14, 15, 16 sind, die haben noch das ganze Leben vor sich*“ (Z. 213-214).

Als eine weitere Besonderheit beschreiben TN4, TN6, TN8 und TN9 den Aspekt, dass Jugendliche sehr abhängig von ihrem Umfeld sind, weshalb Veränderungen systemisch stattfinden müssen. TN4 sagt: „*Weil man sollte den Jugendlichen nicht nur alleine sehen [...], sondern im Kontext mit dem Umfeld und mit der Familie*“ (Z. 474-476) und auch TN8 betont: „*Das reicht ja nicht aus, wenn [...] da Veränderungen stattfinden beim Jugendlichen, sondern meistens muss ja drumherum auch was passieren*“ (Z. 233-235). TN6 geht nochmal darauf ein, dass in manchen Fällen auch die Elternersatzsysteme berücksichtigt werden müssen, wie Wohngruppen, Jugendhilfen oder Maßnahmen.

TN4 und TN9 erwähnen im Interview die Besonderheit, dass Erlebtes oft kaum hörbar erwähnt werde, die Jugendlichen gar nicht darüber reden können oder es auch in manchen Fällen verdrängt haben.

TN4 und TN6 berichten weiter von der Erfahrung, dass es bei Jugendlichen oft einen schnellen Therapieerfolg gebe. TN4 sagt „*dass man mit kurzen Therapien viel erreichen kann*“ (Z. 459-460) und TN6, „*dass bei uns die Behandlungszeiten immer so im Schnitt acht Wochen betragen*“ (Z. 74).

Bei jüngeren Jugendlichen hat TN1 festgestellt, dass diese nicht an Zielen arbeiten wollen und auch wenig Krankheitseinsicht haben. TN7 fällt auf, dass Jugendliche generell

sehr viel mehr externe Motivation brauchen und TN5 sieht es als „*Herausforderung den Jugendlichen [...] in der Begeisterung zu halten für das Leben, ein pro Leben*“ (Z. 488-489).

Die Jugendlichen durch die Therapie wieder auf den richtigen Weg zu bringen, sieht TN1 als schwierig an und TN9 nennt es eine „*Riesenherausforderung die Jugendlichen so auf den Weg zu bringen, dass sie das, was sie erlebt haben, verarbeiten.*“ (Z. 209-210).

Als häufige Erkrankungen, mit denen die Jugendlichen in die Ergotherapie kommen werden Anpassungsstörungen (TN2), Essstörungen (TN4, TN5 & TN7), psychosomatische Symptome (TN4), Drogensucht (TN5), Mediensucht (TN5), Sucht im Allgemeinen (TN7) und Depression (TN7) benannt.

- *Herausforderungen für Ergotherapeut*innen*

Als besondere Aufgabe in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen sehen TN2 und TN7 zum einen den Umgang in deren herausfordernden Verhalten und TN7 sagt: „*Die brauchen einfach dann schon so ganz ganz stabile Regelsetzung, die immer gleichbleibend ist*“ (Z. 245-246).

Zum anderen wird von TN1 und TN7 der Beziehungsaufbau als Herausforderung angesprochen. Es wird gesagt, dass die Herstellung einer Beziehung und die Schaffung einer therapeutischen Basis bei Kindern noch oft leichter sei und dass ein ständiges Falsch-verstanden- und Sich-angegriffen-Fühlen bei Jugendlichen ein ständiges Thema sei.

TN2 und TN7 sprechen zudem die Wichtigkeit der Schaffung eines sicheren Ortes in der Ergotherapie für die Jugendlichen an, wodurch ein positiver und konstruktiver Raum für die Therapie entstehe.

TN8 erzählt, dass es gerade in dieser wichtigen Lebensphase auch darum gehe als Ergotherapeut*in den Jugendlichen bestimmte Werte mitzugeben und ihnen diese auch vorzuleben. Weiterhin sieht TN8 es in dem Arbeitsbereich als Herausforderung an, eine Balance zwischen der Arbeit als Therapeut*in und dem pädagogischen Auftrag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu finden.

- *Berufspolitische Aspekte*

TN6 bemerkt, dass der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Ergotherapie unterrepräsentiert sei. Diesbezüglich beschreibt TN6 das Fehlen von speziellen Fortbildungen in diesem Bereich als Problem und sagt „*Also so ganz konkrete Kinder- und Jugendpsychiatrische Fortbildungen wüsste ich jetzt nicht*“ (Z. 236-237).

TN4 geht im Interview darauf ein, dass der Zweig der Prävention in diesem ergotherapeutischen Berufsfeld sehr wichtig wäre und dahingehend mehr Möglichkeiten geschaffen werden sollten. Dazu könne sich TN4 sehr gut gemeindenaher Arbeit, wie in Jugendzentren, vorstellen und fragt: „*Warum muss die Ergotherapie immer nur mit so Schwerkranken arbeiten? Warum soll sie nicht eigentlich schon (...) viel früher sich positionieren?*“ (Z. 501-502).

4.1.5 Betätigungsorientierung

Diese Oberkategorie beinhaltet alle wichtigen Aspekte, die die Teilnehmenden zur Betätigungsorientierung geäußert haben. Dazu wurden die Subkategorien *Umsetzung von Betätigungsorientierung* und *Alltagstraining* erstellt.

- *Umsetzung von Betätigungsorientierung*

In dieser Subkategorie wird dargestellt, inwiefern die Teilnehmenden Betätigungsorientierung in ihre Arbeit mit einfließen lassen und wie diese die konkrete Umsetzung gestalten.

Für TN1 bedeute Betätigungsorientierung „[...] *in erster Linie zu erfassen, was ist der Alltag, was sind die Handlungen des Jugendlichen, des Klienten.*“ (Z. 30-31). Weiterhin versuche TN1 Fragen zu stellen, die sich auf den Alltag der Jugendlichen und deren tatsächliche Lebensprobleme beziehen. Ein weiterer Aspekt den TN1 betrachte, sei die Veränderung des Alltags durch die Erkrankung. TN2 und TN7 beschreiben, dass die Betätigungsperformanz analysiert werde. TN7 äußert sich dazu wie folgt: „*Es ist ja schon ein bisschen die Analyse, wie man Fähigkeiten auch einschätzt*“ (Z. 59).

TN2 und TN8 betrachten den Alltag der Jugendlichen in unterschiedlichen Bereichen. So fragt TN2 die Jugendlichen: „[...] *wie verbringst du deinen Alltag hier auf der Station [...]?*“ (Z. 74-75). TN8 fragt beispielsweise: „*Wie sieht deine Freizeitgestaltung aus, bist du in irgendeinem Verein?*“ (Z. 53-54).

Betätigungsorientierung sei für TN5 ein neuer Begriff, so schildert TN5: „*der Begriff, der ist neu, aber ich bediene den natürlich seit vielen Jahren eigentlich immer mehr*“ (Z. 55-57). „*Das hat für mich eher mit Alltagsorientierung zu tun. Wo sind die Interessen, wo kann man auch einen Schulterchluss-Transfer ins Alltägliche führen*“ (Z. 42-44).

Das Erfassen der Ist-Situation wird gehäuft als wichtiger Aspekt der Umsetzung von Betätigungsorientierung genannt (TN1, TN2, TN6, TN8 & TN9). TN2 beschreibt dazu: „*Wir gucken eben über das geführte Interview zu den verschiedenen [...] Lebensbereichen, Selbstversorgung oder Freizeit oder eben Produktivität, auch immer danach, wie*

ist die aktuelle Situation“ (Z. 64-66). TN6 sagt: „die tatsächliche Situation ist für mich wichtig“ (Z. 30).

Für TN4 stelle die Betätigung ein therapeutisches Mittel dar. *„Und die Betätigung ist das Mittel, was wir verwenden als Ergotherapeuten“ (Z. 56-57).* TN5 und TN8 sehen die Betätigung als Motivator. Dazu beschreibt TN8, dass *“die Jugendlichen in der Ergotherapie oft erstmal wieder erleben, dass sie durchaus noch zu vielen Dingen in der Lage sind“ (Z. 51-52).*

Ein weiterer Aspekt, der vermehrt aufgegriffen wird, ist, dass durch Betätigungsorientierung ein besserer Alltagstransfer gewährleistet werden könnte (TN2, TN3, TN6 & TN8). TN6 begründet dies wie folgt: *„Und Betätigungsorientiert ist schon so, dass es für mich immer darum geht, was braucht der Jugendliche nach der Entlassung“ (Z. 42-44).* Einen engen Zusammenhang zwischen Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung schildern TN2 und TN3. Für TN2 gehen diese Aspekte *„Hand in Hand“ (Z. 48).*

- *Alltagstraining*

In den Interviews gaben einige Teilnehmende konkrete Beispiele, wie sie mit den Jugendlichen ein Alltagstraining gestalten. In dieser Subkategorie werden die Beispiele für Therapieinhalte und die Gestaltung des Alltagstrainings, die die Teilnehmer*innen schilderten, aufgeführt.

Die Alltagsbewältigung sei für TN2 das Hauptthema einer betätigungsorientierten Ergotherapie, was mit den Worten beschrieben wird: *„Aber, dass es letztlich darum geht, wie komme ich in meinem Alltag wieder klar“ (Z. 120-121).* TN1 trainiere mit den Jugendlichen beispielsweise Betätigungen, wie U-Bahn fahren, Einkaufen oder einen Bibliotheksbesuch. Auch TN4 sei es wichtig, im Kontext der Klient*innen zu arbeiten und beschreibt dazu: *„Ich sage Betätigungen im Alltagskontext [...]. Dass man es da auch verankert und innerhalb von dem Alltagskontext gibt es ja auch verschiedene Bereiche, Interessen, die ja je nachdem wichtig für einen sind“ (Z. 60-62).*

TN9 führe betätigungsbasierte Therapien aus, in denen mit den Jugendlichen Bus fahren trainiert, gekocht, eingekauft oder ein Haushaltstraining durchgeführt wird. Außerdem werden Aspekte thematisiert, wie das eigenständige Wohnen oder der Umgang mit Geld. Dazu beschreibt TN9: *„Wie gehe ich mit Geld um? Wie viel Geld habe ich, wenn ich vom Amt lebe zur Verfügung? Wie kann ich mir das einteilen? Also da fangen wir wirklich von Null an, weil die es oft nicht gelernt haben.“ (Z. 89-91).* TN9 beschreibt außerdem den Aspekt der Strategieentwicklung als wichtigen Therapieinhalt. Als Beispiel wird folgendes geschildert: *„Wie kann ich eigentlich eine Strategie mal entwickeln, dass ich nicht immer aus der Klasse renne? Oder, dass ich nicht immer irgendwelche Mitschüler verprügle auf dem Schulhof oder so“ (Z. 80-82).*

4.1.6 Klientenzentrierung

Im Rahmen dieser Oberkategorie werden alle Äußerungen der Teilnehmenden zum Thema Klientenzentrierung aufgeführt. Dazu wurden die Subkategorien *Umsetzung von Klientenzentrierung* und *Mündige*r Klient*in* gebildet.

- *Umsetzung von Klientenzentrierung*

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Teilnehmenden die Klientenzentrierung in ihrer Arbeit umsetzen.

Gehäuft wurde erwähnt, dass eine klientenzentrierte Vorgehensweise beinhaltet, dass die Prioritäten der Klient*innen erfasst werden (TN1, TN4, TN5, TN6 & TN7). TN1 stellt sich dazu folgende Fragen: „*Was steht für den Jugendlichen selbst im Vordergrund? Was möchte er erlernen oder wiedererlernen und ja daran ansetzen?*“ (Z.33). TN7 beschreibt: „*Und dann frage ich eben den Patienten, was er gerne verändern möchte und was ihm wichtig ist*“ (Z. 84-85).

Ebenso beschreiben einige der Teilnehmenden, dass es wichtig sei, die Bedürfnisse der Jugendlichen zu erfassen (TN2, TN3, TN6, TN7, TN8 & TN9). Für TN2 stehen die Klient*innen im Mittelpunkt. TN6 führt aus: „*Klientenzentriert ist für mich einfach immer der Punkt, dass es mir darum geht die [...] Wünsche von meinem Patienten abzufragen*“ (Z. 36-37).

TN3 erläutert, dass bei einer klientenzentrierten Vorgehensweise die Ressourcen der Jugendlichen erfasst werden sollen. TN5 und TN8 erwähnen zudem den Aspekt der Interessensfindung. So führt TN5 auf: „*Also auch die Perspektive mit Interessensfindung, Berufswahl*“ (Z. 47).

TN7 ist der Ansicht, dass man die Grenzen der Klientenzentrierung erkennen müsse, was wie folgt erklärt wird: „*Es gibt genug Patienten, die muss ich so eng strukturieren, da werde ich nie im Leben den Patienten fragen*“ (Z. 111-113).

Andere Teilnehmende sehen die Klientenzentrierung als Motivator (TN3, TN5 & TN7). TN2 äußert sich dazu folgendermaßen: „*Klientenzentrierung ist eben für mich ein ganz wichtiges Gut, weil wenn das eben im Kontakt ein Angebot für Jugendliche gibt, in dem sie sich recht frei bewegen können, dann hat es meiner Erfahrung nach eine hohe Motivation, um eben auch eigene Wünsche und Ziele zu äußern.*“ (Z. 55-58).

Für TN4 erhöhe die Klientenzentrierung die Effektivität der Therapie, so wird beschrieben: „*Und wenn ich da effektiv arbeiten möchte, in kurzer Zeit kann es nicht anders als klientenzentriert sein*“ (Z. 48-49).

Die Wünsche und Anliegen der Angehörigen mit einzubeziehen, empfinde TN6 als relevant für eine klientenzentrierte Therapie in der Arbeit mit Jugendlichen.

- *Mündige*r Klient*in*

Zur Klientenzentrierung gehöre, laut einigen Teilnehmenden, auch der Aspekt des/der mündigen Klient*in. In dieser Subkategorie werden die Standpunkte und Äußerungen der Teilnehmenden aufgeführt, die beschreiben, welche Auswirkungen die Klientenzentrierung für die Jugendlichen selbst hat.

Für einen Großteil der Teilnehmenden bedeute Klientenzentrierung, dass die Jugendlichen mit in die Verantwortung genommen werden (TN1, TN2, TN3, TN4, TN5, TN7, TN8 & TN9). TN2 ist beispielsweise der Ansicht, dass die Jugendlichen über sich selbst am meisten wissen. TN3 beschreibt dazu: *„Und dass sie selbst mit mir zusammen, aber möglichst allein irgendwie ihre Ziele versuchen festzulegen, die sie hier erreichen möchten, genau“* (Z. 25-27). TN9 erklärt: *„Wir sind Therapeuten und wir haben bestimmt auch viel an Repertoire und Möglichkeiten, aber das bestimmen wir immer zusammen mit dem Klienten“* (Z. 62-63).

Dazugehörend wird mehrfach genannt, dass die Jugendlichen dazu ermutigt werden sollen eigene Entscheidungen zu treffen (TN2, TN3, TN7, TN8 & TN9). TN2 sei es wichtig, dass man den Klient*innen *„[...] hier auch die Möglichkeit geben kann, in diesem doch recht engen Rahmen, eigenständige Entscheidungen zu treffen, was sie wollen“* (Z. 61-62). TN3 beschreibt, dass man bei manchen Klient*innen zunächst vielleicht fremdmotiviert vorgehen müsse, aber dass man im Verlauf immer dahin kommen solle, dass die Klient*innen eigenständige Ideen entwickeln. TN9 ist außerdem der Ansicht, dass man als Ergotherapeut*in nicht allwissend sei und nicht weiß, was die Klient*innen brauchen, sondern, dass diese das selbst entscheiden müssen.

TN3 und TN9 erachten es als wichtig, dass die Jugendlichen sich selbst einschätzen. Für TN9 sei es *„das Allerwichtigste [...] : Wo sieht der Klient seine Probleme und wo sieht er seine Stärken?“* (Z. 69-70). Auch TN2 formuliert, dass man sich auch immer deutlich machen solle, dass die Klient*innen selbst die Expert*innen für ihre Probleme seien.

4.2 Resultate der zweiten Leitfrage

Im Bezug zur zweiten Leitfragen, „Welche Kompetenzen benötigen Ergotherapeut*innen, die mit psychisch erkrankten Jugendlichen arbeiten?“ wurden die Oberkategorien *Individuelle Aspekte der Ergotherapeut*innen* und *Theoretisches Hintergrundwissen* formuliert.

4.2.1 Individuelle Aspekte der Ergotherapeut*innen

Dieser Oberkategorie wurden die Subkategorien *Persönliche Eigenschaften*, *Therapeutische Haltung*, *Erfahrung* und *Berufsidentität* zugeordnet.

- *Persönliche Eigenschaften*

Diese Subkategorie beinhaltet persönliche Eigenschaften, die die Teilnehmenden als wichtig erachtet haben für die Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen.

Zum einen wird der Aspekt genannt, sich auf die Klient*innen einlassen zu können (TN9 & TN1). TN1 äußert sich dazu wie folgt: „*Ich brauche die Fähigkeit mich einlassen zu können, ich brauche Geduld*“ (Z. 212).

Das Thema Geduld in der Arbeit mit Jugendlichen wird außerdem von TN3 als wichtig hervorgehoben. Als weiterer wichtiger Punkt wird die Eigenschaft Beziehungen aufbauen zu können erläutert (TN1 & TN9), die TN1 mit folgenden Worten beschreibt: „*Die Fähigkeit in Beziehung zu gehen und auch auszuhalten, wenn es schwierig ist*“ (Z. 234). Über den Beziehungsaufbau im Zusammenhang mit Geduld äußert sich TN1 zusätzlich: „*Erstmal geht es darum Beziehung aufzubauen, Geduld zu haben und wirklich auch sich zuzugestehen, dass man nicht alles in zehn Stunden machen kann, sondern, dass man einfach Zeit braucht, Beziehung braucht*“ (TN1, Z. 215-217).

Die Bedeutung von kommunikativen Fähigkeiten erwähnen TN1, TN3 und TN7. TN7 erklärt dazu: „*Also auch einfach wie man Dinge formuliert, dass der andere sich nicht angegriffen fühlt*“ (Z. 303-304). TN2 beschreibt die Wichtigkeit von Aufmerksamkeit gegenüber den Jugendlichen mit den Worten: „*[Dass ich] schaue, wie (...) kann mir denn mein Gegenüber jetzt folgen, ist das verstanden?*“ (Z. 385-386). TN4 ist der Ansicht, dass man sehr aufmerksam sein und ein offenes Ohr haben und bei Missverständnissen nochmal nachfragen solle. Des Weiteren werden die Empathiefähigkeit (TN2, TN3, TN5 & TN8) und ein gutes Einschätzungsvermögen (TN7) als wichtig erachtet.

Als weitere persönliche Eigenschaften, die Ergotherapeut*innen in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen benötigen, werden Flexibilität (TN2, TN3 & TN9) und Experimentierfreudigkeit (TN4) erwähnt. Kreativität wird von TN2, TN3 und TN8 hervorgehoben. TN2 erklärt in diesem Bezug: „*dass ich da kreativ bin für andere, kreative Lösungen zu finden*“ (Z. 525). Für TN3 solle man zudem „*kooperativ arbeiten können*“ (Z. 227-228).

Als wichtige Eigenschaften werden darüber hinaus Ordentlichkeit (TN4), Genauigkeit („*Also ich bin sehr genau und kann bei der Sache bleiben*“, TN4, Z. 523-524) und Strukturiertheit („*Ich muss natürlich mich gut strukturieren können*“, TN5, Z. 199-200) erwähnt.

Anpassungsfähigkeit wird von TN2 und TN6 als bedeutsam betrachtet. Für TN2 stelle es eine Herausforderung dar, sich individuell adaptieren und anpassen zu können.

Für TN4 sei ein gewisses Durchhaltevermögen und das Kennen der eigenen Grenzen von Relevanz. Ruhe und Gelassenheit sehen TN6 und TN7 als hilfreiche Eigenschaften in der Arbeit mit Jugendlichen. TN7 ist beispielsweise der Ansicht, dass die Ruhe, die man ausstrahlt, auf andere übergehe.

- *Therapeutische Haltung*

Diese Subkategorie bezieht sich auf die therapeutische Haltung und Einstellungen, die laut der Teilnehmenden Ergotherapeut*innen einnehmen sollten, die mit psychisch erkrankten Jugendlichen zusammenarbeiten.

Ein ehrliches Interesse an den Jugendlichen und deren Themen wird gehäuft als therapeutische Haltung hervorgehoben, die eine gute Zusammenarbeit mit diesen fördere (TN1, TN5, TN6 & TN8). TN1 beschreibt dazu beispielsweise: *„Aber wenn die merken, dass ich mich interessiere, für die Musik, die sie hören, für die Computerspiele, die sie spielen, dann ist das die halbe Miete“* (Z.219-221).

Des Weiteren wird die Wertschätzung der Klient*innen erwähnt (TN2, TN3 & TN7). TN2 erklärt, dass man sich wertschätzend demgegenüber verhalten solle, was die Jugendlichen mit sich bringen. Dass Ergotherapeut*innen weiterhin unvoreingenommen sein sollen, erwähnen TN2 und TN3. TN3 glaubt: *„Wenn man da mit Vorurteilen jetzt belastet wäre, wird es sehr schwierig da irgendwie zu arbeiten“* (Z. 225-226). Außerdem sollten die Therapeut*innen offen sein (TN2, TN3 & TN4), wozu TN4 erklärt, dass man selbst als Therapeut*in offen für Veränderungen sein muss.

TN3 und TN8 erachten außerdem die Toleranz gegenüber den Jugendlichen als wichtigen Aspekt. TN3 erklärt, dass man eine große Toleranz mitbringen müsse, *„weil [...] man muss [...] halt auch viel aushalten manchmal“* (Z. 211-212).

Weiterhin werden Kritikfähigkeit (TN3), Klarheit (TN5 & TN9) und Ehrlichkeit (TN9) aufgelistet, die die Ergotherapeut*innen den Jugendlichen entgegen bringen sollen. TN5 beschreibt, dass ein *„Selbstverständnis an Sicherheit, an Empathiefähigkeit, an Normalität, an Menschlichkeit“* (Z. 193-194) grundlegende Eigenschaften und Einstellungen seien, die Ergotherapeut*innen besitzen sollten. TN2 findet *„es auch immer wichtig, dass man seine eigene Person da noch miteinbringt“* (Z. 179-180). Ebenso wird erwähnt, dass Spaß an der Arbeit (TN4) und eine optimistische Einstellung (TN8) bedeutsam seien.

Darüber hinaus wird beschrieben, dass ein Verständnis für die spezielle Lebensphase der Jugendlichen (TN3), ein Verständnis dafür, was diese jungen Menschen bewegt (TN5) und ein Verständnis dafür, warum jemand Therapie benötigt (TN8) essenziell seien.

Ergotherapeut*innen sollen auch eine gewisse Vorbildfunktion einnehmen. TN1 bezieht sich dabei auf die Darstellung der Ergotherapie und formuliert, dass man versuchen solle *„durch Handeln das deutlich zu machen, was Ergotherapie ist“* (Z. 255-256). TN8 bezieht sich auf die Haltung, die man gegenüber den Jugendlichen einnehme und äußert sich wie folgt: *„Weil man die ja in einer wichtigen Phase begleitet und dann glaube ich auch bestimmte Werte [...] vorleben sollte“* (Z. 279-281). Für TN9 sei es hierbei wichtig, konsequent im Umgang mit den Jugendlichen zu sein, diesen dabei auf Augenhöhe zu begegnen und ein situativ angepasstes Nähe-Distanzverhalten zu verinnerlichen.

Zusätzlich werden Ganzheitlichkeit (TN6), Professionalität (TN5) und Transparenz (TN9) als wichtige Aspekte der therapeutischen Haltung aufgeführt.

- *Erfahrung*

Diese Subkategorie beinhaltet Aspekte, die einige Teilnehmer*innen äußerten, die sich auf die Berufserfahrung von Ergotherapeut*innen beziehen.

Laut TN6 und TN7 brauche man eine Intuition, die aus der Erfahrung entstehe, um psychisch erkrankten Jugendlichen arbeiten zu können. Wie TN7 es darstellt: *„So, das ist wirklich das A und O“* (Z. 270).

Außerdem wird erwähnt, dass sich durch Erfahrung ein Repertoire an Möglichkeiten ergebe, aus dem man in der Arbeit schöpfen könne (TN2, TN5 & TN9). TN2 beschreibt dazu: *„Eine persönliche Stärke [ist] sicherlich meine Erfahrung, die ich mittlerweile habe und auch letztlich dieses gewachsene Know-How über die Jahre und Jahrzehnte über verschiedene Weiterbildungen, Fortbildungen, das Studium“* (Z. 506-509).

Des Weiteren wird gehäuft beschrieben, dass man durch Erfahrungen Situationen vorhersehen könne (TN4 & TN7). TN7 schildert wie folgt: *„Es gibt einfach bestimmte Punkte, die passieren immer wieder und dann kann man das einfach relativ schnell erkennen. Oder man rechnet schon damit im Vorhinein“* (Z. 277-279). TN4 bezieht sich mit dem Vorhersehen von Situationen darauf, dass man durch die gemachten Erfahrungen aus wenigen Informationen viel herausbekommen könne.

- *Berufsidentität*

Die persönliche Berufsidentität der Ergotherapeut*innen wurde in den Interviews gehäuft hinsichtlich verschiedener Aspekte erwähnt, welche in dieser Subkategorie aufgeführt werden.

Für TN1 sei die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen ein Thema. „*Und dann finde ich es schwierig für mich die Frage zu klären: Muss ich mich vom Pflege- und Erziehungsdienst abgrenzen oder muss ich das eigentlich gar nicht?*“ (Z. 152-154).

TN5 und TN9 äußerten in diesem Zusammenhang, dass sie sich mit kreativen Therapiemethoden nicht identifizieren können. Wie TN5 es ausdrückt: „*Ich bin jetzt, sage ich mal, nicht so der Ergotherapeut aus dem Keller, der früher so der Bastelonkel, die Basteltante war*“ (Z. 139-140).

Eine gemeinsame Berufsidentität erachten TN1 und TN5 als wichtig. TN1 stellt dabei fest: „*Und tatsächlich kann ich noch nicht sagen, dass ich meine eigene ergotherapeutische Identität voll ausschöpfe*“ (Z. 44-45). TN5 beschreibt dazu: „*Die Lobby der Ergotherapie [...] ist immer noch sehr wenig klar definiert*“ (Z. 391-392).

4.2.2 Theoretisches Hintergrundwissen

Zu dieser Oberkategorie wurden die Subkategorien *Ergotherapeutisches Wissen*, *Fortbildungen*, *Bezugswissenschaften* und *Lifelong Learning* gebildet.

- *Ergotherapeutisches Wissen*

Diese Subkategorie beinhaltet die Aspekte, die die Teilnehmenden zum ergotherapeutischen Wissen, über welches Ergotherapeut*innen, die mit psychisch erkrankten Jugendlichen arbeiten verfügen sollten, in den Interviews erwähnt haben.

Zum einen sollen Ergotherapeut*innen über Wissen zu den ergotherapeutischen Modellen verfügen (TN1, TN2, TN4, TN6 & TN8). Für TN4 seien die Modelle Mittel und Methoden, die man einsetzen könne. TN1 bemühe sich, theoretische Hintergründe mitzubringen. Und TN6 habe einen Überblick über die Modelle. TN8 lasse beispielsweise die Sprache und das Gedankengut des KAWA miteinfließen. In Kapitel 4.1.2 werden die Modelle, die von den Teilnehmenden verwendet werden, konkret aufgeführt.

Des Weiteren äußerten sich die Teilnehmenden dazu, welches Wissen über das methodische Handeln in der Ergotherapie von Relevanz sei (TN2, TN5, TN6 & TN7). TN2 ist der Ansicht: „*Also jetzt nur intuitiv sein, das kann oft gut gehen, aber das reicht jetzt nicht aus*“ (Z. 397-398). Außerdem beschreibt TN2: „*Ich kann das schon sachlich und eloquent rüberbringen, warum ich jetzt was mache*“ (Z. 520). In Kapitel 4.1.2 werden die speziellen Methoden, die die Teilnehmenden aufführten, näher erläutert.

- *Fortbildungen*

Im Folgenden werden die Fortbildungen aufgelistet, die die Teilnehmenden für die Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen empfehlen.

TN1 berichtet: *„Ich mache seit 1,5 Jahren diese Weiterbildung beim Andre Sorge und Winfried Kümmel. Die haben ein Institut gegründet, das nennt sich Psychoergo“* (Z. 84-85). TN2 habe Weiterbildungen im Bereich Transaktionsanalyse und motivierender Gesprächsführung gemacht, die für die Arbeit mit Jugendlichen empfehlenswert seien. Fortbildungen zur Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) haben TN2, TN3, TN5 und TN8 absolviert.

Weitere Fortbildungen, die genannt werden, sind zu den Themen Genusstraining (TN3), Gesprächsführung nach Rogers (TN4), soziales Kompetenztraining (TN5 & TN7), Achtsamkeit (TN8), Psychomotorik (TN6), systemische Familientherapie (TN4), Gesprächsführung im Allgemeinen (TN8) und eine Fortbildung zum COPM (TN6).

Zu Fortbildungen im Bereich sensorischer Integrationstherapie (SI) gibt es unterschiedliche Ansichten der Teilnehmenden. TN2 und TN3 nutzen Ansätze der SI in ihrer praktischen Arbeit mit den Jugendlichen. TN8 habe zwar die Weiterbildung dazu gemacht, ist jedoch der Meinung, dass man davon in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen nicht viel anwenden könne.

- *Bezugswissenschaften*

In den ergotherapeutischen Prozess lassen die Teilnehmenden Wissen aus den unterschiedlichsten Bezugswissenschaften einfließen, die unter dieser Subkategorie aufgeführt werden.

Medizinisches Fachwissen sei laut TN2, TN4, TN5, TN6, TN7 und TN9 wichtig für die Arbeit im Jugendpsychiatrischen Bereich. TN2 beschreibt, *„dass man durch ein gewisses Know-How, gewissen Hintergrund zu diesen Erkrankungen und Störungsbildern eben auch das eigene Tun adaptieren kann“* (Z. 396-397). TN4 ist der Meinung, dass ein Background an medizinischem Fachwissen zwar wichtig, aber in der Ergotherapie noch immer alles zu krankheitsspezifisch sei. TN6 führt auf, dass ein Verständnis der Entwicklungsphasen der Jugendlichen sinnvoll sei.

Außerdem wird betont, dass ein psychologisches Fachwissen von Bedeutung sei (TN2, TN3, TN5, TN6 & TN9). TN2 erläutert, dass es wichtig sei, etwas über Kommunikation und Körpersprache zu wissen, um Situationen besser einordnen zu können. TN3 erwähnt, dass Wissen über Stressbewältigung von Vorteil sei.

Als weitere Bezugswissenschaft werde von TN3 und TN8 die Pädagogik herangezogen. TN8 beschreibt dazu: „Wenn man in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet, egal in welcher Berufsgruppe, [hat man] schon auch immer so ein bisschen einen pädagogischen Auftrag mit drin in der Arbeit“ (Z. 277-279).

- *Lifelong Learning*

Einige Teilnehmende äußerten sich zu unterschiedlichen Aspekten, die sich auf lebenslanges Lernen beziehen und somit in dieser Subkategorie zusammengefasst wurden.

TN1 äußerte den Wunsch, immer wieder neue Dinge dazuzulernen. Moderne Entwicklungen zu verfolgen und auf dem aktuellen Stand in Bezug auf medizinische und therapeutische Erkenntnisse zu sein, sei für TN5 und TN6 von hoher Bedeutung.

TN5 und TN8 erachten es als sinnvoll über aktuelle Jugendtrends informiert zu sein, wenn man mit Jugendlichen arbeite. Durch die Anleitung von Praktikant*innen werde TN8 weiterhin dazu inspiriert, neue Methoden auszuprobieren.

4.3 Resultate der dritten Leitfrage

In Bezug auf die dritte Leitfrage „Welche Ressourcen und Barrieren der institutionellen Umwelt beeinflussen die Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen?“ konnten die erhobenen Daten den Oberkategorien *Ressourcen* und *Barrieren* zugeordnet werden.

4.3.1 Ressourcen

Die Themen der Oberkategorie *Ressourcen* wurden wiederum in die Subkategorien *Arbeitsbedingungen*, *Interprofessionalität*, *Inhaltliche Ressourcen* und *Strukturelle Ressourcen* eingeteilt. Diese beschreiben alle Faktoren auf institutioneller Ebene, welche die Teilnehmer*innen als förderlich für ihre ergotherapeutische Arbeit erleben.

- *Arbeitsbedingungen*

Das Gefühl, auf der Arbeit Wertschätzung zu erleben, gaben TN1, TN2 und TN7 als förderlich für ihre tägliche Arbeit an. TN2 gibt an, sich im Engagement und der Wertigkeit gesehen zu fühlen.

Unterstützung von Seiten der Institution wird von TN2, TN4 und TN9 ebenfalls als positiver Faktor erlebt. TN9 sagt hierzu „Also es ist eher so, dass nochmal geguckt wird, dass wir die Ergotherapie eher nach vorne bringen“ (Z. 172-173).

Zudem trägt für TN2, TN6, TN7 und TN9 die Anerkennung und das Vertrauen in die ergotherapeutische Expertise zu guten Arbeitsbedingungen bei. In der Institution von TN6 haben Ergotherapeut*innen einen guten Stellenwert und TN7 sagt weiterhin: „Also das ist ganz wichtig, dass man da irgendwie mitredet. Und da wird auch das sehr ernst genommen“ (Z. 148-149). TN7 beschreibt die Anerkennung der Kompetenz und das Vertrauen weiterhin als essentiellen Faktor, um sich auf der Arbeit wohlfühlen.

Von TN6 wird es außerdem als förderlich erlebt von institutioneller Seite bei Fortbildungen unterstützt zu werden und dass diese finanziell übernommen werden.

- *Interprofessionalität*

Die Zusammenarbeit und der Austausch unter den verschiedenen Professionen wird von TN1, TN2, TN4, TN5, TN6, TN7, TN8 und TN9 als fördernde Arbeitsbedingung empfunden. Bei TN7 entsteht ein enger Austausch, da sich die unterschiedlichen Therapeuten ein Büro teilen und sich dort häufig begegnen. TN8 gibt Visiten und Übergaben als regelmäßigen Treffpunkt und Möglichkeit an, mit anderen Professionen in den Austausch zu kommen, während TN5 angibt, bei großen Fallbesprechungen mit fünf Berufsgruppen im Kontakt zu sein. TN9 geht regelmäßig auf Hausbesuche in die Wohngruppe und hat dort noch einmal die Möglichkeit, mit den Betreuer*innen in Kontakt zu kommen und zu schauen: „Was läuft denn da eigentlich auf der Wohngruppe?“ (Z. 301-302). Des Weiteren sieht TN9 es in Bezug auf die Interprofessionalität als fördernden Faktor an, bei einem großen Träger zu arbeiten, da dort alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens vertreten seien, mit denen eng zusammengearbeitet werde. Die gemeinsame Zielformulierung (TN1), das Andocken an Einschätzungen anderer Therapeut*innen (TN7), gute Vernetzung (TN2) und Hand in Hand zu arbeiten (TN8) zeichnen hierbei die interprofessionelle Zusammenarbeit aus. TN4 sagt, dass es die Klient*innen stärkt, all diese Hilfen verschiedener Professionen in Anspruch zu nehmen. TN6 stellt die ergotherapeutische Arbeit auch vor Kollegin*innen dar und sagt: „In der Regel sind alle damit einverstanden, sage ich jetzt mal so“ (Z. 296).

TN1, TN8 und TN9 geben an, professionsübergreifende Teamsitzungen zu haben und TN2, TN8 und TN9 berichten von ebenfalls professionsübergreifenden Supervisionen, in denen die Berufsgruppen voneinander profitieren können. TN2 sagt hierzu: „Es gibt darüber hinaus auch Fallsupervisionen (...), wo wir ja auch interdisziplinär zusammen sind.“ (Z. 310-311) und TN9 beschreibt: „Wenn man einen Fall hat, der super schwierig ist, dass wir dann schon auch im Team darüber sprechen. Hat vielleicht da nochmal jemand eine Idee, was man nochmal machen kann?“ (Z. 122-123).

Die Visiten werden des Weiteren von TN7 als bereichernd für die interprofessionelle Zusammenarbeit angesehen. „*Jeder Funktionstherapeut [...], jeder Arzt, jeder Psychologe, jeder Sozialpädagoge*“ (Z. 195-196) sage etwas zu den einzelnen Klient*innen, was lange dauere aber wonach dann wirklich alles gesagt sei.

- *Inhaltliche Ressourcen*

Die Möglichkeit zur inhaltlich freien Therapiegestaltung nennen TN1, TN2, TN3, TN5, TN6, TN7, TN8 und TN9 als Ressource für ihre Arbeit. TN7 fasst es zusammen mit der Aussage: „*Also ich muss sagen, das muss ich hier wirklich sehr wertschätzen, ich kann hier wirklich so ziemlich alles machen*“ (Z. 139-140).

TN2, TN6 und TN9 sehen die Bereitschaft zu innovativem Denken als weiteren Förderfaktor. TN2 sagt beispielsweise, dass es eine große Offenheit gebe, Dinge zu verändern und TN9 erzählt, dass alle Kolleg*innen ihre eigenen Ideen mitbringen können. Für TN6 ist die Beteiligung am Aufbau der Ergotherapie in der Klinik ein positiver Aspekt, da die Arbeit somit durch eigene Ideen geprägt werde.

Eine klare inhaltliche Aufgabeverteilung unter den verschiedenen Berufsgruppen trägt für TN8 weiterhin als ein positiver Aspekt zur Arbeitsgestaltung bei.

- *Strukturelle Ressourcen*

Die Freistellung der Entscheidung, ob Gruppen- oder Einzeltherapien mit den Klient*innen durchgeführt werden und in welcher Frequenz, nennen TN1 und TN8 als Ressource. TN8 sagt: „*Ob ich jetzt irgendwie Gruppe mache oder Einzel oder ob die Patienten zweimal oder viermal zu mir kommen, also da sind wir wirklich ziemlich freigestellt*“ (Z. 162-164).

TN1 und TN8 sehen zusätzlich einen guten Personalschlüssel als förderlich an. Dadurch gebe es mehr Zeit für Austausch (TN1) und in Gruppen könne man jeden der Klient*innen gut im Blick haben (TN8). Die Möglichkeit das Klinikgelände zu nutzen wird von TN3 zudem als positiv empfunden und TN9 sieht es auch als Ressource an, mit Klient*innen nach draußen gehen zu können.

TN7 berichtet über einen großen Etat an Geld, der zur Verfügung steht, um Dinge für die Ergotherapie zu bestellen, was eine weitere strukturelle Ressource der Institution darstellt. Das Vorhandensein von Assessments in der Einrichtung ist ein Punkt, den TN8 und TN9 als Ressource ansprechen. TN9 spricht außerdem an, dass alle Formulare digital vorhanden sind und nichts per Hand ausgefüllt werden müsse.

Die räumliche Abgrenzung der Ergotherapie zu den anderen medizinischen und psychologischen Räumen der Einrichtung erlebt TN1 als fördernd und sagt: „*Tatsächlich haben*

die Patienten gar nicht so das Gefühl, dass sie in Therapie sind, sondern hier auch einfach mal mit jemandem quatschen können und dann ergeben sich auch manchmal ganz andere Gespräche als oben auf Station“ (Z. 169-171).

Für TN6 stellt es eine strukturelle Ressource auf institutioneller Ebene dar, dass Ergotherapie ein fester Bestandteil der Behandlung ist, also dass *„alle Patienten [...] auch ergotherapeutisch betreut, behandelt werden“ (Z. 296-297).*

Die Möglichkeit, für die Jugendlichen in der Einrichtung an schulischem Unterricht teilnehmen und eine Ausbildung machen zu können, nennt TN9 als Ressource der Einrichtung.

4.3.2 Barrieren

Die Oberkategorie Barrieren geht auf Faktoren ein, die die ergotherapeutische Arbeit der Teilnehmenden in ihren Institutionen erschweren. Inhaltlich wurde diese Oberkategorie in die Subkategorien *Arbeitsbedingungen*, *Stationäre Aufenthaltsregelung*, *Inhaltliche Barrieren*, *Strukturelle Barrieren* und eine *Mangelnde Interprofessionalität* aufgeteilt.

- *Arbeitsbedingungen*

Ein geringes Gehalt stellt für TN4 einen einschränkenden Faktor dar. Es sei trotz einer Verbesserung der Vergütung noch immer knapp, mit dem Gehalt die Lebenshaltungskosten zu decken. Ergänzend sagt TN4 zu dem Thema Gehalt: *„Weil wir jetzt auch nicht so viel verdienen für das, was wir an Arbeit machen, finde ich“ (Z. 214-215).*

TN5 berichtet von mangelnder Wertschätzung in der Institution und sagt, dass man als Fachtherapeut in der Kette doch relativ weit hinten stehe. Weiterhin spricht TN5 die fehlende Unterstützung und Offenheit der Institution an und sagt *„Da fehlt dann schon eher die Unterstützung, und zwar auch die Weltoffenheit und das Dahinterstehen“ (Z. 307-308).*

- *Mangelnde Interprofessionalität*

TN3, TN4 und TN5 sprechen Probleme in der interprofessionellen Zusammenarbeit als einschränkenden Faktor in ihrer Institution an.

TN3 berichtet im Interview von der Problematik, dass sich die verschiedenen Therapeut*innengruppen, durch zu wenig Zeit für einen Austausch untereinander, mit ihren Therapieplanungen *„ins Gehege kommen [...], dass man manchmal den Patienten gar nicht bekommt“ (Z. 169).* Auch TN4 spricht den Zeitfaktor als Einschränkung für einen

interprofessionellen Austausch an und sagt „*Die Ärzte haben ja auch nicht zusätzlich Zeit in der Freizeit, sich mit mir auszutauschen*“ (TN4, Z. 324-325).

- *Stationäre Aufenthaltsregelung*

Kurzfristige Entlassungen der Klient*innen werden von TN2, TN3 und TN7 als Einschränkung ihrer Arbeit gesehen, da somit kein Abschluss der Therapie stattfinden kann. TN7 sagt dazu: „*Patienten werden bei uns oft sehr sehr schnell entlassen, dass das manchmal nicht möglich ist mich noch zu verabschieden, weil ich es nicht wusste*“ (Z. 123-124).

TN1 sieht weiterhin die begrenzte Aufenthaltsdauer der Klient*innen in der Klinik als limitierenden Faktor an und sagt, dass dadurch Programme, wie Handeln gegen Trägheit, aus zeitlichen Faktoren nicht durchgeführt werden können.

- *Inhaltliche Barrieren*

Für TN5 stellt ein fehlendes Konzept in der Ergotherapie eine inhaltliche Barriere da. Es wird der Wunsch nach einer Leitung geäußert: „*Die Interessen zusammenführt, aber auch Ressourcen optimiert, Abläufe nochmal klarer strukturiert*“ (Z. 375).

Eine unklare Aufgabenverteilung unter den verschiedenen Professionen in der Institution stellt für TN1 und TN5 eine Barriere dar. TN5 erklärt: „*Durch die Heilpädagogik oder Heilerziehungspflege, die auch sehr viel ins ADL übergehen, wo das so ein bisschen, ja Kompetenzgerangel ist*“ (Z. 394-395).

TN3 berichtet von der Einschränkung, sich bei der inhaltlichen Gestaltung der Therapie nach ärztlich vorgegebenen Schwerpunkten zu richten „*wie Förderung [der] Emotionswahrnehmung oder Ressourcenaktivierung und sowas Grobes*“ (Z. 134).

Des Weiteren gibt TN5 das Leitbild des kirchlichen Trägers der Institution, vor allem bei Transgender-Themen und Klient*innen mit anderen Religionen, als inhaltliche Einschränkung an. Im Interview erklärt TN5 die Problematik folgendermaßen: „*Aber es geht nicht in der heutigen Zeit und auch klientenzentriert, sicher, diese Leitbilder so zu klammern, weil da dürften wir oftmals gar nicht weiterbehandeln*“ (Z. 289-291) und äußert hierzu den Wunsch: „*Also die Einrichtung als solches würde ich schon gerne mehr Einfluss über die Leitbilder haben wollen*“ (Z. 288-289).

TN1 und TN6 sprechen zudem an, dass sie unterschiedliche Vorstellungen von Ergotherapie in ihren Institutionen in ihrer Arbeit beeinflussen. TN1 beschreibt: „*Also ich glaube, dass leider immer noch dieses uralte Bild von Ergotherapie hier herrscht (...) und in den Köpfen so verankert ist, dass man irgendwie jeden Tag neu erzählen könnte, dass es nicht nur Basteln ist. Das finde ich extrem anstrengend*“ (Z. 148-150). Ergänzend

erklärt TN1, dass dieses Bild der Ergotherapie nicht nur in anderen Professionen besteht: *„Aber meine Kollegin besteht leider auch wieder auf so einen Kram hier. Ja, da gibt es halt unterschiedliche Ansichten“* (Z. 254-255). TN6 sieht die Einschränkung darin, dass oft noch die ärztliche medizinische Sichtweise durchkomme.

- *Strukturelle Barrieren*

TN6 sieht auf struktureller Ebene einen Nachteil darin, dass es nicht genügend Stationen speziell für Jugendliche gibt und äußert den Wunsch nach mehr *„Adoleszenten- der Transitionsstationen“* (Z.404-405).

TN2 und TN8 berichten von der Einschränkung, dass die Therapiefrequenz der Klient*innen von der Institution vorgegeben wird. Dazu kommen zeitlich enge Rahmenbedingungen, welche TN1, TN3, TN4 und TN6 als limitierenden Faktor nennen. TN3 sagt beispielsweise, dass die Anwendung von Assessments: *„zeitlich für das, was wir an Rahmenbedingungen haben, nicht wirklich funktioniert“* (Z. 43). Bei TN4 zeigt sich der Zeitmangel darin, dass das Schreiben der Therapieberichte in die Freizeit fällt (Z. 330-333). TN6 spricht den Aspekt an, dass auch die Klient*innen in der Klinik oft volle Stundenpläne haben und sich die Frage stellen: *„Ist es jetzt wirklich sinnvoll noch einen Termin zusätzlich zu machen?“* (Z. 318).

Den wirtschaftlichen Druck beschreibt TN5 als Störfaktor und sagt im Interview, dass die Klient*innen stärker im Fokus stehen sollten als die wirtschaftlichen Faktoren.

Den geringen Etat der Institution für Therapeut*innenstellen sieht TN8 als Barriere, da jede Berufsgruppe gerne weitere Stellen besetzen würde. TN8 sagt hierzu: *„Jede dieser Berufsgruppen möchte natürlich auch mehr haben und dann muss man halt gucken, wie das dann wieder verteilt wird, wenn was frei wird“* (Z. 196-198).

TN1 gibt außerdem die Regelung als Einschränkung an, dass Ergotherapie eine Wahltherapie darstellt und somit die Entscheidung entweder auf Musiktherapie, Bewegungstherapie oder Ergotherapie fallen kann.

TN2 erwähnt außerdem den Punkt, dass die Regelarbeitszeiten oft die Alltagsnähe der Therapien einschränken. TN2 sagt: *„Es gibt eben so Arbeitszeiten, in denen ich da sein muss, [obwohl] Zeiten nach 17.30 Uhr nicht gewertet werden. [...] Ich mache öfter Mal eine Kochgruppe und finde es eigentlich ganz wichtig dann mit den Jugendlichen zu essen“*. TN7 sieht auch eine Einschränkung darin, dass sich während der eigenen Arbeitszeiten an die Tagesabläufe der Jugendlichen in der Klinik, wie Frühstückszeiten und Schulzeiten, angepasst werden muss.

Eine handwerklich ausgerichtete Raumausstattung benennt TN1 als Einschränkung für die ergotherapeutische Arbeit und hätte gerne eine veränderte Raumgestaltung, um *„von*

diesem Ergo Bild wegzulenken, von dem wir basteln da unten im Keller“ (Z. 248-249).
TN2 spricht das Problem an, dass es schwierig ist etwas an lang bestehenden Systemen zu verändern.

5. Diskussion

Dieses Kapitel setzt die Ergebnisse der qualitativen Studie in Bezug zum theoretischen Hintergrund, um die drei Leitfragen der Forschungsarbeit zu beantworten. Die Diskussion ist daher nach den drei aufgestellten Leitfragen gegliedert und berücksichtigt auf diese Weise ebenfalls die zentrale Fragestellung der Forschungsarbeit:

*Wie gestalten Ergotherapeut*innen eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ergotherapie in verschiedenen Institutionen mit psychisch erkrankten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren?*

Weiterhin werden sowohl inhaltliche als auch die Forschungsmethode betreffende Stärken und Limitationen der durchgeführten Studie dargelegt und reflektiert.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Zunächst werden die Ergebnisse hinsichtlich der Leitfragen und des theoretischen Hintergrundes diskutiert.

5.1.1 Diskussion der ersten Leitfrage

Was beinhaltet der therapeutische Prozess in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen während der Evaluations-, Interventions- und Outcomephase?

In Bezug auf die erste Leitfrage wurden mehrere Aspekte bezüglich der Phasen eines ergotherapeutischen Prozesses erhoben, die von den Teilnehmenden in ihrer Arbeit mit den psychisch erkrankten Jugendlichen angewendet werden. Während der Diskussion werden die in Kapitel 4.1 genannten Resultate, unter Berücksichtigung der entsprechenden Aspekte des theoretischen Hintergrundes (siehe Kapitel 2), erörtert.

Die von den Teilnehmenden genannten Phasen eines Therapieprozesses decken sich mit den drei Phasen des Occupational Therapy Practice Framework, welches in Kapitel 2.2.1 beschrieben wird. Vergleicht man die Menge an Aussagen zu den drei Phasen, nehmen die Evaluationsphase und die Interventionsphase einen größeren Anteil während des Prozesses ein. Die Outcomephase nimmt häufig weniger Zeit in Anspruch oder findet gar nicht erst statt, was in der Diskussion der dritten Leitfrage (siehe Kapitel 5.1.3) bezüglich der Barrieren der Institution ebenfalls aufgegriffen wird.

Während der Interviews wurden die Aspekte der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung immer wieder in Bezug auf den Therapieprozess aufgegriffen. In der Diskussion werden diese an geeigneter Stelle eingebracht.

Evaluationsphase

Die AOTA (2014) beschreibt die Inhalte der Evaluationsphase und führt hier unter anderem auf, dass zunächst ein Verständnis der Vorgeschichte der Klient*innen erlangt werden muss. Einige der Teilnehmenden erfüllen diese Inhalte, indem sie die Wichtigkeit einer Anamnese im Interview unterstreichen und diese in ihrer Therapie erheben. Auch weitere von der AOTA (2014) genannten Inhalte, wie das Erfassen von Werten, Interessen, Bedürfnissen, Stärken und Schwächen der Klient*innen, decken sich mit den Aussagen der Teilnehmenden. Diese gaben beispielsweise an, dass die momentane IST-Situation bezüglich Interessen, Bedürfnissen, Stärken, Schwächen, Betätigungsanliegen und Gefühlszuständen erfasst werden solle. Zu diesen Aspekten lassen sich auch die holistische Sichtweise des MOHOs (Taylor & Kielhofner, 2017), die Säulen der Klientenzentrierung und Betätigungsbasierung (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinèbanian, 2012) und die von Berding et al. (2019) beschriebene Kompetenz der ergotherapeutischen Expertise zuordnen, welche die Relevanz der klientenbezogenen Informationen bestärken.

Um an diese Informationen zu gelangen, nutzen die Ergotherapeut*innen Assessments, Testungen, Gespräche und Beobachtungen. Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, gibt es Evidenzen für die Anwendungen von Assessments des MOHOs im psychiatrischen Kontext. Diesbezüglich haben auch die Teilnehmenden die Verwendung dieser Assessments angesprochen und beispielsweise die Rollenchekliste oder das MOHOST als nützlich beschrieben. Einige der Teilnehmenden gestalten den Evaluationsprozess jedoch eher frei und ohne die Verwendung von Prozess- oder Inhaltsmodellen. Bei manchen Teilnehmenden fließt hier schon die Domäne der Zusammenarbeit (Berding et al., 2019) mit ein, bei der Informationen aus dem Austausch mit anderen Professionen innerhalb der Einrichtung in die Anamnese und auch Zielformulierung einbezogen werden.

Die AOTA (2014) stellt des Weiteren die Analyse der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Betätigungsperformanz der Klient*innen als Punkt der Evaluationsphase auf. Die Teilnehmenden berichten hier, dass die verschiedenen Lebensbereiche wie Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit beleuchtet werden. Auch Anne Fisher (2014) spricht sich für ein betätigungsbasiertes Vorgehen aus, das den Fokus bereits von Beginn der Evaluationsphase an auf Betätigung legt. Dem kommen einige der Teilnehmenden nach, andere setzen den Fokus jedoch eher auf andere Therapieinhalte, die funktionsorientierter sind, wie beispielsweise die Steigerung des Selbstvertrauens.

Die Formulierung von Zielen in Zusammenarbeit mit den Klient*innen ist ebenfalls Inhalt der ersten Phase (AOTA, 2014). Innerhalb der Interviews wurde der Aspekt der Zielsetzung von allen Teilnehmenden angesprochen. Teilnehmende bewerten die gemeinsame Zielformulierung mit den Klient*innen als wichtigen Schritt und formulieren die Ziele teilweise nach SMART. Hiermit deckt sich auch die Säule der Klientenzentrierung (Le Granse, van

Hartingsveldt & Kinèbanian, 2012), welche Klient*innen als Mitgestalter*innen der Therapie betrachtet. Hierfür ist auch die Domäne der Kommunikation aus dem Kompetenzprofil nach Berding et al. (2019) wichtig, da eine an die Klient*innen angepasste Kommunikation die Zielfindung unterstützt und der/die Klient*in durch Kommunikationsstrategien aktiv mit einbezogen werden kann. Hier führen Teilnehmende auch die nonverbale Kommunikation auf, die nicht unterschätzt werden dürfe.

Costa (2014) stellte in seiner Studie fest, dass Klientenzentrierung sowohl die Handlungsmotivation als auch die Nachhaltigkeit der Therapie steigert. Hierfür sprechen auch einige Aussagen der Teilnehmenden, die besagen, dass klientenzentriertes Arbeiten einen Motivator für die Jugendlichen darstelle.

Weiterhin stellte sich in den Interviews heraus, dass einige der Teilnehmenden das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock, 2017) zur Zielformulierung nutzen. Schulte, Sturmhöfel und Andres (2017) befürworten in ihrer Studie ebenfalls die Nutzung des COPMs. Die Teilnehmenden sagten jedoch auch, dass es den Klient*innen teilweise schwer falle, spezifische Ziele zu formulieren. Hier zeigt sich eine Schwierigkeit auf. Einige der Teilnehmenden äußerten auch, dass die Schwere der Erkrankung der Klient*innen die Nutzung eines Assessment manchmal nicht zulasse. Diese Beobachtungen bekräftigen die Aussage von Fisher (2018), dass die Klientenzentrierung dadurch erschwert werden kann, dass Klient*innen nicht in der Lage sind, ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche mitzuteilen.

Die Säule der Kontextbasierung (Le Grasse, van Hartingsveldt & Kinèbanian, 2012) plädiert für eine ganzheitliche Betrachtung der Klient*innen und somit auch für den Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen bei der Zielfindung. Costa (2014) zeigt in seiner Studie auf, dass eine Zusammenarbeit mit dem/der Klient*in und dessen/deren Bezugspersonen die Nachhaltigkeit der Therapie positiv beeinflusst. Hier sind sich die Teilnehmenden überwiegend einig, dass Eltern oder Bezugspersonen einbezogen werden müssen und laden diese zu einem Gespräch ein.

Interventionsphase

Die Interventionsphase stellt die Hauptphase im ergotherapeutischen Prozess der Teilnehmenden dar. Sie nennen Aspekte zu methodischem Handeln, Therapiegestaltung und Therapiemethoden. Im OTPF wird ebenfalls die Interventionsphase benannt und die AOTA (2014) beschreibt, dass diese Phase auf Theorien, Bezugsrahmen und Evidenz basiert, was auch mit der Säule der Evidenzbasierung (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Seanger, 2017) konform geht. Diese besagt, dass die ergotherapeutische Behandlung mit wissenschaftlichen Belegen untermauert werden soll.

Viele Teilnehmende nennen die Nutzung ergotherapeutischer Modelle, wie das MOHO oder CMOP. Eine Vielzahl von Studien belegt eine gute Eignung sowohl des CMOPs, als auch

des MOHOs in der Arbeit, mit psychiatrischem Klientel (Kimball-Carpenter & Smith, 2013; Turner & Lydon, 2008; Wimpenny, Forsyth, Jones, Matheson, Colley, 2010).

Weiterhin soll laut der AOTA (2014) die Betätigungsperformanz und die Teilhabe der Klient*innen während der Interventionsphase positiv beeinflusst werden. Werden die Aussagen der Teilnehmenden betrachtet, können auch hier mehrere Gemeinsamkeiten diesbezüglich aufgestellt werden.

Während der gesamten Intervention soll eine ständige Reflexion des Prozesses stattfinden und eine dementsprechende Dokumentation (AOTA, 2014). Mehrere Teilnehmende gehen darauf ein, dass immer wieder die aktuelle IST-Situation erfasst werden müsse und der gesamte Prozess reflektiert werden solle. Bei der Überprüfung des Prozesses nutzen einige der Teilnehmenden verschiedenen Reasoning Formen. Auch die Studie von Schulte, Sturmhöfel und Andres (2017) fand heraus, dass Ergotherapeut*innen sich im Therapieprozess auf die verschiedenen Formen des *Professional Reasonings* beziehen. Eine Dokumentation finde bei allen Teilnehmenden statt, aber in unterschiedlichem Umfang und mit variierendem Zeitaufwand.

Bezüglich der Therapiegestaltung ergaben die Interviews ebenfalls vielseitige Erkenntnisse. Für einige der Teilnehmenden ist die Transparenz der Therapie wichtig. Außerdem sprechen alle Teilnehmenden an, dass die Therapie jeweils individuell auf die Klient*innen angepasst werden müsse. Hier besteht eine Deckungsgleichheit mit dem MOHO (Taylor & Kielhofner, 2017), welches jeden Menschen als einzigartig betrachtet. Auch der theoretische Hintergrund bezüglich der Klientenzentrierung stimmt hiermit überein. Die Säule der Klientenzentrierung (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Seanger, 2017) stellt die einzelnen Klient*innen ebenfalls in den Fokus und fordert demnach, dass die Therapie nach diesen ausgerichtet wird.

Berding et al. (2019) beschreiben in der Domäne der *ergotherapeutischen Expertise*, dass die Förderung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden das Ziel sein sollte. Dementsprechend stellte sich in den Interviews heraus, dass einige der Teilnehmenden die Lebensqualität in den Fokus stellen und die Therapie dahingehend gestalten.

Teilnehmende äußerten den eigenen Anspruch, die Therapie betätigungsorientiert und klientenzentriert zu gestalten und dass diese Aspekte Hand in Hand gingen. Für manche sei der Begriff der Betätigungsorientierung neu. Dennoch führen die Teilnehmenden in der Praxis Anteile dieser durch, benennen sie aber anders. Manche verbinden den Begriff jedoch auch mit der Durchführung von handwerklichen oder kreativen Betätigungen.

Das Handwerk werde von fast allen Teilnehmenden in unterschiedlichem Ausmaß eingesetzt. Die Meinungen darüber gehen diesbezüglich jedoch weit auseinander. Für den Einsatz von Handwerk wurden in den Interviews mehrere Begründungen genannt. Beispielsweise

nutzen die Teilnehmenden das Handwerk gezielt, um zunächst einen Zugang zu den Klient*innen zu bekommen, auch wenn sie wissen, dass es nicht dem Aspekt der Betätigungsorientierung nach dem aktuellen Paradigma entspricht. Andere Teilnehmenden distanzieren sich vom Handwerk, da es für sie nicht mehr den Vorstellungen von Ergotherapie entspreche. Wieder andere sprechen sich für einen handwerklichen Schwerpunkt aus, da sie in der Arbeit mit den Jugendlichen gute Erfahrungen damit gemacht haben. Betrachtet man den theoretischen Hintergrund zur Betätigungsorientierung (siehe Kapitel 2.3), gerät diese nach dem neuen Paradigma in Konflikt mit dem Handwerk. Hauptgrund hierfür ist die Forderung nach bedeutungsvollen Betätigungen für die Klient*innen. Fisher (2014), der DVE (2012) und Le Grasse, van Hartingsveldt und Kinèbanian (2012) betonen ebenfalls, dass die Aktivitäten eine Bedeutung für die Klient*innen haben sollten. Molineux (2013) spricht von handwerklichen und kreativen Betätigungen, die zu Beginn der Ergotherapie von Patient*innen in psychiatrischen Einrichtungen verrichtet wurden, wodurch beispielsweise Langzeitpatient*innen gefördert und beschäftigt wurden.

Outcomephase

Die Outcomephase bildet nach dem OTPF die Phase, in der die erreichten Ergebnisse und Ziele des ergotherapeutischen Prozesses betrachtet werden (AOTA, 2014). Wie bereits zu Beginn der Diskussion erwähnt, nehmen diese Phase laut den Teilnehmenden einen eher kleinen Anteil in Anspruch oder finde nicht statt. Die Teilnehmenden erwähnen im Zusammenhang mit dieser Phase häufig den Aspekt der Zeit. Beispielsweise lassen kurzfristige Entlassungen einen richtigen Abschluss der Therapie häufig nicht zu. Besteht jedoch die Möglichkeit, einen Abschluss der Therapie zu gestalten, wird die Wichtigkeit der Reflexion und Evaluation hervorgehoben. Die AOTA (2014) beschreibt, dass Re-Evaluationen von zuvor genutzten Assessments durchgeführt werden und die angestrebten Ziele sowie der Prozessverlauf überprüft werden. Hier beschreiben auch die Teilnehmenden, dass sie überprüfen, was in der Therapie erreicht werden konnte und dass hier neben Gesprächen auch z.B. das COPM erneut durchgeführt werde. Ein Therapiebericht werde von den meisten Teilnehmenden immer geschrieben.

Weiterhin wird laut der AOTA (2014) überprüft, ob und inwiefern zukünftige Maßnahmen sinnvoll sind. Auch einige der Teilnehmenden betonen hier, dass sie den weiteren Therapiebedarf bezüglich Ergotherapie überprüfen, aber auch bei Bedarf an andere Professionen überweisen. Roger (2010) ist hiermit in Beziehung zu setzen, da er ebenfalls hervorhebt, dass es in der Verantwortung der Therapeut*innen liegt, bei Bedarf an entsprechendes Fachpersonal weiter zu verweisen und Perspektiven für die Jugendlichen zu ermitteln. Letzen Endes beschreibt ein*e Teilnehmende*r, dass es nicht das Ziel sei, dass die Jugendlichen ihr Leben lang in einer Einrichtung sind.

Besonderheiten in der Zusammenarbeit mit Jugendlichen

Im Hinblick auf die erste Leitfrage wurden außerdem die Besonderheiten in der Arbeit mit Jugendlichen erhoben, die in den Resultaten in Kapitel 4.1.4 im Detail aufgeführt wurden. Im Rahmen der Diskussion sollen nun diese Besonderheiten bezogen auf das Verhalten der Jugendlichen, die Transitionsprozesse, häufige Therapiethemen, therapiebezogenen Besonderheiten und die daraus resultierenden Herausforderungen für die Ergotherapeut*innen sowie damit verbundene berufspolitische Aspekte diskutiert und mit den Erkenntnissen aus dem theoretischen Hintergrund in Verbindung gesetzt werden.

Bezogen auf das Verhalten der Jugendlichen zeigt sich, dass viele Äußerungen der Teilnehmenden mit den Erkenntnissen verschiedener Autor*innen, die im theoretischen Hintergrund (vgl. Kapitel 2.1 und Kapitel 2.6) dargelegt wurden, übereinstimmen. Taylor und Kielhofner (2017) beschreiben, dass sich im Bereich der Volition bei den Jugendlichen vor allem ein wachsendes Streben nach Autonomie entwickelt. Mehrfach nannten die Teilnehmenden dazu passend, dass die Jugendlichen ein oppositionelles und austestendes Verhalten zeigen. Petermann und Petermann (2010) beschreiben, dass es bei Jugendlichen, die einen Misserfolg bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben erleben, zu aggressivem Verhalten und Wutausbrüchen kommen kann. Dieser Aspekt wird ebenfalls in den Interviews aufgegriffen und vor allem die Erfahrung geschildert, dass Jugendliche sich autoaggressiv verhalten. Petermann und Petermann (2010) beschreiben außerdem, dass es aufgrund von Unsicherheiten zu einem sozialen Rückzug kommen kann. Einige der Teilnehmenden teilen die Annahme, dass viele Jugendliche Auffälligkeiten im Sozialverhalten zeigen, wodurch Schwierigkeiten in der Interaktion innerhalb der Gruppe entstehen können. Fegert, Eggers und Resch (2012) vertreten den Standpunkt, dass es durch psychische Auffälligkeiten und Störungen zu Beeinträchtigungen der Partizipation kommen kann. In den Resultaten zeigte sich, dass auch die Teilnehmenden der Ansicht sind, dass viele Jugendliche mehr Motivation von außen benötigen, um zu partizipieren, was sich beispielsweise auch in der Zielfindung zeige. Weiterhin sind die Teilnehmenden der Meinung, dass Jugendliche prinzipiell schwerer zu motivieren seien, als Kinder.

Im Rahmen der Interviews wurden weitere Aussagen über Besonderheiten im Verhalten der Jugendlichen getroffen, welche im Vorhinein nicht explizit im theoretischen Hintergrund erwähnt wurden. Dazu zählen zum einen ein Misstrauen der Jugendlichen gegenüber den Ergotherapeut*innen, starke Schwankungen der Befindlichkeiten und zum anderen eine Art Entwicklungsbremmung oder Regression, die durch die psychische Erkrankung entstehen können.

Zu dem Transitionsprozess, den die Jugendlichen durchlaufen, wurden viele Aussagen innerhalb der Interviews getroffen, die sich in den beschriebenen Theorien und Erkenntnissen unterschiedlicher Autor*innen im theoretischen Hintergrund widerfinden lassen. So be-

schreiben beispielsweise mehrere Teilnehmende, dass die Jugendlichen innerhalb des Prozesses stetig mehr Verantwortung übernehmen müssen, was auch als Aspekt im MOHO durch Taylor und Kielhofner (2017) bei der Weiterentwicklung der Volition aufgegriffen wird. Weiterhin ist ein Großteil der Teilnehmenden der Ansicht, dass die Jugendlichen sich in einer Art Findungsphase befinden, in der sie auf der Suche nach Vorbildern und Personen seien, mit denen sie sich vergleichen können, um letztendlich ihre eigenen Rollen weiterzuentwickeln. Auch dieser Aspekt wird im MOHO im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Habituation beschrieben. Die Änderungen in Bezug auf das Performanzvermögen, durch die körperlichen, kognitiven und emotionalen Entwicklungen, welche im MOHO beschrieben werden, werden auch von den meisten der Teilnehmenden aufgegriffen, die die körperlichen Entwicklungsprozesse sowie entwicklungspsychologische Veränderungen und die Hirnreifungsprozesse ansprechen. Auch greift Knagge (2016) den Begriff der Transition auf und beschreibt dazu, dass die Jugendlichen mit vielen Veränderungen konfrontiert werden, was ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit erfordert. Aus dieser Ansicht resultieren viele der Aussagen, die die Teilnehmenden über die Lebensphase Jugend getroffen haben.

Erikson (2017) spricht von der Entwicklungsphase der „Identität gegen Identitätsdiffusion“, in der die Jugendlichen Erkenntnisse über ihre „Ich-Identität“ entwickeln. Den Aspekt der Identitätsfindung betrachtet auch die Mehrheit der Teilnehmenden als essenziellen Prozess der Jugendlichen. Diese Identitätsfindung sei mit vielen Entscheidungen verbunden, wie beispielsweise der Berufsfindung, Rollenfindung, äußerlichen Darstellung oder der sexuellen Orientierung. Dabei äußerten einige der Teilnehmenden, dass ihnen in diesem Zusammenhang in den letzten Jahren aufgefallen sei, dass zunehmend Themen mit Bezug zu LGBTQ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer) präsent werden mit denen die Jugendlichen sich im Rahmen ihrer Identitätsfindung auseinandersetzen.

Ergänzend zu den Aussagen, die sich in den Theorien und Standpunkten der Autor*innen wiederfinden konnten, erwähnt eine teilnehmende Person, dass die Jugendlichen durch ihre psychische Erkrankung viele Erfahrungen verpassen, die Jugendliche ohne Erkrankung erleben.

Häufige Therapiethemen, die die Teilnehmenden beschreiben, sind ebenfalls Themen, die auch in der Literatur gehäuft zu finden sind. Einige der Teilnehmenden geben an, dass die Ablösung von den Eltern ein relevantes Thema der Jugendlichen sei, welches in der Therapie angesprochen werde. Auch Hurrelmann (2010) erklärt die emotionale und soziale Ablösung von den Eltern als Entwicklungsaufgabe, mit der die Jugendlichen konfrontiert werden. Petermann und Petermann (2010) sehen fehlende Regulationsmechanismen unter anderem als Ursache für bestimmte Störungsbilder. Ebenso nannten die Teilnehmenden, dass Emotionsregulation ein häufiges Thema in der Therapie der Jugendlichen sei. Ein weiteres Thema, das laut den Teilnehmenden in der Ergotherapie thematisiert werde, ist der Betätigungsbereich der Schule, da es oft um die Wiedereingliederung der Jugendlichen in die Schule ginge. Auch Ziviani, Desha und Rodger (2006) sind der Ansicht, dass die Schule einen wichtigen

Betätigungsbereich der Jugendlichen darstellt. Wie Eppelmann et al. (2016) erörtern, ist die Entstehung von psychischen Erkrankungen häufig mit einem erhöhten Stresserleben in Verbindung zu setzen, was sich mit den Aussagen einiger Teilnehmender deckt. Diese schildern, dass dadurch häufig Aspekte wie Stressregulation und der Umgang mit Anspannung in der Ergotherapie thematisiert werden.

Zudem wurden von den Teilnehmenden weitere Themen genannt, die relevant für die Arbeit mit den Jugendlichen seien, die zuvor nicht in der Literatur gefunden wurden. Unter anderem wurden als Themen die Beschäftigung mit den Zukunftsperspektiven der Jugendlichen, der Umgang mit schlechten Erfahrungen in der Vergangenheit sowie der Umgang mit Mobbing und familiären Problemen aufgeführt.

Innerhalb der Interviews wurden verschiedene therapiebezogene Besonderheiten genannt, die speziell in der Zusammenarbeit mit den Jugendlichen auffallen. Einige dieser Besonderheiten wurden bereits zuvor im theoretischen Hintergrund durch unterschiedliche Autor*innen aufgegriffen. So wird durch Taylor und Kielhofner (2017) beschrieben, dass es durch die Entwicklung der Elemente des MOHOs zu Veränderungen der *Occupational Identity* kommt, die sich während der Adoleszenz in einem dynamischen Entwicklungsprozess befindet. Dies betrachten einige der Teilnehmenden als Besonderheit, da dadurch ein hohes Veränderungspotential der Jugendlichen bestehe, wodurch sich schnelle Therapieerfolge zeigen. Weiter seien die zuvor bereits beschriebenen Motivationsschwierigkeiten speziell in der Zusammenarbeit mit Jugendlichen auffällig.

Die Erkrankungen, die bei den Jugendlichen laut der Teilnehmenden am häufigsten auftreten, entsprechen zum Großteil der Diagnoseprävalenzen von Steffen et al. (2018). Ergänzend zu diesen führen die Teilnehmenden noch die Drogen- und Mediensucht auf.

Als weitere therapiebezogene Besonderheiten, die zuvor nicht im theoretischen Hintergrund aufgeführt wurden, nennen die Teilnehmenden, dass bei Jugendlichen oftmals zu Beginn ein besserer Zugang durch kreative Mittel hergestellt werden könne. Außerdem sei die Tatsache, dass die Jugendlichen unter 18 Jahren noch keine vollständige Entscheidungsfreiheit haben ein wichtiger Aspekt, der auch für die Therapie von Relevanz sei. Daher sei es wichtig das Umfeld und das familiäre System in die Therapie miteinzubeziehen.

Im Rahmen der Interviews kristallisierten sich zudem Herausforderungen heraus, die sich durch die Besonderheiten der Jugendlichen für die Ergotherapeut*innen ergeben. Auch in Bezug auf diese, konnten bereits einige Aspekte im theoretischen Hintergrund angesprochen werden. So sehen es die Teilnehmenden beispielsweise als Herausforderung eine Vorbildfunktion für die Jugendlichen einzunehmen und ihnen bestimmte Werte vorzuleben, was ebenso im MOHO bei der Weiterentwicklung der Volition und der Habituation aufgegriffen wird. Des Weiteren wird das zum Teil herausfordernde Verhalten der Jugendlichen, welches

durch Petermann und Petermann (2010) erläutert wurde, von den Teilnehmenden als Schwierigkeit betrachtet.

Zudem empfinden die Teilnehmenden es als Herausforderung eine therapeutische Beziehung zu den Jugendlichen aufzubauen, wodurch es von großer Bedeutung sei, einen sicheren Raum für die Jugendlichen zu schaffen, wo diese Positivität und Konstruktivität erfahren.

In Bezug auf die berufspolitischen Faktoren, die sich konkret auf die Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen beziehen, nannten die Teilnehmenden Aspekte, die ebenso den Standpunkten einiger Autor*innen entsprechen. Die Teilnehmenden erwähnten beispielsweise, dass der Bereich der Jugendpsychiatrie in der Ergotherapie unterrepräsentiert sei, was gleichermaßen von Hitch, Taylor und Pepin (2015) beschrieben wurde. Außerdem wurde die Wichtigkeit von präventivem Arbeiten in der Ergotherapie durch einige der Teilnehmenden erwähnt, was auch Wiesinger und Ruckser-Scherb (2019) als essenziell betrachten.

Es zeigt sich, dass ein Großteil der Ansichten und Erfahrungen, die die Teilnehmenden innerhalb der Interviews in Bezug auf die Besonderheiten in der Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen in der Ergotherapie schilderten, den Theorien und Standpunkten diverser Autor*innen entsprechen. Zudem konnten die Teilnehmenden weitere relevante Aspekte aufzeigen, die zuvor nicht beschrieben wurden, wodurch breitgefächerte Erkenntnisse über die Besonderheiten in der Zusammenarbeit mit den Jugendlichen gewonnen werden konnten.

5.1.2 Diskussion der zweiten Leitfrage

*Welche Kompetenzen benötigen Ergotherapeut*innen, die mit psychisch erkrankten Jugendlichen arbeiten?*

Zusammenfassend wurden in Bezug auf die zweite Leitfrage eine Vielzahl an Aspekten erhoben, die die Teilnehmenden als essenziell für diesen Arbeitsbereich empfinden. Im Rahmen der Diskussion werden die Resultate, die in Kapitel 4.2 aufgeführt sind in Bezug zu den ergotherapeutischen Berufskompetenzen und den ergänzenden niederländischen Berufskompetenzen (siehe Kapitel 2.5) gesetzt.

Zu den individuellen Aspekten, die Ergotherapeut*innen mit sich bringen sollen, wurden diverse persönliche Eigenschaften, Aspekte der therapeutischen Haltung, die Bedeutung von Erfahrung und der Berufsidentität der Teilnehmenden genannt, die hilfreich für die Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen seien. Die genannten Aspekte lassen sich zum Großteil den von Berding et al. (2019) beschriebenen Berufskompetenzen des ergotherapeutischen Kompetenzprofils zuordnen.

Wie in Kapitel 2.5 detailliert dargestellt wurde, beschreiben Berding et al. (2019) sieben Domänen, aus denen sich das Kompetenzprofil zusammensetzt. Die Kerndomäne stellt die *ergotherapeutische Expertise* dar. Laut Berding et al. (2019) sollen Ergotherapeut*innen die Diagnostik, Intervention und Evaluation auf Betätigung auslegen. Wie die Resultate der Interviews ergaben, erachten die Teilnehmenden es ebenfalls als wichtig, in Bezug auf die Diagnostik ein gutes Einschätzungsvermögen zu haben. Außerdem gaben die Teilnehmenden an, ergotherapeutische Modelle zu kennen und diese in ihre Arbeit miteinzubeziehen. Des Weiteren wurde die Relevanz des methodischen Handelns hervorgehoben. Wie einige Teilnehmende beschreiben, ist das Wissen aus Bezugswissenschaften, insbesondere das medizinische, psychologische und pädagogische Fachwissen Grundvoraussetzung für die ergotherapeutische Expertise. Auch der Forderung von Berding et al. (2019) eigenverantwortlich und klientenzentriert zu arbeiten, entsprechen einige Aussagen der Teilnehmenden, die beispielsweise beschreiben, wie essenziell es sei, sich in der Interaktion mit Klient*innen immer individuell anzupassen.

Als weitere Domäne beschreiben Berding et al. (2019) die *Kommunikation*, wozu in den Resultaten der Interviews ebenfalls einige Aspekte genannt wurden, die dieser zugeordnet werden können. Zum einen verstehen Berding et al. (2019) darunter, dass die Kommunikation effektiv und an die Klient*innen angepasst werden soll. Dieser Aspekt wurde von mehreren Teilnehmenden aufgegriffen, so wurde z.B. betont, dass es wichtig sei bei der Kommunikation darauf zu achten, dass sich niemand angegriffen fühle. Ein weiterer wichtiger Punkt dieser Domäne, der vom Großteil der Teilnehmenden mehrfach aufgeführt wurde, ist die vertrauensvolle und professionelle Beziehung zwischen Ergotherapeut*in und Klient*in. Die Teilnehmenden beschreiben dazu Aspekte wie Geduld, Empathiefähigkeit, ein angepasstes Nähe-Distanzverhalten sowie ein ehrliches Interesse an den Jugendlichen, als wichtige Voraussetzung für eine gute Beziehung, die als Basis für die Zusammenarbeit betrachtet werde. Außerdem findet sich der Aspekt von Berding et al. (2019), den Beruf nach außen hin argumentativ und kompetent zu vertreten, in einigen Aussagen der Teilnehmer*innen wieder. So wird beispielsweise beschrieben, dass die Ergotherapeut*innen durch ihr Handeln deutlich machen sollen, was Ergotherapie ist und somit eine Art Vorbildfunktion für andere Ergotherapeut*innen einnehmen.

Viele Standpunkte, die die Teilnehmenden äußerten, können der Domäne der *Zusammenarbeit* zugeordnet werden. So spiegelt sich der Punkt der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit, die Berding et al. (2019) beschreiben, beispielsweise in einer Aussage wider, in der die Wichtigkeit von kooperativem Arbeiten erläutert wird. Auch das Definieren und Ausbauen der ergotherapeutischen Tätigkeitsfelder wird von einigen Teilnehmenden aufgegriffen. Beispielsweise wird erwähnt, dass zum einen die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen oder zu bestimmten Therapiemethoden und zum anderen das Entwickeln einer einheitlichen Berufsidentität Themen seien, mit denen sich die Teilnehmenden beschäftigen.

Des Weiteren nennen die Teilnehmenden Eigenschaften wie Ordentlichkeit, Genauigkeit und Strukturiertheit, welche diese für die Zusammenarbeit mit Jugendlichen als wichtig erachten. Diese Eigenschaften können der Domäne *Management* zugeordnet werden, innerhalb welcher Berding et al. (2019) beschreiben, dass Ergotherapeut*innen ihre Leistungen effektiv und effizient gestalten sollen, wozu die genannten Eigenschaften beitragen.

Zu der Domäne *Fürsprache* können viele Aussagen der Teilnehmenden zugeordnet werden. Nach Berding et al. (2019) beinhaltet diese Domäne, dass Ergotherapeut*innen ihre Klient*innen darin unterstützen eine Gesundheitskompetenz zu entwickeln. Die Teilnehmenden nannten Kompetenzen, wie das Einlassen auf die Klient*innen, Geduld zu haben, aufmerksam ihnen gegenüber zu sein, eine Vorbildfunktion für diese einzunehmen und ihnen ruhig und gelassen zu begegnen. All diese Aspekte sind voraussetzend, um die Klient*innen unterstützen zu können.

Weiterhin treffen die Teilnehmenden Aussagen, die sich der Domäne *Lernen* zuordnen lassen können. Berding et al. (2019) formulieren dazu, dass Ergotherapeut*innen ihr berufliches Handeln reflektieren sollen. Dazu passend beschreiben die Teilnehmenden, dass es bedeutsam sei, die eigenen Grenzen zu kennen, was einen Reflektionsprozess des eigenen Handelns erfordere. Ebenfalls zu der Domäne gehörend ist der Aspekt den Beruf aktiv weiterzuentwickeln, indem nach neusten Erkenntnissen gearbeitet werde. Dazu nannten die Teilnehmenden zum einen eine Vielzahl an Fortbildungen, die sie bereits besuchten, um sich weiterzuentwickeln und zum anderen äußerten sich einige der Teilnehmenden bezüglich des *Lifelong-Learnings*. So verfolgen diese den Wunsch auf dem neusten Wissensstand zu sein und neue Methoden auszuprobieren. Zu dieser Domäne passend ist ebenso der Aspekt der Erfahrung, der mehrfach von den Teilnehmenden aufgegriffen wurde. Laut der Teilnehmenden entstehe dadurch eine gewisse Intuition, sodass Situationen besser eingeschätzt werden können. Außerdem bilde sich durch Erfahrung auch ein gewisses Repertoire an Möglichkeiten, worauf man in der Interaktion mit den Jugendlichen zurückgreifen könne.

Passend zur Domäne der *Professionalität* wurden diverse Aussagen in Bezug auf die therapeutische Haltung getroffen, die sich auf die Forderung nach Berding et al. (2019) im Sinne der professionsethischen Grundhaltung zu handeln, beziehen. Dazu hoben die Teilnehmenden vor allem Einstellungen und Haltungen, wie Wertschätzung, Unvoreingenommenheit, Offenheit, Kritikfähigkeit, Transparenz und Menschlichkeit hervor.

Zu der ergänzenden niederländischen Kompetenz *Beraten* wurden keine Aussagen der Teilnehmenden getroffen, die sich auf die zweite Leitfrage beziehen.

Zu der niederländischen Kompetenz *Unterstützen und Fördern* können die Aussagen der Teilnehmenden zugeordnet werden, in denen hervorgehoben wird, dass es von hoher Bedeutung sei, ein Verständnis für die Lebensphase der Jugendlichen zu haben und für das, was sie bewegt. Dieses Verständnis ist nämlich die Voraussetzung dafür, dass man die jeweiligen

Bedürfnisse einer vulnerablen Gruppe erfassen und im Folgenden die Inklusion dieser vorantreiben kann (Zalmstra & Verhoef, 2013). Auch der Standpunkt von Kerp, Hummer & Lamby (2009), die es als unerlässlich betrachten, dass Ergotherapeut*innen die Herausforderungen der Lebensphase der Jugendlichen kennen, stützt die Aussagen der Teilnehmenden.

Insgesamt zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der genannten Aspekte der Teilnehmenden mit den Inhalten der deutschen und niederländischen Berufskompetenzen. Die Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen erfordere demnach eine Vielzahl von Kompetenzen, sowohl auf persönlicher Ebene, als auch auf professioneller Ebene, welche die Ergotherapeut*innen stets reflektieren, adaptieren und erweitern sollten.

5.1.3 Diskussion der dritten Leitfrage

Welche Ressourcen und Barrieren der institutionellen Umwelt beeinflussen die Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen?

In Bezug zur dritten Leitfrage werden in den zwei folgenden Abschnitten die erhobenen Daten bezüglich beeinflussender institutioneller Ressourcen und Barrieren in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen mit den Ergebnissen vorheriger Studien zu diesem Thema verglichen. Die Ergebnisse der Studien, auf die sich hierbei bezogen wird, befinden sich in den Kapiteln 2.2 (Klientenzentrierung) und 2.3 (Betätigungsorientierung) des theoretischen Hintergrundes.

Diskussion institutioneller Ressourcen

Die Aussagen der Teilnehmenden der vorliegenden Studie bezüglich institutioneller Ressourcen stimmen in einigen Aspekten mit den Informationen aus dem theoretischen Hintergrund überein. Sowohl Ergebnisse von Schulte, Sturmhöfel und Anders (2017), die diese Fragestellung im neurologischen Arbeitssetting untersuchten, als auch Erfahrungen der Projektgruppe Viersen (2017) und Aussagen von Grüter, Pujolle und Schmid (2016) decken sich mit den erhobenen Daten.

„Unterstützung und Motivation der Klinikleitung“ (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017, S. 9) ist ein Förderfaktor, den auch die Teilnehmenden der vorliegenden Studie als hilfreich angeben. Ergänzend hierzu nennen die Teilnehmenden auch das Vertrauen seitens der Institution und die damit einhergehende Möglichkeit zur freien Therapiegestaltung. Auch das Vorhandensein von Assessments in der Einrichtung wird sowohl von den Ergotherapeut*innen in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen, als auch von den Kolleg*innen im neurologischen Setting als förderlich angegeben (Schulte, Sturmhöfel und Andres, 2017). Die gemeinsame Zielformulierung der unterschiedlichen Professionen ist ein weiterer Punkt, der aus beiden Studien als ein Faktor für eine gute Zusammenarbeit hervorgeht.

Die Projektgruppe Viersen (2017) sieht außerdem eine Vernetzung und einen Austausch auf verschiedensten Ebenen als Ressource für die Offenheit gegenüber betätigungsorientiertem Arbeiten. Dies deckt sich mit dem Ergebnis, dass die Teilnehmenden gute Vernetzung durch professionsübergreifende Supervisionen und Teamsitzungen, sowie den Austausch in interdisziplinären Büros, Visiten und Übergaben als förderlich für ihre ergotherapeutische Arbeit erleben. Als weiterer Förderfaktor wird genügend Zeit für den Austausch genannt, der sich durch einen guten Personalschlüssel ergebe. Zudem merkt die Projektgruppe Viersen (2017) an, dass es gerade in großen Institutionen schwierig ist, einen Überblick über die Entwicklungen in den verschiedenen Arbeitsbereichen zu behalten. In den Interviews wird die Arbeit in einer großen Institution jedoch rein als Ressource gesehen, da so eine enge Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens stattfinden könne. Die Umsetzung solcher Projekte, setzt außerdem die Bereitschaft zu innovativem Denken voraus, welche die Teilnehmenden als institutionelle Ressource nennen.

Grüters, Pujolle und Schmid (2016) schreiben des Weiteren, dass Betätigungsorientierung als festen Bestandteil der Ergotherapie zu implementieren, ein langwieriger und kleinschrittiger Prozess ist. Dies untermauert das Ergebnis, dass es als positiver Aspekt genannt wurde, die ergotherapeutische Abteilung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institution mitaufgebaut zu haben, da diese somit von Beginn an von den eigenen Ideen geprägt werde.

Die Diskussion der institutionellen Ressourcen zeigt, dass sich vorherige Ergebnisse, auch aus anderen ergotherapeutischen Settings, übernehmen und durch die Studie untermauern lassen. Zudem konnten zusätzliche Aspekte herausgefunden werden, deren Umsetzung auf institutioneller Ebene zur Optimierung der Arbeitsbedingungen von Ergotherapeut*innen in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen beitragen kann.

Diskussion institutioneller Barrieren

Die erhobenen Daten zu institutionellen Barrieren stimmen inhaltlich ebenfalls in einigen Punkten mit den zuvor beschriebenen Annahmen aus dem theoretischen Hintergrund überein. Hierfür wurden Ergebnisse einer Studie von Sumsion (2014) mit Ergotherapeut*innen, die mit psychisch erkrankten Erwachsenen arbeiten sowie mit den erhobenen Daten von Schulte, Sturmhöfel und Andres (2017) verglichen und durch zusätzliche Ergebnisse ergänzt.

Sowohl die begrenzte Aufenthaltsdauer der Klient*innen als auch eine vorgegebene Therapiefrequenz, kurzfristige Entlassungen und zeitlich enge Rahmenbedingen stellen laut der Teilnehmenden eine institutionelle Einschränkung dar. Es wird bemängelt, dass einige Programme aufgrund der Dauer nicht durchgeführt werden können und auch Zeit für Assessments knapp sei und der Zeitdruck auf wirtschaftlichen Druck zurückgeführt werden könne. Dies unterstützt das Ergebnis einer Studie von Sumsion (2004), in der Zeitmangel als eine

Barriere in der klientenzentrierten Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen beschrieben wird.

Auch Schulte, Sturmhöfel und Andres (2017) konnten knappe zeitliche Ressourcen zusammen mit biomedizinischen Sichtweisen in der Neurologie als größte Barriere identifizieren. Die biomedizinische Sichtweise wirkt sich nach den Ergebnissen dieser Forschung auch auf das jugendpsychiatrische Arbeitsfeld aus. Die Inhalte für die Ergotherapie orientieren sich auch in diesem Bereich teilweise an ärztlich vorgegebenen Schwerpunkten wie Emotionswahrnehmung oder Ressourcenaktivierung, wodurch die ärztlich medizinische Sichtweise oft durchkomme. Die Interviews haben außerdem ergeben, dass zu wenig Zeit für Austausch unter den verschiedenen Professionen einer Institution zu Problemen in der Therapiekoordination führen kann. Hierin stimmen die Ergebnisse der Studie von Schulte, Sturmhöfel und Andres (2017) mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie überein, da der Aspekt der unterschiedlichen Arbeitsabläufe auch im neurologischen Arbeitsbereich als hemmender Faktor bestimmt werden konnte. Ergänzend hierzu nennen die Teilnehmenden eine unklare Aufgabenverteilung unter den Professionen als Barriere ihrer Arbeit. Ein weiterer einschränkender Faktor, der von den Teilnehmenden beschrieben wird, sei die Beschränkung der Therapien auf die Regelarbeitszeit, was eine Alltagsnähe oft einschränke.

Unterschiedliche Arbeitsweisen der Mitarbeitenden sind ein weiterer Einflussfaktor, den Schulte, Sturmhöfel (2017) und Andres in ihrer Forschung bestimmen konnten. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Aussagen der Teilnehmenden, dass oft unterschiedliche Vorstellungen von Ergotherapie in den Institutionen vorherrschen, was ein hemmender Faktor für die Umsetzung klientenzentrierter und betätigungsorientierter Ergotherapie nach dem neuen Paradigma sei. Die unterschiedlichen Vorstellungen entstehen durch und bedingen gleichzeitig auch die genannte Barriere, dass die ergotherapeutischen Räume oft sehr handwerklich ausgerichtet seien.

Schultes, Sturmhöfel und Andres (2017) geben weiterhin unterschiedliche Leitbilder innerhalb des ergotherapeutischen Teams als Barriere an. In den Ergebnissen dieser Studie haben sich hingegen veraltete Leitbilder der Institutionen als Einschränkung dargestellt, da diese in ihren Annahmen einem klientenzentrierten Arbeiten bei Themen wie Transgender oder nicht christlichen Religionen entgegenstünden. Des Weiteren werde ein fehlendes Konzept in der Ergotherapie als Barriere angegeben, was wiederum das Ergebnis von Schulte, Sturmhöfel und Andres (2017) stützt, dass Handlungskonzepte die Umsetzung einer betätigungsorientierten Ergotherapie unterstützen.

Zusätzlich zu den bereits beschriebenen Ergebnissen wird ein geringes Gehalt für die Arbeit und eine mangelnde Wertschätzung der Institution als Einschränkung in der Arbeit gesehen. Dies kann auf die Aussage der Projektgruppe Viersen (2017) bezogen werden, dass Motivation und Eigenaktivität der Therapeut*innen benötigt werden, um betätigungsorientiertes

Arbeiten zu implementieren und diese eventuell eingeschränkt sind, wenn die Arbeit nicht angemessen entlohnt und wertgeschätzt wird.

Die Diskussion der institutionellen Barrieren zeigt ebenfalls viele Übereinstimmungen mit der vorhandenen Literatur. Es konnten jedoch einige Aspekte inhaltlich vertieft sowie andere Faktoren ergänzt und der Bezug zum jugendpsychiatrischen Arbeitskontext hergestellt werden.

5.2 Diskussion der Methodik (Limitation und Stärken)

Innerhalb dieses Unterkapitels werden die Limitationen und Stärken der Forschungsarbeit beschrieben sowie Möglichkeiten zur Verbesserung aufgezeigt.

Eine Stärke der Forschungsarbeit ist, dass der gesamte Prozess der Durchführung der Studie in Kapitel 3 (Methodik) transparent dargestellt und in Hinblick auf die Erfüllung der Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2016) beschrieben wird. Hierbei wurde jedoch die Schwäche aufgedeckt, dass sich nicht alle Teilnehmenden auf die Anfrage zur Validierung der in den Transkripten verschriftlichen Daten zurückgemeldet haben. In zukünftigen Forschungsarbeiten sollte der Schritt des Member-Checking den Teilnehmenden von Beginn an angekündigt werden, damit sie sich auf den zusätzlichen Zeitaufwand einstellen können. Des Weiteren sollten die Transkripte den Teilnehmenden zeitnaher zugesendet werden, um eventuelle Urlaubszeiten in die Rücklaufzeit einzuberechnen und die Aktualität der Interviews zu gewährleisten.

Die Teilnehmenden der Studie wurden deutschlandweit gesucht und entsprechend der Rückmeldungen erstreckten sich die Interviews über mehrere Bundesländer. Die Ergebnisse stellen somit einen Querschnitt der Arbeitsweise und der Erfahrungen von Ergotherapeut*innen in ganz Deutschland dar.

Eine weitere Stärke ist, dass der Interviewleitfaden zunächst in einem Pilotinterview erprobt wurde und anschließend Anpassungen vorgenommen wurden. Es wurde allerdings nicht berücksichtigt, dass ein unterschiedliches Verständnis der Begriffe Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung unter Ergotherapeut*innen verbreitet ist. Die Aussagekraft der Ergebnisse hätte somit verbessert werden können, indem bereits im Rahmen der Rekrutierung eine konkrete Begriffserklärung stattgefunden hätte. Dadurch hätten die Teilnehmenden vorab feststellen können, ob sie sich mit den Begriffen identifizieren können.

Die gewählte Form des semistrukturierten Interviews ist wiederum ein Vorteil der Studie. Die Teilnehmenden wurden somit inhaltlich zu allen relevanten Themen der Forschung befragt und hatten zudem die Möglichkeit individuelle Aspekte ihrer praktischen Arbeit zu ergänzen, die von den Forscherinnen im Leitfaden nicht berücksichtigt wurden. Die quali-

tative Erhebung der Daten durch Experteninterviews hat sich hierbei als zielführend zur Beantwortung der Forschungsfrage erwiesen, da durch die Erfahrungen der Teilnehmenden ein erster Eindruck der Umsetzung des klientenzentrierten und betätigungsorientierten Arbeitens mit psychisch erkrankten Jugendlichen gewonnen werden konnte.

Die Mehrzahl der Rückmeldungen auf die Rekrutierung der Teilnehmenden kam von Ergotherapeut*innen, die in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten (vergl. Tab. 3). Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Ergebnisse der Studie schwerpunktmäßig auf diesen Arbeitskontext zu beziehen sind. In weiteren Forschungen sollte diesbezüglich darauf geachtet werden, dass Teilnehmende aus verschiedenen institutionellen Kontexten gleichermaßen vertreten sind. Die Gesamtanzahl der Studienteilnehmenden beläuft sich auf neun Personen, was bei drei Forscherinnen und dem gegebenen Zeitrahmen die höchste Auslastung darstellt, unter der das Forscherinnenteam eine präzise Arbeit gewährleisten kann. Aufgrund der Teilnehmendenzahl von neun Ergotherapeut*innen aus dem deutschen Arbeitskontext können die Ergebnisse allerdings nicht generalisiert werden und sind zudem nicht auf den internationalen Arbeitskontext übertragbar.

Ein positiver Aspekt der Studie ist zudem die Aktualität des Themas des klientenzentrierten und betätigungsorientierten Arbeitens im Zuge des zurzeit stattfindenden Paradigmenwechsels in der Ergotherapie. Die Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen ist ein weiterer Punkt, der in bisheriger Forschung und Literatur nicht genügend berücksichtigt wurde. Zudem gibt es wenig Informationen über institutionelle Ressourcen und Barrieren, die sich auf diesen Arbeitsbereich auswirken. In der Verbindung dieser Thematiken besteht somit eine Forschungslücke, was die Relevanz der vorliegenden Studie begründet. Aufgrund der geringen Studienlage zu diesen Aspekten, wurden zur Erarbeitung des theoretischen Hintergrundes und der Diskussion der Ergebnisse auch Studien mit einem Evidenzlevel von zwei und drei nach Borgetto und Tomlin (2011) hinzugezogen. Es wurde allerdings darauf geachtet, dass wichtige Qualitätskriterien nach Letts et al. (2007), wie die genaue Beschreibung des Vorgehens und die Glaubwürdigkeit, in den verwendeten Studien eingehalten wurden.

6. Schlussfolgerung

Im letzten Kapitel der Forschungsarbeit werden die wichtigsten Erkenntnisse in Bezug auf die Leitfragen zusammengefasst, Handlungsempfehlungen abgeleitet sowie Überlegungen für mögliche vertiefende Forschungen angestellt.

Es wurde herausgearbeitet, dass die teilnehmenden Ergotherapeut*innen den Therapieprozess in die drei Phasen Evaluation, Intervention und Outcome gliedern. Hierbei wird den ersten beiden Phasen die größte Aufmerksamkeit beigemessen, während die Outcomephase einen vergleichsweise geringen Anteil einnimmt. Ein Grund dafür ist, dass es bei den Teilnehmenden, bedingt durch kurzfristige Entlassungen der Klient*innen häufig nicht zu einem Abschluss der Therapie kommt. Dadurch entfällt die gesamte Outcomephase, obwohl die Teilnehmenden diese als wichtig erachten. Hier zeigt sich ein Problem auf struktureller Ebene, da die Entlassungstermine oft nicht in Absprache mit den Ergotherapeut*innen erfolgen.

Ein weiterer Fokus der Forschung lag auf der Umsetzung von Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung, da diese im aktuellen Paradigma der Ergotherapie von zentraler Bedeutung für die Therapiegestaltung sind. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Ansätze dieser Arbeitsweise bereits umgesetzt werden, jedoch keine*r der Teilnehmenden diese Aspekte vollständig in seiner/ihrer ergotherapeutischen Arbeit erfüllt.

Der Begriff der Klientenzentrierung ist hierbei im Vergleich zum Begriff der Betätigungsorientierung bei den Teilnehmenden gebräuchlicher und wird somit auch konsequenter umgesetzt. Das betätigungsorientierte Arbeiten wird von Teilnehmenden unterschiedlich verstanden und wird häufig mit einer handwerklichen oder kreativen Tätigkeit gleichgesetzt. Dieser Aspekt könnte sich auf eine fehlende einheitliche Fachterminologie in der Ergotherapie und die durch den Paradigmenwechsel entstandenen unterschiedlichen Ausbildungsinhalte zurückführen lassen.

Die Resultate der Interviews ergaben zudem einige nachvollziehbare Argumente, die für den Einsatz des kreativen und handwerklichen Arbeitens sprechen. Beispielsweise nutzen es viele der Teilnehmenden, um einen Zugang zu den Jugendlichen zu erlangen und konnten diesbezüglich gute Erfahrungen sammeln. Andere Teilnehmende sprechen sich hingegen deutlich gegen den Einsatz dieser Mittel aus, da es für sie nicht den Vorstellungen der Ergotherapie nach dem neuen Paradigma entspricht. Hier stellt sich die Frage, inwiefern sich diese beiden Komponenten miteinander vereinen lassen oder ob eine strikte Trennung notwendig ist. Die Autorinnen vertreten nach Auswertung der gesammelten Daten die Meinung, dass das Handwerk als Ergänzung durchaus sinnvoll sein kann, wenn es gezielt als Unterstützung der Arbeit an bedeutungsvollen Betätigungen eingesetzt wird.

In der Studie hat sich außerdem herausgestellt, dass bei den Teilnehmenden häufig das theoretische Wissen über das Arbeiten nach dem neuen Paradigma vorhanden ist, der Theorie-Praxis-Transfer sich jedoch schwierig gestaltet. Betätigungen aus den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit gemeinsam mit den Klient*innen zu ermitteln, diese zu analysieren und an der Umsetzung zu arbeiten sind hierbei Aspekte, die bereits oft umgesetzt werden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen zudem, dass die Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen besondere Herausforderungen, bedingt durch diese Lebensphase, mit sich bringt. Die Ergotherapeut*innen sollten über ein umfangreiches Verständnis für diese sowie deren Themen und Interessen verfügen, um das eigene Verhalten adaptieren und die Therapie klientenzentriert gestalten zu können.

Berufspolitische Aspekte, die sich durch die Studie in Bezug auf die Ergotherapie im jugendpsychiatrischen Kontext herauskristallisierten, sind zum einen, dass dieser insgesamt noch wenig Beachtung entgegengebracht wird und zum anderen, dass die Prävention in diesem Bereich von hoher Bedeutung ist. Beide Aspekte sollten auf Makroebene aufgegriffen werden, um Ergotherapeut*innen zu sensibilisieren und zu ermutigen, in diesen Bereichen tätig zu werden.

Außerdem kann zusammenfassend gesagt werden, dass deutsche Ergotherapeut*innen bisher wenig im Sinne der niederländischen Berufskompetenzen beratend, unterstützend und fördernd arbeiten. Die Anwendung der Kompetenzen gestaltet sich jedoch als sinnvoll, da diese vor allem in der Arbeit mit Jugendlichen als vulnerable Gruppe nützlich sein kann. Erst durch das Ausweiten des Handlungsfeldes der Ergotherapeut*innen vom Therapieraum auf den eigentlichen Lebenskontext der Jugendlichen, können diese dem Anspruch auf Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung vollständig gerecht werden. Dies erfordert, dass die Profession der Ergotherapie eine einheitliche Berufsidentität entwickelt, um den gemeinsamen Fokus auf die Betätigungsorientierung, als Kerndomäne ihrer Profession, richten zu können.

Eine weiteres Ergebnis der Studie ist, dass institutionelle Faktoren die Umsetzung klientenzentrierten und betätigungsorientierten Arbeitens mit psychisch erkrankten Jugendlichen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können.

Als Barrieren stellten sich hierbei vor allem Leitbilder, biomedizinische Sichtweisen, unterschiedliche Vorstellungen im Team sowie handwerklich und kreativ ausgerichtete Raumausstattung heraus, die im Konflikt mit dem Arbeiten nach dem neuen Paradigma der Ergotherapie stehen.

Des Weiteren konnten Ressourcen identifiziert werden, die das Arbeiten nach dem neuen Paradigma im jugendpsychiatrischen Kontext erleichtern. Eine wichtige Ressource ist die Zeit - sowohl für die Arbeit mit den Klient*innen als auch für einen Austausch im intra- und

interprofessionellen Team. Ein transparenter Austausch über die ergotherapeutische Arbeit im Team und mit der Institutionsleitung, könnte somit auch bewirken, dass sich die unterschiedlichen Vorstellungen des Berufsbildes an die des aktuellen Paradigmas annähern. Unterstützung, Vertrauen und Wertschätzung der Institutionsleitung sowie die Bereitschaft zur Innovation im Unternehmen sind weitere Positivfaktoren. Dadurch ergeben sich Entscheidungsfreiräume für die Ergotherapeut*innen, die es ihnen ermöglichen, ihre Rahmenbedingungen und Therapieinhalte so zu gestalten, dass sie ihre Arbeit klientenzentriert und betätigungsorientiert ausrichten können. Diesen Ergebnissen zufolge ist es hilfreich, die Leitung der Institution sowie Kolleg*innen als Unterstützung für die Umsetzung des Arbeitens nach dem neuen Paradigma zu haben.

Abschließend ist anzumerken, dass zum Thema dieser Arbeit die Durchführung weiterer Forschungen sinnvoll ist, um vertiefende Erkenntnisse und Evidenz gewinnen zu können. In Fokusgruppen könnte beispielsweise ein allgemeiner Konsens entwickelt werden, wie sich auf Basis der erhobenen Barrieren und Ressourcen die Rahmenbedingungen der verschiedenen Institutionen verbessern können, um ein betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten in der Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen zu implementieren. Durch weitere Evidenzbasierung der im ergotherapeutischen Prozess angewendeten Methoden, könnte zudem eine Argumentationsgrundlage zur Anpassung der Rahmenbedingungen geschaffen werden. Um eine größere Anzahl an Ergotherapeut*innen in die Datenerhebung miteinzubeziehen, könnte außerdem eine quantitative Forschung durchgeführt werden. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit könnten dabei als Grundlage zur Entwicklung eines Fragebogens und den Antwortmöglichkeiten dienen. Präventive Ansätze in der Arbeit mit Jugendlichen sind ein weiteres wichtiges Themengebiet, dem in zukünftigen Forschungsarbeiten Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte.

Literaturverzeichnis

- Academic. (o.D.). Rekrutierung (Sozialforschung). Abgerufen 14. August, 2019, von <https://deacademic.com/dic.nsf/dewiki/2557533>
- aerzteblatt (24. Oktober, 2018). *Immer mehr junge Menschen sind psychisch krank*. Abgerufen 07. August, 2019 von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98725/Immer-mehr-junge-Menschen-sind-psychisch-krank>
- Albert, M., Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2015). 17. Shell Jugendstudie-Jugend 2015. Abgerufen 31. Juli, 2019, von https://www.shell.de/ueber-uns/die-shell-jugendstudie/multimedialeinhalte/_jcr_content/par/expandablelist_643445253/expandablelist_643445253/expandablesection.stream/1456210165334/a1bf3be80a5bbcb745e6bad94d7254d47f13338b/flyer-zur-shell-jugendstudie-2015-auf-deutsch.pdf
- American Psychological Association. (2015). *Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington D.C.: American Psychological
- AOTA. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1-48.
- AWMF. (2013). Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Abgerufen 18. Juni, 2019, von <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-043.html>
- AWMF. (o.D.). Klassifikation S3. Abgerufen 18. August, 2019, von <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation/klassifikation-s3.html>
- Baumgarten, A. & Strebel, H. (2016). *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert-betätigungsorientiert- evidenzbasiert*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Berding, J., Flotho, W., Flottmann, S., von der Heyden, D., Junge, I., Longrée, A., . . . Wöber, J. (2019). *Kompetenzprofil Ergotherapie*. (DVE, Ed.)
- Borgetto, B., & Tomlin, G. (2011). *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189-196.
- Breuer, J. & Piso, B. (2014). Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen: Empfehlungen aus internationalen Guidelines. *ergoscience*, 9(3), 118-123.
- Bührmann, A. (2004). Rezension zu: Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.) (2002). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research. Abgerufen 21. Juni, 2019, von <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fgs040313>

- Christiansen, C. H., & Townsend, E. A. (2013). An Introduction to Occupation. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Eds.), *Introduction to Occupation, The Art and Science of Living* (S.1-34). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Costa, U. (2014). Sinnvolle Handlung als gesundheitsfördernder Wirkfaktor. Ergebnisse KRAH®-basierter Therapie. *ergoscience*, 9(2), 46-56.
- Cup, E., van Hartingsveldt, M., de Vries-Uiterweerd, A., & Seanger, S. (2017). Ergotherapeut. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grondslagen van de ergotherapie* (pp. 165-186). Houten: Bohn.
- de Souza Sabino, J., Amado, C. F., de Lima, A. C. D., & Pereira, B. P. (2017). The actions of Occupational Therapy with adolescents in situations of social vulnerability: a literature review. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(3), 627-640.
- Der Verband- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V.. (o.D.). Abgerufen 21. März, 2019, von <https://dve.info/der-dve/der-verband>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2012). *Perspektiven DVE/Ergotherapie 2020*. Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- DGKJP. (2019). Leitlinien. Abgerufen von <https://www.dgkjp.de/leitlinien-top>
- Dickie, V. (2014). What is occupation?, In B.A.B. Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Eds.). *Willard and Spackman's occupational therapy* (pp. 2-8). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dolle, K. & Schulte-Körne, G. (2012). Evidenztabelle Weitere Behandlungsansätze zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“. Abgerufen 29. Juli, 2019, von <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag.
- Duden (2019). „Peer-Group“, Abgerufen am 12.08.2019 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Peergroup>
- Duden (2019). „vulnerabel“. Abgerufen am 12.08.2019 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/vulnerabel>
- Dudenredaktion. (o.D.). Evidenz. *Duden online*. Abgerufen 14. August, 2019, von <https://duden.de/rechtschreibung/Evidenz>

- Dudenredaktion. (o.D.). Sozialforschung. *Duden online*. Abgerufen 18. August, 2019, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Sozialforschung>
- DVE. (2015). Fachbereich Psychiatrie. Abgerufen 25. Mai, 2019, von <https://dve.info/ergotherapie/fachbereiche/psychiatrie>
- Ecklung, M. (2001). Psychiatric patients' occupational roles: changes over time and associations with self-rated quality of life. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(3), 125-130.
- Eisenhut, H. (2017). Präventive Sicherung der Betätigungsbalance von UmA (Unbegleitete minderjährige Asylsuchende) – Eine Studie aus dem Praxisalltag der Ergotherapie. *ergosience*, 12(4), 153-157.
- Eppelmann L, Parzer P, Lenzen C, et al. (2016). Stress, coping and emotional and behavioral problems among German high school students. *Mental Health & Prevention*, 4(2), 81-7.
- Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. (o.D.). Abgerufen 30. Mai, 2019, von bedburghau.lvr.de/de/nav_main/fachgebiete___behandlungsangebote/therapeutische_dienste/ergotherapie/kinder___und_jugendpsychiatrie_2/Ergotherapie.html
- Ergotherapie in der Psychosomatik und Psychiatrie. (o.D.). Abgerufen 05. Juni, 2019, von <https://www.christophsbad.de/spezialtherapien/ergotherapie-in-der-psychosomatik-und-psychiatrie.html>
- Erikson, E. H. (2017). *Identität und Lebenszyklus* (28. ed.). (K. Hügel, Trans.) Berlin: Suhrkamp.
- Fegert, J., Eggers, C. & Resch, F. (Hrsg.). (2012) *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different?. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173.
- Fisher, A. G. (2018). *Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. (B. Dehnhardt, Trans.) Idstein: Schulz-Kirchner.
- Fisher, A. G., & Dehnhardt, B. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner.

- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt.
- Fuchs, M. & Karwautz, A. (2017). Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Neuropsychiatrie*, 31, 96-102.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und Qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Golledge, J. (1998). Distinguishing between Occupation, Purposeful Activity and Activity, Part 2: Why is the Distinction Important?. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 157-160.
- Götsch, K. (2015). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn, *Vom Behandeln zum Handeln* (S. 2-10). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Gray, J. M. L. (1998). Putting occupation into practice: occupation as ends, occupation as means. *American journal of occupational therapy*, 52(5), 354-364.
- Griebel, W., & Niesel, R. (2004). *Transitionen: Fähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern, Veränderungen erfolgreich zu bewältigen*. Basel: Beltz.
- Griebel, W., & Niesel, R. (2011). *Übergänge verstehen und begleiten: Transitionen in der Bildungslaufbahn von Kindern*. Berlin: Cornelsen.
- Grüters, J. Pujolle, P., & Schmidt, M. (2016). Den Betätigungsanliegen gerecht werden. (DVE, Hrsg.). *Ergotherapie und Rehabilitation*, (8), 16-19.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental Tasks and Education*. Boston: Addison-Wesley.
- Heasman, D., & Atwal, A. (2004). The Active Advice pilot project: leisure enhancement and social inklusion for people with severe mental health problems. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(11), 511-514.
- Helfferrich, C. (2005): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helfferrich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur, & J. Blasius (Eds.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559-574). Wiesbaden: Springer.

- Hitch, D., Taylor, M., & Pepin, G. (Mai 2015). Occupational therapy with people with depression: Using nominal group technique to collate clinician opinion. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(3), 216-225.
- Höhl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 127-130). Berlin: Springer.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., U. Ravens-Sieberer, U. & Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt*, 57, 807-819.
- Hummel, A & Portz, R. (2017). Das Denkparadigma der Forschungsethik. *Physioscience*, 13, 117-120.
- Hunt, E. & McKay, E. (2015). What can be learned from adolescent time diary research. *Journal of Adolesc Health*, 56, 259-266.
- Hurrelmann, K. (2010). *Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim, Basel: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2012, April). Jugendliche als produktive Realitätverarbeiter: Zur Neuausgabe des Buches "Lebensphase Jugend". *Diskurs Kindheit- und Jugendforschung*, 89-100.
- Jensen, O. (2009). BCC (Blind Carbon Copy). Abgerufen 14. August, 2019, von <https://www.drweb.de/was-ist-lexikon-bcc-blind-carbon-copy/>
- Joosten, A. V. (2015). Contemporary occupational therapy: Our occupational therapy models are essential to occupation centred practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62, 219-222.
- Kämper, J. (2010). Ergotherapie in einem Projekt für Schulverweigerer. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 5, 12-18.
- Katz, N., Giladi, N., & Peretz, C. (1988). Cross – cultural application of occupational therapy assessments: Human occupation with psychiatric inpatients and controls in israel. *Occupational Therapy in Mental Health*, 8(1), 7-30.
- Kerp, S., Hummel, M., & Lamby, H. (2009). Durch Ergotherapie erwachsen werden: Jugendliche mit sozialen Schwierigkeiten. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 48(7), 18-23

- Kerres, A. & Seeberger, B. (2001). *Lehrbuch Pflegemanagement II*, Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G., Mentrup, C., & Niehaus, A. (2009). Das „Model of Human Occupation“ (MOHO): Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. M. Stubner, P. Weber, *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 55-83). Heidelberg: Springer Verlag.
- Kimbal-Carpenter, A., & Smith, M. (2013). An occupational therapist's interdisciplinary approach to a geriatric psychiatry activity group: A case study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29, 293-298.
- Kinder und Jugendpsychiatrie Ergotherapie. (o.D.). Abgerufen 23. Mai, 2019, von https://www.drk-kh-altenkirchen.de/ak/11_kinder-jugendpsychiatrie/11-5-2_ergotherapie.php?navid=41#Ergotherapie
- Knagge, S. (2016). Jugendliche im Fokus der ergotherapeutischen Intervention. In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 433-445). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Konrad, M., Grewohl, M., Higman, P., Oltman, R., Simon, A. & von dem Berge, E. (2015). Ethik in der Ergotherapie, Abgerufen 19. Juli, 2019, von www.dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/kongress/2015/poster-1/1969-15/file
- Kramer, A. (1997, Juni). Rehabilitation care and outcomes from the patient's perspective. *Medical Care*, 6, 48-57.
- Kranz, F. (2015). Therapie mit System. *ergopraxis*, 10, 12-13.
- Larson, R. & Verma, S. (1999). How children and adolescents spend time across the world: Work, play, and developmental opportunities. *Psychol Bull*, 125(6), 703-736.
- Law, M. (1998). *Client-Centered Occupational Therapy*. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2017). *COPM Canadian Occupational Performance Measure* (5th Ausg.). (U.Marotzki, C. Mentrup, & P.Weber, Hrsg.) Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag GmbH.
- Law, M.; Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-centred practice: what does it mean and does it make a difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 250-257.

- Le Granse, M., van Hartingsveldt, M., Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed business.
- Leitliniengrundlagen-ÄZQ. (2016). Abgerufen 14. August, 2019, von <https://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen>
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies* (Version 2.0). Retrieved August 4, 2019, from <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/05/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Qualitative-Studies.pdf>
- Levanon-Erez, N., Cohen, M., Bar-Ilan, R. T., & Maeir, A. (2017). Occupational identity of adolescents with ADHD: A mixed methods study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 32-40.
- Leversen, I., Danielsen, A., Birkeland, M. & Samdal, O. (2012). Basic psychological need satisfaction in leisure activities and adolescents' life satisfaction. *Journal of Youth Adolesc*, 41, 1588-1599.
- Marotzki, U., & Reichel, K. (2015). Praxismodelle: Steckbriefe. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn, *Vom Behandeln zum Handeln* (S. 2-10). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Meuser M., Nagel U. (2009) Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S., Pickel G., Lauth HJ., Jahn D. (Hrsg.) *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mitchell, J. J. (1975). *The adolescent predicament*. Toronto: ON: Holt, Rinehart & Winston.
- Molineux, M. (2013). Occupational Science and Occupational Therapy: Occupation at Center Stage. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend. *Introduction to Occupation, The Art and Science of Living* (S.359-383). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Möller, M. (2017). Betätigung (occupation) als ergotherapeutischer Schlüsselbegriff und seine epistemologischen Anpassungen im Verlauf von 100 Jahren Berufsgeschichte: analytischer Überblick und Ausblicke für die Zukunft - Teil 1:

Die epistemologische Entwicklung des Begriffes Betätigung im Kontext eines sich wandelnden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. *ergoscience*, 12(2), 74-81.

Nelson, D.L. (1996). Therapeutic Occupation: A definition. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(10), 775-782.

Nieder, T., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2013). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *PSYCH up2date*, 7(06), 373-388.

Oakley, F., Kielhofner, G., & Barris, R. (1985). An occupational therapy approach to assessing psychiatric patients' adaptive functioning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39, 147-154.

o.V. (2017). Pädagogik / Allgemeine fachoffene Didaktik I TUC 2017, Abgerufen 12. August, 2019, von <https://www.karteikarte.com/card/2402536/was-beinhaltet-der-begriff-bezugswissenschaft-worin>

Pan, A., Fan, C., Chung, L., Chen, T., Kielhofner, G., Wu, M., & Chen, Y. (2011). Examining the validity of the Model of Human Occupation Screening Tool: Using classical test theory and items response theory. *The British Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 34-40.

Passmore, A. (2004). A Measure of Perceptions of Generalized Self-Efficacy Adapted for Adolescents. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24(2).

Perkhofer, S. (2016). Was ist quantitative Forschung?. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 138). Berlin: Springer.

Perkhofer, S., & Tucek, G. (2016). Forschungsethik im Gesundheitswesen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 27-32). Berlin: Springer.

Perkhofer, S., Gebhart, V., & Tucek, G. (2016). Was ist qualitative Forschung?. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 68-69). Berlin: Springer.

Petermann, F., & Petermann, U. (2010). *Training mit Jugendlichen: Aufbau von Arbeits- und Sozialverhalten*. Göttingen: Hogrefe.

Polatajko, H. J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmermann, D. (2013). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko. *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy*

vision for health, well-being & justice through occupation: 9th Canadian Occupational Therapy Guidelines (S. 13-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Projektgruppe Viersen. (2017). *Betätigungsorientierung vernetzt entwickeln...*(DVE, Hrsg.). *Ergotherapie und Rehabilitation*, (9), 20-23.

Pschyrembel (Hrsg.) (2002). *Klinisches Wörterbuch*. 259. Auflage, Berlin: Walter de Gruyter.

Quenzel, G. (2015). *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*. Weinheim: Beltz Juventa.

Reichel, K., Marotzki, U., & Schiller, S. (2009). Ethische Standards für die ergotherapeutische Forschung in Deutschland, Teil 1: eine nationale und internationale Bestandsaufnahme. *Ergoscience*, 4(2), 56-70.

Ritschl, V., Prinz-Buchberger, B., & Stamm, T. (2016). Die richtige Methode wählen. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 52-59). Heidelberg Berlin: Springer.

Ritschl, V., Ritschl, H., Höhsl, B., Prinz-Buchberger, B., Stamm, T. (2016). Qualitative Datensammlung. In V. Ritschl, R. Weigl, T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S.119-126). Berlin-Heidelberg: Springer.

Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. (Hrsg.) (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.

Roger, S. (2010). *Introduction to Occupation-Centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists*. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell.

Rogers, C. (1939). *Clinical Treatment of the Problem Child*. Boston: Houghton Mifflin company.

Rohrer, M. & Stadler, S. (2010). *Occupational Balance in der Freizeit von Jugendlichen*. Bachelorarbeit, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften Departement Gesundheit.

Santrock, J. W. (1981). *Adolescence: An introduction*. Dubuque: IA: Brown.

Schindler, V. P., & Baldwin, S. A. M. (2005). Role development: Application to community-based clients. *The Israel Journal of Occupational Therapy*, 14, E3-E18.

- Schnell, M. & Heinritz, C. (2006). Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen aus der Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern: Huber.
- Schulte, L., Sturmhöfel, O., & Andres, L. (2017). Klientenzentrierung und Handlungsorientierung im neurologisch-klinischen Setting. *ergoscience*, 12(1), 3-10.
- Schulte-Körne, G. (2016). Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(11), S. 183-190.
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt „ET-Fachterminologie“ – Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie. *ergoscience*, 2, 100-106.
- Stamm, T., Ritschl, V., & Weigl, R. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Wiesbaden: Springer.
- Stangl, W. (2019). Stichwort: 'Adoleszenz'. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Abgerufen am 12.08.2019 von <https://lexikon.stangl.eu/200/adoleszenz/> o.V. (2017).
- Statistisches Bundesamt (2017). *DRG-Statistik*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2018). Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland*, 18(7), 1-30.
- Sumsion, T. (2004). Pursuing the Client's Goals Really Paid Off. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 2-8.
- Taylor, R. R. & Kielhofner, G. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation Fifth Edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Taylor, R., & Kielhofner, G. (2017). Introduction to the Model of Human Occupation. In R. Taylor, & G. Kielhofner, *Kielhofner's Model of Human Occupation Fifth Edition* (S. 3-10). Chicago: Wolters Kluwer.
- Turner, N., & Lydon, C. (2008). Psychosocial programming in Ireland based on the model of human occupation: a programm evaluation study. *Occupational Therapy in Health Care*, 22(2-3), 105-114.

- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2013). *Beroepscompetenties ergotherapie: een toekomstgerichte beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Wassermann, S. (2015). Das qualitative Experteninterview. In: M. Niederberger & S. Wassermann (eds). *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- WHO (2014). *Adolescence: a period needing special attention- Key points*. Retrieved June 20, 2019, from <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2>
- Wiesinger, C. & Ruckser-Scherb, R. (2019). Mit welchen Betätigungen verbringen Jugendliche ihre Zeit? Analyse von Time-Use-Tagebüchern mit Fokus auf individueller Freizeitgestaltung Jugendlicher im Alter von 16 und 17 Jahren. *ergosience*, 14(2), S. 46-55.
- Wilcock, A. (2004). *A theory of occupation and health*. In J. Creek (Hrsg.), *Occupational therapy. New perspectives*. (S. 1-15). London: Whurr Publishers.
- Wilson, J, Mandich, A., Magalhaes, L., & Gain, K. (2018). Concept Mapping and the CO-OP Approach with Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Exploring Participant Experiences. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(4).
- Wimpenny, K., Forsyth, K., Jones, C., Matheson, L., & Colley, J. (2010). Implementing the Model of Human Occupation across a mental health occupational therapy service: Communities of practice and a participatory change process. *The British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 507-516.
- Wortbedeutung.info (2019). „marginalisieren“. Abgerufen 12. August, 2019, von <https://www.wortbedeutung.info/marginalisieren/>
- Wright, R., & Sugarman, L. (2009). *Occupational Therapy and Life Course Development: A Work Book for Professional Practice*. Chichester, West-Sussex: Wiley-Blackwell.
- Zalmstra, A., & Verhoef, J. (2013). *Berufskompetenzen Ergotherapie*. (L. Köhler, Trans.) Amsterdam: Boom Lemmer uitgevers.
- Ziegler, H. & Gropp, R. (2015). *Stress-Studie. Burn-Out im Kinderzimmer: Wie gestresst sind Kinder und Jugendliche in Deutschland?* Bayer Vital GmbH, Bepanthen Kinderförderung. Leverkusen. Abgerufen 21. Mai, 2019, von http://kinderförderung.bepanthen.de/static/documents/08_Factsheet_Stress-Studie_2015.pdf

Ziviani, J., Desha, L. & Rodger, S. (2006). *Children's occupational time use*. In S. Rodger & J. Ziviani (Eds.). *Occupational Therapy with Children – Understanding Children's Occupations and Enabling Participation*. (pp. 91-112) Oxford: Blackwell.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die vier Elemente des MOHO (Taylor & Kielhofner, 2017).....	- 4 -
Abbildung 2: Ergotherapeutischer Therapieprozess nach dem OTPF.....	- 6 -
Abbildung 3: Rechercheergebnisse zur Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Weitere Behandlungsansätze (Dolle & Schulte-Körne, 2012).....	- 13 -
Abbildung 4: Kompetenzmodell (Berding et al., 2019, S.9)	- 15 -
Abbildung 5: Prävalenz der bedeutsamsten psychischen Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017 (Steffen et al., 2018).	- 26 -
Abbildung 6 : Entscheidungsweg Methodik, eigene Darstellung in Anlehnung an Ritschl, Stamm und Weigl (2016, S. 53)	- 29 -
Abbildung 7: 1. Hauptfrage mit Unterfragen.....	- 33 -
Abbildung 8: Einstiegsfragen der Interviews	- 36 -
Abbildung 9: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse, eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring (2015)	- 38 -

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben des Jugendalters nach Hurrelmann (2010), eigene Darstellung in Anlehnung an Knagge (2016, S. 434).....	- 22 -
Tabelle 2: Suchbegriffe der Literaturrecherche in Deutsch und Englisch.....	- 27 -
Tabelle 3: Übersicht der Teilnehmenden.....	- 35 -

Glossar

Begriff	Erläuterung
Adoleszenz	Adoleszenz bezeichnet den Abschnitt zwischen der Kindheit und dem Erwachsenenalter, welche mit der Pubertät beginnt und dem Erreichen der Selbstständigkeit im Erwachsenenalter endet (Stangl, 2019).
Analysis of occupational performance	Die Analyse der Betätigungsperformanz ist ein Schritt im Evaluationsprozess des OTPF, bei dem die Betätigungsausführung der Klient*innen bezüglich Schwierigkeiten und Stärken genauer betrachtet wird. Dabei wird unter anderem die tatsächliche Betätigung im Kontext analysiert und Ressourcen sowie Barrieren werden identifiziert (AOTA, 2014).
Betätigungsidentität	Die Betätigungsidentität bezieht sich auf die Idee, dass jede*r von uns ein Gefühl dafür entwickelt, wer wir sind und wer wir als sich betätigende Person sein wollen, basierend auf unseren eigenen gesammelten und reflektierten Lebenserfahrungen (Taylor & Kielhofner, 2017)
Bezugswissenschaft	Bezugswissenschaft ist eine Wissenschaft, auf die sich andere Disziplinen beziehen können (o.V., 2017).
Blindkopie	Bei einer Blindkopie (Blind Carbon Copy/BCC) geht es um die Weiterleitung einer E-Mail, ohne dass der Empfänger die gesamte Liste der sonstigen Empfänger einsehen kann (Jensen, 2009).
Empirische Forschung	Eine Empirische Forschung wird durchgeführt, wenn die Forschungsfrage nicht anhand vorhandener Literatur beantwortet werden kann, sondern eine qualitative oder quantitative Datenerhebung durchgeführt wird (Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016).
Evidenz	Evidenz meint den empirisch erbrachten Nachweis der Wirksamkeit einer Therapieform o. Ä. (Dudenredaktion, o.D.)

Evidenzlevel	Das Evidenzlevel einer Studie kann mithilfe bestimmter Kriterien ermittelt werden und gibt Auskunft über ihre Qualität. Dies ist besonders wichtig, um die Relevanz der Ergebnisse einschätzen zu können (Ritschl, Stamm und Weigl, 2016).
Experteninterview	Experteninterviews definieren sich über eine spezielle Auswahl der Befragten (Helfferich, 2014). Die Forscher*innen legen hierzu bestimmte Kriterien fest, die Personen zu Expert*innen des zu erforschenden Themengebiets machen.
Generalisierung	Unter Generalisierung versteht Mayring (2015) eine Verallgemeinerung des Inhalts der Paraphrasen, um sinnähnliche Äußerungen der Interviewteilnehmenden zu inhaltsgleichen Paraphrasen zusammenfassen zu können.
Geschlechtsdysphorie	Wenn das Geschlechtsidentitätserleben nicht mit den Geschlechtsmerkmalen des Körpers übereinstimmt, wird dies als Geschlechtsinkongruenz bezeichnet. Kommt hinzu, dass eine Person unter dieser fehlenden bzw. beeinträchtigten Kongruenz leidet, wird es Geschlechtsdysphorie genannt (Nieder, Briken, Richter-Appelt, 2013).
Güte	Die Güte einer Studie beschreibt ihre wissenschaftliche Exaktheit und wird anhand von Gütekriterien festgelegt (Höhl, 2016).
Holistische Sichtweise	Eine ganzheitliche Sichtweise, bei der es vermieden wird Menschen in physische und mentale Komponenten zu unterteilen und stattdessen Körper und Geist als eine untrennbare Einheit zu betrachten (Taylor & Kielhofner, 2017).
Induktive Vorgehensweise	Bei einer induktiven Vorgehensweise werden zunächst Daten erhoben und anschließend allgemeine Aussagen daraus abgeleitet (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016). In diesem Fall ist dies durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gegeben, bei der die

	Kategorienbildung anhand des gewonnenen Materials stattfindet.
Leitlinien	Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen („Leitliniengrundlagen-ÄZQ“, 2016).
Marginalisiert	Im soziologischen Kontext bedeutet marginalisieren, dass Personengruppen an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden (Wortbedeutung.info, 2019).
Occupational Profile	Das occupational profile stellt den ersten Schritt im Evaluationsprozess des OTPF dar. Es geht darum, ein Verständnis von den Klient*innen zu entwickeln und Informationen über bedeutungsvolle Betätigungen, Probleme und Sorgen, Bedürfnisse und Wünsche sowie den Grund für die Inanspruchnahme der Ergotherapie zu erfahren (AOTA, 2014).
Paradigma	Ein Paradigma ist ein Konstrukt von Grundannahmen, das beschreibt, nach welchen Werten, Prinzipien, Modellen und Begriffen die Welt durch wissenschaftliche Gemeinschaft überprüft, wahrgenommen und interpretiert wird (Kuhn zitiert nach Götsch, 2015).
Paradigmenwechsel	Setzt sich ein neues Konstrukt von Grundannahmen durch, spricht man von einem Paradigmenwechsel (Kuhn zitiert nach Götsch, 2015).
Paraphrasen	Eine Paraphrase ist nach Mayring (2015) eine Umschreibung eines Textbestandteils, bei der nur inhalts-tragende Bestandteile übernommen und ausschmückende Bestandteile ausgelassen werden.
Peer-Group	Peer-Group steht laut Duden (2019) für eine „Gruppe von etwa gleichaltrigen Kindern oder Jugendlichen, die als primäre soziale Bezugsgruppe neben das Elternhaus tritt“.
Pilottest	Eine Prüfung des erstellten Fragebogens an Personen, die nicht an der Studie beteiligt sind, um Feedback über

	die Art der Durchführung sowie den Inhalt des Interviews zu erlangen (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016).
Prinzip der Reflexivität	Das Prinzip beinhaltet die Reflexion der eigenen Rolle als Forscher*in im situativen Verstehensprozess während eines Interviews und die Reflexion der Verschriftlichung des Interviews im Verstehensprozess während der Interpretation (Helfferich, 2005).
Prävalenz	Prävalenz bezeichnet die „Anzahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung bzw. Häufigkeit eines bestimmten Merkmals“ (Pschyrembel, 2002, S. 1351).
Qualitative Forschung	Bei der qualitativen Forschung geht es um das subjektive Erleben von Menschen (Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016).
Quantitative Forschung	In der quantitativen Forschung geht es um objektive Fakten und eine allgemeine Aussagekraft (Perkhofer, 2016).
Rekrutierung	Im Sinne der Sozialforschung versteht man unter Rekrutierung den Prozess des Anwerbens von zukünftigen Teilnehmenden für ein Experiment, einen Test, eine Befragung oder eine Beobachtung (Academic, o.D.)
S-3-Leitlinie	Die AWMF unterteilt Leitlinien in verschiedene Klassifikationen. Die S3-Leitlinie ist eine evidenz- und konsensbasierte Leitlinie und stellt die höchste Einstufung einer Leitlinie dar (AWMF, o.D.)
Sozialforschung	Die Sozialforschung ist ein Forschungsgebiet, welches sich mit der Erforschung der sozialen Wirklichkeit befasst (Dudenredaktion, o.D.).
Systematisches Review	Unter einem systematischen Review wird eine spezielle Unterform zur Literatursynthese verstanden, die quantitative Studien zusammenfasst, um eine Zusammenführung der vorhandenen Evidenzen zu erzielen (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016).
Transitionsprozess	Während Transitionsprozessen treten viele Veränderungen in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum auf, die

	hohe Anforderungen an die Entwicklung stellen und deren Bewältigungserfahrung sich auf die Identitätsentwicklung auswirkt (Griebel & Niesel, 2011).
Transkription	Eine Transkription ist eine Wort-für-Wort-Verschriftlichung des Gesagten, bspw. aus einem Interview (Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016).
Vulnerabel	Vulnerabel bedeutet verwundbar und verletzlich zu sein (Duden, 2019).

Anlagen

Anlagenverzeichnis

1)	Email-Anschreiben	114
2)	Rekrutierungsflyer	115
3)	Anschreiben Soziale Netzwerke	116
4)	Einverständniserklärung	117
5)	Interviewleitfaden	118
6)	Interview-Bewertungsbogen	120
7)	Interview-Transkripte	123
8)	Tabellenausschnitt der Inhaltsanalyse nach Mayring	211
9)	Kategorienschaubild	212
10)	Anschreiben Member-Check	213
11)	Ausschnitt der Anmerkungen im Rahmen des Member-Checks	214

1) Email-Anschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen unseres Ergotherapiestudiums an der Zuyd Hogeschool suchen wir für unsere Bachelorarbeit Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, die klientenzentriert und betätigungsorientiert mit psychisch erkrankten Jugendlichen zusammenarbeiten.

Wenn Sie Interesse haben uns bei unserer Forschung zu unterstützen und sich vorstellen können uns etwas über Ihre Arbeit zu erzählen, würden wir gerne ein Interview mit Ihnen führen. Nähere Informationen zum Thema und zeitlichen Rahmen finden Sie im angehängten Flyer. Arbeiten Sie selbst nicht in der Ergotherapie, kennen aber jemanden auf den dies zutreffen könnte, wären wir für die Weiterleitung der E-Mail sehr dankbar. Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung!

Mit freundlichen Grüßen

Daniela Berg, Jamie-Lee Oster und Carolin Takacs

2) Rekrutierungsflyer

Interviewteilnehmer*innen für Bachelorarbeit gesucht

**ZU
YD** STUDIE

Betätigungsorientierte & klientenzentrierte
Ergotherapie mit psychisch erkrankten Jugendlichen

WIR SUCHEN ERGOTHERAPEUT*INNEN, DIE ...

- mit psychisch erkrankten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren arbeiten,
- mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im psychiatrischen Setting mit Jugendlichen haben,
- Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung in ihre Arbeit integrieren.

WIE TRETEN WIR IN KONTAKT?

Über eine Rückmeldung bis zum **22.04.2019** würden wir uns freuen.

Senden Sie bitte eine E-Mail an folgende Adresse:
ba.betaetigungsorientierung@mail.de

Für offene Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Worum geht es im Interview?

Im Interview soll es um Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung im Rahmen der ergotherapeutischen Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen gehen. Speziell möchten wir Ihre persönlichen Erfahrungen und Vorgehensweisen in diesem Fachbereich erfragen sowie die Gestaltung des Behandlungsprozesses.

Die Ergebnisse der Studie werden im Rahmen unserer Bachelorarbeit veröffentlicht.

Wie sieht Ihre Teilnahme aus?

Dauer des Interviews: Circa 60 Minuten

Zeitraum: Mai 2019

Ort: Gerne findet das Interview persönlich bei Ihnen in der Einrichtung oder an einem Ort Ihrer Wahl statt. Als Alternative können wir ein Gespräch per Skype anbieten.

Datenschutz: Ihre Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt.

Wer sind wir?

Gemeinsam studieren wir im Bachelorstudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) und haben zuvor die Ausbildung zur Ergotherapeutin in Deutschland abgeschlossen.



Carolin Takacs, Jamie-Lee Oster, Daniela Berg

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung und eine gute Zusammenarbeit! Leiten Sie diesen Flyer gerne auch an Kollegen weiter.

3) Anschreiben Soziale Netzwerke

Hallo liebe Ergotherapeut*innen,

im Rahmen unseres Ergotherapiestudiums an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) suchen wir für unsere Bachelorarbeit Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, die klientenzentriert und betätigungsorientiert mit psychisch erkrankten Jugendlichen zusammenarbeiten.

Wir suchen Ergotherapeut*innen, die...

- mit psychisch erkrankten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren arbeiten,
- mindestens ein Jahr Berufserfahrung im psychiatrischen Setting mit Jugendlichen haben,
- Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung in Ihre Arbeit integrieren

Im Rahmen eines Interviews möchten wir Ihre persönliche Erfahrungen und Vorgehensweisen sowie die Gestaltung des Behandlungsprozesses in diesem Fachbereich erfragen.

Die Ergebnisse der Studie werden im Rahmen unserer Bachelorarbeit veröffentlicht.

Die circa 60 minütigen Interviews sollen im Mai durchgeführt werden. Gerne findet das Interview in Ihrer Einrichtung oder an einem Ort Ihrer Wahl statt.

Wenn Sie sich vorstellen können uns in einem Interview mehr über ihre Arbeit zu erzählen, wären wir sehr dankbar für Ihre Unterstützung. Über eine Rückmeldung per E-Mail an: ba.betaetigungsorientierung@mail.de bis zum 22.04.2019 würden wir uns sehr freuen.

Für offene Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Viele Grüße,

Daniela Berg, Jamie-Lee Oster und Carolin Takacs

4) Einverständniserklärung



Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

„Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung im Rahmen der ergotherapeutischen Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen“

Hiermit stimme ich der Teilnahme an der Studie „Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung im Rahmen der ergotherapeutischen Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen“ von Daniela Berg, Jamie-Lee Oster und Carolin Takacs (Zuyd Hogeschool, Heerlen/NL) zu.

Folgende Punkte sind mir bewusst und ich stimme diesen mit meiner Unterschrift zu:

- Meine Teilnahme an der Studie ist freiwillig und ich kann sie jederzeit, ohne die Angabe von Gründen, beenden.
- Die Angaben zu meiner Person sowie die erhobenen Daten werden ausschließlich im Rahmen der Bachelorarbeit bzw. für Unterrichtszwecke an der Zuyd Hogeschool verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.
- Ich stimme der digitalen Aufnahme des circa einstündigen Interviews zu, welches im Anschluss transkribiert und anonymisiert wird. Die hierbei erhobenen Daten und Untersuchungsergebnisse werden in anonymisierter Form für Forschungszwecke verwendet.
- Ich kann mich bei Rückfragen jederzeit an folgende E-Mail-Adresse wenden: ba.betaetigungsorientierung@mail.de

Ich habe die Informationen sorgfältig gelesen und stimme der Teilnahme zu.

Name

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit versichern wir Ihnen, ihre Daten anonym, vertraulich und ausschließlich im Rahmen unserer Bachelorarbeit „Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung im Rahmen der ergotherapeutischen Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen“ zu verwenden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Daniela Berg
(Studierende des Bachelorstudiengangs
Ergotherapie, Zuyd Hogeschool,
Heerlen/NL)

Jamie-Lee Oster
(Studierende des Bachelorstudiengangs
Ergotherapie, Zuyd Hogeschool,
Heerlen/NL)

Carolin Takacs
(Studierende des Bachelorstudiengangs
Ergotherapie, Zuyd Hogeschool,
Heerlen/NL)

5) Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

- Experteninterviews
- Semi-strukturiert/Leitfadengestützt

Gelb: Therapieprozess

Grün: Kompetenzen

Türkis: Ressourcen und Barrieren der Institution

Lila: Besonderheiten in der Zusammenarbeit mit Jugendlichen

Grau: Bedeutung von Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung

- = Unterfragen/Notizen für uns

Einstieg:

- Wie sieht ihre berufliche Laufbahn aus? Wann und wo haben Sie ihre Ausbildung zum/zur Ergotherapeut*in gemacht?
- Wie alt sind Sie und wie lange arbeiten Sie bereits als Ergotherapeut*in und in welchem Tätigkeitsbereich?
- Mit welchem Klientel arbeiten Sie zurzeit?
- Alle folgenden Fragen werden sich auf die Zusammenarbeit mit Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren beziehen

1. Unser Thema ist betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten mit psychisch erkrankten Jugendlichen. Was bedeuten für Sie betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten?

- Persönliche Definition
- Treffen diese Begriffe auf Ihre Arbeit zu? Wenn, ja, wie setzen Sie dies um? Wenn nein, wie sieht es stattdessen aus?

2. Beschreiben Sie wie ein Therapieprozess bei Ihnen aussieht.

- Gestaltung des Erstkontaktes
- Durchführung der Befunderhebung: Assessments?

- Wie sieht es aus, wenn Sie mit der Intervention beginnen? Auswahl von Methoden? Was machen Sie genau?
- Wie gestalten Sie den Abschluss der Therapie? Re-evaluation?

3. Inwiefern beeinflusst Ihre Institution Ihre ergotherapeutische Arbeit?

- Vorgaben der Institution für die Ergotherapie?
- Beeinflussen gesetzliche Vorgaben die Arbeit?
- Stoßen Sie aufgrund der Vorgaben auf Grenzen? Wenn ja, welche?
- Gibt es Faktoren der Institution, die Ihre Arbeitsweise erleichtern? Wenn ja, welche?
- Was würden Sie in Ihrer Einrichtung verändern, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten?
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit?

4. Durch welche Besonderheiten zeichnet sich für Sie die Lebensphase Jugend aus?

- Themen & Herausforderungen für die Jugendlichen
- Transitionsprozesse (Übergang von Lebensphase Kind-Jugendlicher & Jugendlicher-Erwachsener)

5. Wie wirken sich diese Besonderheiten auf die Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen aus?

- Unterschiede zur Arbeit mit Erwachsenen/Kindern
- Spiegelt sich die besondere Lebensphase des Jugendalters in der Zusammenarbeit wider? Wenn ja, wie?
- Herausforderungen für Ergotherapeut*innen? (Kompetenzen)

6. Ein/e Jugendliche*r kommt zu Ihnen: Was brauchen sie dafür? Über welche Fähigkeiten und welches Wissen müssen sie verfügen? (Kompetenzen)

- Herausforderungen für Ergotherapeut*innen
- Fortbildungen?
- Wissen über ergotherapeutische Modelle?
- Persönliche Stärken

Abschlussfrage: Haben Sie abschließend noch Anmerkungen, die während des Interviews nicht zur Sprache kamen?

6) Interview-Bewertungsbogen

Interview – Bewertungsbogen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme am Pilotinterview! Abschließend bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten, damit wir den Leitfaden sowie die Durchführung des Interviews, überprüfen und entsprechend verbessern zu können.

- Waren die Fragen gut verständlich? *Ja* ~~*X*~~ *Nein* ____
 - Wenn nein, welche Fragen waren für Sie unklar und was hätten Sie gebraucht, um die Fragen besser zu verstehen?

- War es für Sie ersichtlich auf was die einzelnen Fragen sich beziehen? *Ja* ~~*X*~~ *Nein* ____
 - Wenn nein, bei welchen Fragen waren sie sich unsicher, was gemeint war?

- War die Reihenfolge der Fragen für Sie angemessen? Ja~~X~~/Nein__

- Wenn nein, an welcher Stelle hätten Sie sich eine andere Struktur gewünscht?

- Konnten Sie durch die Beantwortung der gestellten Fragen Ihre Situation ausreichend darstellen? Ja~~X~~/Nein__

- Wenn nein, zu welchem Punkt hätten Sie sich vertiefende bzw. andere Fragen gewünscht?

- Wenn ja, gab es evtl. zu viele oder sich inhaltlich doppelnde Fragen zu einem Thema?

Frage nach therapeutischen Kompetenzen

wurde wiederholt.

- Wie bewerten Sie die allgemeine Durchführung des Interviews bezüglich

- Sprachtempo der Interviewerin

angemessen + gut verständlich

- Wortwahl der Interviewerin

+

- Flexibilität der Interviewerin

+ nicht an die Wortwahl (Bogen) gehalten?

- Dauer des Interviews freie Wortwahl

+ angenehme Länge → Luft zum erzählen gegeben? auf Aussagen näher eingegangen?

- Fragen, die länger beantwortet werden können, Fragen mit kurzer Antwort
- Haben Sie sonstige Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge? möglich = angenehm

Wir danken Ihnen für Ihre Zeit und Ihr Engagement!

Herzliche Grüße

Daniele Berg, Jamie-Lee Oster und Carolin Takacs

7) Interview-Transkripte

Transkript 1

- 1 I: Gut, zum Einstieg haben wir so ein paar allgemeine Fragen. Vielleicht kannst du uns etwas
2 über deine berufliche Laufbahn erzählen?
- 3 TN1: Okay. Ich war vor meiner Ergotherapie Ausbildung Erzieherin und habe, jetzt muss ich
4 überlegen, sechs Jahre als Erzieherin gearbeitet und dann entschieden die Ergo Ausbildung zu
5 machen, weil ich das Gefühl hatte in diesen großen Gruppen dem einzelnen Kind nicht gerecht
6 werden zu können. Genau, und habe dann nach der Ausbildung drei Jahre in einem
7 Sprachheilkindergarten gearbeitet und hatte dort auch schon immer mit einem
8 interdisziplinären Team zu tun, aus Heilpädagogen, Psychologen, Therapeuten. Und spätestens
9 da war mir klar, dass ich das auch nicht mehr missen möchte. Ich bin dann aus familiären
10 Gründen nach X gezogen, war erst in der Elternzeit und habe dann in einer Kinder- und
11 Jugendpsychiatrischen Praxis gearbeitet und hatte dort keine klassischen ergotherapeutischen
12 Aufgaben, sondern habe dort Patienteninterviews geführt oder Elternberatungen durchgeführt,
13 aber keine klassisch ergotherapeutischen Behandlungen und hatte dann vor knapp zwei Jahren
14 die Gelegenheit hier in der Klinik eine Elternzeitvertretung anzunehmen. Zunächst auch nur für
15 13 Stunden, zwischenzeitlich auch für 25 und jetzt für 22 Stunden, also in Teilzeit mit einer
16 weiteren Kollegin zusammen. Also es heißt es gibt eine Ergotherapie Stelle hier in der Klinik
17 für Kinder und Jugendpsychiatrie und genau, bin jetzt hier tätig.
- 18 I: Okay. Wie als bist du und wie lange arbeitest du jetzt als Ergotherapeutin?
- 19 TN1: Ich bin 43 Jahre als und arbeite seit 2003 als Ergotherapeutin mit allerdings sechs Jahren
20 Elternzeit dazwischen.
- 21 I: Und mit welchem Klientel arbeitest du zur Zeit?
- 22 TN1: Das sind Kinder und Jugendliche, in der Regel so zwischen sechs und 18 Jahren,
23 manchmal gibt es ganz selten jüngere Kinder oder auch ältere, aber auch wirklich sehr selten.
- 24 I: Okay. So die folgenden Fragen werden sich jetzt vor allem auf die Zusammenarbeit mit
25 Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren beziehen.
- 26 TN1: Mhm. (bejahend)
- 27 I: Gut. Unser Thema der Bachelorarbeit ist betätigungsorientiertes und klientenzentriertes
28 Arbeiten mit psychisch erkrankten Jugendlichen. Was bedeutet denn für dich
29 betätigungsorientiertes und klientenzentriertes arbeiten?
- 30 TN1: Also es bedeutet in erster Linie zu erfassen, was ist der Alltag, was sind die Handlungen
31 des Jugendlichen, des Klienten. Wie sieht sein Alltag im Moment aus, wie sah der Alltag vor
32 der Erkrankung aus? Und herauszufinden, was ist jetzt wichtig? Was steht für den Jugendlichen
33 selbst im Vordergrund? Was möchte er erlernen oder wiedererlernen und ja daran anzusetzen.
34 Und zwar nicht nur in der Ergotherapie, sondern hier in der Klinik speziell eigentlich im ganzen
35 Team.
- 36 I: Okay und treffen diese Begriffe auch auf deine Arbeit zu?
- 37 TN1: Also ich möchte Mal sagen, das ist ein stetiger Kampf zwischen althergebrachten und
38 neuen Modellen. Man sieht das auch an diesem Raum, das ist sehr wie man sich früher halt
39 Ergotherapie vorgestellt hat und es ist auch sehr in den Köpfen des Teams noch verankert, wie
40 Ergotherapie zu sein hat. Nämlich, dass man halt hier ein bisschen bastelt und kreativ ist und
41 der eigentliche theoretische Hintergrund wird oft nicht gekannt. Und außerdem gibt es immer
42 noch den Pflege- und Erziehungsdienst, der sehr betätigungsorientiert arbeitet und sehr
43 klientenzentriert arbeitet und insofern auch Dinge tut, die möglicherweise in Praxen oder in

44 anderen Settings Ergotherapeuten machen. Und tatsächlich kann ich noch nicht sagen, dass ich
 45 meine eigene ergotherapeutische Identität voll ausschöpfe, soll will ich es Mal nennen, genau.
 46 Aber ich bemühe mich auch einfach theoretische Hintergründe einzubringen. Wir haben
 47 zweimal in der Woche Fortbildungen für das ganze Team und jeder Mitarbeiter ist tatsächlich
 48 auch aufgefordert die Mal zu übernehmen und ich versuche tatsächlich nicht darüber zu
 49 sprechen bei welchem Krankheitsbild Speckstein sinnvoll ist und so, sondern auch neue
 50 Konzepte vorzustellen. Also ich habe jetzt zum Beispiel Handeln gegen Trägheit vorgestellt
 51 und auch darzustellen, wie ich das in meiner Arbeit einbringe, genau. Was immer noch ein
 52 bisschen limitierender Faktor ist, ist das die Aufenthaltsdauer begrenzt ist in der Klinik. Im
 53 Durchschnitt sind die Patienten drei bis vier Monate hier, sodass ich z.B. dieses komplette
 54 Programm Handeln gegen Trägheit gar nicht durchführen kann, aber immer natürlich Elemente
 55 daraus nehmen kann und so versuchen kann diesen Anspruch an Klientenzentriertheit und
 56 Betätigungsorientierung umsetzen kann.

57 I: Okay. Kannst du uns dann vielleicht Mal beschreiben, wie bei dir ein Therapieprozess
 58 aussieht so vom Erstkontakt bis quasi zur Entlassung der Jugendlichen.

59 TN1: Mhm (bejahend). Also gerade bei den Älteren, da kann man so tatsächlich sagen, so ab
 60 14, ist es mir sehr wichtig auch einen Prozess der Zielvereinbarung durchzuführen (...) Also
 61 zunächst Mal zu gucken, wie sieht denn dein Alltag aus, wie sah das Zuhause aus, wie sieht das
 62 hier aus (...) wo gab es Schwierigkeiten durch die psychiatrische Erkrankung (...) ich versuche
 63 auch immer so Instrumente einzusetzen wie die Interessenscheckliste z.B., um einfach Mal ins
 64 Gespräch zu kommen, was gab es denn vorher oder was könnte es noch geben. Was ich auch
 65 immer mache ist (...) ich weiß den genauen Titel gar nicht (...) das Rolleninterview?

66 I: Achso, die Rollencheckliste?

67 TN1: Ja. Genau! Und zwar nicht so klassisch, sondern ich mach da z.B. Fotos, wo die
 68 Jugendlichen sich in ihren Rollen, in ihrem unterschiedlichen Rollen irgendwie darstellen mit
 69 einem Foto um deutlich zu machen, was bin ich denn eigentlich alles, und was (...) wie geht es
 70 mir in der Rolle und wie geht es mir in der Rolle? (...) Genau. In diesem Prozess kommen wir
 71 dann halt auch langsam auf die Themen, was könnte denn Inhalt in der Ergotherapie sein, was
 72 könnte sich verändern. Und was natürlich auch dazu beiträgt ist, dass wir sehr viele Visiten
 73 haben, Austausch, Supervisionen, wo viele Informationen, natürlich auch noch an mich fließen,
 74 die in diesen Planungsprozess miteinbezogen werden können. Genau, also dann gibt es
 75 irgendwann ein Zielvereinbarungsgespräch. Ich bemühe mich sehr nach SMART zu
 76 formulieren, aber (...) naja, es gelingt Mal bessern und Mal nicht so gut, genau. Und das finde
 77 ich in der Tat aber schwierig, weil häufig dann so pauschale Dinge kommen wie, ja ich möchte
 78 wieder gesund werden oder es soll mir besser gehen und dann genau aufzudröseln, was ist das
 79 denn, was heißt das denn besser gehen und wo merkst du das dann, dass es dir besser geht. Das
 80 fällt den meisten Jugendlichen unglaublich schwer, da sie es nicht gewohnt sind, dass jemand
 81 sie fragt, was willst du denn und (...) und wie kannst du dazu beitragen, also dieses (...)
 82 Übergeben auch ein Stück weit der Verantwortung, das sind sie auch einfach nicht gewohnt.
 83 Und ich würde sagen, da befinde ich mich auch noch total im Lernprozess selber, wie man es
 84 dann am besten macht. Ich mache seid 1,5 Jahren diese Weiterbildung beim Andre Sorge und
 85 Winfried Kümmel (...) die haben Institut gegründet, das nennt sich Psychergo in Marburg und
 86 bieten Grundlagen Seminare an und auch Seminare zu einzelnen Krankheitsbildern und
 87 vermitteln ein ganz eigenes Konzept. (geht einen ausgedrucktes Prozess Model holen und zeigt
 88 es uns). Dieser Prozess wird noch einmal sehr genau besprochen. Und ein ganz wichtiges
 89 Thema ist eben diese Vertragsarbeit, wo es immer wieder neu darum geht den Klienten mit in
 90 die Verantwortung zu nehmen und immer wieder zu gucken, wie machen wir das jetzt, wie ist
 91 der nächste Schritt, was möchtest du usw. Genau. (...) Genau, dann haben wir ein Ziel im besten
 92 Fall (...) und versuchen dann das Ziel umzusetzen durch verschiedene Methoden und die

93 spielen sich durchaus nicht nur hier im Therapieraum ab, sondern auch draußen. Also aktuell
94 habe ich jetzt gerade einen Jugendlichen in Therapie, der ist 14 und ist sehr depriviert, konnte
95 z.B. nicht Schleife binden, hat sich das gewünscht, das haben wir dann geübt. Konnte sich auch
96 einfach nicht orientieren, U-Bahn fahren, überhaupt einen Ort finden. Das haben wir jetzt sehr
97 oft geübt, jetzt geht es darum, dass er außer Computer spielen keinerlei Aktivitäten für sich
98 kennt, die er umsetzen kann in seiner Freizeit, also schauen wir, was interessiert dich. Jetzt
99 haben wir es heute gerade gehabt, dass er in die Bücherei möchte. Jetzt haben wir halt geguckt,
100 wo ist denn die Bücherei, wie komme ich da hin und fahren dann auch da hin und üben dann
101 quasi, wie kann man sich einen Ausweis holen usw. Also es geht tatsächlich in den Alltag oder
102 Klinikalltag rein, genau. Ja (...) es gibt aber auch so, also vor allem bei den jüngeren
103 Jugendlichen (...) das Phänomen, dass die eigentlich überhaupt nicht an irgendwelchen Zielen
104 arbeiten wollen oder auch wenig Krankheitseinsicht haben und da fange ich dann tatsächlich
105 auch oft mit handwerklichen Techniken an, obwohl das nicht so besonders betätigungsorientiert
106 ist, um einfach einen Zugang zu haben, um überhaupt wieder irgendeine Aktivität zu
107 ermöglichen und eine Beziehung herstellen zu können und das Dauer auch manchmal sehr
108 lange. Ein Mädchen habe ich jetzt, die ist auch 14 (...) die möchte nicht mit mir über
109 irgendwelche Ziele sprechen. Ich bin froh, wenn sie hierherkommt (...) im Moment bestimmt
110 sie was gemacht wird. Sie zeichnet ganz viel und so langsam gelingt es, dass sie sich öffnet und
111 dass wir überhaupt ins Gespräch kommen können. Das ist tatsächlich auch relativ oft der Fall,
112 dass man (...) sozusagen den Schritt vor der Betätigungsorientierung gehen muss. Genau und
113 dann könnte dieser Therapieprozess ewig so weiter gehen, aber leider kommt dann meistens
114 die Entlassung vorher und das geht dann eben darum zu gucken, wie kann das weitergeführt
115 werden. Macht es Sinn jetzt eine Ergo irgendwo zu empfehlen? Oder ist es wichtiger, dass die
116 jetzt irgendwo eine Psychotherapie machen. Genau, aber ist selten so, dass ich sozusagen
117 Therapieprozesse zu Ende führe.

118 I: Also gibt es dann ein Abschlussgespräch oder fällt sowas meistens weg?

119 TN1: Nein das gibt es schon. Wir wissen in der Regel so zwei Wochen vorher, dass die entlassen
120 werden die Patienten (...) dann schauen wir, dass wir eben noch Ziele zu Ende bearbeiten und
121 dann auch gemeinsam ein Stück weit eben evaluieren, was lief jetzt gut, was von deinen Zielen
122 hast du erreicht und wo könntest du noch weiter arbeiten oder wie könnte das passieren.

123 I: Okay, gut. Jetzt in der nächsten Frage geht es nochmal so ein bisschen um die Institution. Du
124 hast ja schon so ein bisschen was erzählt. Also welche Vorgaben hast du denn von deiner
125 Institution, also in deinem Fall von der KJP, für die Ergotherapie?

126 TN1: Also Vorgabe ist, dass jeder Patient, der aufgenommen wird (...) eine Kreativtherapie, so
127 heißt es, bekommt. Das heißt, Musiktherapie oder Bewegungstherapie oder Ergotherapie.
128 Zumindest auf der Station wo ich arbeite. Es gibt auch Stationen da gibt es Kunsttherapie.
129 Genau, wir besprechen uns in dem Team der Kreativtherapeuten, was denn für wen günstig
130 wäre. Manchmal geben das auch die Ärzte vor und es steht dann relativ schnell fest nach
131 Aufnahme und (...) dann ist die Vorgabe zwei Termine in der Woche á 50 Minuten
132 durchzuführen, in der Regel eine Einzel-, eine Gruppentherapie, wobei es uns auch freigestellt
133 ist. Also wenn ich entscheide, dass passt jetzt noch mit der Gruppe, dann gibt es halt zwei
134 Einzeltherapien. Genau und inhaltlich sind wir relativ frei, wie gesagt, wir treffen uns
135 mindestens zweimal in der Woche zu irgendwelchen Besprechungen und formulieren auch
136 Ziele gemeinsam, aber was und wie wir das jetzt in der Therapie umsetzen, das können wir
137 selbst entscheiden und berichten aber natürlich auch darüber. Also wir sind schon im Austausch
138 und (...) sodass es dann in der Regel auch ganz gut zusammenläuft.

139 I: Okay und stößt du dann durch diese Vorgaben auch auf Grenzen?

140 TN1: Nö, eigentlich nicht. Im Gegenteil, dadurch dass die Patienten sehr viele andere Termine
 141 haben, finde ich es ausreichen, dass sie zweimal die Woche hier sind. Wir haben insgesamt (...)
 142 ich habe z.B. mit 22,5 Stunden aktuell fünf Patienten, also zehn Termine in der Woche und hab
 143 dann relativ viel Zeit auch noch für Vorbereitungen und Austausch usw. Also insofern empfinde
 144 ich das eher paradiesisch.

145 I: Okay. Jetzt hast du eben schonmal so ein bisschen erzählt, dass es nicht immer so einfach ist
 146 die neuen Ideen umzusetzen. Kannst du das vielleicht nochmal ein bisschen genauer erläutern,
 147 also was ist da nicht so einfach oder warum sind die nicht so offen für neue Ideen?

148 TN1: (...) Also ich glaube, dass leider immer noch dieses uralte Bild von Ergotherapie hier
 149 herrscht (...) und in den Köpfen auch so verankert ist, dass man irgendwie jeden Tag neu
 150 erzählen könnte, dass es nicht nur basteln ist (...) das finde ich extrem anstrengend und ich habe
 151 so das Gefühl, dass ist irgendwie überall so. Ich arbeite auch noch im Verband mit und höre
 152 das irgendwie von allen Seiten, genau. Und dann finde ich es schwierig für mich die Frage zu
 153 klären, muss mich vom Pflege- und Erziehungsdienst abgrenzen oder muss ich das eigentlich
 154 gar nicht (...) in dem was ich tue, müsste ich sozusagen noch mehr darauf pochen, das ist aber
 155 Ergotherapie was ihr hier macht. Oder ist es im Gegenteil viel besser, wenn alle so
 156 zusammenarbeiten.

157 I: Genau, das wäre dann noch die Frage, wie funktioniert denn hier diese interdisziplinäre
 158 Zusammenarbeit?

159 TN1: Eigentlich ganz gut. Also ich glaube das ist eher so mein Ding mit dem, bin ich hier
 160 ergotherapeutisch genug. Also ich habe mehr Austausch als wahrscheinlich jeder andere, der
 161 sonst wo arbeitet (...) wir haben wenig Patienten dadurch auch mehr Zeit für den Austausch
 162 und es ist grundsätzlich auch eine sehr offene Haltung, eine sehr wertschätzende Haltung (...)
 163 und so das Gefühl, dass wir gemeinsam sozusagen das (...) Ziel erreichen mit dem Patienten.

164 I: Und gibt es etwas was du in deiner Einrichtung gerne verändern würdest?

165 TN1: Ich hätte gerne einen anderen Raum. Nicht im Keller (...) und auch nicht so handwerklich
 166 orientiert ehrlich gesagt, genau.

167 I: Okay.

168 TN1: Ansonsten, die Tatsache, dass der Raum nicht auf der Station ist finde ich gut, weil es
 169 auch Chancen eröffnet (...) tatsächlich haben die Patienten gar nicht so das Gefühl, dass sie in
 170 Therapie sind, sondern hier auch einfach Mal mit jemanden quatschen können und dann
 171 ergeben sich auch manchmal ganz andere Gespräche als oben auf der Station, wo alle anderen
 172 ärztlichen Räume sind und die psychologischen Räume sind.

173 I: Okay. Als nächstes wollen wir noch so ein bisschen auf die Jugendlichen an sich eingehen.
 174 Durch welche Besonderheiten zeichnen sich denn diese Lebensphase der Jugend aus?

175 TN1: Der Jugend oder Jugendliche mit psychischer Erkrankung?

176 I: Schon im Bezug auf die psychischen Erkrankungen oder allgemein, also welche
 177 Herausforderungen und Themen denn die Jugendlichen haben?

178 TN1: Ja, es sind ganz oft so Jugendliche, die (...) wo man das Gefühl hat, dass sie ihr Leben
 179 verpassen, weil sie (...) schon einfach, wir sagen ja immer in ihrem Funktionsniveau schon so
 180 eingeschränkt sind und dazu muss man auch wissen, dass der Schritt dann in eine Klinik zu
 181 gehen sehr sehr spät passiert. Vorher wird immer versucht ambulant alles Mögliche zu machen
 182 oder tagesklinisch alles Mögliche zu machen. Und die Patienten, die hier aufgenommen werden
 183 sind in der Regel schwer krank und haben entweder massive Mobbing Erfahrung, sind Monate

184 lang nicht in die Schule gegangen, haben (...) familiären Hintergrund mit Gewalterfahrungen
 185 oder (...) völlig erziehungsinkompetenten Eltern (...). Ja und ihnen wird dadurch oft so die
 186 Chance genommen so ein normales Leben zu leben. Und für die, die hier sind, bei denen hat
 187 man oft das Gefühl, dass es auch einfach so wahnsinnig schwer ist wieder den richtigen Weg
 188 einzuschlagen, ja.

189 I: Okay. Und wie wirken sich diese Besonderheiten auf die Zusammenarbeit mit den psychisch
 190 erkrankten Jugendlichen aus, gerade auch so im Unterschied zu den Kindern?

191 TN1: (...) Also bei den Kindern ist es oft leichter sofort eine Beziehung herzustellen, sofort
 192 eine therapeutische Basis zu haben, weil die auch, wenn sie hier aufgenommen werden oft sehr
 193 kindlich sind und sehr auf spielerische Aktionen reagieren und sich sofort einlassen und der
 194 Weg zur Therapie ist bei den Jugendlichen oft schwieriger, aber wenn man es dann Mal
 195 geschafft hat so eine Beziehung herzustellen, dann geht das schon auch gut, aber es ist oft am
 196 Anfang mehr von Misstrauen oder mehr Misstrauen geprägt, weil sie oft auch schon sehr viele
 197 Erfahrungen mit Psychiatrien, mit Jugendämtern, mit Institutionen haben. Und und manchmal
 198 auch so das Gefühl vermitteln, jetzt kommt schon die nächste und will mich wieder
 199 therapeutisch retten, ich kenne und weiß doch eh schon alles.

200 I: Okay und gibt es dadurch spezielle Herausforderungen? Also jetzt für dich als
 201 Ergotherapeutin?

202 TN1: Ja, also die eigentliche Herausforderung ist für mich, mich nicht von dieser Schwere
 203 mitziehen zu lassen ganz oft. Also ich habe selber Kinder und (...) merke, dass ich mich gut
 204 abgrenzen muss, weil ich oft wenn ich so Geschichten von Eltern dann höre, mein eigenes
 205 Erzieherverhalten mit meinen eigenen Kindern dann hinterfrage oder sehr oft auch die
 206 psychische Gesundheit meiner Kinder hinterfrage und (...) ja muss manchmal tatsächlich auch
 207 sehr bewusst hier die Tür zu machen und es dann auch hier lassen oder dann auch sehr bewusst
 208 in die Supervision gehen und es auch aussprechen und dann Mal in den Austausch gehen, um
 209 (...) nicht so diesem Helfersyndrom zu verfallen. Das ist tatsächlich ein großes Thema.

210 I: Wenn die Jugendlichen jetzt zu dir kommen, was brauchst du dafür? Was brauchst du an
 211 Fähigkeiten oder welches spezielle Wissen musst du denn haben?

212 TN1: (...) ich brauche die Fähigkeit mich einlassen zu können, ich brauche Geduld (...) der
 213 Andre Sorge von diesem Weiterbildungsinstitut sagt immer „setzt euch auf eure Hände und
 214 wartet“ und das habe ich so oft im Ohr, dass (...) man nicht, dass ich jetzt nicht das Superwetter-
 215 Konzept im Kopf habe und ich weiß schon wo es lang geht, sondern (...) erstmal geht es darum
 216 Beziehung aufzubauen, Geduld zu haben und wirklich auch sich zuzugestehen, dass man nicht
 217 alles in zehn Stunden machen kann, sondern, dass man einfach Zeit braucht, Beziehung braucht.
 218 Auch Interesse an den Jugendlichen braucht. Bei mir ist es selbst schon so, dass die
 219 Altersdiskrepanz immer größer wird zu den Jugendlichen natürlich. Aber wenn die merken,
 220 dass ich mich interessiere, für die Musik, die sie hören, für die Computerspiele, die sie spielen
 221 oder keine Ahnung für die Themen (...) dann ist das die halbe Miete.

222 I: Okay, hast du dann ansonsten, also du hast eben schon von dieser Fortbildung erzählt, hast
 223 du sonst noch Fortbildungen speziell in diesem Bereich gemacht?

224 TN1: Ja, ich habe etliche Fortbildungen gemacht, unter anderem sensorische
 225 Integrationstherapie, die man zum Teil, mit den Jugendlichen eher nicht, aber mit den Kindern
 226 einsetzen kann. (...) Und diese Weiterbildung ist ja so ein Sammelsurium aus vielen
 227 verschiedenen Fortbildungen. Das ist eigentlich das für die Psychiatrie eigentlich das, was ich
 228 gemacht habe.

229 I: Okay und verwendest du in deiner Arbeit jetzt ergotherapeutische Modelle?

230 TN1: Ja, wenn man so will dieses Prozessmodell der individualisierten Ergotherapie, das ist so
 231 das was aus der Weiterbildung kommt. (...) und diese Instrumente aus MOHO, aber eher so
 232 nebenbei, also nicht in vollem Bewusstsein der theoretischen Inhalte.

233 I: Und was würdest du so zu deinen persönlichen Stärken zählen?

234 TN1: (...) die Fähigkeit in Beziehung zu gehen und auch auszuhalten, wenn es schwierig ist.
 235 Was sehr oft auch Thema ist, dass (...) gerade Kinder mit Bindungsstörungen erstmal gucken,
 236 was kann ich denn alles machen und hält sie das auch und bleibt sie trotzdem in der Beziehung
 237 (...) und die Fähigkeit mich auszutauschen würde ich sagen im Team und der Wunsch auch
 238 einfach neue Dinge auch immer dazu zu lernen.

239 I: Okay, wir wären jetzt mit den Hauptfragen durch. Gibt es noch irgendetwas, was du ergänzen
 240 möchtest, was jetzt noch gar nicht so Thema war, was dir aber noch wichtig wäre?

241 TN1: (...) nein, im Moment fällt mir jetzt gerade nichts mehr ein, wahrscheinlich kommt das
 242 dann heute Abend.

243 I: Ich würde nochmal eine Rückfrage stellen. Du hattest gesagt, dass du nicht ganz so zufrieden
 244 bist, was hier im Moment so in dem Raum vorhanden ist. Gibt es Sachen, die du lieber in dem
 245 Raum hättest oder dir hier noch fehlen?

246 TN1: Ich hätte das gerne nicht so Handwerks lastig, ich hätte einfach gerne einen Tisch und
 247 irgendwie vier Stühle und einen Handwerkstisch irgendwo in dem Eck oder (...) genau.
 248 Vielleicht auch um so ein bisschen meine (...) von diesem Ergo Bild wegzulenken, von dem
 249 wir basteln da unten im Keller.

250 I: Damit der Fokus nicht direkt daraufgelegt ist.

251 TN1: Ja. Wir werden jetzt nächstes Jahr in einem Nachbargebäude eine neue Tagesklinik
 252 eröffnen. Dort wird es einen anderen Ergotherapieaum auch geben, der im ersten Stock liegt
 253 (lacht). (...) und ich habe schon versucht die richtigen Dinge zu bestellen, also an Mobiliar.
 254 Aber meine Kollegin besteht leider auch wieder auf so einen Kram hier. (...) ja da gibt es halt
 255 unterschiedliche Ansichten. Aber dennoch kann man ja immer versuchen durch Handeln das
 256 deutlich zu machen, was Ergotherapie ist. Ich mache auch nicht nur Therapie hier, sondern auch
 257 noch Diagnostik für die Ambulanz. Es gibt eine Ambulanz im Erdgeschoss. Also es funktioniert
 258 wie eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis und die bieten halt so einstündige
 259 Diagnostiktermine an. Eigentlich um Motoriktests durchzuführen, die dann standardisiert sind
 260 und dann im Arztbericht schön aussehen, aber ich versuche auch immer Fragen zu stellen, die
 261 sich auf den Alltag des Kindes beziehen und auf die tatsächlichen Lebensprobleme und nicht
 262 auf irgendwelche T-Werte (...) genau.

263 I: Und noch ganz kurz. Du hattest das mit dem Bibliotheksausweis erzählt. Gehst du auch
 264 manchmal raus mit den Jugendlichen?

265 TN1: Genau, also U-Bahn fahren, in die Bibliothek oder einkaufen (...) genau.

266 I: Das ist ja dann schon sehr alltagsnah.

267 TN1: Genau, das mache ich. Aber das machen dann aber auch mindestens genau so viel, also
 268 eher noch mehr, die Leute vom Pflege- und Erziehungsdienst, genau.

269 I: Ich habe noch eine Frage zu dem Handeln gegen Trägheit. Kannst du das ganz gut anwenden
 270 hier auch wenn es nicht komplett ausgefüllt wird.

271 TN1: Also ich hatte jetzt das Glück in Anführungszeichen, dass ein stationärer Patient, dann
 272 hier in der Ambulanz weiter betreut wurde. Und der auch ambulante Ergotherapie kriegt. Das

273 ist aber der einzige Patient im Moment. Und mit dem habe ich das dann quasi über die
274 stationäre Zeit hinaus gemacht und dann konnte ich das natürlich auch voll anwenden, aber
275 ansonsten eher weniger. Ich nehme dann einzelne Fragebögen daraus und das war es dann auch.
276 Und ich kenn zumindest wenige Leute, die das ambulant auch anwenden und insofern ist das
277 auch schwer das dann weiterzuempfehlen. Ich weiß nicht, ich war zwar auch in diesem Handeln
278 gegen Trägheit Netzwerk, aber irgendwie ist das nochmal eingeschlafen. Ich weiß gar nicht, ob
279 es da Listen gibt von Therapeuten, die das machen. Wisst ihr da was?

280 I: Nein, leider nicht. (...) okay, dann vielen Dank. Dann stoppen wir Aufnahme Mal.

Transkription Interview 2

- 1 I: Okay, vielleicht können Sie zuerst Mal so ein bisschen was über ihre berufliche Laufbahn
2 berichten, also wann und wo Sie die Ausbildung gemacht haben.
- 3 TN2: Also, genau meine erste Ergotherapie Ausbildung, die hatte ich von 1995 bis 1998 in
4 (Ortsangabe) und ja danach war ich zunächst Mal drei Jahre in einer Praxis tätig, die mit
5 Schwerpunkt Pädiatrie und Neurologie gearbeitet hat. Habe mich da anschließend
6 selbstständig gemacht mit einer eigenen Praxis in (Ortsangabe) wo auch der Schwerpunkt
7 eigentlich so auf der Pädiatrie lag, aber auch so zum Teil auf Neurologie. Das habe ich
8 insgesamt zehn Jahre gemacht, anschließend also nach zehn Jahren habe ich (...) beschlossen,
9 dass ich doch noch ein bisschen mich verändern möchte, habe dann an der Fresenius
10 Hochschule einen Bachelorstudiengang angewandte Therapiewissenschaft gemacht mit
11 Schwerpunkt auf Beratung, das habe ich 2012 abgeschlossen. Habe anschließend noch ein
12 Jahr in der Einzelfallhilfe gearbeitet mit behinderten Kindern und bin dann 2013 hier in die
13 Klinik gekommen vor sechs Jahren, habe dort zunächst in der Kinderneurologie gearbeitet
14 (...) und bin ein Jahr später, also vor gut fünf Jahren mittlerweile, hierher in die
15 Kinderjugendpsychiatrie gewechselt.
- 16 I: Okay, wie alt sind Sie?
- 17 TN2: 48
- 18 I: Und mit welchem Klientel arbeiten Sie zurzeit?
- 19 TN2: Also zum einen altersbezogen Klientel ist in meinem Fall die Jugendlichen zwischen 13
20 und 18 Jahren. Von den Diagnosen her muss ich sagen ist es halt sehr sehr variabel, da wir
21 eine Aufnahmestation hier haben und von Drogeninduzierten Psychosen über hebephrene
22 Schizophrenien und ähnliche Dinge, bis hin zur ADS und Sozialverhaltensstörungen und
23 Essstörungen, Depressionen, eigentlich so den ganzen Bereich abdecken. Unten also das ist
24 die Aufnahmestation, es gibt auch noch eine Therapiestation, die allerdings auch keine so
25 Präferenzen hat, was so die Krankheitsbilder angeht, es gibt da eben Wartelisten, die im
26 Prinzip zum einen über die Institutambulanz hier befeuert wird oder versorgt wird mit neuen
27 Patienten und es gibt die Möglichkeit, wenn hier Leute zu einer Krisenintervention sind,
28 Jugendliche, dass die dann darüber dann auch auf die Aufnahme- oder Wartelisten kommen
29 und dann teils auch einen bevorzugten Platz bekommen, das heißt im Augenblick sind die
30 Zeiten, die steigen im Moment wieder, aber so ich sag Mal im groben zwischen zwei und vier
31 Monaten für eine geplante Aufnahme und ja das ist so der Regelfall, ja. Das bedeutet natürlich
32 hier für mich, dass ich zum einen auch vom konzeptionellen fahr ich da so ein bisschen
33 zweigleisig, das ist einmal natürlich so die sogenannte die Therapie, die eher im Einzelsetting
34 stattfindet für die offene Therapiestation (...) und halt die Therapie, die machen kann auf der
35 geschlossenen Station, weil wir einhellig eigentlich hier der Meinung sind, dass es wichtig ist,
36 dass wir niederschwellige Angebote machen. Wir können nicht bei manchen Kindern oder
37 Jugendlichen darauf warten, dass die erst keine Selbstverletzung vornehmen oder über
38 Wochen Absprache fähig sind oder ähnliches. Wir haben im Prinzip das Konzept, dass wir
39 auch niederschwellige Angebote machen, um eben die Jugendlichen auch zu motivieren für
40 sich was zu tun, Verantwortung zu übernehmen und auch darüber hinaus über neuen Input
41 eigentlich die zu unterstützen, dass sie eben auch für sich wieder Ziele formulieren können,
42 die weiterbringen.
- 43 I: Okay, also die nächsten Fragen werden sich jetzt auf die Zusammenarbeit mit Jugendlichen
44 im Alter von 14 bis 18 Jahren beziehen. Unser Thema der Bachelorarbeit ist
45 betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten mit psychisch erkrankten

46 Jugendlichen. Was bedeuten denn für sie für ihre Arbeit diese Begriffe, also
47 Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung?

48 TN2: Das geht für mich Hand in Hand. Ich habe so das Konzept, also für mich eigentlich hier
49 entwickelt, ich kann jetzt nicht sagen, dass jeder Kollege hier danach arbeitet, aber das
50 Konzept, dass ich so fahre ist, dass ich einen Erstkontakt habe, das es dabei in einer
51 abgespeckten Version von COPM ein Interview gibt, wo man eben Betätigungsbedürfnisse zu
52 formulieren mit den Jugendlichen. Das Ganze läuft vom Rahmen her dann entweder auf der
53 Station ab, für die geschlossene Station oder eben hier in meinem Raum, wenn die eine
54 entsprechende Ausgangsstufe schon haben um an der Therapie hier teilzunehmen.
55 Klientenzentrierung ist eben für mich ein ganz wichtiges Gut, weil wenn das eben im Kontakt
56 ein Angebot für Jugendliche gibt, in dem sie sich recht frei bewegen können, dann hat es
57 meiner Erfahrung nach eine hohe Motivation, um eben auch eigene Wünsche und Ziele zu
58 äußern. Wir sind hier ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Haus, das heißt es gibt viele
59 Regeln im Alltag. Und die Struktur einzuhalten ist eben auch schon ein Teil dieses
60 Therapiekonzepts was hier gefahren wird. Ich bin in der glücklichen Lage, dass ich meinen
61 Patienten, meinen Jugendlichen hier auch die Möglichkeit geben kann, in diesem doch recht
62 engen Rahmen, eigenständige Entscheidungen zu treffen, was sie wollen. Es gibt zwar eine
63 Einschränkung, ich sage wir bauen keine Waffen und auch keine Wasserpfeifen, alles andere
64 kann man hier machen. Wir gucken eben über das geführte Interview zu den verschiedenen
65 Betätigungsorientierungen und zu den verschiedenen Lebensbereichen, Selbstversorgung oder
66 Freizeit oder eben Produktivität, auch immer danach wie ist die aktuelle Situation. Unsere
67 Jugendlichen kommen aus häufig schon sehr schwierigen Umfeldern und haben schon bevor
68 sie endlich Hilfe in Anspruch nehmen konnten einen recht langen Weg hinter sich. Und das
69 führt dazu, dass auch diese Ideen was habe ich denn früher getan, um Selbstwirksam zu
70 fühlen, mich gut zu fühlen oder was ist so meine Struktur, woran habe ich Spaß. Das sind oft
71 Dinge, die sind oft etwas verschüttet. Und wenn hier jetzt hier die Möglichkeit haben, da eben
72 so zu fragen, was gibt es denn im Moment noch und es kann auch oft der Fall sein, dass
73 jemand sagt, alles ist hier eigentlich scheiße. Ich kann hier nichts machen und dann muss man
74 eben auch sortieren, das bedeutet jetzt für dich, wie verbringst du deinen Alltag hier auf der
75 Station, es gibt ja auch Freizeiten in dem ganzen Setting. Und dass man da erst Mal ein
76 bisschen Zeit braucht, um zu formulieren, ja eigentlich ist es ganz cool, wenn ich mit dem und
77 dem zusammen Wizard spielen kann, also so ein Kartenspiel machen kann oder wenn wir von
78 der Station aus einen Spaziergang machen oder wenn ich Gitarre spielen darf zum Beispiel.
79 Und das ist immerhin schon ein ganz guter Einstieg für die Ergotherapie, weil man dadran
80 dann halt bestimmte Parameter festmachen kann, also du bist quasi gerne in Kontakt mit
81 anderen über dieses Spiel oder da eben die Motivationen und auch das positive zu
82 hinterfragen, das ist eigentlich so der erste Einstieg. Im weiteren Verlauf bedeutet das Ganze
83 dann, dass wir schauen, dass wir aus diesen Betätigungsaspekten heraus, dass wir quasi auch
84 so dieses Rating machen und sagen, was ist die am wichtigsten und wie zufrieden bist du denn
85 mit deiner Performanz in diesem Bereich. Und dann schauen, dass wir das in eine
86 Zielformulierung bringen, nach SMART im besten Fall (lacht), die dann dazu führt, dass wir
87 dann auch im System, also wir führen die Akten hier digital, dass wir dieses Ziel unter
88 Ergotherapie im Therapieplan formulieren und das kann sowas sein, wie ich nutze die
89 Möglichkeit täglich 15 Minuten Gitarre zu üben. Und dahingehend halt zu formulieren, das
90 Ziel ist es meine Fertigkeiten, die ich früher darin hatte, wieder erreiche oder, dass ich sie
91 erweitere. Da kann ich natürlich auch überlegen in welchem Rahmen, das hängt natürlich
92 auch immer individuell zusammen, wie es gerade so von der Verfassung ist, ob jemand sagt
93 okay ich kann mir vorstellen, dass ich das in zwei Wochen schaffe, wenn ich es mindestens
94 fünf Mal die Woche übe oder ich brauche entsprechend länger. Das sind auch immer Ziele,
95 die dann evaluiert werden und was auch häufig gibt ist eben der Fall, dass wir hier
96 Jugendliche haben, die eben im Zusammenhang mit anderen, sei es durch

97 Mobbingverfahren, sei es durch soziale Phobien, die die haben, Anpassungsstörungen und
98 ähnliches, in ihrer Interaktion in der Gruppe sehr gestört sind und die haben zwar sag ich Mal
99 so diese weitere Sicht, was sie wieder können möchten bzw. solche im besten Fall auch Sein-
100 Ziele formulieren, wie es sein soll Mal wieder, das sind aber dann vom Level her Ziele, die
101 recht abstrakt noch sind und da geht es dann eben drum, hier in der Arbeit auch was zu
102 finden, was dann vielleicht auch eher ausdruckszentriert sein kann, wo ich aber schon schaue,
103 dass wir das so reflektieren, dass das auch deutlich wird, es geht jetzt eben nicht nur darum
104 irgendein Bild zu malen, sondern es geht darum sich auf Farben einzulassen, also quasi alte
105 Kompetenzen, die Mal hatte zu nutzen, sich auf eine Planung einzulassen, eben nicht eine
106 Vorlage zu nehmen, sondern was eigenes zu kreieren und sich auch die Zeit zu lassen. Ich
107 glaube, dass der Faktor Zeit ist mittlerweile heutzutage ein ganz wichtiger. Das Jugendliche
108 meist denken, dass es eigentlich immer sehr schnell sich was ändern muss. Und ja das ist
109 natürlich leider nicht immer so. Und ich versuche das halt zu unterstützen hier, ja. Ich könnte
110 Ihnen noch mehr erzählen (lacht).

111 I: Also, würden Sie sagen, dass diese Begriffe auf ihre alltägliche Arbeit zupassen?

112 TN2: Ja. Ich habe sie aktiv versucht mehr kongruent zu machen in meinem Alltag, ja. Ich
113 habe das hier übernommen, da war eigentlich ging es da in erster Linie um
114 ausdruckszentrierte Arbeit in Einzelsituationen und ich finde es aber wichtig für mich ist
115 immer so die Frage, was bleibt denn davon, ist es eigentlich nur das Erlebnis, ja in der Ergo
116 war es ganz schön, weil (lacht) ich habe irgendwas gemacht was mir gefällt oder diese
117 Verknüpfung zu schaffen und es auch im Prinzip wirklich gleich Transparent zu machen,
118 wirklich von Anfang an, dass das zwar auch sein kann, dass man hier Spaß hat und dass das
119 kreativ ist und dass man vielleicht was neues über sich lernt und dass man neue kreative
120 Techniken lernt, dass das auch sein kann, aber dass es letztlich darum geht, wie komme ich in
121 meinem Alltag wieder klar.

122 I: Okay, jetzt haben Sie ja eben schon so ein bisschen was zum Therapieprozess erzählt, also
123 wie Sie den Erstkontakt gestalten, also welche Assessments Sie dann nutzen. Wie sieht es
124 dann aus, wenn Sie wirklich mit der Intervention beginnen, also welche Interventionsformen
125 oder Methoden wenden Sie an?

126 TN2: Ja, also (...) Methodik, gut das ist im Prinzip auch immer individuell, ob man jetzt eher
127 dozierend vorgeht oder ausdruckszentriert, auch mal experimentell mit denen arbeitet. Das ist
128 so eine, ja da bin ich eigentlich nicht festgelegt. Ich muss auch ehrlich gestehen, ich mach das
129 jetzt schon so lange, dass ich (...) ich würde mich schon insgesamt als sehr reflektiert
130 bezeichnen, was das therapeutische angeht, also von clinical reasoning Stufen oder Circle of
131 Occupation und diesen ganzen Dingen, aber in meinem Alltag verschmilzt das halt sehr stark
132 mit Aspekten von Transaktionsanalyse oder mit Kunsttherapeutischem Ansatz (...) das ist
133 dann ist dann nicht immer so ganz klar zu trennen, nach welcher Methode ich da gerade
134 arbeite. Wichtig ist eigentlich für mich, immer ein möglichst positiven und konstruktiven
135 Raum zu schaffen für die Jugendlichen, der eine Sicherheit bietet, der auch eine Transparenz
136 bietet. Dass ich als Therapeut auch die Transparenz habe, dass ich dafür Sorge zu sagen, pass
137 auf so und so viel Zeit bleibt uns jetzt aktuell noch, was denkst du, wie weit werden wir
138 kommen. Dass man also auch die Sicherheit denen gibt und jetzt nicht irgendwelche
139 überraschenden Dinge da abschafft. Es ist sicherlich auch methodisch, dass wir Ziele immer
140 mehr auch im Hinblick auf ICF formulieren und eben über Aktivitäten, Partizipation das
141 formulieren. Das beeinflusst die Arbeit auch und das schafft auch so einen zusätzlichen Wert,
142 finde ich, weil die Patienten sehen, ach das ist ja wichtig. Denn bisher oder sagen wir auch
143 Mal noch in weiten Teilen, ist im Fokus eigentlich das Rehaziell oder das Grobziel, so das was
144 im Vordergrund steht und die Patienten messen sich auch daran. Oder reflektieren das nicht so
145 sehr, dass ist wirklich unser Job, dass wir diese Reflexion machen, im Hinblick auf die Ziele

146 und das auch runterbrechen und manchmal ist das eigentlich auch ein ganz wichtiger Teil der
 147 Arbeit, dass Jugendliche hier erkennen, dass auch eine kleine Veränderung eben Wichtigkeit
 148 hat, denn das fehlt häufig. Ich baue das schon so auf oder habe für mich auch so da Konzept.
 149 Es gibt klar immer einen Einstieg, das kann eine Achtsamkeitsübung sein, das kann aber auch
 150 ein Gespräch sein. Ich arbeite auch gern so ein bisschen mit Assoziation, ich habe da immer
 151 in meinem Hintergrund diese Farben da zum Beispiel, was manche auch gut können. Da muss
 152 man aber wirklich schauen, wie so die Hauptkanäle, die Sinneskanäle sind beim Jugendlichen,
 153 was wir halt auch dann tun, also so Bernstiel Modell nach Wester und ähnliches, das mache
 154 ich auch, weil es ist eine ganz gute experimentelle Arbeit, weil es ist ja häufig so, dass
 155 Misserfolge entstehen und man gar nicht in der Situation als Jugendlicher weiß, warum ist
 156 denn das jetzt wieder schief gelaufen und das ist mir eben auch ein Anliegen, dass so ein
 157 bisschen zu entmystifizieren, ja. Das ist sicherlich auch ein wichtiges Element, dass ich
 158 versuche da mit rein zu bringen. Ja (...) Methoden, ausdruckszentriert, kompetenzzentriert,
 159 das ist schon wichtig, mache ich aber im Prinzip auch so ein bisschen aus der la Menge raus.
 160 Aber das ist im Prinzip nicht so, dass ich das einfach so tue unreflektiert, sondern ich mache
 161 Mal einen Vorschlag und gucke was passiert und reflektiere das dann auch, dass das quasi
 162 dann zumindest sich auflöst, nicht dass das quasi so, ja woher wussten Sie das denn so (...).
 163 Das ist natürlich (...) natürlich gibt es das auch, ich meine ich mache das jetzt seit 20 Jahren,
 164 ich weiß nicht, ich habe nicht mitgezählt, wie viele Patienten ich gesehen habe in der Zeit,
 165 aber es waren bestimmt schon etliche Tausende und ja das ist dann halt nach der 20ten oder
 166 30 000ten Therapiestunde, da verselbstständigen sich Dinge einfach so. Narratives Reasoning
 167 ist da schon ziemlich groß dabei. Und ich weiß auch manchmal nicht, woher kommen jetzt
 168 gerade meine Schlüssel, meine cues, aber (...) die funktionieren häufiger, was dann natürlich
 169 auch eine ganz nette Selbstbestätigung ist. Spannend ist es natürlich auch, wenn es nicht
 170 funktioniert, dass man dann auch eben hinterfragt und es sich auch immer ganz deutlich
 171 macht, der/die Expertin für dein Problem bist du. Du weißt am meisten über dich, ich kann dir
 172 helfen dabei an bestimmte Dinge wieder dran zu kommen, auch vom Gedächtnis, wenn wir
 173 uns über Sachen unterhalten, wenn ich dir Fragen stelle, wenn wir etwas ausprobieren. Aber
 174 im Prinzip ist es wirklich so, der Klient steht da im Mittelpunkt. Und das ist auch, was ich
 175 jetzt mittlerweile so als positives Outcome habe, dass ich natürlich, ich bin jetzt seit fünf
 176 Jahren in dem Bereich, ich dann auch Mal ehemalige Patienten treffen und die mir dann auch
 177 sagen, das hat mir damals geholfen oder ich habe heute ein etwas entspannteres Verhältnis zu
 178 mir selber und zu meinen Erwartungen. Weil so ein bisschen hat es auch was so mit
 179 Selbstaktualisierung, so Rogers und so zu tun. Ich finde es auch immer wichtig, dass man
 180 seine eigene Person da noch miteinbringt und das eben aufzeigt oder auch sagt, ja wenn einer
 181 erzählt, ich habe so Angst ich muss da anrufen in der Wohngruppe und dann sage ich, du ich
 182 habe gerade neulich in Berlin angerufen wegen so einer Kunsttherapiegeschichte, da war ich
 183 auch Hölle aufgeregt, also ja auch zu veranschaulichen, hey ich habe auch Probleme, mir
 184 schlägt auch das Herz im Hals manchmal und dann vielleicht so zu reflektieren, ja warum ist
 185 denn das eigentlich so? Da geht es ja dann eigentlich häufig so, dass Dinge, die eine hohe
 186 Wichtigkeit haben oder dass man einen Widerstand hat, der irgendwo anders herkommt, der
 187 dann dazu führt.

188 I: Nutzen Sie dann in der Therapie hauptsächlich kreative Medien oder haben Sie hier auch
 189 die Möglichkeit mit den Jugendlichen irgendwie rauszugehen oder so alltägliche Sachen zu
 190 üben?

191 TN2: Ja, ich arbeite natürlich schon prinzipiell gerne kreativ, nur sage ich Mal, die
 192 Kreativität, die kann sich eben auch darin ausdrücken, dass man zum Beispiel, als jemand der
 193 das noch nie gemacht hat, Mal versucht ein Fahrrad zu reparieren. Wir haben hier auf dem
 194 Gelände auch die Möglichkeit dazu. Wir nutzen im Prinzip schon so ziemlich alles, was es an
 195 Möglichkeiten gibt. Ich habe natürlich auch immer wieder Patienten, also Jugendliche, die

196 sagen, also nein, der ganze Kunstkram ist nichts für mich. Und dann sage ich, das ist okay,
197 sag mir doch noch ein paar andere Dinge, die nichts für dich sind. Weil so meine Erfahrung
198 ist, manchmal braucht man auch erst Mal so 100 Dinge oder musst erst mal 100 Sachen los
199 werden, die unangenehm sind, die man nicht will, um dann vielleicht so einen Moment zu
200 haben, mhm aber das wäre vielleicht doch was. Und wir arbeiten, klar also wenn es um
201 kreatives Arbeiten geht, ist es im Prinzip ja diese Adaption eines Ziels auf bestimmte
202 Handlungen bezogen, also das kann was in der Interaktion sein, wenn wir in einer
203 Kleingruppe initiiert so ein Teamprozess starten. Es kann sein, dass es um Handlungsplanung
204 geht, wenn da höhere kognitive Leistungen erforderlich sind, dass ich das mache. Oder
205 dadurch im Prinzip letztlich so eine Situation schaffe, in der der Jugendliche wieder da so eine
206 Selbstkompetenz spürt, eine Selbstwirksamkeit. Ja, das kommt vor, was auch noch eben ein
207 Argument hier ist oder ja ein Thema, ist bei manchen Jugendlichen thematisch arbeiten
208 möchten, wenn sie schon soweit offen sind oder das auch transparent haben, was so ihr
209 Problem ist, sei es jetzt irgendein Trauma, häufiger auch Verlust von einem Elternteil oder
210 ähnliches. Das sie darüber arbeiten wollen oder sie sagen, ich weiß eigentlich wo ich hinwill,
211 ich brauche im Prinzip auf diesem Weg eine Begleitung. Das man einfach Mal guckt, dass im
212 Prinzip so Symbole dafür zu finden, was bedeutet denn ein Weg für dich, was ist denn das
213 eigentlich und was hast du denn bisher so erlebt, was dir bei der Umsetzung von deinen
214 Zielen geholfen hat und da kommt es auch vor, oder ist es auch häufiger, dass wir mit
215 Symbolen arbeiten, dass wir Kärtchen anfertigen mit Bildern, die die dann hier mit einem
216 Foto auf dem Gelände oder sonst wie machen, sich zusammen suchen, eine positive
217 Verstärkung. Das ist schon auch häufig.

218 I: Und wie gestalten Sie den Abschluss der Therapie?

219 TN2: Also das ist so, wenn möglich (lacht) das ist leider manchmal sehr kurzfristig, aber
220 wenn möglich findet natürlich nochmal ein Gespräch statt. Ich schaue natürlich, wenn ich das
221 weiß, wann Entlassdatum ist, dass wir dann bis dahin diese Sachen getan haben und schau
222 auch gern noch Mal zusammen mit den Jugendlichen dahin, wenn wir jetzt quasi was gemacht
223 haben zu Verhalten in Gruppen oder ähnlichem, dass ich sage, okay dann lass uns doch Mal
224 so für dich einen Abschied initiieren, wo du im Prinzip so das Positive, das du jetzt mit
225 anderen erlebt hast nochmal erleben kannst und dir klar werden kannst und es ist eigentlich,
226 habe ich was geschafft, weil ich habe es geschafft zu sagen was ich will oder ich habe es
227 geschafft auch Mal nein zu sagen. Das man im Prinzip so einen Abschluss schafft auch
228 theoretisch mit, was heißt theoretisch, in dem Fall mit anderen Mitpatienten, um es ja so
229 nochmal so erlebbar zu machen oder wenn es darum geht, dass man Verbesserung erzielt hat
230 in der Konzentration und bei Planungsfähigkeiten und ähnlichem, dass man das entweder das
231 Werkstück nochmal reflektiert oder halt wirklich auch noch Mal in einem anderen Kontext
232 macht.

233 I: Okay. So die nächsten Fragen beziehen sich eher so auf Ihre Institution. Also inwiefern
234 beeinflusst Ihre Institution Ihre ergotherapeutische Arbeit? Gibt es bestimmte Vorgaben, die
235 Sie erfüllen müssen?

236 TN2: Es gibt zum einen schon Vorgaben, was die Anzahl der Therapien angeht. Das sind im
237 Schnitt sechs bis sieben Therapien am Tag. Das ist eine Vorgabe. Die Form, das Setting, das
238 wird mir eigentlich nicht vorgegeben, das kann ich relativ frei gestalten. Ich habe natürlich
239 von der Besprechungsstruktur her einige Vorgaben, das heißt es gibt pro Station ein
240 interdisziplinäres Team pro Woche, es gibt Ergotherapie team, was alle 14 Tage mit Kollegen,
241 die im gleichen Bereich tätig sind wie ich es bin, stattfindet. Es gibt von der Institution her ja,
242 es gibt eben Mal auch eine klare Struktur, weil wir eben alles digital machen am Rechner, da
243 sind natürlich die Wege vorgeschrieben, in denen das stattzufinden hat und ja, was die
244 Dokumentation angeht da haben wir jetzt im Prinzip jetzt als Ergotherapieabteilung für uns

245 eben auch so eine Dokuhilfe, wie wir es nennen, das ist eigentlich ein ziemlich großes ICF
246 Korsett geworden. Wir haben es auch adaptiert für uns und haben versucht es sprachlich so zu
247 vereinfachen, dass die Kollegen es auch nutzen können. Ja ich habe natürlich auch,
248 Pflichtfortbildungen abzuleisten, ob das jetzt Hygiene, Brandschutz oder
249 Arbeitssicherheitseinweisung am Arbeitsplatz ist und solche Dinge (...) das muss ich auch
250 machen. Erste-Hilfe-Kurs jedes Jahr und solche Dinge (...) ja es gibt schon klare Strukturen,
251 das ist ja hier auch ein Landeskrankenhaus (lacht).

252 I: Und stoßen Sie aufgrund dieser Vorgaben auch auf Grenzen in Ihrer Arbeit?

253 TN2: Ja, ehrlich gesagt habe ich mir da vorher Gedanken gemacht, was ich auf die Frage
254 antworten soll (...). Ja und nein, also zum einen ist es natürlich schon so, ich habe ja ein
255 klares Arbeitszeitkontingent und habe eben, es gibt eben so Arbeitszeiten, in denen ich da sein
256 muss, allerdings ist z.B. so, dass Zeiten nach 17.30 Uhr nicht gewertet werden, das heißt ich
257 muss z.B., ich mache öfter Mal eine Kochgruppe und finde es eigentlich auch wichtig dann
258 mit den Jugendlichen noch zusammen zu essen, allerdings meistens ist es dann so, ich muss
259 das dann vorher klären mit meiner Abteilungsleitung, ob ich das denn dann darf, da es ja
260 quasi außerhalb meiner Regelarbeitszeit stattfindet. Da wäre es so ein kleines Moment (...) klar
261 bei der Beschaffung von bestimmten Therapiematerialien ist es natürlich für mich als
262 ehemaligen Selbstständigen immer eine kleine Qual, dass ich erst Mal einen Zettel ausfüllen
263 muss und ich irgendwo hinfahre und mir was besorgen muss, das ist natürlich schon ein
264 großer Unterschied zu meinem früheren Arbeiten. Aber gut ich bin jetzt sechseinhalb Jahre da
265 und ich habe mich da eigentlich daran gewöhnt. Ich empfinde die Institution, ja es gibt schon
266 immer Mal so Reibungspunkte, wenn eben neue Vorgaben sind, was Abrechnungsdinge
267 angeht (...) das ist erst Mal so eine Schwierigkeit oder so ein Stolperstein so emotional, dass
268 man denkt oh Gott das jetzt auch noch. Klar ich werde jetzt auch nicht jünger, das ist
269 sicherlich auch nochmal schwieriger für mich als vor zehn Jahren, da muss man auch sagen,
270 ich bin ja noch in der vordigitalen Zeit groß geworden, bin jetzt seit einem Jahr stolzer
271 Besitzer eines Mobiltelefons. Ja also ich tu mich da schon nicht so ganz leicht mit diesen
272 Veränderungen, aber so jetzt, dass ich sage, was uns, das kann ich sagen, was uns nervt, dass
273 unsere IT-Leitungen ziemlich langsam sind und wir manchmal das Problem haben noch
274 einige Minuten länger als eigentlich nötig am Rechner sitzen zu müssen, um unsere
275 Abrechnungen zu machen. Das ist eigentlich sowas was mich im Alltag am meisten betrifft.
276 Und sonst habe ich die Institution als sehr wertschätzend wahrgenommen und erlebt. Ich habe
277 unter anderem auch bestimmte Weiterbildungen unterstützt bekommen, was nicht
278 selbstverständlich war. Ich konnte, jetzt aktuell mache ich so eine DBT Weiterbildung, die
279 jetzt dieses Jahr zu Ende geht, was so über eineinhalb Jahre lief. Ich habe eigentlich immer,
280 bin ich hier auf ein offenes Ohr gestoßen. Gut, ich engagiere mich auch, ich leite auch die
281 andere Projektgruppe zu unserer Dokuhilfe, ich habe an anderen Projekten vom
282 Landeskrankenhaus teilgenommen als Teilnehmer. Also ich denke, also ich fühle mich da
283 schon gesehen in meinem Engagement, in meiner Wertigkeit.

284 I: Gibt es trotzdem etwas, was Sie gerne in der Einrichtung ändern würden, wenn Sie jetzt die
285 Möglichkeit dazu hätten?

286 TN2: Also ich würde schon viele Dinge anders machen. Aber mir ist auch klar, dass ich jetzt
287 quasi, ich bin in ein System gekommen, das ist jetzt 20 Jahre alt insgesamt, also hier die KJP
288 ist jetzt auch 20 Jahre alt und man kann da nicht (...) alles revolutionieren oder anders
289 machen. Dass das hier ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Haus ist, das ist einfach Mal
290 gesetzt. Ich bin eher tiefenpsychologisch orientiert, aber das ist halt so, was aber nicht für
291 mich bedeutet, dass ich mich da jetzt sehr eingeschränkt fühle. Ich arbeite weiter so, wie ich
292 das letztlich erst, das klingt jetzt vielleicht ein bisschen arrogant, wie ich es für richtig halte.
293 (Telefon klingelt – kurzes Telefonat) Ja ich würde schon einiges verändern, wobei ich auch

294 schon den Eindruck habe, es gibt auch eine große Offenheit Dinge zu verändern, Dinge
 295 anzugehen. Ich habe vor vier fünf Monaten auch so eine neue Gruppe initiiert, eine Aktiv-
 296 gruppe, das ist auch quasi für die Patienten auf der geschlossenen Station, wo man
 297 niederschwellige Angebote mit Bewegung macht, also wir machen einfach Mal 25 Minuten
 298 Bewegung im großen Raum, kleine Koordinationsspiele, ein paar gymnastische Übungen etc.
 299 Da ist auch eine große Offenheit da. Es ist auch Offenheit da gegenüber Veränderungen im
 300 Umgang mit Patienten mit Suizidalität oder selbstverletzendem Verhalten, wo man eben auch
 301 Pflege-Erziehungsdienst oder auch Ergotherapie und auch Psychotherapie und Ärzte schauen,
 302 wie können wir denn mehr DBT hierin bringen, wie können wir die Patienten da stärker
 303 unterstützen, und denen auch selbst Know-How an die Hand geben, wie sie mit
 304 Hochspannung und überhaupt Anspannung und auch so starken Gefühlen besser zurecht
 305 kommen. (...) ich sehe eigentlich jetzt meinen Bereich da in Bewegung und (...) finde es
 306 okay da teilzuhaben (...) und ja meine persönliche, mein persönlicher Horizont ist, dass ich
 307 bis zu meiner Rente, also sprich noch fast 20 Jahre, noch hier bleiben möchte.

308 I: Wie funktioniert für Sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit hier?

309 TN2: Also wir haben natürlich durch die Besprechungsstrukturen hier, auch Ansatzpunkte,
 310 wo wir uns austauschen. Es gibt darüber hinaus auch Fallsupervisionen (...) wo wir ja auch
 311 interdisziplinär zusammen sind. Es gibt eigentlich auch eine große, man sieht sich auch mal
 312 zwischenzeitlich, ich mache auch Mal ein kleines Projekt mit der Klinikschule zusammen, mit
 313 dem Lehrer zusammen oder mit der Mototherapie haben wir schon Projekte gemeinsam
 314 gemacht. Ja wir schauen eigentlich schon sehr, dass wir auch mit den Ärzten und
 315 Therapeuten, also Psychotherapeuten, eben eine Linie verfolgen. Also das ist auch schon ein
 316 ganz wichtiger Punkt, dass man sich klar macht, was, wie ist der denn so bei dir, wie ist der
 317 bei mir und wo sind denn so die Unterschiede und wo kommt das her? Dass man das eben
 318 nochmal so ein bisschen evaluiert, wie funktioniert das denn, was bedeutet es denn eigentlich
 319 auch, dass es so oder vielleicht auch verschieden ist. Ja sonst Zusammenarbeit ja, klar also mit
 320 meinen Kollegen aus der Ergotherapieabteilung, mit denen die auch im Bereich
 321 Kinderneurologie, Kinderjugendpsychiatrie arbeiten durch die Teamsitzungen und ich habe
 322 allerdings auch sehr viele Kontakte zu anderen, das kommt auch ein bisschen von der
 323 Projektleitung her, weil ich da im Prinzip (...) wir haben ein Probemodell von unserer
 324 Dokuhilfe, von diesem Korsett schonmal eben implementiert gehabt und (...) ja da hat man
 325 eben mit unterschiedlichsten Leuten zu tun. Ich habe Leute aus dem AT-Bereich, aus der
 326 Forensik oder aus der Gärtnerei, aus der Gerontopsychiatrie. Das ist natürlich ein ganz
 327 anderes arbeiten, als das mit dem Klientel, das ich jetzt habe und das finde ich aber auch
 328 bereichernd, also da bin ich denke ich ganz gut vernetzt.

329 I: Okay. Die nächsten Fragen werden sich jetzt mehr auf die Jugendlichen im speziellen
 330 beziehen. Durch welche Besonderheiten zeichnet denn sich für Sie die Lebensphase Jugend
 331 aus?

332 TN2: Gut Besonderheiten, in der Jugend läuft natürlich ganz viel ab
 333 Entwicklungspsychologisch (...) von Hirnreife über körperliche Reifeprozesse. Es ist
 334 natürlich auch vom emotionalen her, ist Pubertät, aber ich finde auch Kindheit kein ganz
 335 leichtes Feld (lacht). Da gibt es viele Aspekte, die da (...) eine Rolle spielen (...) wenn ich es
 336 jetzt so auf mein Klientel hier ein bisschen fokussiere, was da eben Besonderheiten in der
 337 Jugend sind, ist eigentlich schon durchgängig sind irgendwelche größeren oder länger
 338 anhaltenden Stressoren, was Mobbingfahrung sein kann, was traumatische Erlebnisse mit
 339 Eltern oder im Familienbereich sein können. Es gibt viele Jugendliche, die hierherkommen,
 340 die kulturelle Probleme haben, die (...) sei es jetzt in irgendeiner Weise einen
 341 Migrationshintergrund haben, einen sprachlichen Hintergrund haben, dass sie bilingual
 342 aufwachsen. Dann eben auch durch eine sozial eher schwächere oder auch nicht unbedingt

343 sozial, sondern auch vom Bildungsniveau her schwächere Sozialisation (...) Probleme haben
 344 sich in ihrem Lebensumfeld zu behaupten und da auch Erfolge zu erzielen. Kinder und
 345 Jugendliche, die körperliche Einschränkungen haben, sei es jetzt durch vielleicht simple
 346 Sachen, wie Adipositas oder aber auch so diese spätauffälligen Kinder, die eigentlich
 347 vielleicht eine infantile Zerebralparese Mal hatten, die immer so durchgeschlupft sind, weil
 348 sie clever waren und ähnliches. Das alles sind eigentlich so Besonderheiten, die sich in der
 349 Jugend besonders stark auswirken, weil da besonders viel Veränderung stattfindet in diesem
 350 Korrelat und wenn man da natürlich derjenige oder diejenige, die so immer am Rand oder
 351 drunter oder daneben ist, neben diesen Entwicklungen, dann hat man natürlich schon Mal was
 352 die Identitätsfindung angeht ein großes Problem. Dass man so gar nicht so kann, man ist nicht
 353 wie die anderen und man weiß, dass man nicht so ist und eigentlich will man auch gar nicht so
 354 sein, aber man versucht es zuerst Mal trotzdem und das ist natürlich, da geht viel Energie rein
 355 und das kann Kinder und Jugendliche schon sehr (...) ja sehr auch emotional schädigen
 356 erstmal. Das sehe ich schon so.

357 I: Und welche Themen und Herausforderungen haben die Jugendlichen?

358 TN2: Ja das ist ein sehr weites Feld. Klar das sind zum einen natürlich, wie ich schon
 359 angeklungen habe, soziale Aspekte, sozial Phobie, die dann entwickelt wird oder
 360 Anpassungsstörungen, die dann entwickelt werden. Das kann aber auch ein Transgender
 361 Thema sein dann, das kommt häufiger vor. Es kann sein, dass es in die Richtung geht, dass
 362 man zu Essstörungen neigt, also zu einer Anorexie oder Bulimie. Viele haben auch reaktive
 363 Depressionen (...) das sind alles so Problemfelder da eigentlich. Also es ist schon sehr global
 364 eigentlich so weit, wie eigentlich auch die Ursachen sind. So sind auch diese konkreten
 365 Probleme da. Also, klar was auch ein sehr häufiges Problem ist, dass Jugendliche, die
 366 hierherkommen und sich eigentlich Unterstützung und Hilfe einfordern, was ja schonmal ein
 367 recht gesunder Aspekt darstellt, dass man das überhaupt erkennen kann, dass man Hilfe
 368 braucht, die dann aber Probleme haben, diese Hilfe auch umgesetzt zu bekommen, seitens von
 369 Jugendämtern oder anderen sozialen Einrichtungen oder auch von den Eltern, die hier
 370 Verweigerungen aussprechen gegenüber bestimmten Medikamenten. Was meistens allerdings
 371 der Fall ist, wenn die ähnliche Probleme haben und eigentlich so das Moment (...) mir hat
 372 auch keiner geholfen früher, ich bin auch klar gekommen. Aber da man sonst auch
 373 akzeptieren müsste, dass da ein Problem ist, dass man vielleicht anders gelöst hätte. Ist die
 374 Frage damit so beantwortet?

375 I: Wie wirken sich denn diese Besonderheiten denn konkret auf die Zusammenarbeit mit den
 376 psychisch erkrankten Jugendlichen aus?

377 TN2: Sehr verschieden (lacht). Es gibt zum Beispiel, klar, bei Psychosen, bei Menschen, die
 378 qualitativ ein anderes erleben haben von Situationen, vom formalen Denken her vielleicht
 379 eingeschränkt sind und so weiter. Da ist natürlich es wichtig, dass man immer wieder auch
 380 schaut, ist derjenige überhaupt noch präsent oder ist er gerade dissoziiert, ist er noch mit mir
 381 in Kontakt oder sind da noch andere Leute im Raum, die für mich nicht sichtbar sind und
 382 wahrnehmbar sind. Dass man das eben auch immer wieder thematisiert, dass im Prinzip, also
 383 was durchgängig ist, dass man egal ob jetzt sozialphobisch oder psychotisch oder depressiv
 384 oder mit Zwängen behaftet oder sonst etwas, es geht immer darum, dass ich (...) einen Schritt
 385 mache, also etwas initiiere und aber auch schaue, wie (...) kann mir denn mein Gegenüber
 386 jetzt folgen, ist das verstanden, deswegen auch hier an meiner Tür „sagen ist nicht hören,
 387 hören ist nicht verstehen und verstehen ist nicht können.“ Ja, also das ist so ein, das ist eben
 388 wichtig, dass ich da immer mir die Rückkopplung hole und schaue, ist das denn
 389 angekommen? Und wenn es anders angekommen ist, dann hat man ja auch schon immer
 390 wieder ein Thema, dass man reflektieren kann. Und manche fragen ja, warum fragen Sie denn
 391 so viel. Dann sage ich, ja pass auf, ich bin vom Mars und du bist von der Venus und du redest

392 venosisch und ich marsianisch und wir müssen halt gucken, dass das so stimmt und jeder
 393 Mensch hat halt nun eben eine etwas andere Wirklichkeit und deswegen ist es vollkommen
 394 cool und okay auch darüber zu reden. Für manche ist es anstrengend (...) das sehe ich dann
 395 auch, das kann ich dann auch entsprechend würdigen, aber das ist eigentlich so durchgängig
 396 das entscheidende, dass man durch ein gewisses Know-How, gewissen Hintergrund zu diesen
 397 Erkrankungen und Störungsbildern eben auch das eigene tun adaptieren kann. Also jetzt nur
 398 intuitiv sein, das kann oft gut gehen, aber das reicht jetzt nicht aus, um bei irgendwelchen
 399 Warnsystemen oder bei Menschen, die so Anorexien haben, die haben auch ganz bestimmte
 400 Kognitionen, ganz bestimmte Grundgedanken dazu. Das muss man einfach wissen, damit ich
 401 sagen kann, dass auch meine Wirklichkeit, dass ich im Prinzip auch sowas so
 402 Selbstaktualisierung und so, dass ich da quasi auch (...) ja so ein Beispiel geben kann, wie die
 403 Wirklichkeit aussehen kann, die funktioniert insofern, dass man was machen kann.

404 I: Und wie unterscheidet sich jetzt die Arbeit zur Arbeit mit Kindern oder zu Erwachsenen?

405 TN2: Also mit Kindern ist es einfacher (...) manchmal zumindest was die Motivation
 406 angeht. Die kriegt man eher über körperliche Angebote in eine Bewegung rein oder in eine
 407 Veränderung rein. Erwachsene, also der Unterschied finde ich jetzt zu Erwachsenen ist nicht
 408 besonders groß. Es gibt natürlich schon so ein Verhalten, was jetzt auch so sozial auffällige
 409 Jugendliche gern zeigen, da werden dann gern irgendwelche Sprüche geklopft und sonst
 410 etwas. Das ist aber, ist mein Eindruck, dass sich das immer mehr auch ins höhere Alter
 411 verschiebt, also das ist ja (...) also mein Eindruck ist schon auch, dass es was das sprachliche
 412 angeht, wir gewöhnen uns halt so bestimmte Dinge ab, so nach jedem Wort Digger zu sagen
 413 oder (...) also das ist, ich habe auch gar keine Lust das alles mehr zu lernen, um da up to date
 414 zu sein. Aber es ist wirklich so, man muss da manchmal auch so ein bisschen was
 415 wegblicken, um nicht direkt da in eine Konfrontation zu kommen, wenn man eigentlich der
 416 Meinung ist, du kannst jetzt hier reden, aber wenn du dich um eine Lehrstelle bewirbst, kannst
 417 du so Sprüche nicht bringen. Glücklicherweise (...) kriegen die meisten das hin das
 418 auszusortieren (lacht). Und dann muss ich mich da auch nicht in irgendeine Konfrontation
 419 bewegen, das muss man dann schon ein bisschen wegblicken können, ja. Also meine
 420 persönliche Einstellung dazu ist auch, dass ich zwar, ich habe ein anderes Vokabular, aber
 421 mein Denken, würde ich jetzt nicht sagen, dass das mit gealtert wäre. Also ich finde, dass ich
 422 noch genauso denke, wie vor 30 Jahren. Ich habe andere Aspekte, die ich noch
 423 berücksichtige, ich habe andere Erfahrungen, die da eine Rolle spielen, aber ich sage jetzt Mal
 424 so salopp, was scheiße ist muss scheiße bleiben. Also ich würde jetzt diese spontanen
 425 Assoziationen etc., das ist im Kopf auch immer noch so vorhanden. Das finde ich eigentlich
 426 auch ganz nett, deswegen fühle ich mich glaube ich auch in dem Bereich wohl, weil ich das
 427 ganz gut akzeptieren kann.

428 I: Okay. Und wenn jetzt ein Jugendlicher zu Ihnen kommt, also was brauchen Sie dafür,
 429 welche Kompetenzen, welche Fähigkeiten, welches Wissen müssten Sie haben, um quasi in
 430 die Therapie einzutreten?

431 TN2: Also bei meinen eigenen Kompetenzen natürlich Mal (...) klar ein ausreichendes
 432 Fachwissen, um über das Störungsbild was zu wissen, aber auch so (...) ja über
 433 Kommunikation, über Körpersprache etwas zu wissen, es einordnen zu können, die
 434 Situationen einordnen zu können. Gewisse Empathie, ja vielleicht zuerst auch Mal eine
 435 Wertschätzung demgegenüber, was die Person so mitbringt (...) ich versuche eigentlich so
 436 auch, ja recht neutral zu sein, im Sinne von offen, also nicht jetzt (...) ah okay neue Anorexe,
 437 machen wir das und das, sondern wirklich einen wirklich individuellen Ansatz zu wählen. Ja
 438 (...) so noch mehr zu meinen Kompetenzen dann, also was auch so ich über die Patienten
 439 wissen muss, um anzufangen, oder was?

440 I: Vielleicht auch noch so welche speziellen Fortbildungen Sie jetzt für diesen Bereich
 441 gemacht haben?

442 TN3: Also für diesen Bereich, kann ich so nicht, also die Dialektische behaviorale Therapie
 443 Ausbildung, die habe ich jetzt gemacht. Ich habe ja vorher schon diese fünfjährige
 444 Weiterbildung Transaktionsanalyse gemacht. Ich habe Weiterbildungen in sensorischer
 445 Integrationstherapie, in motivierender Gesprächsführung. Neurologie, also Bobath, Perfetti.
 446 Also ich kann mich jetzt nicht mehr an alles erinnern, was ich gemacht habe, aber es ist aber
 447 schon viel und davon profitiere ich natürlich auch. Ich profitiere auch immer noch davon, dass
 448 ich in der Pädiatrie gearbeitet habe, in der Kinderneurologie auch Erfahrungen sammeln
 449 konnte, einfach weil wir häufiger hier Leute haben, die einfach von ihrer (...) tatsächlich eine
 450 Apraxie oder Ataxie haben, die Tick-Störungen haben und so weiter, was ich dann natürlich
 451 sehe und zuordnen kann, das ist schon so der Hintergrund.

452 I: Und nutzen Sie in ihrer Arbeit auch ergotherapeutische Modelle?

453 TN2: Ja, also ich nutze einmal CMOP, ja. Also COPM und auch den Circle of Occupation.
 454 Ich arbeite manchmal auch mit der Rollencheckliste von MOHO. ICF nutze ich schon auch, ja
 455 immer mehr auch für Zielformulierungen (...) und natürlich für Dokumentation. Manchmal
 456 ist es auch interessant sowas bisschen abgespacteres wie das KAWA Modell mit jemanden zu
 457 machen, gerade wenn die so aus dem asiatischen Hintergrund noch kommen, das ist echt
 458 spannend da Mal so zu sehen. Und also ich bin da sehr sehr weit gefasst, ja. Das einzige
 459 Modell mit dem ich mich nie so ganz anfreunden konnte war eigentlich das Bieler Modell,
 460 das ist mir zu technisch. Das ist nicht so mein Ding (lacht), aber das ist natürlich persönlich
 461 immer anders. Letztlich ist es immer wichtig, dass man das Konzept anwendet. Klar Clincial
 462 Reasoning spielt eine Rolle, da nutze ich eben auch verschiedene Aspekte davon für mich
 463 oder auch für den Austausch interdisziplinär und so. Um mir bewusst zu machen, wo kommt
 464 das jetzt her und wo habe ich so meine Schlüsselmomente mit dem Patienten. Das ist auch
 465 sowas was immer so einen selbst irgendwo so zum mitschwingen bringt, so eigene Aspekte
 466 also, ja. Ich würde schon sagen, dass ich viele Modelle nutze, ergotherapeutische Modelle, ich
 467 finde die sehr hilfreich, sie geben eine gewisse Struktur, man kann auch im Prinzip ganz gut
 468 mal verdeutlichen, wo man sich gerade befindet, also quasi so neue Aspekte wahrnehmen,
 469 etwas ausprobieren, es dann eben auch sich anzueignen, zu adaptieren für sich. Das finde ich
 470 immer ganz hilfreich und kann das auch nur empfehlen, sich damit auseinander zu setzen. Ich
 471 meine jetzt so wie mein Erstinterview das im Prinzip aus diesem eher für Kinder-Jugendliche
 472 gemachte Don't tell us vom COPM abgeleitet. Das habe ich nochmal radikal eingedampft, im
 473 Prinzip sind das eineinhalb Seiten. Weil ich halt gemerkt habe, du musst einfach
 474 niederschwellig bleiben und in dem Kontakt auch offenbleiben, wenn ich eben sehr viele
 475 Sachen abfrage und so, dann ist es für manche schon zu viel. Die können sich nicht so gut
 476 fokussieren und dann steigen die irgendwann aus und das möchte ich eigentlich vermeiden.

477 I: Okay. Jetzt mal so konkret im Bezug zu den Jugendlichen. Mit welchen Herausforderungen
 478 sind sie als Ergotherapeut speziell konfrontiert?

479 TN2: Ja also in erster Linie sind diese Herausforderungen in erster Linie eben vom Verhalten
 480 her der Jugendlichen und natürlich auch, wenn man so will den Symptomen, die sie tragen.
 481 Das ist in erster Linie die Herausforderung sich da zu adaptieren, sich anzupassen, auch (...) ja
 482 das irgendwo auch klar zu haben, was passiert denn jetzt gerade und so und das ist
 483 eigentlich so die Hauptherausforderung, trotz des Verhaltens was dann so schwierig oder
 484 behindernd ist im ersten Augenblick (...) im Kontakt zu bleiben. Das ist eigentlich so die (...) mein
 485 Hauptjob sage ich mal. Und das ist jetzt, ich (...) sehe es eigentlich auch ganz entspannt,
 486 also ich habe manchmal Leute, die sagen oh Ergo hatte ich schon, ist alles scheiße und es
 487 bringt ja nix und so. Dann sage ich, kann sein, dass dir das so passiert ist (...) ich kenne ein

488 paar Kollegen da könnte es so gewesen sein, aber es geht ja immer darum so ein bisschen zu
489 differenzieren und zu schauen, was ist denn das eigentlich gewesen und wenn man da offen
490 bleibt, dann hat man eigentlich oft das Erlebnis, dass so Widerstände eigentlich eher dazu
491 führen, dass jemand tiefer in Kontakt kommt und dann auch Sachen klarwerden, was das für
492 den bedeutet hat. Dass er z.B. irgendwann in einer Situation war, wo es darum ging, dass er
493 getestet wird oder von so einer Testung dann z.B. abhängt oder mitabhängt, ob das Kind auf
494 eine Förderschule kommt oder was anderes so. Oder allein das Gefühl zu haben, ich bin
495 anders als die anderen. Die anderen die dürfen auf dem Bolzplatz rumspielen und ich muss
496 hier in dieser Ergo hocken. Also sind ja alles eigentlich auch verständliche Gründe, ist halt
497 eigentlich so meine Grundthese auch. Also jedes Verhalten hat ja irgendwann Mal einen Sinn
498 gemacht und ist auf die Anforderung oder auf die Situation eingegangen und (...) es hat sich
499 überdauert oder vielleicht auch noch Mal in einer anderen Weise verändert, verfestigt, aber
500 letztlich hat es irgendwann Mal einen Sinn gemacht. Und das im Prinzip auch jungen
501 Menschen Mal rückzumelden, die wahrscheinlich oder häufig auch vom häuslichen familiären
502 Kontext her nicht besonders verständnisvoll angepackt werden. Dass man denen sagt, ja das
503 hat damals einen Sinn gemacht, du warst sechs Jahre alt und das ging dir so auf den Zeiger
504 und das hat dich überfordert, weil mit sechs kann man das nicht.

505 I: Was würden Sie so zu Ihren persönlichen Stärken zählen?

506 TN2: Ja, okay (lacht). Da fange ich Mal im Prinzip (...) letztlich ist also eine persönliche
507 Stärke sicherlich meine Erfahrung, die ich mittlerweile habe und (...) auch letztlich dieses
508 gewachsene Know-How über die Jahre und Jahrzehnte über verschiedenste Weiterbildungen,
509 Fortbildungen, das Studium. Das ist schon so ein wichtiger Punkt. Und was vielleicht auch
510 noch so eine Stärke von mir ist, dass ich zwar ganz gerne Konzepte benutze, aber dass ich
511 eigentlich auch sehr gerne freigeistig bin was das angeht und persönlich mir dann auch alles
512 Mal egal sein kann und ja wenn es jetzt gerade passt, gehen zum Kiosk, kaufen uns ein Eis.
513 Das kann auch Mal sein, dass es richtig und wichtig ist aus der Therapiesituation
514 auszubrechen, auch für den Therapeut. Und das kann man nicht immer machen dann ist es ja
515 nicht mehr therapeutisch (lacht) aber es ist eben wichtig sich die Freiheit zu nehmen und ich
516 nehme mir die Freiheit einfach und ich glaube, dass meine Abteilungsleiterin und mein
517 Vorgesetzter auch (...) ein Vertrauen haben, dass das noch richtig läuft, auch wenn der Mal
518 mit einem Eis über das Gelände läuft mit einem Jugendlichen, das ist immer noch
519 Ergotherapie. Das ist schon schön und das ist sicherlich meine Stärke, dass ich das auch (...) ja
520 ich kann das schon sachlich und eloquent rüberbringen, warum ich jetzt was mache. Und
521 wenn mich irgendjemand was fragt, dann würde mir bestimmt auch noch was dazu einfallen,
522 selbst wenn ich es mir jetzt vorher nicht groß überlegt hätte. Das ist halt so im Prinzip so der
523 Vorteil, wenn man viele Dinge so weiß und irgendwann so mitgekriegt hat. Ja aber so in
524 erster Linie glaub ich, dass ich wirklich so (...) würde ich jetzt so Mal meine Hauptstärke
525 sagen, dass ich da kreativ bin für andere, kreative Lösungen zu finden, dass ich also quasi
526 auch die Freiheit habe was ganz anderes zu machen ohne jetzt zu denken ohh muss das so
527 sein. Sondern, dass ich alles erkenne für den oder die passt das jetzt und dann ist das okay und
528 dann fühlt es sich auch für mich okay an. Ja das ist (...) sicherlich eine große Kompetenz,
529 weil das im Prinzip auch so eine Challenge für mich lange war das eben zuzulassen, das ist
530 mir nicht so in den Schoß gefallen, ich bin eher ein sehr strukturierter und klarer und wenn ich
531 das (...) ich kann den Stiefel auch fahren, aber ich denke mir immer die Zeit ist kostbar also
532 sowohl die vom Patienten als auch meine eigene Lebenszeit, weil jetzt bin ich mittlerweile 48,
533 jetzt kann ich mir nicht mehr sagen, okay wir können vielleicht nochmal doppelt so viele
534 haben, dann wäre ich schon 96, das halte ich für eher unwahrscheinlich. Also im Prinzip die
535 Zeit wird kostbarer und ich muss schauen, dass ich die gut nutze und ich bin bereit natürlich
536 das professionell und richtig zu machen und gestehe mir auch zu, dass ich so arbeiten kann
537 und das ist glaub halt aber auch eine Stärke von einem therapeutischen Beruf, dass wir das

538 letztlich können. Wir können das gestalten natürlich muss da was erreicht werden und es gibt
539 Ziele und es gibt klare Vorgaben, aber wie ich die dahin komme, das ist ja meins.

540 I: Gut, so wir wären dann jetzt mit den Hauptfragen durch. Gibt es noch abschließend
541 irgendeine Anmerkung oder irgendetwas, dass wir jetzt vergessen haben, was Ihnen noch
542 wichtig wäre zu sagen.

543 TN2: Nein, ich denke das lassen wir.

544 I: Gut, dann vielen Dank.

Transkript Interview 3

- 1 I: Zum Einstieg, vielleicht können Sie Mal einfach so ein bisschen was über Ihre berufliche
2 Laufbahn erzählen, also seit wann sie Ergotherapeutin sind und genau.
- 3 TN3: Ich bin seit 2007 Ergotherapeutin und ich habe sofort dann angefangen in der Kinder- und
4 Jugendpsychiatrie zu arbeiten, vorwiegend im Jugend Bereich, das war von Anfang an so mein
5 Steckenpferd muss man sagen. Dann habe ich noch Praxiserfahrungen gemacht, ja also in einer
6 Praxis gearbeitet, Pädiatrie gemacht, das habe ich so nebenberuflich gemacht quasi. Ich habe
7 nebenbei noch eine Honorararztschaft nach ein paar Jahren angefangen. Das habe ich, ich weiß
8 gar nicht, so vier Jahre lang habe ich das gemacht. Also an so einer Ausbildungseinrichtung. Genau
9 und arbeite im Grunde die ganze Zeit sonst Teilzeit hier in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- 10 I: Okay, wie alt sind Sie?
- 11 TN3: Ich bin 38 und vorher hatte ich noch, also ich habe auch einen Erstberuf, einen anderen. Ich
12 habe vorher Grafikdesign studiert und auch so gearbeitet und habe dann gewechselt und halt
13 Ergotherapie Ausbildung gemacht. Ja, so viel dazu.
- 14 I: Und mit welchem Klientel arbeiten Sie zurzeit?
- 15 TN3: Im Moment ausschließlich Jugendliche (...) ab ja elf, zwölf je nachdem wer da aufgenommen
16 wird bei uns.
- 17 I: Okay, bis zu welchem Alter?
- 18 TN3: 18.
- 19 I: 18, okay. Gut, also unser Thema bezieht sich ja speziell auf die Zusammenarbeit mit Jugendlichen
20 im Alter von 14 bis 18 Jahren. Unser Thema konkret ist betätigungsorientiertes und
21 klientenzentriertes Arbeiten. Was bedeuten denn für Sie diese Begriffe Betätigungsorientierung und
22 Klientenzentrierung?
- 23 TN3: Also ich fange Mal bei Klientenzentrierung an. Das bedeutet für mich in der Praxis, dass ich
24 individuell gucke, wo die Stärken und Schwächen jedes Patienten liegen oder wie sie sich auch selbst
25 einschätzen vorher, bevor wir hier anfangen mit irgendetwas. Und dass sie selbst mit mir zusammen
26 aber möglichst allein irgendwie ihre Ziele versuchen festzulegen, die sie hier erreichen möchten, an
27 denen sie arbeiten möchten, genau. Und es bedeutet auch für mich, dass ich eigentlich jetzt nicht
28 konsequent immer jedes Ziel durchdrücken möchte, wenn das im Alltag nicht funktioniert
29 sozusagen, also wenn es ist doch befindlichkeitsabhängig, gerade in dem Bereich. Da müssen wir
30 natürlich gucken, dass die Tagesform da mitspielt. Genau und dass wir uns auf die Bedürfnisse der
31 Patienten einrichten. Genau und betätigungsorientiert, ja das fließt da irgendwie so mit ein, dass es
32 dann natürlich (...) alltagstaugliche Geschichten sind oft, die sie mitnehmen können danach. Sachen,
33 die sie dann an der Hand haben und nicht irgendwie so ein Programm hier abspulen, was irgendwie
34 festgelegt ist oder so.
- 35 I: Okay, also würden Sie sagen, dass diese Begriffe auch auf Ihre Arbeit zutreffen? Und wenn ja, wie
36 setzen Sie diese um?
- 37 TN3: Also klientenzentriert, habe ich ja jetzt glaub ich schon so gesagt. Oder soll ich da jetzt noch
38 konkrete Beispiele (...) also ich habe da mein eigenes Therapiekonzept entwickelt, wie ich
39 Selbsteinschätzungen mache, muss ich gestehen. Weil wir das, was wir so an standardisierten
40 Instrumenten zur Verfügung haben, oftmals in meinem Bereich nicht gut umsetzbar erscheint und
41 auch zeitlich für das was wir an Rahmenbedingungen haben nicht wirklich funktioniert. Und daher
42 habe ich da eine ganz freie Art und Weise entwickelt, die ich aber bei ziemlich vielen Patienten

43 anwende, wenn sie dazu in der Lage sind. Die müssen dann bei mir oder dürfen dann bei mir ihre
 44 Hände auf ein Blatt Papier malen und dürfen dann nochmal so visuell ihre Stärken und Schwächen
 45 einschätzen und auf der Rückseite können sie dann ihre Wunsch- und Zielhand nochmal malen (...)
 46 sozusagen das ist so das womit ich arbeite so als erstes um irgendwie im Erstkontakt zu was zu
 47 kommen, um eine Grundlage zum Arbeiten zu haben. Genau (...) ja also was meinen sie genau mit
 48 betätigungsorientiert, das wäre nochmal interessant?

49 I: Ja also wir verstehen unter Betätigungsorientierung, dass man eben ganz alltagsnah mit den
 50 Jugendlichen arbeitet und halt wirklich deren spezielle Alltagsanliegen eingeht.

51 TN3: Genau (...) und da haben wir halt je nach Störungsbild natürlich irgendwie auch (...) ja, da
 52 arbeitet man natürlich mit den Ansätzen, die es so gibt. Wir haben halt je nach Klientel viele, die mit
 53 so Themen kommen wie Anspannung z.B., also es gibt jetzt (...) die sind eingeschränkt, können
 54 nicht zur Schule gehen, wegen irgendwelchen Anspannungen und da geht es erst Mal so um, wie mit
 55 Stress und Anspannung umgehen, wie kann ich mich entspannen und irgendwie mein Level runter
 56 fahren, genauso wie Selbstfürsorge und Selbstversorgung, also diese ganzen ADL Geschichten, die
 57 ja auch nochmal eine Rolle spielen können, also tatsächlich sehr individuell, wie ich jetzt da ran
 58 gehe.

59 I: Okay. Können Sie vielleicht Mal so einen kompletten Therapieprozess beschreiben, also von der
 60 Gestaltung des Erstkontaktes bis letztendlich zum Abschluss.

61 TN3: Puh. Das ist natürlich gar nicht so einfach, weil da müsste ich mir ja jetzt quasi sowas wie
 62 einen Patienten raussuchen. Also (...) ich versuche es Mal. Wenn die aufgenommen werden und ich
 63 das erste Mal mit denen in Kontakt komme, dann gibt es von mir aus jetzt Mal zuerst sowas wie ein
 64 Erstgespräch und da versuche ich zu explorieren, wie sie sich selber so einschätzen, wo die
 65 Einschränkungen im Alltag liegen, was die für Wünsche und Ziele haben, was verbessert werden
 66 sollte. Und nach Möglichkeit, wenn noch Zeit ist, versuche ich schon Mal was praktisches
 67 miteinzubauen, um so einen Einstieg in die Therapie zu gestalten. So das ist dann das Erste und dann
 68 ist so die Frage, natürlich was der Patient an Ressourcen mit sich bringt, das versuche ich natürlich
 69 vorher alles zu erfahren im Gespräch, welche Freizeitinteressen und so weiter. Ja und dann ist es halt
 70 die Frage, wie man halt (...) vielleicht hat jemand schon Wünsche und weiß schon was Ergo ist und
 71 bringt was mit, dann gehe ich da natürlich darauf ein und versuche an der Motivation, die sie haben
 72 irgendwie anzusetzen und wenn das halt total schwierig ist, meinetwegen bei einem depressiven
 73 Patienten, der gerade gar nichts kann so richtig und sich auch nicht selbst motivieren kann, dann
 74 versuche ich natürlich mit den Mitteln, die ich zur Verfügung habe, Sachen zur Auswahl zu geben,
 75 also dass man dann eher in was, ja das ist dann vielleicht im ersten Moment fremdmotiviert, aber
 76 dass wir dann da hinkommen, dass er dann selbst irgendwann Ideen entwickelt und Schritt für Schritt
 77 vielleicht wieder an das anknüpfen kann, was ihm Freude bereitet, was ihm hilft vielleicht
 78 motivierter zu sein, Freude zu empfinden, so (...) weiß nicht, so in der Richtung oder wollten Sie
 79 dann noch konkretere Sachen hören?

80 I: Ja, also vielleicht nochmal zum Erstkontakt, gibt es denn da Assessments, die sie nutzen oder
 81 machen Sie so als freies Gespräch?

82 TN3: Also ich versuche das (...) wie ich das vorhin schon gesagt habe, dass ich da dieses Gespräch
 83 mit diesem Visualisieren, also das ist ja kein Assessment an sich, sondern so meine Art. Ansonsten
 84 haben wir noch zur Verfügung, wenn das nicht funktioniert, einen wahrscheinlich doch schon etwas
 85 relativ älteren Bogen, der heißt, ich weiß nicht, ob sie das kennen, dieses Children's Assessment of
 86 Occupational Function, das ist so ein Selbstbeurteilungsbogen, es geht um
 87 Beschäftigungsfunktionen, das ist tatsächlich aber schon ein bisschen älter 1990 oder so. Kennen Sie
 88 das?

- 89 I: Ich bin mir nicht sicher, ob ich das richtige meine, aber ich werde es Mal im Internet suchen.
- 90 TN3: Das ist das, da gibt es so verschiedene Beschäftigungsbereiche und dann sollen die das
 91 ankreuzen (...) Stärke angemessen, Bedarf der Verbesserung, also die haben da so drei Spalten und
 92 sollen dann in denen sozusagen jeweiligen Bereichen gucken, was vielleicht, also das ist dann so
 93 eine strukturierte Form, wenn das mit dem Freien nicht klappt, dann nehme ich das. Genau, das sind
 94 so meine Mittel der Wahl.
- 95 I: Und bei der Gestaltung der Therapie, der Interventionen, welche Methoden oder
 96 Interventionsformen nutzen Sie denn dann?
- 97 TN3: Also das ist so breit gefächert, das geht von ganz (...) also wir sind ja hier ein
 98 verhaltenstherapeutisches Haus erstmal und natürlich arbeite ich auch mit diversen, ja was man
 99 klassisch aus der Ergotherapie kennt. Bedürfnisorientiert, ausdruckszentriert oder
 100 kompetenzzentriert. Das kann man alles so nennen (...) ja das ist schwierig so nach mehreren Jahren
 101 nochmal so die Begrifflichkeiten zu nennen. Eigentlich arbeite ich mit Ansätzen, bei bestimmten
 102 Patienten arbeite ich mit Ansätzen aus der DBT, ja das ist ein großes Thema bei uns. Da arbeiten wir
 103 viel mit. Achtsamkeit ist ein Thema bei uns, damit arbeite ich auch. Natürlich auch mit den ganz
 104 klassischen Mitteln, aber jetzt nicht, ich bin nicht so fokussiert, wir machen Korbflechten,
 105 Handwerksgeschichten oder so. Es ist ein bisschen breiter gefächert, ich suche mir immer so ein
 106 bisschen moderneren Methoden oder Mitteln, um irgendwie (...) da die Jugendlichen zu motivieren
 107 und um es auch, damit es irgendwie, also zeitgemäß und irgendwie relevant ist in ihrer Peer Group
 108 sozusagen. Überhaupt in ihrem Alter relevant, das versuche ich immer so. Was sollen die unbedingt
 109 mit einem Korb oder was auch immer.
- 110 I: Also bedienen Sie sich dann überwiegend an kreativen Medien oder haben Sie in ihrer Einrichtung
 111 auch die Möglichkeit z.B. mit den Jugendlichen rauszugehen oder sonst andere Aktivitäten zu
 112 machen?
- 113 TN3: Genau, wir können rausgehen. Das ist dann, wenn wir rausgehen, das ist halt wie gesagt
 114 Störungsbild abhängig. Wir können hier auch den SI-Ansatz für Psychiatrie nutzen, also jetzt nicht
 115 den mit den Kindern so, sondern ich meine schon das Konzept dann was eher für die Psychiatrie
 116 geschrieben ist. Mit dem Aktivitätenplan und diese ganzen Achtsamkeitsübungen machen wir fast
 117 nur draußen im Spaziergang und wir haben die Möglichkeiten das Klinikgelände zu nutzen, wir
 118 haben einen Hof und das machen wir auch regelmäßig, wenn das Wetter dazu in der Lage ist.
- 119 I: Und wie gestalten Sie dann den Abschluss der Therapie?
- 120 TN3: Den Abschluss der Therapie versuchen wir, je nach Patient so zu gestalten (...) also ich hole
 121 nochmal das Blatt vom Anfang vom Erstgespräch raus und gucke mit dem Patienten zusammen, also
 122 entweder, dass ich nochmal ein komplett neues machen lassen und wir vergleichen das oder wenn
 123 ein Patient Schwierigkeiten hatte Sachen für sich zu finden, gucken ob es was zu ergänzen ist, ob
 124 etwas erreicht wurde, ob sich etwas verändert hat und so. Genau, also das mache ich häufig,
 125 ansonsten machen wir je nach dem wie jemand hier entlassen wird natürlich so eine Art
 126 Abschlusswerkstück oder der Wunsch, was hat dir am besten gefallen, was willst du unbedingt
 127 nochmal machen, das kann man einbauen in die letzte Therapiestunde. Das ist halt natürlich bei uns
 128 manchmal ein bisschen schwierig, manchmal werden die unverhofft entlassen.
- 129 I: Okay, gut also die nächsten Fragen richten sich jetzt noch ein bisschen auf ihre Institution. Haben
 130 sie bestimmte Vorgaben von der Institution wie Sie die Ergotherapie gestalten sollen?
- 131 TN3: Nein tatsächlich habe ich da, außer vom Zeitfaktor her ungefähr, was dann irgendwie mit
 132 Abrechnungskram zutun hat, habe ich konkret inhaltlich wenig Vorgaben eigentlich. Also natürlich,
 133 also ich kriege von den Ärzten Anmeldungen, also Konsile und da steht dann meinetwegen so etwas

134 drin, wie Förderung Emotionswahrnehmung oder Ressourcenaktivierung und sowas grobes. Und
 135 natürlich versuche ich mich irgendwie danach zu richten, wenn das sinnvoll ist (lacht), genau. Aber
 136 ansonsten bin ich frei in meiner Therapiegestaltung.

137 I: Okay, wie sind so diesen zeitlichen Vorgaben für die Therapien?

138 TN3: Na eine Therapie sollte die 60 Minuten eigentlich überschreiten.

139 I: Okay, also das ist dann eine Einzeltherapie?

140 TN3: Das ist unterschiedlich, das kommt auch auf den Patienten an, was er durchhält oder so. Die
 141 Erstgespräche dauern meistens maximal 45 Minuten und die Einzeltherapien dauern auch maximal
 142 45 Minuten. Und je nachdem was geplant ist, wenn wir irgendwas Großes in der Küche backen oder
 143 sowas, dann kann das auch Mal ein bisschen länger dauern. Aber so das Gruppensetting ist dann
 144 meistens so 60 Minuten, so in etwa schätze ich das.

145 I: Okay und stoßen Sie aber auf irgendwelche Grenzen in Ihrer Einrichtung?

146 TN3: Ja und zwar haben wir die Angewohnheit bei uns, dass in den Ferien eigentlich Ferienprojekte
 147 angeboten werden können. Ich habe dann immer mit den Jugendlichen Ausflüge in eine Einrichtung
 148 gemacht, wo man klettern kann, auch so ja mit interaktiven Spielen angeleitet war extern und da
 149 haben wir jetzt durch das neue Abrechnungssystem in der Psychiatrie doch ein paar Probleme, weil
 150 es gibt jetzt große Vorgaben wie viele Arztkontakte stattfinden müssen und ja also man ist
 151 reglementiert jetzt in solchen Ausflugsgeschichten, was man besonderes machen kann, wenn man
 152 eigentlich die Möglichkeit hätte. Das ist so ein bisschen schwierig und die Rahmenbedingungen bei
 153 uns sind echt so ein bisschen, ja (...) viele andere Berufsgruppen sind durch das neue
 154 Abrechnungssystem wichtiger in der Hierarchie, das war früher nicht so. Wir hatten sehr flache
 155 Hierarchien hier und das hat sich verändert, weil dieses System halt vorgibt der Psychologe und der
 156 Mediziner die sind, die kriegen mehr Geld, das ist lukrativer und wir mit unseren Therapieformen,
 157 sowohl Ergo, als auch Kunst, Musik und so weiter, sind ja einfach nicht so wichtig, weil wir
 158 erbringen halt nicht so viel und werden nicht so viel dafür bezahlt leider.

159 I: Okay, gibt es denn etwas, dass Sie gerne in Ihrer Einrichtung verändern würden, wenn Sie die
 160 Möglichkeit dazu hätten?

161 TN3: Ja, also das würde ich z.B. wieder abschaffen (lacht), dieses ja diese Form der Abrechnung
 162 würde ich sofort wieder abschaffen, weil das einfach inhaltlich qualitativ furchtbar geworden ist, das
 163 ist schlecht. Ja das hat sich sehr sehr verschlechtert. Genau also es ist für mich nicht mehr im Sinne
 164 des Patienten.

165 I: Okay, wie funktioniert denn für Sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit?

166 TN3: War schonmal besser, weil als ich hier angefangen hatte muss ich sagen das war kein Problem,
 167 das war super. Man hatte das Gefühl gehabt man die Berufsgruppen ergänzen sich, man lernt
 168 voneinander. Der Austausch war gut, weil es war auch genug Zeit für den Austausch, das Problem
 169 haben wir jetzt, dass einfach nicht mehr genug Zeit ist für Austausch. Dass wir uns eher ins Gehege
 170 kommen, dass die Therapieplanungen so schwierig geworden sind, dass man manchmal den
 171 Patienten gar nicht bekommt. Dass man, man plant eine Gruppe, man plant dann wirklich Konkretes
 172 und ich mache ja keine offenen Gruppen, ich mache nicht irgendwie so ihr könnt Mal alle hier immer
 173 zu einem festen Termin kommen, sondern es sind immer sehr gezielte Sachen und da haben wir
 174 schonmal das Problem dann, wenn der Patient nicht verfügbar ist, weil mir irgendjemand
 175 reingrätscht, der Arzt der Psychologe, wer auch immer. Dann geht das natürlich auch, ich kann das ja
 176 nicht ersetzen, genau. Das ist schade leider.

177 I: Gibt es denn gemeinsame Teamsitzungen?

178 TN3: Also es gibt Visiten auf jeder Station und es ist so, dass wir in den Oberarztvisiten dabei sein
 179 können und uns da natürlich informieren, aber da ist ja die Zeit ist so bemessen, dass man im Grunde
 180 schon sehr ausgewählt Beiträge leistet, wenn man es wirklich für sehr relevant hält, dass man dann
 181 so sage ich jetzt Mal seine Meinung zu Patienten, seine Einschätzung mit abgibt. Also z.B. was ich
 182 gar nicht erwähnt habe, dass wir auch Diagnostik mache ich auch. Also so im ADHS Bereich mache
 183 ich auch die Aufmerksamkeitstestung und natürlich die motorische Testung mache ich auch, aber
 184 natürlich nur nach Auftrag, wenn ich ein konkretes Anliegen vom Arzt oder so kriege.

185 I: Gut die nächsten Fragen werden sich jetzt noch mehr so auf die Lebensphase der Jugendlichen
 186 beziehen. Durch welche Besonderheiten zeichnet sich denn für Sie die Lebensphase Jugend aus?

187 TN3: Nochmal, können Sie es nochmal, hab es akustisch nicht (...).

188 I: Ja, also durch welche Besonderheiten zeichnet sich für Sie die Lebensphase Jugend aus, also
 189 welche Herausforderungen und Themen haben die Jugendlichen?

190 TN3: Also die Themen oder ja also erstmal so grob gesagt würde ich sagen haben wir halt diese Ich-
 191 Identität, diese Findung von wer bin ich und was will ich eigentlich und diese kritische
 192 Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt denke ich. Das ist so ein Thema. Dann ja Sexualität ist
 193 ein großes Thema im Sinne auch der Identität, wir haben ja jetzt vermehrt (...) beobachten wir jetzt
 194 eine Zunahme von diesen transidentitären Patienten oder ja natürlich auch gleichgeschlechtliche
 195 Themen, wenn es da so eine Art Krise gibt, wo man sich nicht so richtig einschätzen kann oder viel
 196 haben wir auch so Schulproblematiken, dass der Leistungsdruck zu enorm ist, der zu gute Schüler ist
 197 manchmal der Leistungsdruck enorm und die Ablösung der Eltern ist auch oft ein Thema. So das ist
 198 so (...) also zu den Eltern die Abnabelung und ja. Je nachdem in welchem Umfeld, Bereich, wie ihre
 199 Konstellation ist halt, wie gut die damit klarkommen oder nicht. Das sind große Themen.

200 I: Und wie wirken sich diese Besonderheiten auf die Zusammenarbeit mit den psychisch erkrankten
 201 Jugendlichen aus?

202 TN3: Jetzt von meiner Seite oder von deren Seite?

203 I: Also vielleicht eher von Ihrer Seite, also was ist der Unterschied zur Arbeit mit Erwachsenen oder
 204 mit Kindern?

205 TN3: Schwierig zu sagen, also der Unterschied ist, dass die Jugendlichen zwar einerseits noch nicht
 206 so gefestigt sind wie Erwachsene, aber auch nicht mehr so offen wie Kinder. Also man ist da
 207 irgendwie (...) also man braucht einen sehr langen Geduldsfaden und eine große Schwelle an diesen,
 208 an der Einstellung von dieser ihr seid Anstrengend aber willkommen, oder dieses, ich weiß nicht wie
 209 man es ausdrücken soll, also diese spezielle Phase im Leben, dieses hin und her gerissen sein
 210 manchmal vielleicht oder dieses speziell Pubertäre, ich glaube die stoßen dann im Alltag auch nicht
 211 immer auf Wohlwollen. Und da glaube ich muss man, wenn man mit diesem Klientel arbeitet, eine
 212 große Toleranz mitbringen, weil ja man muss es halt auch viel aushalten manchmal glaube ich.

213 I: Okay, also welche Herausforderungen entstehen dadurch speziell für Sie als Ergotherapeutin.

214 TN3: Na Herausforderungen bestehen insofern, dass man immer, man muss sehr flexibel sein,
 215 wirklich sehr flexibel und immer diese Mischung aus manchmal noch Grenzen setzen, weil die doch
 216 die auch brauchen und Strukturen vorgeben, weil sie vielleicht nötig sind, aber trotzdem genug
 217 Freiraum anbieten. Das ist eine große Herausforderung. Und natürlich immer die Rolle des
 218 Erwachsenen, weil das ist in dem Alter auch immer wieder eine kritische Rolle manchmal, da immer
 219 wieder zu gucken, ja man ist kein Pädagoge, sondern ein neutraler Therapeut und da muss man sich
 220 auch immer wieder selbst hinterfragen.

- 221 I: Okay, wenn jetzt ein Jugendlicher zu Ihnen kommt. Was brauchen Sie da Fähigkeiten, an Wissen
222 oder an Kompetenzen?
- 223 TN3: Also grundlegend braucht man glaub ich erstmal ein vernünftiges Menschenbild glaube ich
224 und eine wertschätzende Einstellung zum Menschen allgemein, würde ich jetzt sagen. Und
225 Verständnis für diese spezielle Lebensphase, denke ich. Ich glaube, wenn man da mit Vorurteilen
226 jetzt belastet wäre, wird es sehr schwierig da irgendwie zu arbeiten. Ich weiß gar nicht (...) ich denke
227 man muss offen sein, man muss auch kritikfähig sein, aber man ja man sollte kooperativ arbeiten
228 können. Das ist schwierig einzuschätzen, also das ist schon (...) eine Mischung aus Zuckerbrot und
229 Peitsche, wäre jetzt ein bisschen altbacken gesagt, aber diese Mischung davon, verstehen Sie was ich
230 meine (lacht)?
- 231 I: Haben Sie denn spezielle Fortbildungen für diesem Bereich gemacht?
- 232 TN3: Ich habe keine spezielle (...) also nein, habe ich erstmal in erster Linie nicht jetzt irgendwie
233 eine Fortbildung für die Arbeit mit Jugendlichen gemacht, gar nicht. Ich habe Fortbildungen gemacht
234 im Bereich von welchen Ansätzen man halt arbeiten können.
- 235 I: Okay, welche würden Sie da vielleicht für die Jugendlichen empfehlen?
- 236 TN3: Also ich persönlich habe jetzt eine Genusstrainings Fortbildung gemacht, das finde ich ganz
237 sinnvoll in dem Bereich. Das geht zwar auch in die Erwachsenenpsychiatrie, aber das ich finde ich
238 ganz passend. Was man auch machen könnte, denke ich, ist so dieses Stressbewältigungsseminar,
239 wie man jemand anleitet mit Stress selbst umzugehen. Das habe ich jetzt nicht gemacht, aber das
240 wäre etwas was ich noch machen wollen würde. Genau und dann (...) ich weiß nicht, ich finde ich
241 persönlich habe jetzt nicht das Gefühl, dass ich eine Fortbildung für das Klientel bräuchte an sich.
242 Sondern dass man halt gucken muss, womit man denn arbeitet mit, mit was für Störungsbildern denn
243 konfrontiert ist und dann muss man halt anpassen.
- 244 I: Okay, nutzen Sie denn für Ihre Arbeit ergotherapeutische Modelle?
- 245 TN3: Zum Beispiel? Sagen Sie Mal Beispiele.
- 246 I: MOHO oder CMOP-E oder so etwas.
- 247 TN3: Ich muss gestehen, ich habe das ja auch alles in meiner Ausbildung gelernt, aber das ist jetzt
248 nicht wo ich irgendwie, ich arbeite nicht nach einem einzelnen Modell, das mache ich nicht (...)
249 nein, das kann ich mir praktisch kaum vorstellen.
- 250 I: Okay. Was würden Sie so zu Ihren persönlichen Stärken zählen?
- 251 TN3: Zu meinen persönlichen Stärken (...) also in der Arbeit auf jeden Fall Geduld, Flexibilität auf
252 jeden Fall auch. Empathie, Kreativität denke ich, auf jeden Fall. Ja (...) kommunikativ. So würde ich
253 mich jetzt erstmal grob einschätzen.
- 254 I: Okay. Gut dann wären wir jetzt so mit diesen Hauptfragen durch. Falls Sie jetzt noch irgendeine
255 abschließende Anmerkung haben oder noch irgendwas, was Sie gerne ergänzen möchten, was
256 vielleicht noch wichtig wäre zu sagen.
- 257 TN3: Nein ich glaube ich habe das wichtigste jetzt erstmal so gesagt.

Transkript Interview 4

- 1 I: Also wir haben erstmal ein paar Einstiegsfragen, wie denn Ihre oder deine berufliche
2 Laufbahn aussieht und wann und wo du die Ausbildung zur Ergotherapeutin gemacht hast.
- 3 TN4: (lacht) Ich bin ja jetzt schon 60 Jahre und von daher/ Ach ich bin ja schon seit 25 Jahren
4 im Beruf (...) Habe dann die Kunsttherapie bei der Bildung (...) also die Gestaltungstherapie in
5 Stuttgart in der Kunsttherapie (Ortsangabe) gemacht. Das ging ja auch berufsbegleitend mehrere
6 Jahre (...) dann den Heilpraktiker für Psychotherapie und sonst eben übliche Fortbildungen im
7 systemischen Bereich oder alles Mögliche auch gemischt, was einen gerade interessiert. Also
8 ich habe auch mal eine Zeit lang mit Kindern gearbeitet, arbeite aber jetzt seit den letzten 10
9 Jahren, 15 Jahren mit Erwachsenenbereich Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie.
- 10 I: Okay
- 11 TN4: Das ist auch der Bereich mit den Jugendlichen dann.
- 12 I: Genau. //Dann//
- 13 TN4: //Also// Jugendliche. Beschränkt also ab 16 Jahren, manche ab 14, aber manchmal also
14 das ist so ungefähr joar (...) Vielleicht so (seufzt) 1/5 oder weniger.
- 15 I: Also wo du jetzt mit Jugendlichen arbeitest?
- 16 TN4: Ja.
- 17 I: Ok.
- 18 TN4: Relativ wenig.
- 19 I: 25 Jahre sind Sie jetzt oder Du (lacht) schon im Beruf, Entschuldigung.
- 20 T4: (lacht)
- 21 I: Dann hätten wir die nächste Frage. Wie alt du bist?
- 22 TN4: 60
- 23 I: 60 Ok.
- 24 TN4: Ja noch länger als 25. Ich muss jetzt gerade mal überlegen (...) Ich bin ja eigentlich schon
25 länger im Beruf. Ich war ja vorher angestellt, noch bevor ich mich selbstständig gemacht habe.
26 Das heißt ich bin 25 Jahre selbstständig und vorher auch in Praxen in Vertretung und dann war
27 ich mal kurz in der Schule als Dozentin und dann war ich vorher Angestellte, auch im Bereich
28 Psychiatrie in einer Übergangseinrichtung für psychisch Kranke, habe da die Abteilung
29 aufgebaut und vor der Ausbildung habe ich auch schon Praktikum gemacht.
- 30 I: Mhm (bejahend)

31 TN4: Auch in der Psychiatrie, also immer der Bereich.

32 I: Okay, gut. Die nächsten Fragen beziehen sich jetzt alle auf die Zusammenarbeit eben mit den
33 Jugendlichen.

34 TN4: Ok

35 I: Von 14 bis 18 Jahren.

36 TN4: 14 bis 18, ich bemühe mich.

37 I: (lacht) Ok, also die erste Frage wäre dann erst einmal: Was bedeutet für Sie
38 betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten. Das ist ja das Thema unserer
39 Bachelorarbeit.

40 TN4: Ja

41 I: Was das für dich bedeutet.

42 TN4: Also einmal klientenzentriert und einmal betätigungsorientiert. Unterscheidet ihr das?

43 I: Also, es kann verschwimmen aber einfach deine persönliche Definition.

44 TN4: Mhm (bejahend). Klientenzentriert sowieso. Also (...) Das ist ja eigentlich/ Ich mache ja
45 hauptsächlich Einzelarbeit muss ich noch dazu sagen. Wenn dann manchmal bei Leuten die
46 länger da sind Gruppen, wenn es mehr bei chronischen Erkrankungen ist. Sonst mache ich
47 Einzelarbeit und die Arbeit kann/ Sind manchmal nur 10 Stunden. Jetzt habe ich einen
48 Jugendlichen gehabt, 10 Stunden, fertig. Und wenn ich da effektiv arbeiten möchte, in kurzer
49 Zeit kann es nicht anders als klientenzentriert sein. (...) Es muss immer auf die jeweiligen
50 Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnitten sein und die sind ja auch ganz unterschiedlich. Also
51 und um das rauszukriegen da braucht es ja auch manchmal 2,3,4 Stunden. Also 10 Stunden ist
52 fast ein Drittel um das rauszukriegen, mindestens. Mindestens, ein Drittel. Das ist ganz, ganz
53 wichtig um effektiv zu arbeiten. Jetzt (...) Das klientenzentrierte ist ja ein ganz allgemeiner
54 Begriff, also da kann man ja (...) Das heißt ja, dass was den Betroffenen/ auf den eigentlich
55 zugeschnitten ist. Und das muss man ja erstmal eruieren. Und DANN ist da/ kommt das wie
56 Eruieren, was wichtig für einen ist und DANN kommt das mit der Betätigung. Und die
57 Betätigung ist (...) DAS Mittel was wir verwenden, in der Regel, als Ergotherapeuten.

58 I: Mhm (bejahend)

59 TN4: Ja. Wobei die Betätigung jetzt natürlich (lacht) auch ein allgemeiner Begriff ist. Welche
60 Art der Betätigung (...) ich sage Betätigung im Alltagskontext/ Würde ich noch dazufügen. Das
61 man es da auch verankert und innerhalb von dem Alltagskontext gibt es ja auch verschiedene
62 Bereiche, Interessen die ja je nachdem wichtig für einen sind. Also vielleicht so kurz
63 zusammengefasst. Jetzt sind wir immer noch sehr im Allgemeinen, aber wenn ihr noch mehr
64 wissen wollt, müsst ihr halt differenzierter fragen, ne.

65 I: Ja, da kommen noch Fragen. Würdest du denn sagen, dass die Begriffe so auf deine //Arbeit
66 zutreffen? //

67 TN4: //Ja auf jeden Fall. // Also das ist schon ein großer Schwerpunkt. Ich überlege gerade wie
68 ich jetzt gerade das Kreative unterkriege (...) Doch, doch. (...) Weil ich ja auch als
69 Kunsttherapeutin zum/ Doch/ Also (...) Ich denke, dass hat ja letzten Endes auch was mit
70 Betätigung zu tun. Ja, klar.

71 I: Ok, gut

72 TN4: Also es wird mir manchmal ein bisschen zu unterbewertet im Studiengang, die Kreativität
73 an sich, was man heutzutage so lernt (...) also glaube ich. Weil ich denke das ist für MICH
74 Kreativität, auch ein ganz wichtiger Punkt

75 I: Genau, das hattest du ja auch direkt geschrieben, dass du das viel auch anwendest und das
76 auch sehr wichtig findest.

77 TN4: Ja. Man kommt dann oft (...) Oft sind es so rein Betätigungsmodelle (...) Die sind ein
78 bisschen so, aber zu trocken und dann ist es ein bisschen spielerisch und kreativ und man kommt
79 eher mit kreativen Methoden zu einer anderen Leichtigkeit oder zum Experimentellen.

80 I: Ja. Kannst du uns einfach mal quasi einen kompletten Therapieprozess beschreiben. Also
81 vom Erstkontakt, wie du dann ins Handeln kommst oder die //Therapie//

82 TN4: //Naja jetzt// sind die natürlich ganz unterschiedlich diese (...) diese Prozesse. Da habe
83 ich mich jetzt auch nicht vorbereitet, aber (...) was typisch ist (...) Was ich halt ab und zu oder
84 öfters habe bei Jugendlichen, sind Essgestörte. Das ist so ein Bild (...) Das sind auch dann
85 Mädchen, was mir hier und da öfters überwiesen wird. Das heißt, also jetzt gehen wir mal davon
86 aus, ein Bild von jemanden (...) Das fällt mir jetzt ein, weil es häufiger ist, der eine Anorexie
87 hatte, in der Klinik war und das Mädels ist/ das war relativ jung, 14 oder so. Und das kommt von
88 der Klinik und wäre da fast gestorben und hat eine völlig falsche Wahrnehmung, auch was das
89 eigene Körperbild betrifft. Ja. Jetzt gibt es natürlich mehrere Punkte wie man jetzt ansetzten
90 kann. Das einmal (...) Das direkte Krankheitsbild, die Wahrnehmung, dann weiterhin das
91 umsetzten was in der Klinik erklärt worden ist, wie man jetzt weiterhin mit Essen umgeht und
92 (...) also Körperbild, praktische Umsetzung, Essen, Alltagsgestaltung, Schule bewältigen. Die
93 haben oft so einen Leistungsdruck und dann natürlich auch sozioemotionale Kontakte (...) Ja.
94 Jetzt, wo fangen wir an.

95 I: Vielleicht wie zum Beispiel ein Erstgespräch aussieht.

96 TN4: Ja genau. Das ist dann so, dass es meist etwas rausgezogen ist, was dem Patienten oder
97 der Patientin am wichtigsten ist. Ich habe damals mich entschieden für die
98 Körperwahrnehmung, weil sie immer noch dachte sie sei zu dick, obwohl sie eigentlich (...)
99 recht schlank war. Also (unv.) lebensbedrohlich. Und das war für uns beide die
100 Anfangszielsetzung. Also wir machen am Anfang ein Gespräch und machen kurz worum es
101 eigentlich geht und mit Schwerpunkt wo die Patientin grade steht. Also ich mache jetzt nicht
102 so eine lange Anamnese von der ganzen Geschichte, sondern bin relativ effektiv, schnell und

103 gucke was ist im MOMENT wichtig und versuche möglichst in einer Stunde schon einen
 104 Schwerpunkt rauszukriegen, manchmal braucht es zwei, aber meistens in einer. Und das war
 105 eben dann (...) ja, Aufnahme. Wo ich dann verschieden frage, ich frage so im Moment ab „Wie
 106 sieht es aus“ und „Wie geht es ihnen im Moment“ und „Was wollen sie am ehesten, wo sind so
 107 die meisten Schwierigkeiten und was ist eben die naheliegende Zielsetzung.“ Und versuche
 108 dann im Moment sofort eine kleine Zielsetzung woran wir in den nächsten Stunden arbeiten
 109 herauszufinden. Grobe Zielsetzung „Ich möchte das Schuljahr schaffen, möchte (...) ja
 110 Kontaktfähig sein, möchte meine Interessen wahrnehmen (...) möchte nicht nur lernen, sondern
 111 auch andere Interessen haben, möchte an mir selber arbeiten. Mit der Körperwahrnehmung das
 112 haben wir jetzt gemacht, also da haben wir also auch mit dem Spiegelbild gearbeitet und einmal
 113 einfach auch die Konturen nachgemalt und oft so Selbstdarstellung. Ich habe sie Fotos machen
 114 lassen und die dann mit korrigiert (...) mit der eigenen Wahrnehmung. So, das war zum Beispiel
 115 ein Anfang und dann ging es weiter (...) Das ist jetzt doch ein bisschen ein kreativer Prozess
 116 des Ausdrucks von ihrer eigenen inneren Gefühlswelt. Also, ja ?

117 I: Mhm (bejahend)

118 TN4: Also Korrektur mit Eigen- und Fremdwahrnehmung, reale Wahrnehmung, dann hin zur
 119 eigenen Innenwelt. Das war ihr auch sehr wichtig, um mit eigenen Konflikten und Gefühlen
 120 wahrzukommen, auch SIE zu stärken (...) auch mal Konflikte überhaupt wahrzunehmen und
 121 sich selber besser wahrzunehmen und dafür einzustehen. Und dann kann man also sehr gut,
 122 grade bei den jungen Mädels, mit kreativen Mitteln arbeiten, weil die sich leichter tun (...) Also
 123 ich glaub ich habe eins/ Schade weil ich hätte euch gerne einen Prozess natürlich in der Praxis
 124 zeigen können, ge (...) Aber sie hat mir eine Abschiedskarte, moment ich glaube, Stopp (...)
 125 Wie sie das empfunden hat (...) (Verlässt den Raum)

126 TN4: (Kommt mit Abschiedskarte der Klientin wieder und legt diese auf den Tisch) Ja doch,
 127 ich habe gerade geschaut. Da hat sie mir noch ein Bild/ Also das ist so das typische/ Das fand
 128 ich ja auch so schön irgendwie/ Das hat sie mir (...) wie sie den Prozess empfunden hat. Also
 129 das hier ist im Kopf das hier (...) und dann hier auf Papier (zeigt auf Karte).

130 (Auf der Karte war ein Mensch in 3 Phasen zu sehen, 1. Kopf besteht aus Verwirbelungen und
 131 Gekritzel. 2. Mensch zeichnet auf Papier und Kopfinhalt geht teilweise aufs Papier. 3.
 132 Inhalt/Verwirbelungen/Gekritzel ist auf dem Papier und der Kopf ist frei.)

133 I: Das hat sie dann auch in der Therapie gemacht //oder //

134 TN4: //Ne// das ist eine Abschiedskarte. Wie sie es empfunden hat einfach. Also es ist eben
 135 auch eine Befreiung.

136 I: Ja, das ist dann ja auch eine schöne Rückmeldung.

137 TN4: Ja (...). Das war jetzt ja ein kunsttherapeutischer Prozess, der aber trotzdem im weitesten
 138 Sinne (...) Ja, kann man eigentlich. Kann man das unter betätigungsorientiert einordnen? Schon
 139 würde ich sagen! (...) Da kann man wahrscheinlich drüber diskutieren, ge ?

140 I2: Da geht es uns jetzt halt um ihre persönlichen Erfahrungen, das ist uns auch wichtig,
141 deswegen gibt es kein richtig oder falsch.

142 TN4: Ja (...)Gut, also (...) Die Ergotherapie (...)also natürlich gings auch um Geschichten
143 nebenbei, wie sie wollte dann eine Fachschulausbildung machen ja und (...) das Zutrauen,
144 Dinge anpacken, aber das haben wir eigentlich (...) so schnell nebenbei noch (lacht) also ich
145 glaube sie hat sehr viel Kraft und Mut über den kreativen Prozess auch bekommen.

146 I1: Ich habe nochmal eine Rückfrage, unzwär hast du eben gesagt, dass du so die Zielsetzung
147 machst. Machst du das eher frei oder nutzt du da zum Beispiel Assessments //oder//

148 TN4: //Achso ja, ja// Ich habe das MOHO und ich habe jetzt auch das (...) habe das aber
149 verändert und aber die wesentlichen Bereiche sind (...) schon aus Assessments, wobei ich dann
150 eigentlich das variere, ge, so ein bisschen differenzierter. Aber es sind im Wesentlichen die
151 Bereiche, die in den Assessments sind und die Schwerpunkte und wie man dann differenziert
152 vorgeht ist individuell unterschiedlich.

153 I: //Und wenn du dann//

154 TN4://Und dann habe ich// jetzt auch, das habe ich jetzt neu angewendet von dem Andreas
155 Pfeiffer, war ich jetzt in der Weiterbildung (...) mit diesen Fragebögen. Habe aber gemerkt,
156 dass ich die da auch nochmal dann (...) anders, dass ich dann nochmal anders mit dem Umgang
157 der Fragebögen vorgehe. Aber das ist ja egal, das kann man ja so machen, ge?

158 I: Wie hieß das?

159 TN4: Das ist von unserem Verbandsvorsitzendem.

160 I2: Handeln gegen Trägheit.

161 TN4: Ja genau. Auch sehr schön, bei/ Da habe ich mit verschiedenen/ mit 2,3 Patienten habe
162 ich jetzt erst angefangen. Aber ich meine da überlappt sich ja auch so viel letzten Endes, ja. Das
163 sind eigentlich die lebenspraktischen, nahen Bereiche, die für den Patienten wichtig sind. So
164 kann man es ja eigentlich ganz kurz zusammenfassen. Und die eben nochmal aufdröseln.

165 I: Genau und wenn du dann so zum Abschluss kommst, gibt es da zum Beispiel ein
166 Endgespräch? Oder wie sieht so ein Ende von einer Therapie bei dir aus?

167 TN4: Ja, also die Patientin, die war glaube ich 20 oder 25 Stunden da. Ich brauche/ Das ist so
168 ein dreiviertel Jahr. Die war ein bisschen länger da, manche sind kürzer da. Manche bei den
169 Jugendlichen (...) Ne bei den Jugendlichen sind die nicht so lange da, da reichen oft 10 bis 30
170 Stunden. Wir machen dann eigentlich schon nach 10 Stunden dann ein kurzes Feedback. Wie
171 der Stand ist, ob das so ok ist, ob wir den Schwerpunkt verändern, ob man (...) weitere (...) ja,
172 eine gemeinsame Reflexion machen wir. Und am Ende (...) anhand manchmal von Bögen, aber
173 anhand/ Ich mache sowieso eine lange Dokumentation und die machen wir immer gemeinsam
174 die Dokumentation auch. Da wird das auch reflektiert, ob die Ziele erreicht worden sind, ob wir
175 die verändern sollen oder ja (...)

176 I: Ok.

177 TN4: Also so rein an die Bögen/ Die sind ein Hilfsmittel, aber man muss die dann ein bisschen
 178 erweitern, glaube ich, um die handzuhaben. Also damit das auch so Lebendigkeit hat. Ja, ein
 179 echter Kontakt. Und es (unv., lacht). Man muss ja auch/ Und es ist ja immer wichtig, die ersten
 180 Stunden sind immer die wichtigsten eigentlich, aus meiner Erfahrung, weil (...) da geht es um
 181 den Kontakt, dass habe ich ganz vergessen. Also die Kontaktaufnahme und Kontakt
 182 herzustellen ist meiner Meinung überhaupt das Wesentlichste.

183 I: Okay, also erstmal //die//

184 TN4: //Ja, weil// Manchmal, es gibt auch/ Manchmal gelingt es mir auch nicht, also oft gelingt
 185 es mir. Aber es kann auch mal sein und wenn es mal nicht gelingt ist es meistens die ersten,
 186 zwei, drei Stunden, weil es dann irgendwelche Missverständnisse oder man hat doch vielleicht
 187 nicht was Adäquates gesagt oder (...) irgendetwas ist getriggert worden, oder (...) man kann es
 188 gar nicht immer eruieren. Aber dann hat es eben, so etwas gibt es eben, nicht geklappt. Gibt es
 189 auch. (...) Meiner Meinung nach, wenn es so ab der vierten, fünften(...) dann läuft es in der
 190 Regel.

191 I1: Okay, du wolltest gerade noch was fragen. (I1 zu I2)

192 I2: Ja, ich habe noch eine Zwischenfrage, bevor du weitergehst mit den Fragen. Unzwar, welche
 193 Interventionsformen oder konkrete Methoden verwendest du denn dann noch in der Therapie?
 194 Gerade auch so im Bezug auf diesen lebenspraktischen Bereich.

195 TN4: Interventionsformen (...) Also, ich habe diese Gesprächstherapie gelernt nach Rogers.
 196 Das ist eine alte Therapieform, das ist natürlich eine Form, die auf den Patienten sich
 197 zurückweist und in die Gefühlsebene geht. Und ansonsten sind es eigentlich eher, ja,
 198 verhaltenstherapeutische Techniken. Also (...) Mit Verstärkung und einem Feedback (...) Weniger
 199 eigentlich die ganz zurückhaltende Art, sondern ich mach schon auch/ bin schon auch
 200 konfrontativ, ge. Also in dem was ich so sehe und bemerke, gibt es schon eine direkte
 201 Auseinandersetzung dann. (...) Ja, du meinst direkt im Gespräch, ge?

202 I2: Genau, also in der Therapie, welche Methoden du da nutzt.

203 TN4: Also stärkende Methoden (...) Ja (...) stärkende, stützende, stabilisierende (...). So.

204 I: Dann (...) Du hast ja eine eigene Praxis. Gibt es da irgendetwas was dich beeinflusst? Also
 205 zum Beispiel Vorgaben von der Krankenkasse oder die Rahmenbedingungen, die dich in deiner
 206 Arbeit einschränken oder die fördernd sind.

207 TN4: Also Rahmenbedingungen (...) Einschränken, ja (...)

208 I: Oder auch Sachen die fördernd sind.

209 TN4: Okay, bleiben wir erst bei dem Einschränken, dann machen wir das mit Fördern.

210 I: Mhm (bejahend)

211 TN4: Gibt es natürlich beides. Einschränken (...) Ja also es ist natürlich schon so, dass es schon
 212 schwierig ist, wenn jemand nicht kommt, ge. Also (...) die Patienten, die ich alle habe, die
 213 können sich den Ausfall NICHT leisten. Das ist wirklich (...) das ist oft krankheitsbedingt auch.
 214 (...) Das finde ich auf jeden Fall einschränkend! (...) Weil wir ja jetzt auch nicht so viel
 215 verdienen, für das was wir an Arbeit machen, find ich.

216 I3: Quasi die Einschränkung dann, dass es ein Ausfall von Einnahmen ist, wenn jemand nicht
 217 erscheint.

218 TN4: Ja, das finde ich schon.

219 I: Aber auch, also ich habe das jetzt gerade auch so verstanden, dass es für den Verlauf von der
 220 Therapie einfach auch nicht gut ist, wenn jemand zum Beispiel nicht kommt. So hatte ich das
 221 //jetzt//

222 TN4: //Ne, also// eher so finanzieller Art. (lacht) Ja, wenn jemand nicht kommt, das ist/ Wenn
 223 jemand sich entschieden hat, kommt er schon regelmäßig. Kann aber sein, dass man nicht so
 224 strukturiert ist oder eben/ Ich finde es gerade in dem Bereich häufig ne Fehlzeit. Also das finde
 225 ich schon eine Einschränkung.

226 I: Okay, und dann vielleicht Sachen, die die Arbeit erleichtern.

227 TN4: Ja, also erleichtern tut halt, dass man doch (...) die Möglichkeit hat, anders als in der
 228 Klinik, wirklich, tatsächlich sehr individuell zu arbeiten. Das ist sehr schön. Also in der Klinik
 229 sitzt man ja oft in Gruppen und kann gar nicht/ Oder macht einfach irgendetwas pauschales,
 230 was vielleicht nicht schlecht ist. Aber so hat man die Zeit wirklich im Einzelnen rauszukriegen,
 231 WAS für denjenigen bedeutungsvoll ist und das (...) Und DANN eben wie du sagst, zu gucken
 232 welche Methode, gell. Das schlag ich dann auch vor, machen wir ganz konkret. Machen wir
 233 mal jetzt zum Beispiel Wochenpläne und wie es einem dabei geht, mit den verschiedenen
 234 Vorgehensweisen, welche Schwerpunkte. Also das ist ja auch/ das kann man nicht einfach. Das
 235 muss man auch differenziert machen. Machen wir eher was Kreatives dazu, machen wir ein
 236 Bild zur Zeit, zum Thema Zeit. Zum Beispiel gestalten wir ein Bild zum Thema Zeit oder
 237 gestalten wir einen Wochenplan, ja. Das sind zwei verschiedene Methoden, ja zum Beispiel.
 238 Beide stützen natürlich, das ist immer sehr/ (...) Oder machen wir, ja, was Kognitives und das
 239 wird natürlich besprochen auch dann. Wenn nicht das, dann das, das oder das, was wollen Sie!
 240 OFT die Jugendlichen nehmen das Kreative. Das habe ich mit der auch gemacht, dass ich gesagt
 241 habe, wir können gucken, ich kann Ihnen da helfen wie wir da vorgehen können, mit den
 242 Behörden und so oder mit den Schulen, wie man eine Schule findet. Oder wir gucken eher
 243 innerlich. Und dann hat sie gesagt, ne sie will eher innerlich. Also das wird dann zwar beim
 244 zweiten, dritten Mal entschieden mit dem Patienten, was gemacht wird. Und auch welche
 245 Methode und das wird auch so hingeschrieben. Und die kann aber sein das wir die wechseln
 246 dann, nach 10 Stunden.

247 I3: Also kommt das auch mal vor, dass der Klient sich quasi dann auch dafür entscheidet, was
 248 Lebenspraktisches zu machen? Wie jetzt zum Beispiel mit dem Schauen, welche Ausbildung
 249 kann er machen.

250 TN4: Ja. Ich schlage es immer vor.(...) Eben auch mit dem neuen Konzept da, mit dem Handeln
 251 gegen Trägheit, das ist ja das was das Kreative gar nicht so, zumindest formell beinhaltet. Es
 252 wird/ Oder zum Beispiel Leute, die ihre Sachen nicht auf die Reihe kriegen, so messmäßig,
 253 das ist ja auch häufig, ge? Da sag ich auch, wir können vorgehen, ordnen und die Sachen in die
 254 Hand nehmen und ja und das Aufschieben dann, die Sachen immer aufschieben. Das man die
 255 Dinge angeht. Ich schlage es vor. Oft Leute, die solche Symptome haben (...) sind nicht so
 256 drauf. Sie sagen, es soll sein aber sie sind nicht wild drauf. Sie wollen lieber was Kreatives. Mit
 257 Erstaunen stelle ich das fest (...) Also, ich spreche es dann aber trotzdem immer wieder mal an,
 258 also wenn sie jetzt weiterkommen. Und manchmal kommt es dann, dann ist es dann wie so ein
 259 Prozess, dass ich das dann einfach anfangen. Vielleicht weil man es schon aufgeschrieben hat,
 260 ist es ein Problem. Weil wir wissen es ist auch irgendwo, steht da. Das muss mal angegangen
 261 werden. Es ist eins der Probleme und manchmal kommt es von selber in Fluss, also. Aber
 262 manchmal sagt man auch, ok, wir gehen vor und machen jetzt einen Plan und/ Oder sie bringen
 263 ihr Zeug mit, ihr ganzes Schreibzeug und wir machen einen Hausbesuch und dann setzen wir
 264 uns mal ran, ge. Weil das kann ja oft helfen, wenn man einfach mal angefangen hat. Der Anfang
 265 von etwas, was man schon immer vorgehabt hat zu machen. (...) Das man einfach den Anfang
 266 macht. Das ist auch natürlich/ Das kommt, ja (...)

 267 I: Okay, //also//

 268 TN4: // Das lebenspraktische// das kann auch Haushaltssachen, das kann ja alles/ Je nachdem
 269 wie krank der Mensch/ So depressive Menschen, da ist es wichtig das/ Ist es wesentlich dass
 270 sie sich ihr Essen kochen zum Beispiel, ja. Also es kommt / Deswegen kann ich nur ganz
 271 allgemein reden und wenn man einen konkreten Fall hat, könnte ich konkreter antworten. Wenn
 272 Sie mir einen Fall, ihr mir einen Fall jetzt geben würdet, könnte ich konkreter/ Wenn einer/ Ich/
 273 Das kommt jetzt drauf an, wo einer grade steht, ja.

 274 I3: Ja, also du kannst dir auch einfach einen Fall vor Augen halten, den du irgendwie mal hattest
 275 und //daran//

 276 TN4: //Ich hatte// doch inzwischen so viele Fälle gehabt. Was soll ich denn da für einen
 277 rausnehmen. (lacht) Also da ist ja keiner, also die sind ja auch so unterschiedlich.

 278 I: Ja, also du kannst auch einfach als Beispiel mal einen nehmen. Das alle unterschiedlich sind,
 279 dass hattest du ja auch gesagt. Aber vielleicht nochmal als Beispiel, um das nochmal ganz
 280 konkret vor Augen zu haben. (...) Genau, ein ganz konkretes Beispiel.

 281 TN4: (...) Frag erstmal die andere Frage.

 282 I3: Ach so genau, ob du Möglichkeit hast, dann auch Hausbesuche zu machen, wenn du das
 283 möchtest. Also musst du das dann beim Arzt erst anfragen, dass der quasi Hausbesuch verordnet
 284 und macht der das dann auch? Oder fährst du dann einfach so mal nach Hause?

 285 TN4: Ja, also wenn einer verordnet, wird in der Regel Hausbesuch auch verordnet. Also WENN
 286 einer verordnet. Und einfach so kann man ja sowieso einmal machen. Ich versuche für möglich
 287 es zu vermeiden. Also wenn es nicht anders geht, JA Hausbesuche, aber sonst versuche ich
 288 lieber, dass das Zeug dann mitgebracht wird und dass man das auch von der Praxis aus ein

289 bisschen steuern kann. Was auch die Dinge, die Zuhause gemacht werden sollen angeht. Also
 290 ja, bei Jugendlichen ist es finde ich ein bisschen anders, als bei Erwachsenen. Bei Erwachsenen
 291 ist es schon so, also Depressiven, dass die überhaupt so die wesentlichen Dinge (...), dass man
 292 denen hilft da (...) die lebenspraktischen, also Selbstfürsorge, ja Interessenbereich überhaupt,
 293 Aktivierung (...) anzugehen. Aber das bei den Jugendlichen, die sind so auch mit sich grad
 294 noch (...) in der Pubertät oder Identitätsfindung, in der die ja sind, ge? Da geht es auch sehr
 295 viel um innere Prozesse!

296 I: Genau, da kommen wir gleich auch noch einmal zu, ganz genau zu den Themen, die die so
 297 beschäftigen.

298 TN4: Ja, weil das ist nochmal(...) Aus meiner Erfahrung raus ist das so, weil ich das vielleicht
 299 auch so anbiete mit der Kunsttherapie. Weil die das so sehen im Raum und weil die dann denken
 300 „Oh das möchte ich jetzt machen.“ Das macht natürlich den Reiz, das macht natürlich auch was
 301 aus (...) Kann sein, ge. Das machen ja immer verschiedene Faktoren. Das vielleicht ein
 302 Anderer, der das anders präsentiert, eher dann anders mit denen arbeitet. (lacht) Das kann ja gut
 303 sein, dass tut man ja, dass was man selber auch darstellt. Beispiel jetzt, ist ok so ?

304 I2: Ich hätte noch eine Frage zu diesen Rahmenbedingungen, unzwär gibt es denn auch
 305 irgendwelche gesetzlichen Vorgaben, die deine Arbeit beeinflussen?

306 TN4: (...) Gesetzliche Vorgaben. Also ich muss natürlich gucken, dass, bin ich auch froh drum,
 307 dass die Jugendlichen bei Ärzten sind, also wenn ihr das meint. Und in ärztliche Behandlung,
 308 gerade bei Anorexie. Oder bei verschiedenen Erkrankungen ist es wichtig, auch wegen der
 309 Selbstgefährdung, dass ich da einen Rückhalt habe noch, (...) ärztlicher Seite. Also da bin ich
 310 auch froh. Also das nimmt mir auch etwas. Gesetzlich (...) Dann ist es wichtig, ja dass man
 311 gesetzlich natürlich auch, wenn etwas Gefährdung da ist, ich dass dann auch melde. Je
 312 nachdem, Jugendamt, Arzt oder Gesundheitsamt, was eben ansteht. Was meinst du jetzt, was
 313 könnte sonst noch gesetzlich sein?

314 I: Gibt es irgendetwas was du gerne verändern würdest, wenn du es könntest. Also irgendetwas
 315 was du verändern würdest, damit deine Arbeit in der Praxis noch besser umsetzbar wäre?

316 TN4: Ah ja, ich finde natürlich, dass mit einmal die Woche eine Stunde (...) Ah da bin natürlich
 317 schon ein bisschen flexibel. Da sind wir manchmal, gerade wenn man kreativ arbeitet auch, das
 318 ist schon manchmal ein Projekt, ge! Das man da mehr an Möglichkeit hätte. Zum Beispiel
 319 zeitlich gesehen. (...) Und dass es gewisse Mindestvergütung/ Wie auch immer, es hat sich ja
 320 jetzt schon ein bisschen verbessert, aber es ist trotzdem noch/ Ja, wenn man allein davon lebt
 321 und eine Wohnung hat in (Ortsangabe), ein Auto (...) es ist dann schon SEHR knapp. Auch
 322 wenn man immer arbeitet. (...) Und gesetzlich/ Schön wäre es natürlich auch, wenn man mehr
 323 Möglichkeiten hätte sich auszutauschen, mit anderen Berufszweigen. Aber das geht ja bei den
 324 anderen auch nicht anders. Die Ärzte haben ja auch nicht zusätzlich Zeit in der Freizeit sich mit
 325 mir auszutauschen. Das müsste dann irgendwie/ Wie soll das gehen? Wenn ich die Möglichkeit
 326 hätte, eine Zeit/ Oder in der Einrichtung, da kann ich es ja auch nicht. Der Arzt hat jetzt auch
 327 nicht die Zeit. Ist man in manchen Einrichtungen unabhängig? In so Beratungsstellen geht das
 328 eher mal.

329 I: Also die interdisziplinäre Arbeit ist eher schwierig dann in der Praxis?

330 TN4: Es ist halt Freizeit, ge. Es ist halt alles in der Freizeit. Ja (...) Die Berichte schreibe ich
 331 auch in der Freizeit. Müsste ich die während der Stundenzeiten schreiben, wie soll ich denn das
 332 machen? Ich muss mir das doch durchlesen und wenn ich das ernst nehmen. Und auch wenn
 333 ich nur ein paar Sätze schreibe, dann mache ich das Protokoll (...) das braucht ja Zeit. (...) Ja,
 334 braucht schon Begeisterung und Engagement und den Einsatz, um das so durchzuhalten. Ist das
 335 mit dem gesetzlichen so gemeint?

336 I2: Ja.

337 I: Gut dann geht es jetzt noch einmal speziell um die Lebensphase Jugend. Was würdest du da
 338 sagen, was so spezielle Themen oder //Herausforderungen//

339 TN4: //Identität!// Findung. Würde ich im Allgemeinen so sagen, ja. Da kommt man ja auch in
 340 verschiedenen/ Also ich glaube das ist ein Bereich, wo man sich sehr auslotet und manche lotsen
 341 sich halt ein bisschen außerhalb. Also sehr gute Chancen, da speziell dran zu arbeiten, da
 342 vielleicht auch verstärkt noch dran zu arbeiten, weil ich denke mal da ist viel möglich. Also
 343 auch therapeutisch gesehen. Das ist ein Bereich der Ergotherapie bei Jugendlichen, wo ich gar
 344 nicht weiß, ob der jetzt so verstärkt ausgebaut ist schon. Also Kinder ist ziemlich stark, ge.

345 I2: Genau, deswegen haben wir uns auch mehr oder weniger für das Thema entschieden, weil
 346 eben Jugendliche noch so eine Lücke sind. Die ist wenig erforscht.

347 TN4: Ja. Kinder ist ziemlich/ Die meisten Praxen sind voller Kinder, das läuft auch am besten.
 348 Das ist etabliert, glaube ich. Und da hat man auch die Ausfälle nicht so, weil die Eltern immer
 349 die Kinder (unv., lacht). Das weiß ich von meiner Kollegin, die mit Kindern arbeitet. Die macht
 350 aber auch nicht mit Jugendlichen. Ich mache halt Jugendliche, weil das eigentlich/ Ja warum
 351 eigentlich? Wegen der Kunsttherapie eigentlich. Ja. Aber als Schwerpunkt gelernt habe ich es
 352 jetzt auch nicht extra. Es gibt ja so Jugendtherapeuten speziell, die gibt es ja auch, ge. Die
 353 Ausbildung habe ich jetzt nicht. Es gibt ja Kinder- und Jugendtherapeuten.

354 I: Gibt es denn da noch mehr Themen? Also jetzt hattest du ja schon Identität gesagt. Gibt es
 355 noch mehr Themen, die sehr präsent sind bei den Jugendlichen?

356 TN4: (...) Was nicht unter Identität zu fassen ist, hm.

357 I3: Oder wie sich das noch äußert mit der Identitätsfindung?

358 TN4: Also ich habe jetzt die Praxis da in (Ortsangabe). Es kommt drauf an wo man immer die
 359 Praxis hat, glaube ich. Also wir sind nicht jetzt in Gebieten, wo es Probleme gibt mit
 360 Jugendlichen. Also hier in (Ortsangaben) ist eins der reicheren Viertel und da sind mehr so
 361 überbehütende Mütter, die gut situiert sind und die Kinder überall eher zu viel unterbringen und
 362 Leistungsdruck haben. Und ich habe jetzt nicht/ Also ich kann mir vorstellen, dass es in anderen
 363 Vierteln hier in (Ortsangaben) auch Probleme mit Jugendlichen gibt. Also soziale Bereiche,
 364 noch andere Problematiken. Das haben wir jetzt nicht. Wir haben hauptsächlich die
 365 Essstörungen. Vielleicht auch, die sind alle aus ordentlichen Familien in der Regel.

366 I3: Wo sehen sie da so die Probleme mit der Identitätsfindung? Also wie äußert sich das, dass
 367 die da Probleme haben?

368

369 TN4: Ja also ich denke das ist sowieso eigentlich ein Entwicklungsprozess. (...) Und das hat ja
 370 vielleicht jeder so mehr oder weniger durchgemacht und man probiert sich aus. Mancher
 371 extremer eben. Und je nachdem wie man jetzt sich austauschen kann oder wie der halt ist, gibt
 372 es jetzt mehr oder weniger/ Vom medizinischen her gibt es natürlich einen Bereich der sucht
 373 manchmal eine Verlockung oder in die Richtung ein Ausrutscher. Man soll ja nicht so viel mit
 374 Diagnosen um sich schmeißen als junger Mensch, ge. Es gibt natürlich stimmungsmäßig im
 375 emotionalen Bereich Schwankungen. (...) Man kann sich vielleicht auch manchmal schwer
 376 festlegen, auf welche Ziele, wie Durchhaltevermögen oder/ (...) Auch körperliche
 377 Symptomatik mit denen die Jugendlichen kommen! Verspannungen, Bauchweh,
 378 Kopfschmerzen. Die sind alle so diffus, ge. Also im psychosomatischen Bereich. Und da fällt
 379 mir jetzt auch gerade ein Beispiel von nur 10 Stunden ein, wo ich also NICHT
 380 kunsttherapeutisch/ Da kam einer mit Verspannungen und Bauchweh. (...) Ja, was macht man
 381 jetzt erstmal mit dem, ge. Und dann suche ich dann mit ihm so wie er so seinen Tag strukturiert
 382 und gucke, seine Interessen, mehr so an sich denkt und gucke das so. Und in der dritten Stunde
 383 sagt er „Also jetzt muss ich Ihnen mal was sagen. Mein wirkliches Problem ist meine Mutter.“
 384 Hat er dann gesagt, ge. Und dann hat sich herausgestellt, dass seine Mutter psychisch krank ist
 385 und unter Mahnproblematik leidet, schon seid zwei Jahren. Und da haben wir halt angefangen.
 386 Da haben wir dann 10 Stunden mit ihm zusammen Hilfe zu holen, ge. Also man kann ja da gar
 387 nichts machen erstens. Also sozialpsychiatrischen Dienst eingeschaltet (...) Schule, beim
 388 Psychologen. Alle diese ganzen Hilfen, die es gibt in Anspruch zu nehmen und ihn da zu
 389 stärken. Das war das. Das waren 10 Stunden, fertig dann. So, nur so um jetzt mal ein anderes
 390 Beispiel mal/ Ihn zurückzustellen von der Schule dann nochmal, oder dass er da/ Er hat gerade
 391 Abitur gemacht. Das er die Möglichkeit hat. Also so ganz konkrete Sachen. (...) Ist das so
 392 ungefähr? Und da kann man jetzt nicht so rigide ein Modell, ein Konzept anwenden. Sondern
 393 am besten man hat so ein paar Sachen im Hinterkopf und variiert dann.

394 I: Okay. Um noch einmal ganz kurz zu den Themen /zurückzukommen/

395 TN4: //Themen? Welche Themen?//

396 I: Also, wenn man sich so die Transitionsprozesse von den Jugendlichen anguckt. Zum Beispiel
 397 der Übergang vom Kind zum Jugendalter.

398 TN4: Ja, da habe ich ja von der Theorie, dass habe ich ja gerade eben gesagt, nicht so viel
 399 Anhnung ge.

400 I: Nur was du da für Besonderheiten siehst. Oder auch der Übergang vom Jugendalter ins
 401 Erwachsenenalter. Ob es da in der Therapie schon einmal besondere Themen gibt.

402 I2: Oder Herausforderungen.

403 TN4: Herausforderungen in der Therapie. (...) Das ist sehr allgemein, das müsste klarer gestellt
 404 werden die Frage. (...) Also Herausforderung. Ich finde jede Therapie ist irgendwo eine

405 Herausforderung und das ist auch schön. Für mich ist es auch eine Therapie/ Hat mit dem
 406 eigenen kreativen Prozess zu tun. Offen zu sein für Veränderungen sein, muss man SELBER
 407 als Therapeut. Nicht rigide, sondern wenn der Patient was verändern soll, sollte man selber als
 408 Therapeut auch offen für Veränderung sein. Herausforderung (...)

409 I: Also jetzt eher im Bezug auf die Jugendlichen. Also was für die Jugendlichen an
 410 Herausforderungen da ist.

411 TN4: Wenn sie bei mir sind oder wenn sie in Therapie sind?

412 I: Ne, in dem Alter. Also zum //Beispiel//

413 TN4://Das Leben// zu bewältigen oder/ Ja einmal ist es natürlich das familiäre Umfeld, was oft
 414 irgendwie meistens/ Wo sie sich nicht so verstanden fühlen im Moment. Bleiben wir mal beim
 415 Familiären/ Gibt es das familiäre und dann gibt es das Umfeld wo sie gerade stehen, also mit
 416 der Schule oder was sie eben/ Lehre oder fertig mit der Schule, wie geht es weiter. Das ist zum
 417 Beispiel so ein ganz wichtiger Punkt. Da gucken wir, gibt es in (Ortsangabe) Möglichkeiten
 418 auch. Im kreativen Bereich, das (Nennung einer Einrichtung), diese Einrichtung wo man ja auch
 419 von der Jugendhilfe finanziert. Kreativ und ja Gestalt/ Gibt es, ja gibt es. Schöne Möglichkeiten,
 420 da wo man dann, wenn die Jugendlichen nicht wissen. Und mit der Schule nicht mitkommen
 421 oder gerade mit etwas anderem beschäftigt sind. Also einmal die berufliche (...) gucken, was
 422 man da macht und dann das andere. Was es immer das Erste aber auch ist, wenn man sehr
 423 belastet ist, das eigene und das familiäre Umfeld. Und das familiäre Umfeld kann natürlich
 424 auch/ Wie bei dem einen, den ich jetzt da habe wo die Mutter dann psychotisch ist. Das weiß
 425 man gar nicht. Oder wenn zum Beispiel sowas ist wie (...) Missbrauch. Muss nicht unbedingt
 426 körperlich, kann ja auch psychischer Missbrauch mal gewesen sein (...) oder ist oder gewesen
 427 sein. Was dann rauskommt, weshalb jemand dann erkrankt. Das ist nicht unbedingt, dass die
 428 das gleich am Anfang sagen. Frage ich auch nicht so, weil dass ist dann fast zu viel so ein
 429 Reinform dann. Und dass kann natürlich schon sein und dann ist natürlich dann das Ernst
 430 zunehmen. Und oft wird es so nebenbei erwähnt so ein bisschen, fast kaum hörbar. Sehr
 431 aufmerksam sein und ein offenes Ohr und vielleicht noch einmal sehr sachte nachfragen und
 432 dann dementsprechend auch reagieren. Ob das dann genug ist, ob man da noch jemanden
 433 hinzuzieht oder man dem noch einmal extra Raum in unserem Rahmen gibt, je nachdem. Ja und
 434 dann kann es auch ein bisschen länger gehen. Gerade Missbrauchssachen muss man mindestens
 435 ein Jahr, wenn nicht anderthalb oder zwei Jahre rechnen. Das gibt es natürlich auch bei/ Dass
 436 dann eben in der Symptomatik in diesem Wirbel der Jugendzeit dann so das rauskommt dann.
 437 Das gibt es ja.

438 I: Wirken sich diese Besonderheiten denn auch auf die Arbeit mit den Jugendlichen noch einmal
 439 speziell aus?

440 TN4: Was?

441 I: Also die Themen. Zum Beispiel Identitätsfindung hattest du ja gesagt. Ob sich das auf die
 442 Arbeit speziell mit Jugendlichen jetzt noch einmal auswirkt. Zum Beispiel im Vergleich zu
 443 Erwachsenen.

444 TN4: Was? Was heißt das, was wirkt sich aus?

445 I: Zum Beispiel die Themen, die im Vordergrund stehen bei den Jugendlichen, die du eben ja
446 auch angesprochen hattest. Ob sich das auf DEINE Arbeit mit den Jugendlichen auswirkt.

447 TN4: Ja, also (...) Die Themen womit man sich beschäftigt. Das ist immer einer Interaktion.

448 I: Also gerade speziell im Vergleich zu den Erwachsenen, ob es da einen Unterschied gibt.

449 TN4: Ach im Vergleich zu Erwachsenen (...) Also es ist anders die Arbeit. Es gibt tatsächlich
450 glaube ich viel mehr Veränderung. Also ich glaube./ Es sind nur Erfahrungswerte, ge (...)

451 I: Genau darum geht es uns ja. //Deswegen//

452 TN4: //Ich glaube//, dass es da mehr Veränderungspotential gibt bei den Jugendlichen. Das
453 wundert mich oft. Ich denke „Oh Gott“, wenn die dann zu mir kommen, denke ich „Oh jeijeije“
454 und wie SCHNELL es denen dann wieder doch dann auf einmal wieder/ Wie die sich dann
455 doch so fangen. Und dann auch hinterher aber wieder (unver.) stürzen. Ein Mensch besteht ja
456 aus verschiedenen Ressourcen und Fähigkeiten. / Es ist ja nicht nur der Konflikt. Ich glaube das
457 Veränderungspotential und die Therapie schneller wirken kann. Weil das noch nicht so
458 chronifiziert ist in der Regel. Also es gibt da welche, die sind schon als Kind zwar, aber (...).
459 Aber das ist ja wenig, ja. Oder ganz schwere Fälle gibt es natürlich auch. Aber so die üblichen
460 Fälle, glaube ich, dass man mit kurzen Therapien viel erreichen kann. Zumal, ich bin immer
461 ganz froh und die sind auch sehr dankbar immer. Und das habe ich bei Erwachsenen, da geht
462 es ein bisschen zäher. Deswegen, ich habe das einmal angefangen vor 15 Jahren und das mache
463 ich jetzt immer wieder, weil ich das Gefühl habe, das geht ja. (lacht)

464 I: Genau, wenn jetzt der Jugendliche zu ihnen kommt oder die Jugendliche. Was brauchst du
465 dafür? Also spezielle Fähigkeiten oder bestimmtes Wissen. Wo du sagst, dass ist total wichtig.

466 TN4: Ach. Ich kann das eigentlich immer selber aus denen rauskriegen mit/ Ich habe die
467 Erfahrung gemacht, also ich kriege ja nur das Rezept mit der Diagnose, die mehr oder weniger/
468 Die ist ja nicht immer richtig. Und dass ich dann, wenn man da so nachforscht mit den
469 Berichten, dass ist glaube ich schwierig. Da komm ich ja gar nicht ran und zweitens, weil ich
470 ja im Hier und Jetzt arbeite, kann ich mit meiner Arbeit selber eigentlich eruieren.

471 I: Oder auch bestimmte Fortbildungen. Du hattest eben schon Gesprächsführung auch erwähnt.
472 Wo du sagst die eignen sich da total gut oder die du weiterempfehlen würdest.

473 TN4: Jetzt was Jugendliche betrifft, da weiß ich jetzt nicht so genau. Also ich habe halt
474 systemische Fortbildung, systemische Familientherapie. Die finde ich nicht schlecht. Weil man
475 sollte den Jugendlichen nicht nur alleine sehen oder auch das Kind nicht alleine sehen, sondern
476 im Kontext mit dem Umfeld und mit der Familie. Von daher finde ich einen systemischen
477 Ansatz immer gut, wenn man da Fortbildungen macht. Aber mehr (...) Ich glaube so speziell
478 psychisch (unver.) Die Kunsttherapeutischen, die kann man ja auch genauso für Jugendliche
479 anwenden wie für Erwachsene. Da gibt es ja auch verschiedenen Methoden. Eher so, wo man
480 jetzt aufdeckend arbeitet oder objektorientiert oder ob man eher im Hier und Jetzt

481 ressourcenorientiert arbeitet. Gibt es ja auch verschiedenen Methoden. Ich habe
482 schwerpunktmäßig das Ressourcenorientierte, aber wenn ich merke, dass das etwas längeres,
483 Missbrauch oder irgendetwas in früherer Zeit, dann sage ich von vornerein wir brauchen noch
484 einmal ein Jahr länger und können auch in die anderen Methoden. Wenn man viel Zeit hat. Also
485 wie war die Frage nochmal, habe ich die?

486 I: Genau, also wo du sagst, dass muss ich als Therapeut mitbringen.

487 TN4: Ah Fortbildungen. Also bei Jugendlichen systemisch, würde ich vorschlagen halt. Also
488 ich weiß nicht welche Jugendliche Ich habe jetzt speziell die Jugendlichen, die eine psychische
489 Erkrankung haben. Also es gibt da wahrscheinlich auch Jugendliche, im Einsatz von
490 Ergotherapeuten in anderen Bereichen/ Im gemeindenahen Bereich zum Beispiel, könnte ich
491 mir das sehr gut vorstellen, bevor die überhaupt dazu kommen, eine (...) Diagnose und eine
492 Verschreibung zu kommen. Das wäre vielleicht präventiv. Das fände ich zum Beispiel viel, viel
493 wichtiger. Und dass man da schon ansetzt und vielleicht irgendetwas/ Müsst ihr wissen was ihr
494 da für Ideen habt, ge. Das wäre doch klasse. (...) Das könnte ich mir sehr gut vorstellen. Ich
495 kriege ja die, die schon (...) eine Diagnose haben und beim Psychiater in der Regel schon
496 einmal gewesen sind oder in der Klinik schon waren. Das ist ja nur ein kleiner Teilbereich, also
497 besser es kommt gar nicht so weit. Und man kann schon /Bevor jemand der essgestört ist, der
498 ist ja schon anderthalb Jahre vorher essgestört. Da ist man ja vorher essgestört bevor man in die
499 Klinik kommt, ja. Also muss es denn das sein. Oder Suchtproblematik oder Verlorenes,
500 Orientierungslosigkeit oder (...) oder Esssucht. Oder soziale, ja Problembereiche, oder/ Das
501 finde ich eigentlich. WARUM muss die Ergotherapie immer nur mit so schwer Kranken
502 arbeiten? Warum soll sie nicht eigentlich schon (...) viel früher sich positionieren? (...) So.

503 I: Was sind denn so persönliche Stärken, die du mitbringst? Oder was ist etwas wo du sagst,
504 das ist in der Arbeit mit den Jugendlichen gut. Also deine persönlichen Stärken.

505 TN4: Naja, vielleicht auch so das verspielt sein. Ich bin jetzt vielleicht, also das habe ich auch
506 obwohl ich schon älter bin. (lacht) Experimentierfreudig bin ich selber, also ich denke mir
507 immer selber Methoden. Jetzt habe ich so eine neue Methode gerade mit so Folien mir
508 ausgedacht, ge. Mit lauter so Klarsichtfolien, wo ich immer so verschiedene Bilder vor male.
509 Also wenn einer jetzt nicht selber malt, dann kann man sich so ein Bild oder Geschichte
510 zusammensetzen. Ich brauche immer selber auch/ Also ja, das ist jetzt nicht wissenschaftlich
511 eruiert, aber es funktioniert und ich sag dann, „Machen wir heute mal etwas anderes.“ Und man
512 kann sehr wohl themenbezogen damit auch arbeiten. Also DAS, wenn man selber irgendwie
513 frisch und lebendig und mit Freude rangeht und (...) sich selber inspiriert, dann glaube ich geht
514 das auch. Und dann setzt das auch auf den Anderen dann/ Wichtig finde ich natürliche einen
515 Background, das theoretische Wissen über die Krankheiten und die Geschichte der
516 Krankheiten. (...) Es ist immer alles ein bisschen zu krankheitsspezifisch in der Ergotherapie,
517 aber wie arbeiten halt mit Diagnosen und müssen halt dann auch so reagieren. Was soll ich mit
518 dem Begriff mit den Krankheiten. (...) Ich würde eher sagen, es muss der Patient selber
519 definieren, was er für sich verändern möchte. Ich meine, wenn einer funktioniert, kann das
520 Funktionieren nicht unbedingt eine bessere Lebensqualität haben. Ja Lebensqualität, darum
521 geht es auch. Aber die Frage war jetzt nochmal?

522 I: Also deine persönlichen Stärken.

523 TN4: Ja und eben also ich bin eigentlich sehr ordentlich und strukturiert trotzdem. Also ich bin
 524 sehr genau und kann bei der Sache bleiben, gebe nicht so schnell auf und durchhalten. Also ich
 525 kann noch einiges ab. Ich meine ich kann das/ Und ja, ich kenne auch meine Grenzen

526 I: Okay. Gibt es noch Modelle, die du da speziell noch hinzuziehst? Also ergotherapeutische.

527 TN4: Bei Jugendlichen?

528 I: Ja. Also ergotherapeutische Modelle

529 TN4: Also ich kenne die Modelle, weil ich ja das COOP, das MOHO unterrichtet habe, ge. Die
 530 sind im Hinterkopf (...) und dann kenne ich ein paar ausdruckszentrierte Vorgehensweisen in
 531 der Kunsttherapie. Dann habe ich ein paar eigene Sachen. Ich würde zu (...) sagen, dass ich da
 532 auf das zurückgreife, was/ (...) NE, es ist immer eigentlich klientenzentriert und die Modelle
 533 sind nicht das wichtige, sondern die schwirren so um den Klienten herum und dann ist wichtige
 534 der Kontakt (unverst.). Und die Modelle sind so Mittel, Methoden, die man mit einsetzen kann.
 535 (...) Früher war ich anders. Früher habe ich/ war ich eher, wo ich die Gestaltungstherapie
 536 gemacht habe, war ich ganz streng die gestaltungstherapeutischen Modelle hergenommen und
 537 nur das. Und inzwischen (...) bin ich da mehr so mit dem Patienten. Und das ist das beste
 538 Feedback immer, wenn etwas vorwärts geht (...) Und das merkt man eigentlich schon nach
 539 dem fünften, sechsten Mal eigentlich. Spätestens. Also wenn sich was tut, wenn sich was
 540 bewegt und wenn es dem Patienten hilft. Das ist mein inneres Modell, was letzten Endes dann
 541 die Orientierung ist. Das andere sind doch Sachen, die muss man wissen, die muss man gelesen
 542 haben, kann man auch mal herziehen, kann man auch mal ausprobieren, aber (...)

543 I: Also eher im Hintergrund oder nebenbei, wie du auch gesagt hattest ?

544 TN4: Naja, es ist schon immer der Grund. Die Basis.

545 I: Gut, dann sind wir eigentlich soweit mit den Fragen auch erstmal durch, es sei denn du hast
 546 jetzt auch noch etwas was du als wichtig erachtest oder was nicht zur Sprache gekommen ist,
 547 was du aber noch anmerken möchtest.

548 TN4: Ja bei Jugendlichen. (...) Ja vielleicht sehr speziell auch in der Familientherapie,
 549 innerhalb der Familientherapie, weil dass ist ja doch eine Therapieform, die in der
 550 Jugendberatung, Familienberatung häufig angewandt wird. DA direkt könnte ich mir vorstellen,
 551 eine Ergotherapie sinnvoll zu platzieren. Wo schon viel früher und effektiv/ Das ist das erste.
 552 Und das zweite in der Gemeinde/ also in Jugendzentren, Gemeindearbeit. Und Schulen weiß
 553 ich nicht, dass kann ich mir nicht so richtig vorstellen, wie man da jemanden reinsetzen soll,
 554 aber (...)

555 I2: Gibt es auch. Schulbasierte Ergotherapie ist ein kommendes Arbeitsfeld.

556 TN4: Ah ja. Aha. Also das ganze präventive, dass wäre mir ein großes Anliegen. Überhaupt für
 557 unser Berufsfeld viel mehr in die Prävention zu gehen. Das man jetzt nicht den Rest chronisch/

558 Also wenn ihr da irgendwie in der Richtung/ Das wäre richtig toll, wenn man da auch eruieren
 559 könnte und mehr rein gehen könnte. Und nicht die wo schon (...)

560 I: Das Kind schon in den Brunnen gefallen ist quasi.

561 TN4: Ja das ist das. Schade, gerade bei jugendlichen Kindern. Das wäre es. Ja.

562 I: Ja, vielen Dank.

563 Ergänzungen aus der Email:

564 TN4: Hallo Ihr Drei, Danke für das Schicken. Ich habe mir das Sript durchgelesen, und es ist
 565 sicher nicht einfach auszuwerten. Ich habe wohl zu sehr einfach drauflos erzählt. Mein Anteil
 566 in der Arbeit mit Jugendlichen ist eher ein Zehntel. Ich fände es außerordentlich wichtig, wenn
 567 bei Jugendlichen im Bereich der Prävention ,innerhalb der Ergotherapie, mehr Möglich-keiten
 568 geschaffen werden. Die Jugendlichen, die ich behandle, haben ja schon eine Diagnos-tik. Gut
 569 wäre auch, mehr interaktiv, (Umfeld des Jugendlichen) arbeiten zu können. Im Kunst-
 570 therapeutischem Zugang kann ein Zugang zum eigenem innerem Ich geschaffen werden, wäh-
 571 rend die Ergotherapie mehr auf Lebensbalance, Findung,Orientierung, soziale und Alltagsbe-
 572 wältigung basiert. (also, so wie ich arbeite). Spezielle Methoden für Jugendliche kenne ich
 573 nicht, ich setze diesselben Methoden ,wie für Erwachsene ein. Ich bin immer wieder über-
 574 rascht, wie schnell die Wirkung ist.(im Unterschied zu Erwachsenen) Sehr gut könnte mir auch
 575 im Vorfeld, gemeindenahe Ansätze vorstellen. So, das ist das Wichtigste zusammenge-fasst,
 576 Herzliche Grüße. Liebe Kollegen, noch ergänzend führe ich in der Praxis die psychisch-
 577 funktionelle Behandlungsform durch in verschiedenen Variationen nach dem HRG. Grundla-
 578 gen sind das CMOP und das MOHO Model

Transkript Interview 5

- 1 I: Zum Einstieg haben wir ein paar allgemeine Fragen. Damit würde ich dann jetzt starten.
2 Wie sieht ihrer berufliche Laufbahn im Allgemeinen aus?
- 3 TN5: Also im Allgemeinen habe ich öfter mal Kontakt zur Ergotherapie gehabt mit 17 Jahren.
4 Habe dann auch ein Praktikum gemacht und habe dann auch den Zivildienst im Rahmen
5 meiner Ergotherapie geleistet und danach bin ich ja kurzzeitig angestellt worden in der
6 Tätigkeit als Ergotherapeut. Das war alles ohne Ausbildung und für mich war klar, dass war
7 es schon immer. Also auch mit 16,17 hat das begonnen und dann habe ich mich
8 deutschlandweit beworben auf staatlichen Schulen und erst im dritten Jahr hat es dann
9 letztendlich geklappt, wo ich gut mit dem Zivi und so überbrücken konnte und dem (unv.)
10 und habe dann in Ingolstadt die dreijährige Berufsfachschule besucht. Und daraufhin habe ich
11 ja im Ausland/ Bin dann weggegangen für 13 Monate und habe dann Hiwi- (Hilfswilliger)
12 Anstellung auch bekommen und habe zusätzlich dann noch nebenberuflich studiert in
13 (Ortsangabe) an der (Nennung Fachhochschule) und habe da den Diplom-Ergotherapeuten
14 gemacht. Bin 2007 da fertig geworden. Und das ist so sag ich mal, nur Kern Ergotherapie und
15 dann ging es natürlich immer weiter in Zusatzausbildungen, Weiterbildungen und sonstige
16 Dinge über die letzten 16 Jahre.
- 17 I: Also wann genau haben sie die Ausbildung zum Ergotherapeuten gemacht?
- 18 TN5: 1998 bis 2001.
- 19 I: 1998 bis 2001. Und wo?
- 20 TN5: In der Berufsfachschule in Ingolstadt.
- 21 I: Okay. Die nächste Frage: Wie alt sind Sie und wie lange arbeiten Sie bereits als
22 Ergotherapeut, in welchem Tätigkeitsbereich.
- 23 TN5: Also ich bin jetzt 43. Ich muss gerade rechnen, nein 42, ich werde 43. Ich bin jetzt
24 eigentlich angestellt hier seit 2003 als Ergotherapeut in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- 25 I: Okay, also zurzeit ist auch das Klientel wirklich Kinder und Jugendliche im Alter //von//
- 26 TN5: //Genau//
- 27 I: Also unser Thema von der Bachelorarbeit ist ja das betätigungsorientierte und
28 klientenzentrierte Arbeiten mit eben psychisch erkrankten Jugendlichen. Was bedeutet denn
29 betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten für Sie?
- 30 TN5: Also die Situation, die tatsächliche Situation ist für mich wichtig und auch die
31 Zielformulierung GEMEINSAM zu gestalten, das ist das Klientenzentrierte aus meiner Sicht.
32 Die Zielformulierung, soweit sie in der Lage sind, altersgemäß. Ich muss sagen die Vertretung
33 der Bezugspersonen, sei es Eltern oder dann bei Heimaufenthalt, was nicht selten ist, die
34 Bezugsbetreuer. Klientenzentriert bedeutet für mich auch einen Wandel, also eine
35 Prozessdiagnostik, wo ich sage, dass kann sich nochmal verändern aufgrund von Krisen oder
36 Entwicklungsschritten oder Rückschritten, beides. Also Fort- und Rückschritt. Beides ist aus
37 meiner Sicht immer wieder relativ schnell möglich und die Gründe sind dann, ja nicht
38 zweitrangig, aber sie sind halt so und dann ist klientenzentriert für mich klar die
39 Neuorientierung. Und den ersten Teil habe ich bloß nicht verstanden, das ist ?
- 40 I: Genau, das Betätigungsorientierte.
- 41 TN5: Betätigungsorientierte. Ich denke das ist auch eher was neueres so vom Begriff
42 Betätigungsorientiert. Hat für mich eher mit der Alltagsorientierung zu tun. Wo sind die

43 Interessen, wo kann man auch einen Schulterschluss-Transfer ins Alltägliche führen. Aber
44 sonst ist das für mich eher ein neuerer Begriff, würde ich jetzt mal sagen. Weiß ich aber nicht
45 ob es wirklich so ist.

46 I: Ja, also das Alltägliche. Bedeutungsvolle Betätigungen von den Klienten. Genau.

47 TN5: Also auch die Perspektive mit Interessensfindung, Berufswahl. Ich glaube das ist ganz
48 wichtig, weil (...) ich spreche da immer gerne von so einer „Lost Generation“, die zwar im
49 Leistungsspektrum gut funktionieren. Heißt Schule und Leistungserbringer, ist so ein
50 Neubegriff, auch warten können. Aber die Identität und die tatsächliche Freizeitgestaltung
51 außerschulisch ist sehr (...)ja identitätslos. Oder wenig Platz und wenig Zeit dafür, außer
52 wieder im Leistung/ Sprich tatsächlich dann Leistungssport oder Leistungsmusik und in der
53 Richtung.

54 I: Würden Sie sagen, dass diese Begriffe auf ihre Arbeit zutreffen?

55 TN5: Ja. Dieser erste Begriff, der ist neu aber ich bediene den natürlich seit vielen Jahren
56 eigentlich immer mehr. Wo ich sage, die Kinder brauchen mehr den Alltagstransfer
57 beziehungsweise die Alltagsmitgestaltung, weil wenig Bezugspersonen noch Zeit oder bereit
58 sind, sich länger auseinanderzusetzen. Deswegen würde ich sagen, bediene ich den sehr stark
59 hier. Und das Klientenzentrierte klar, das ist einer der Kernbegriffe der letzten Jahre
60 geworden. Unzwar nicht nur formal für die Krankenkassen, sondern finde ich gerade speziell
61 in der Ergotherapie. Und die Methoden und Mittel eigentlich gut zur Verfügung stehen.

62 I: Gut, dann komme ich zur nächsten Frage: Da würden wir ganz gerne, dass Sie uns mal
63 einen Therapieprozess beschreiben, wie der bei ihnen aussieht. Vom Erstkontakt aus bis zum
64 Abschluss der Therapie.

65 TN5: Okay, ich gehe noch ein bisschen weiter vor. Es gibt nämlich/ Der Therapieprozess
66 beginnt in Visiten, wo der Fall vorgestellt wird mit der Empfehlung Ergotherapie. Oder die
67 auch unter anderem von mir mit ausgesprochen wird. Und dann kommt es zu einer
68 Anmeldung, die Grundlage ist. Wo Zielformulierungen, aber auch die Anamnesen mit drin
69 sind. Schulisch beruflich Fragezeichen. Aber auch Familien und die ganze Diagnostik,
70 Leistungsdiagnostik aber auch andere Bereiche die einfach so Grundwissen bedeutet. Und
71 dann gibt es das Erstgespräch, das ist ja teilstrukturiert eben. Wo auch der Patient die
72 Zielformulierung mitgestaltet und auch die Möglichkeit besitzt, so von sich aus, seine
73 Lebensgeschichte so ein bisschen mitzugestalten in Verbindung mit dem Hintergrundwissen
74 was ich schon habe. Wie gesagt, Zielformulierung meinerseits, als Ergotherapeut, was aber
75 auch Prozessdiagnostik im weiteren Verlauf bedeutet. Zielformulierung Patient, um das
76 Klientenzentrierte auch tatsächlich zu bedienen und Zielformulierung der fallführende
77 Therapeut, das sind ja Ärzte, Psychologen, die so eine Grundrichtung geben auch Diagnostik,
78 Fragezeichen Therapie. Und dann entwickelt man einen Therapieplan, der teils schriftlich
79 aber sag ich mal im Kopf weitergetragen wird. Das heißt, ich versuche dann, den Patienten
80 abzuholen, dort wo seine Interessen sind. Das ist dieses (...) Wie haben sie das Wort nochmal
81 genannt?

82 I: Ähm Betätigungsorientierung?

83 TN5: Genau, dieses Betätigungsorientierte wird dann letztendlich als Motivator genutzt und
84 ich versuche dann in Anführungszeichen eine Manipulation der Situation und des Materials
85 herzustellen, um meine Ziele auch mit einfließen zu lassen und/oder die des Therapeuten.
86 Und dann handle ich vorwiegend handwerklich, aber ich führe natürlich auch reine
87 Testdiagnostik durch. Wenn nötig im ADHS-Bereich oder in der motorischen oder visuellen
88 Wahrnehmung oder Körperkoordination. Und dann ist das eine Prozessdiagnostik und
89 schließlich dann über diese Stunde mache ich dann eine Evaluation mit dem Patienten oder

90 Reflexion, über die Ziele, die wir uns so ein Stück weit immer präsent halten und danach ist
91 der Stundenabschluss eben und dann geht es in die nächste Stunde. Mit wieder Rücksprache
92 über die Visiten und dann geht der Prozess weiter. Wollen Sie dann den Therapieverlauf, also
93 wollen sie das Ende auch noch kurz?

94 I: Genau, das wäre auch noch gut.

95 TN5: Genau, also dann habe ich X Stunden geleistet. Immer wieder evaluiert. Mache ein
96 Abschlussgespräch im besten Fall, wenn der nicht kurzfristig entlassen wird, was in einer
97 Akutpsychiatrie immer mal wieder passieren kann. Wenn Nein, dann kann ich eine
98 Evaluation der Gesamtziele machen, seiner eignen, meiner und auch des Fallführers. (...) Wie
99 gesagt auch qualitativ, wo wir weitergekommen sind, auch im Rahmen der Prozessdiagnostik.
100 Und dann wird ein Abschlussbericht geschrieben und der wird dann hinterlegt in der Akte, bei
101 den Stationen oder beim Fall. Genau, dann so ein Abschluss im stationären Setting. (...) Also
102 ich spreche jetzt immer vom Stationären oder Tagesklinischen. Im ambulanten sieht es
103 nochmal ein bisschen anders aus.

104 I: Sie hatten ja in der Mail geschrieben, dass sie stationär, tagesklinisch und ambulant
105 arbeiten.

106 TN5: Ja.

107 I: Jetzt sagten sie gerade, dass es da anders aussieht. Wollen Sie das ambulante auch noch
108 kurz erklären?

109 TN5: Also der Aufnahmeprozess ist dann quasi über (...) nicht mehr die Visite, Stationsvisite,
110 sondern über Ambulanzbesprechungen, wo Bedarf in Frage gestellt wird. Da gibt es dann
111 zwei Möglichkeiten, dass die Kinder und Jugendlichen zu mir kommen. Das eine ist, dass wir
112 den diagnostischen Aspekt. Da mache ich die Teilleistungsstörungen im Rahmen Motorik
113 aber auch visuelle Wahrnehmung und beziehungsweise ADHS Diagnostik. Sollte das darüber
114 hinausgehen und auch eine Therapie empfohlen werden, oder vom Hausarzt eine Therapie,
115 mache ich zu Beginn/ Also dann einen Abschluss. Entschuldigung, bei der Diagnostik ist
116 immer ein Abschluss. Da gebe ich die Rückmeldung dem Fallführer und der spricht dann
117 weitere Empfehlungen aus in Verbindung mit mir. Und wenn es dann zu einer Therapie
118 kommt, führe ich ein Elterngespräch und da ist das Klientenzentrierte und das
119 Betätigungszentrierte wieder vorrangig. Sprich, ich mache so ein bisschen den Alltag, (...) ja
120 Kennenlernen und auch die tatsächlichen Zielformulierungen seitens der Eltern und des
121 Patienten nochmal im Klientenzentrierten in Betracht zu beziehen. PLUS Fallführer, PLUS
122 meine Zielformulierung. Und dann ist der Verlauf eigentlich auch wieder bis, sage ich mal
123 einmal im Quartal. Und dann versuche ich meistens Rücksprache mit den Eltern zu halten.
124 Eine Standortanalyse, wie geht es weiter, was sind weitere Ziele, neue Ziele oder
125 abgearbeitete Ziele. Dann findet eine große Fallbesprechung mit fünf Berufsgruppen noch im
126 ambulanten statt. Dort wird der Fall nochmal dargestellt und da wird auch eine
127 Weiterbehandlung dann nochmal geäußert, von mir und auch den anderen Berufsgruppen.
128 Und wenn es dann zum Abschluss kommen sollte, der vorbereitet wird, gibt es wieder ein
129 Abschlussgespräch mit den Eltern oder Bezugspersonen. Und dann (...) findet die (unver-
130 Dienstleistung?) oder das Absetzen der Ergotherapie statt. Ich glaube da habe ich nichts
131 vergessen, hoffe ich mal, im Ambulanten. Wichtig sind da immer die Zwischenabsprachen
132 mit den Eltern, die organisatorisch ein hoher Aufwand sind. Aber sonst geht es am
133 Klientenzentrierten vorbei. Sonst spule ich irgendwelche Manuale oder Methoden ab, das
134 macht keinen Sinn. Es muss immer wieder angepasst werden. Und auch die Rücksprachen mit
135 der ärztlichen Seite, die letztlich für die Weiterbehandlung ein Ok geben muss, damit das
136 weiterhin das Heilmittel stattfinden kann. Also Anschlussheilbehandlung.

137 I: Jetzt sagten Sie gerade Methoden. Wonach wählen Sie die Methoden aus oder was für
138 Methoden nutzen Sie da genau?

139 TN5: Das ist so ein bisschen schwierig. (lacht) Ich bin jetzt, sage ich mal, nicht so der
140 Ergotherapeut aus dem Keller der früher so der Bastelonkel, die Basteltante war. Das haben
141 wir ja zum Glück ein bisschen abgestellt. Und ich bin jetzt aber auch keiner, der ein Manual
142 nach dem anderen durcharbeitet, wenn ich jetzt die Diagnose ADHS habe, wo ich dann mit
143 dem Marburger Konzentrationstraining arbeite oder oder oder. Da gibt es die ganzen alten,
144 Affolter, Perffeti oder sonstigen Methoden, Modelle. Ich habe stetig oder ständig
145 Fortbildungen letztendlich gehabt, wo ich so einen guten Mix aus Allem mache. Mit sehr viel,
146 ja nicht nur Gusto, sondern schon so nach Intuition, Bedürfnis, Kind und Jugendliche. Aber
147 trotzdem gibt es natürlich die Methoden oder die Modelle, MKT, Klientenzentrierte
148 Gesprächsführung, aber auch irgendwelche Sozialkompetenztrainings von Starke Eltern-
149 Starke Kinder. Oder ich habe jetzt gerade eins daliegen, das heißt Sozialkompetenztraining
150 Gut drauf- Gut dran. Die Manuale, die schaue ich mir an und versuche dann eben auch
151 klientenzentrierte Bausteine rauszunehmen. Ich habe noch als Methode, führe ich auch das
152 Neurofeedback noch durch, das Biofeedback auch noch zusätzlich machen. Habe soziale
153 Kompetenzgruppen, Einzelgruppe, aber die Therapie ist noch die Methode die ich verwende
154 in der Gruppe und oder auch im Einzel. Ganz klar dieses Ausdruckszentrierte, aber auch das
155 Kompetenzzentrierte, Wahrnehmungszentrierte. Die sind alle letztendlich (...) Psychosoziale
156 Form (...) Soziale, wie heißt das noch, Interaktionelle. Die verwende letztendlich alle und je
157 nach Zielvorgabe oder je nachdem wie gerade die Situation oder die Dynamik des Patienten
158 aussieht, versuche ich da Variationen reinzubringen. Aber das sind alles Dinge, die ich
159 letztendlich einbringe und nicht jetzt starr nach einem Vorgehen. Meine Kollegin, die hat
160 noch ein paar andere Methoden oder Diagnostikmethoden, mit denen sie auch arbeitet. Sie
161 arbeitet noch nach (...) Elefantengruppe nennt sich das, nach bestimmten Manualen. Hat auch
162 das Marburgerkonzentrationstraining für Kleine. Sie arbeitet dadurch, dass sie Kleinere hat
163 und mehr Gruppen/ Entschuldigung, arbeitet sie mehr nach Manualen. Aber ich weiß jetzt
164 nicht wie das soziale Kompetenztraining genau heißt, mit dem Elefanten. Also wir bedienen
165 schon diese Klassischen und machen so einen Mix aus Erfahrungen in der alltäglichen Arbeit
166 aber auch durch Fortbildungen und Weiterbildungen. Ich bin noch Erlebnispädagoge und
167 habe auch/ Und bringe da natürlich Methoden mit ein. Jetzt haben wir ja ein Projekt mit
168 Klettern, haben aber auch immer Wintersporttage oder Boot fahren, wo ich immer mit drin
169 bin und dann auch tatsächlich auch ein bisschen das ergotherapeutische, alltagsnahe Feld
170 bediene. Genau. Ich war auch länger Dozent in einer Berufsfachschule und habe da den
171 Bereich AT plus psychiatrische, also die Arbeit war im psychiatrischen Bereich, im
172 theoretischen und praktischen Bereich unterrichtet über mehrere Jahre und habe da einfach
173 auch diese Modelle kennengelernt und lasse die jetzt einfach einfließen.

174 I: Okay, dann noch einmal kurz zur Evaluation. Da hatten Sie ja gesagt, dass sie das ganz oft
175 machen. Wie kann ich mir das vorstellen, machen Sie das quasi in einem Gespräch oder wird
176 das schriftlich festgehalten?

177 TN5: Ja, die Dokumentation ist so, dass teilweise die Zielformulierung dann mit aufgegriffen
178 werden vom Erstgespräch in den Stunden und die Evaluation mit dem Klienten über das
179 Gespräch stattfinden kann oder ich mache sie für mich als reflektierende Maßnahme, wo ich
180 dann einfach nur qualitativ so ein Schema, das wir vorgegeben bekommen haben. Ich muss
181 jetzt gerade mal schauen wie das heißt. Auf jeden Fall ist das angelehnt dann an ein Schema
182 und das bedeutet Plus, Plus, Plus, Plus, Plus, Plus, Plus, Plus, Minus und da ist halt dann
183 draus zu sehen, weiter Therapie notwendig oder Therapie annähernd abgeschlossen oder
184 Verschlechterung, Verbesserung. So sieht das dann letztendlich qualitativ aus in einer
185 einfachen Form über dieses Plus oder Minus.

186 I: Gut, dann komme ich zur nächsten Frage. Stellen Sie sich vor, ein Jugendlicher kommt zu
 187 ihnen, was brauchen SIE dafür. Also über welche Fähigkeiten und welches Wissen müssen
 188 Sie verfügen?

189 TN5: Von dem Jugendlichen? Oder ich als Therapeut?

190 I: Sie als Therapeut! Welches Wissen? Genau, also zum Beispiel hatten Sie eben ja
 191 Fortbildungen auch schon angesprochen oder welches Fachwissen.

192 TN5: (...) Also ich mag das ein bisschen auch anders, noch ein bisschen ausweiten, weil ich
 193 glaube das ist wichtigste Wissen ist die eigene, eigene Person. Selbstverständnis an
 194 Sicherheit, an Empathiefähigkeit, an Normalität, an Menschlichkeit. Also das sind für mich
 195 Fähigkeiten, die jetzt nicht anderen Basen zuge/ Naja was brauche ich, mache ich einen
 196 Haken hinter, weil das habe ich. Sondern das sind die Softskills, die für einen einfach auch
 197 unglaublich wichtig sind die zu besitzen. Für mich ist es, Ja diese Natürlichkeit im Umgang
 198 mit den Kindern. Einfach auch ein klares Verständnis, was bewegt diese jungen Menschen
 199 noch einfach. Und dann geht es weiter, wir sagen/ Ich muss natürlich mich gut strukturieren
 200 können, ich muss erkennen können, was für Dynamik herrscht. Die psychodynamischen
 201 Prozesse sind wichtig, die erfassen zu können aber auch einordnen zu können, um wirklich
 202 klientenzentriert bei denen arbeiten zu können. Ich finde aber auch wichtig die, ja NoGos in
 203 Anführungszeichen zu wissen, sprich übers Krankheitsbild bestimmte Trigger-Situationen
 204 oder auch im Umgang mit Borderline-Patienten, selbstverletzendes Verhalten, wo Stress
 205 entstehen kann. Es gehört auch für mich eine Basic dazu in Form von Deeskalations-
 206 Management, Erste-Hilfe, wo man dem Kind einfach Klarheit, Sicherheit vermitteln kann.
 207 Das sind jetzt auch keine Maßnahmen, die unbedingt in einer Fortbildung stattfinden. Klar ist
 208 es wichtig auf dem neusten Stand zu sein, da es ja auch im Moment viel Trend hingehend
 209 zum Autismus-Spektrum-Störungen, wo man einfach wissen muss wie/ Welche Position
 210 nehme ich ein in meiner ergotherapeutischen Arbeit. Auf welche Bereiche würden Sie sonst
 211 noch ein bisschen abzielen, wo sie sagen, was ist notwendig?

212 I: Genau, also persönliche Stärken hatten Sie ja jetzt schon ganz viele gesagt, die wichtig sind.
 213 Dann Fortbildungen hatten Sie vorhin angeschnitten, dass sie da auch welche gemacht haben.
 214 Was sind das für welche?

215 TN5: Also ich bin so circa zehnmal im Jahr auf Fortbildung. Das sind
 216 Quartalsbesprechungen, das sind (...) sei es medizinische Medikation in der Kinder- und
 217 Jugendpsychiatrie, sei es neue Sta/ Also DBT ist jetzt zum Beispiel auch eine Geschichte,
 218 Umgang mit Borderline-Patienten, aber auch eigene Richtungen, Umgang mit Drogen, Sucht.
 219 Die neuen (...) Legalize, was passiert. Das sind alles Fortbildungen, die besuche ich
 220 tatsächlich. Jetzt ist Klettern mit Kindern und Jugendlichen dieses Jahr dran, am Felsen. Ich
 221 mache aber auch ganz normale und, in Anführungszeichen normale Fortbildungen,
 222 Neurofeedback, wo ich mal wieder auf Fortbildungen oder teilnehme. Aber auch allgemein
 223 psychiatrisch. Es kann auch mal allein nur über Suizidrate, Depression, wo ich einfach
 224 hingehe an die BKHs und der Träger, oder andere Träger, wo ich teilnehme. Also ich könnte
 225 da jetzt letztendlich in den letzten, ja 17 Jahren zu allen Bereichen aufzählen, wo ich
 226 Fortbildungen gemacht habe, im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie.

227 I: Also eine ganze Menge auf jeden Fall.

228 TN5: Ja also ich denke ich bin so an die 100 Fortbildungen und ein paar größere
 229 Weiterbildungen. Weiterbildung als Dozent, aber auch als Erlebnispädagoge oder jetzt im
 230 Rahmen der Neurofeedback. Ja, also schon eine Ecke. Ich kann sie jetzt nicht alle aufzählen.
 231 (lacht)

232 I: (lacht) Müssen Sie auch nicht.

233 TN5: Also Sie brauchen ein ganz was Spezielles, wo Sie sagen „Naja, haben sie schonmal
 234 gehört von so und so“ oder wo ich dann sage „Ja, mache ich“. Aber ich weiß jetzt nicht,
 235 welche ich mir da picken könnte, wo Sie sagen, dass wäre für uns wichtig.

236 I: Naja, also eigentlich die, die wirklich im Bezug auf die Jugendpsychiatrie, wo sie sagen, die
 237 waren für die Arbeit mit den Jugendlichen total gut. Das sind so die, die am wichtigsten
 238 eigentlich für uns sind.

239 TN5: Also klar, eine riesen Veränderung findet im Autismus-Spektrum-Störungs-Bereich
 240 statt. Da ist unsere Chefärztin die Landesärztin in (Ortsangabe). Wo für uns, oder für mich,
 241 ich spreche jetzt besser für mich, nicht nur für die Ergotherapie. Manchmal schwierig ist wo
 242 sind die Abgrenzungen, wo ist der ICD-11 oder DSM-16, wo finden die tatsächlich in der
 243 Praxis Umsetzung. Sind die Testmanuale (unver.) oder andere für diesen Bereich passend
 244 oder geht man zurück auf die klinische Einschätzung, also über die Erfahrung zu Wissen, des
 245 Therapeuten. Da finde ich, muss man schon gut auf Fortbildungen gehen, weil das ist sehr,
 246 sehr im Wandel und sonst weicht sich das auf in eine andere Störung, wie Bindungsstörung
 247 oder sonstige Bereiche, wo wir einfach im Moment nicht damit gut zurecht kommen die
 248 einzugruppieren. Ganz klar wichtig ist auch Borderline, Selbstverletzen, Skill, DBT, finde
 249 ich, ist nicht unwichtig, um die Patienten auch dahin eine Sicherheit zu bringen und auch
 250 diese Skillsketten, die Anspannungsformen (...) also ernst zu nehmen und nicht so ein
 251 bisschen, sage ich auch den Jugendtrend, zu unterliegen, dass das eine Neuform der
 252 Willensdurchsetzung oder Aufmerksamkeitsfindung ist, sondern sie tatsächlich auch
 253 krankhaft das Störverhalten haben können. Suizidalität ganz wichtig auch, weil da einfach
 254 eine Bedrohung oder eine Vorwurfsgeschichte entstehen kann. Bedrohung von, habe ich was
 255 falsch gemacht, habe ich etwas übersehen. Wo man gut abschätzen muss, wo steht der. Und
 256 natürlich ganz modern auch ist Transgender, Divers, Identitätsentwicklung von Kindern- und
 257 Jugendlichen, die sich, ja gerade sehr, sehr neugestaltet. Wer bin ich. Legalize, Drogen, der
 258 Markt wird überschwemmt über das Internet mit komischen giftigen Zeug, was hier auch
 259 letztes Jahr, im letzten Quartal, wie eine Bombe eingeschlagen hat. Mit starken, stark
 260 betroffenen Kindern und Jugendlichen, die sehr abgebaut gewirkt haben und wo man glaube
 261 ich auch wissen muss, was passiert gerade bei den Jugendlichen. Also das sind so finde ich
 262 viele. Das geht ein bisschen weg vom Klassischen, emotionalen Störungen, Depression,
 263 Zwänge, Ängste, Tics. Aber die sind gerade so ein bisschen die anderen Geschichten, die wir
 264 mehr erfahren.

265 I: Okay. Dann die nächste Frage bezieht sich eher ein bisschen auf die Institution, wo sie jetzt
 266 im Moment arbeiten. Also in wie fern die ihre ergotherapeutische Arbeit beeinflusst.

267 TN5: Oh! (lacht) Ich glaube da müssen wir vier X hinmachen. (lacht) (...) Es ist denke ich
 268 sehr schwierig. Auch da möchte ich es ein bisschen allgemeiner halten, weil das ist sehr
 269 betriebspolitisch bedingt so. (...) Das ist ein kirchlicher Träger, wie Sie wissen, die
 270 katholische Jugendfürsorge. Wir haben GROSS damit zu kämpfen, alte Zöpfe abzuschneiden.
 271 Was hat es damit zu tun, mit Kindern und jugendlicher Entwicklung? Ich habe Transgender,
 272 Divers aber auch da spielt die Homosexualität und Kirche eine große Rolle. Das wird ja auch
 273 die Medien getrieben seit Jahren. Da haben wir schon auch in den Einstellungskriterien, die
 274 MIT Kindern und Jugendlichen schwierig werden, weil der Träger einfach andere moralische
 275 Voraussetzungen gerne erfüllt hätte. Das heißt, er ist da so ein bisschen im Spannungsfeld, wo
 276 ist die Kirche als eigene Moral oder eigene Instanz und wen behandeln wir, sprich
 277 Transgender, aber auch diese Bereiche, aber auch andere Religionen. Wie gehen die damit
 278 um? Die haben da klar ein Leitbild und deswegen bin ich da so ein bisschen kritisch und
 279 würde auch gerne vier X reinmachen. Aber ich sage das trotzdem, weil der Träger letztendlich
 280 einschränkende, ja einschränkende Leitbildsätze besitzt, die letztendlich nicht mehr ganz
 281 diesen schwerbetroffenen Familien und auch Kindern gerecht werden KÖNNTE. Und das

282 meine ich mit alten Zöpfen. Sie versuchen dann schon auch im Einstellungsverfahren mit
283 Kollegen, diese Leitbilder ein bisschen aufzuweichen, um einfach angemessenes Verhalten
284 einzuführen. Was ich jetzt natürlich vergessen habe in dieser ganzen psychiatrischen
285 Entwicklung ist natürlich die Flüchtlingspolitik oder auch Traumatisierung, Traumata, was
286 hier sehr, sehr stark auch zugenommen hat. Wo auch ein hoher Aufwand mit Übersetzung zu
287 tun hat. Und das war auch so eine Trägerschaftsgeschichte, wie gehen wir damit um, mit
288 anderen Religionen oder wie kommen wir da klar. Also die Einrichtung als solches würde ich
289 schon gerne mehr Einfluss über die Leitbilder haben wollen, glaube ich. Aber es geht nicht in
290 der heutigen Zeit und auch klientenzentriert, sicher, diese Leitbilder so zu klammern, weil da
291 dürften wir oftmals gar nicht weiterbehandeln.

292 I: Genau, also da ist es schon auch eine gewisse Einschränkung von der Institution aus, die da
293 ausgeht. Gibt es denn zum Beispiel auch Sachen, die die Institution erleichtert, in Bezug auf
294 die Arbeit?

295 TN5: Naja, es ist auch dann ein Träger, der letztlich eine große/ Der bedient das Feld Kinder-
296 und Jugendpsychiatrie oder auch Jugendhilfe sehr stark. (...) Ich glaube erleichternd ist der
297 Aspekt Kirche trotzdem, weil viele da noch der Ansicht sind, die machen ja alles gut. Also es
298 ist glaube ich da noch ein konservatives Weltbild gegenüber der kirchlichen Trägerschaft
299 vorhanden. Wir werden aber immer mehr zum Wirtschaftsunternehmen und ob es da leichter
300 wird oder schwerer/ Wir wandeln uns jetzt in eine gGmbH um nach X Jahren eingetragener
301 Verein. Ich weiß nicht, ob es das wirklich erleichtert. Es gibt die QM Geschichten, es gibt den
302 medizinischen Dienst, der viel mehr Kontrolle ausübt. Ich frage mich/ Ich kann das schlecht
303 beantworten. Ich finde nicht, dass die Trägerschaft als solches das uns das erleichtert. Wo ich
304 glaube, jede andere Trägerschaft könnte das ebenso machen. Also ich sehe so ein bisschen
305 Diskrepanz. Ich weiß nicht ob sie es so ein bisschen herausgehört haben, zwischen dieser
306 moralisch-kirchlichen Leitfaden und letztendlich der Kampf an der Front, den wir hier
307 betreiben. Der dann gar nicht mehr so, gerade zum Gloria letztendlich ist. Da fehlt dann schon
308 eher die Unterstützung, unzwär auch die Weltoffenheit und das Dahinterstehen. Den Patienten
309 einfach mehr im Fokus und nicht die Wirtschaftlichkeit oder nicht die Außenwirkung, sage
310 ich mal, aufrecht zu erhalten. Sondern tatsächlich auch die Konfrontation mit Patienten, mit
311 Institutionen aber auch mit der Jugendhilfe und auch die politische Konfrontation. Das ist sehr
312 gering gehalten von Seiten der Trägerschaft.

313 I: Gibt es denn bestimmte Vorgaben, die sie in der Ergotherapie machen müssen? Also von
314 Seiten der Institution, zum Beispiel, dass da immer bestimmte Tests gemacht werden müssen
315 oder ein bestimmter Ablauf. Also gibt es da feste Vorgaben?

316 TN5: Ja. Die wirtschaftlichen. (lacht) Das heißt wir haben klare Vorgaben. Das sind
317 sozusagen die ersten Facts, die in Stein gemauert waren seit längerem. Wir haben mehrere, ja
318 wie soll ich es sagen, Kalkulationen. Zeitlich aber auch wirtschaftlich geltlich, die wir erfüllen
319 müssen. Von unserer Arbeitszeit muss so und soviel erwirtschaftet werden. Und danach, ja
320 werden wir jetzt nicht unbedingt nur gemessen, aber das ist die erste Zahl, die im Raum steht.
321 Viel weniger wie viele Anteile wir erfüllen müssen am Patienten, mit unserer prozentualen
322 Einstellung. Sprich 30% auf einer Station bedeutet 7 Patienten die Woche. War jetzt einfach
323 mal so als Beispiel, Max-Mustermann-mäßig. Das ist weniger/ Da sind wir weniger
324 gegängelt, Vorgaben, irgendwelche Diagnostik zu machen oder irgendwelche anderen Dinge.
325 Bekommen wir jetzt von Seiten der Oberärzte oder Therapeuten weniger. Da wird das
326 Vertrauen/ Muss man aber auch sagen, wir haben keine fachliche Leitung, die das letztendlich
327 auch beurteilen kann. Das ist natürlich der andere Kreis und dann handeln wir so wie wir das
328 gelernt haben oder wie wir das in unseren Weiterbildungen für gutheissen. Und die Diagnostik
329 wird dann ganz klar in der Anmeldung vorgegeben. Das heißt, macht Diagnostik. Ihr habt
330 zwei drei Verfahren, wir wollen die. Und dann sind natürlich die Vorgaben, Prozentränge

331 oder Wertestandards, Werte rauszuballern schon da. Aber die Interpretation und die
332 Empfehlung wird dann so zusammen ein Stück weit gestaltet. Aber was nicht heißt, jeder
333 Patient der angemeldet wird MUSS eine Diagnostik haben, NEIN. Wie gesagt, die
334 wirtschaftliche Vorgabe besteht. Und wir haben auch Vorgaben was die Dokumentation
335 betrifft. Ja, muss ich vielleicht auch noch dazusagen. Also wir haben die Vorgabe unsere
336 Dokumentation zeitnah zu machen. Das heißt, in einem Timeslot haben wir ja 10 Minuten
337 Zeit und da sollte eigentlich die Dokumentation nach der Stunde oder unmittelbar vor der
338 nächsten Stunde gemacht sein. Genauso auch Arztberichte oder unsere Briefe im Rahmen der
339 Ergotherapie, Abschlussberichte müssen innerhalb 24 Stunden, nein 48, ach egal, 24/48
340 Stunden geschrieben sein. Was es teilweise schwierig macht, wenn man im Urlaub ist, weil
341 dann hat man nämlich 6,8 Briefe und die sind nicht mehr zeitnah und da muss ich dann
342 schauen, dass ich die am ersten Tag abarbeite oder ich muss vorschreiben. Das sind Normen
343 und klare Marke. Was haben wir noch für Vorgaben? Arbeitszeit, klar, aber trotzdem
344 vielleicht zu erwähnen. Wo wir feste Arbeitszeiten haben, die sich gleiten lassen innerhalb
345 morgens und einer halben Stunde abends, aber viel mehr nicht. Sonst sind es eher feste
346 Therapiezeiten. Ansonsten Vorgaben waren es eigentlich, oder was ich gesagt habe? Ich
347 glaube das sind so die wichtigsten Vorgaben. Inhaltlich haben wir keine Vorgaben.

348 I: Genau. Eben hatten Sie ja auch schon gesagt, dass da ganz viel mit den verschiedenen
349 Berufsgruppen zusammengesessen wird. Also gibt es in der Einrichtung eine interdisziplinäre
350 Zusammenarbeit?

351 TN5: Ja, also abrechnungstechnisch schon. Und das zählt. (lacht) Ja es ist wirtschaftlich. Wir
352 haben diese Ziffern, die waren gut abgerechnet im Rahmen des ambulanten, wo ich arbeite.
353 Wie dann die Schnittstellen tatsächlich stattfinden, das ist qualitativ zunehmend
354 verschlechtert, weil der wirtschaftliche Druck höher wird. Sprich diese Schnittstellenarbeit
355 wird nahezu, ja automatisiert findet die statt. Dann und dann ist Besprechung. Dann gibt es
356 teilstrukturierte, ja Formulare, die werden ausgefüllt und nach denen wird das gemacht. Wo
357 man einfach auch mit geringstem Aufwand den maximalen Profit im ambulanten erreichen zu
358 können. Die interdisziplinären Geschichten stationär, also sprich die Visiten, sind oftmals
359 abgeleitet. Das heißt es ist nicht unbedingt eine Win-Win-Situation, sondern es ist eine
360 Situation, wo die Ärzte letztendlich eher abrufen was für sie wichtig ist und unser
361 interdisziplinärer Anteil ja eher eingeschränkt ist. Gerade auch nochmal was den Alltag und
362 die stationäre Arbeit betrifft, dass die Dinge, unsere Empfehlungen oder Anregungen
363 tatsächlich eingebracht werden. Da ist man als Fachtherapeut in der Kette doch relativ weit
364 hinten. (...) Aber es ist/ Es wird schon benannt, es findet statt- Inhaltlich ist es qualitativ
365 zunehmend wirtschaftsorientiert.

366 I: Okay. Wenn Sie die Möglichkeit hätten, in ihrer Einrichtung etwas zu verändern. Was wäre
367 das?

368 TN5: Das ich die fachliche Leitung übernehme. (lacht) Ich führe gerade/ bin dabei, ich habe
369 es angeboten ein Gespräch zu führen, ich habe es nicht, aber ich habe es angeregt, weil das ist
370 die Situation wo ich gerade mehrfach benannt habe, sprich interdisziplinärer Austausch aber
371 auch Supervision, was nicht stattfindet. Wo diese Schnittstellen einfach, ja, so gesteuert sind,
372 dass der Ober sticht Unter. Eher auch machtsstrategisch und das hat nicht immer mit
373 Fachlichkeit zu tun, sondern einfach mit Kontingenten, was Zeit und Wirtschaftlichkeit
374 betrifft. Also eine Veränderung ist für mich ganz klar eine Leitung, die Interessen
375 zusammenführt aber auch Ressourcen optimiert, Abläufe nochmal klarer strukturiert. Das ist
376 für mich eigentlich in jeder Einrichtung ein Pool an Fachtherapeuten, unter anderem natürlich
377 die Ergotherapeuten. Was ja kein kleiner Pool ist. Hat das was schon immer notwendig
378 gewesen wäre, weil die Fachtherapie auch nach X Jahren wo ich darin arbeite, immer noch
379 stiefmütterlich gegenüber der klassischen Medizin und der Stundenballungskraft die ET

380 gehalten wird. Also diese vom Kellerkind-raus-Mentalität, die unterstütze ich seit Jahren,
381 auch in verschiedenen Einrichtungen. Dadurch, dass ich Dozent war, habe ich da auch viele
382 Einrichtungen gesehen und ich bin jetzt hier im obersten Stockwerk, mit Waldblick und
383 GRÜNEM um mich herum. Wäre schön gewesen, wenn sie die Einrichtung gesehen hätten.
384 Und das ist auch ein Ort wo wir uns auch positionieren müssen. Nicht ganz oben, aber auch
385 oberhalb vom Keller. Also das gilt es zu verändern. Ich denke auch, es ist wichtig unsere
386 Darstellung der Ergotherapie noch klarer zu schaffen. Nicht die Mädchen oder der
387 Hausmeister für alles so ein Stück weit, so werden wir ja teilweise gehandelt. Sondern
388 tatsächlich Professionalität, Klarheit reinzubringen. Das ist für mich auch wichtig. Das muss
389 verändert werden. Das versuchen wir hier auch, in der Hoffnung, dass man nicht immer
390 wieder runtergedrückt wird in den Keller. Also das ist das was ich verändern wollen würde.
391 Die Lobby der Ergotherapie, ich weiß nicht, Sie haben ja bestimmt schon mit anderen
392 Einrichtungen auch gesprochen und gesehen, die ist immer noch SEHR wenig klar definiert.
393 Wird auch sehr stark manipuliert oder sagt man infiltriert. Wie man es auch immer sagen
394 kann, im stationären durch die Heilpädagogik oder Heilerziehungspflege, die auch sehr viel
395 ins ADL übergehen, wo das so ein bisschen, ja Kompetenzgerangel ist. Finde ich. Und auch
396 weil die Ergotherapie auch in anderen Bereichen stattfindet, auch anlehnend der
397 Heilmittelerbringer wie die Physio, die Sporttherapie, die tiergestützte Therapie, auch die
398 Ergotherapie so ein bisschen (...) Ja sag ich mal nicht eingrenzt, aber da muss man sich gut
399 abgrenzen. Ich glaube das ist wichtig.

400 I: Gut, dann geht es jetzt nochmal so ein bisschen um die Lebensphase Jugend. Was würden
401 Sie sagen sind besondere Themen und Herausforderungen für die Jugendlichen in dieser
402 Phase?

403 TN5: Ja. Das habe ich glaube ich vorhin auch benannt. Ich finde wir befinden uns in eine Lost
404 Generation. Und das ist für mich ein Begriff, der leider noch nicht irgendwo aufgeplopt ist.
405 Aber vielleicht gilt es den auch mal zu definieren, das heißt Kinder und Jugendliche haben ein
406 hohes funktionales Niveau zu halten. Der Jugendliche, der in der Schule funktioniert, im
407 Verstehen (unvers.) funktioniert. Jugendliche dann nicht mehr, aber Funktion,
408 Institutionalisierung. Vom Sportverein in die Nachhilfe, von Nachhilfe geht es dann nach
409 Hause für zwei Stunden, danach ist/ Am Morgen geht es dann in die Einrichtung, ganztägig
410 Schule. Die Identität wird dabei nicht/ Also die tatsächlichen Bedürfnisse des Kindes was
411 auch mit emotionaler/ Was mit der Familie stattfindet, wird nicht mehr so bedient. Auch nicht
412 mehr so individuelle, wertschätzend, emphatisch, emotional. Und ich habe viele Kinder und
413 Jugendliche, die heute nicht wissen, was sie morgen haben. Außer sie schalten
414 Navigationssysteme ein. Navigationssystem wie ich mein Leben zu machen habe, aus
415 wirtschaftspolitischer Sicht. Verstehen Sie so ein bisschen was ich meine?

416 I: Ja.

417 TN5: Also diese Lost Generation, das ist für mich schon ganz arg da. Die
418 Identitätsentwicklung. Das findet sich auch in Divers und Transgender, ohne das zu werten,
419 das ist für mich schon wichtig. Ich habe da kein Pro oder Contra jetzt, möchte mich da auch
420 nicht groß zu äußern. Aber die Situation als solche (...) bringt die Jugendlichen einfach in
421 Schwierigkeiten. Nicht die männlichen oder auch weiblichen Klischees in Führungszeichen
422 zu bedienen, wo auch Orientierung geben (...) doch teilweise fehlende Vorbilder, Eltern,
423 Mutter-, Vaterrollen, aber auch durch diese häufigere Trennungssituation, einfach wegfallen
424 als Geschlechterrollen. Das bringt auch diese ins strudeln. Das ist für mich ein Thema, also
425 wirklich ein wichtiges Thema. Wichtiges Thema ist für mich auch der Umgang mit Drogen,
426 mit Zugang zu Drogen, wo glaube wir im Alltag auch verloren haben eine Fürsorge für die
427 Kinder allgemein zu treffen. Das heißt, wie nah sind wir an den Kindern dran? Wissen wir
428 was die Kinder in ihrer Zeit, Freizeit, konsumieren oder wie sie das betreiben? Und der

429 Zugang ist natürlich auch immens leicht. Klar, man kann sagen THC oder sonstiges gab es
430 früher ja auch an jeder Ecke und das war auch leicht, nur muss ich mich bloß in die richtigen
431 Kreise bewegen. Das stimmt, aber ich erlebe die, auch aufgrund der Identität und des
432 Ausprobierens, die Hemmschwelle im Alter deutlich, deutlich verjüngt. Und auch die
433 Verantwortung was passieren kann, ist reduziert und auch was sie einfach blindlos
434 konsumieren, ist schon extrem. Das schockiert einfach, wenn man hier sehr junge Menschen
435 konfrontiert sieht mit, ja, aussichtsloser Aussicht oder wenig Perspektive, aufgrund
436 Drogenkonsum. Ganz entscheidend, das ist ein Teil. Ganz wichtig ist auch Medienkonsum,
437 Mediensucht finde ich auch ganz wichtig. (...) Das sind so die aktuellen Dinge, was die
438 Jugendlichen beschäftigt glaube ich. Also, ich wie? nicht was ich da jetzt vergesse. Das sind
439 auch nicht mehr die Klassiker. Also keiner beschäftigt sich mit einer Depression oder ADHS,
440 sondern eher mit diesen Freizeitlöchern, die sie irgendwie anders stopfen als mit
441 Geborgenheit, Sicherheit und Familie. Ich glaube das ist so ein/ Ja ich weiß nicht ob es auch
442 ein Werteverfall ist. Auch seitens der Eltern und der Verantwortung. Also weiß ich, das ist
443 sehr, sehr gesellschaftspolitisch, was ich da eher loslasse und ich weiß nicht ob ich dann nicht
444 auch für die Jugendlichen spreche.

445 I: Die Themen, die sie gerade angesprochen haben, würden sie die auch so in Bezug auf diese
446 Transitionsprozesse äußern? Also der Übergang quasi vom Kind zum Jugendlichen oder aber
447 vom Jugendlichen zum Erwachsenen?

448 TN5: Genau, ja. Das sind die Sprünge, die sind mit Leere verknüpft. Und wenn ich nicht weiß
449 was morgen, sei es Geschlecht, sei es Verantwortung, sei es Rolle, sei es Beruf, jetzt sprechen
450 wir von einer 16,17-Jährigen, auch Studium oder sonstiges. Da ist einfach, da ist keine Idee
451 da. Und der jüngere Bereich, so sprich jetzt mal, der hat sich ja auch sehr verweicht oder
452 aufgeweicht, man kann jetzt nicht mehr Jugendliche 14 sagen, sondern wir haben ja hier da
453 Veränderung die ja unter 10 schon gehen mittlerweile, die Jugendphase eintreten, wo eine
454 völlige Überforderung im Rahmen der Identitätsentwicklung stattfindet. Wo sie sagen: Ja wer
455 bin ich denn? Ist es denn normal mich auszuprobieren in der Geschlechterrolle oder in der
456 Sexualität? Mit 10, wahnsinnig schwierig. Zumal die Medien natürlich vorweg springen und
457 einem vieles für Normal, aufgrund der Medien dargestellt wird. Oder nicht der Medien,
458 sondern einfach der ZUGANG zu Medien, vieles als normal dargestellt wird, was nichtmehr
459 korrigiert wird, sondern eher im Dabeisein stattfindet, als im sich abgrenzen. Also ja, ich
460 finde die haben große Probleme in diesen Übergängen. Absolut. Also ich merke es ja auch
461 dann an der Präsenz der Eltern fest, was natürlich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch
462 zerrütteter erscheint, als jetzt, sage ich jetzt mal, im Großteil der anderen Kinder und
463 Jugendlichen. Und selbst die haben diese Problematik. Sprich auch optische Identität, sprich
464 jetzt von Essstörungen, wo ich sage, naja es fehlt halt auch das Vorgelebte und nicht das
465 Heranziehen von irgendwelchen Idealen aus PC-Spielen und oder Germanys next Topmodel,
466 sage ich jetzt mal plakativ.

467 I: Okay. Diese Besonderheiten, die Sie jetzt angesprochen haben und die Themen. Wie
468 wirken die sich auf die Zusammenarbeit mit den Jugendlichen aus?

469 TN5: Die wirken sich dahingehend aus, dass sie ein Gegenüber wollen. Sie wollen eigentlich
470 die Identität, sie wollen Klarheit, sie wollen Grenzen (...) sie wollen vorgelebte Aktivität, sie
471 wollen auch Opposition üben, sie wollen dieses klare Bild. Ich mag jetzt mal behaupten, die
472 Unsicherheit des Neutritums, was jetzt einfach auch immer mehr entstehen darf und
473 Transgender oder wer bin ich, die führt die auch in das Nebulöse. Die wissen einfach kaum
474 mehr, was sollen sie denn bedienen. Ich kann nicht beides leben, so auch wenn es vielleicht
475 formal erlaubt oder dargestellt wird. Aber es zerreißt die und ich erlebe die Klarheit, die
476 Sicherheit, das Gegenüber, die Transparenz, die Ehrlichkeit und auch das Zugestehen von
477 Fehlern und dafür eine Richtung ermöglichen, erlebe ich als unglaublich erleichternd. Und

478 das ist für mich schon klar. Ich bin jetzt kein konservativer Allgäuer, der nur die Rollen und
 479 alt und verstaubt und sonstiges propagiert. Überhaupt nicht, gar nicht. Aber ich erlebe einfach
 480 die zunehmende Unsicherheit, wenn keine Orientierung stattfindet. Und eine Orientierung,
 481 und wenn es nur die Orientierung ist, ich möchte so NICHT sein. Das ist auch eine
 482 Abgrenzung, die in der jugendlichen Zeit beim Jugendlichen stattfinden muss. Nicht nur wie
 483 möchte ich sein, sondern wie möchte ich nicht sein. Das dient auch der Rollenfindung.

484 I: Was ist da dann die Herausforderung für SIE als Ergotherapeuten?

485 TN5: Die Herausforderung ist die vorgelebte (...)

486 I: Also jetzt nicht für die Jugendlichen, sondern für Sie als Ergotherapeut in dieser
 487 Zusammenarbeit. Was ist da eine Herausforderung?

488 TN5: Für mich ist die Herausforderung, das Kind einerseits in der Begeisterung zu halten für
 489 das Leben, also ein FÜR Leben, ein PRO Leben. Dass das Leben einfach auch lebenswert ist,
 490 einerseits. Und andererseits diese Problematik tatsächlich ernst zu nehmen und den Patienten.
 491 Das klingt ein bisschen komisch, aber so ein bisschen bei der Ähre zu packen, dass er eine
 492 Verantwortung übernehmen muss. Unzwar nicht für das, was um ihn herum passiert, sondern
 493 für sich als Person. Mündig zu werden. Egal für welche Situationen, also die sind nicht immer
 494 nur gut und schön. Aber auch für die negativen Situationen ein Gegenüber zu bilden und das
 495 finde ich ist schon der Auftrag. Es geht so ein bisschen weg vom Ergotherapeutischen, aber
 496 wir haben gute Mittel und Medien, um Bodenständiges zu entwickeln. Ich glaube, das ist
 497 wichtig. (...) Das ist die Herausforderung, der Boden unter den Füßen. Darum arbeite ich auch
 498 so gerne mit erlebnispädagogischen Inhalten, weil die Rückmeldung, von der Natur oder
 499 Naturerfahrung ganz klar ist, ganz eindeutig. Die kommen sehr stark an sich ran und das
 500 müssen die Kinder und die Jugendlichen. Also sie zu unterstützen, wieder an sich einfach
 501 auch ran zu kommen. Das ist schon auch die Herausforderung, finde ich, für mich als
 502 Ergotherapeut. Und da dienen unsere Mittel und Medien sehr gut. Es entsteht viel Frust, es
 503 entsteht viel Erfolg, es entstehen Probleme und wir können einfach da gut, ja, uns einbringen.
 504 Im positiven wie im negativen Sinne. Wenn wir auch künstlich Probleme schaffen. (...) Ist
 505 das so klar, was da so die Herausforderung für mich als Ergotherapeut sein kann?

506 I: Ja, ich denke, dass haben Sie ziemlich ausführlich beschrieben.

507 TN5: Ok.

508 I: Dann hätten wir abschließend noch die Frage, ob von ihrer Seite noch Anmerkungen da
 509 sind oder vielleicht Themen, die jetzt während des Interviews nicht zur Sprache kamen?

510 TN5: Mhm, Ne, also ich hätte Interesse an diesem Outcome von der Studie natürlich. (lacht)
 511 Ich würde ganz gerne die Unterlagen und auch das Interview, wie es letztendlich auch
 512 aufgebaut ist. Mich interessiert das auch, dadurch das ich auch Diplom-Ergo bin, wie da
 513 wissenschaftlich auch gearbeitet werden kann.

Transkript Interview 6

- 1 I: Für den Anfang habe ich ein paar Einstiegsfragen, wo es jetzt erst einmal um ihre berufliche
2 Laufbahn geht und wie diese aussieht. Da dürfen sie einfach mal loslegen.
- 3 TN6: Das vor der Ausbildung zum Ergotherapeuten, wollen Sie das auch noch wissen?
- 4 I: Genau, wenn Sie vorher noch etwas anderes gemacht haben, können sie das gerne auch sagen.
- 5 TN6: Also ich bin so relativ alte Generation von Ergotherapeuten. Das heißt damals als ich die
6 Ausbildung gemacht habe, wir waren überwiegend Umschüler bei uns in der Schule. Also ich
7 war vorher Bauzeichner, also in einem ganz anderen Bereich tätig und war dann in so einer
8 Orientierungsphase, was man stattdessen machen kann, weil die Bauwirtschaft damals nicht so
9 geboomt hat wie sie es jetzt tut. Und habe also dann (...) Also ich bin jetzt 27 Jahre
10 Ergotherapeut. War die ersten 2 Jahre in einer neurologischen Rehasstation beschäftigt,
11 Schlaganfall, Schädel-Hirn-verletzte Patienten und bin eigentlich dann seit eben 25 Jahre
12 durchgehend im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig gewesen in der Klinik. Und
13 habe parallel dazu immer nochmal so andere Sachen, andere Bereiche mit wo ich war eine
14 zeitlang halbtags in der Klinik und zur anderen Hälfte an einer Ergotherapieschule als Dozent
15 beschäftigt. War dann 15 Jahre parallel noch in einer Ergotherapiepraxis freiberuflich tätig.
16 Habe 5 Jahre auch parallel zu dieser Jugendpsychiatrie auf einer Drogenentzugsstation
17 Kunsttherapie angeboten. Also das war so zu dem Rahmen und der Schwerpunkt bei uns in der
18 Klinik war zu Beginn so im Kinderbereich und da bei der Sensomotorik und
19 Entwicklungsdiagnostik gelegen. Ich habe insofern anfangs Fortbildungen in Psychomotorik
20 besucht, SI Kurs, solche Sachen und habe dann aber auch schon relativ frühzeitig mich in
21 Kunsttherapie weitergebildet. Habe dann die letzten 7 Jahre, also vor 7 Jahren noch einmal mit
22 einer kompletten Kunsttherapieausbildung begonnen und die abgeschlossen. Und bin jetzt auch
23 noch einmal für den Bereich Ergotherapie aber auch andere Spezialtherapeuten
24 Qualitätsbeauftragter. Also von daher, relativ breites, buntes Feld. Ich habe, das ist aber auch
25 schon länger her, eine Fortbildung zum COPM auch besucht und gemacht, genau.
- 26 I: Also wann genau und wo haben Sie dann die Ausbildung zum Ergotherapeuten gemacht?
- 27 TN6: In Bayreuth und ja, vor 27 Jahren.
- 28 I: Ok. Mit welchem Klientel arbeiten Sie jetzt zurzeit?
- 29 TN6: Zurzeit bin ich schwerpunktmäßig bei Jugendlichen von 14 bis 17,18 Jahren, auf einer
30 Kinder- und Jugendpsychiatrischen Therapiestation beschäftigt. Mache aber auch noch
31 Akutbehandlung im gleichen Altersspektrum und bin in der Institutsambulanz. Hier zum
32 Beispiel Schwerpunkt bei Autisten.
- 33 B: Ok, dann würde ich jetzt mit den Hauptfragen beginnen. Unser Thema ist ja eben die
34 betätigungsorientierte und klientenzentrierte Ergotherapie mit psychisch erkrankten
35 Jugendlichen. Was bedeuten diese zwei Begriffe für Sie?
- 36 TN6: Also Klientenzentriert ist für mich einfach immer der Punkt, dass es mir darum geht die
37 Betroffenen/ Wünsche von meinen Patienten abzufragen. Natürlich auch im Kinder- und
38 Jugendpsychiatrischen Kontext die Wünsche der Eltern mit zu berücksichtigen und da
39 möglichst nah an den individuellen Interessen der Jugendlichen zu bleiben. Denn oft ist es ja
40 so, dass sie natürlich wissen was von ihnen erwartet wird und das dann auch als eigenen
41 Wunsch erst einmal zu formulieren, wo man aber relativ schnell merkt, es funktioniert nicht,
42 weil es eben doch nicht der eigene Wunsch ist. Das war eben die Klientenzentrierung. Und
43 Betätigungsorientiert ist schon so, dass es für mich immer darum geht, was braucht der
44 Jugendliche nach der Entlassung, beziehungsweise was hat dazu geführt, dass er stationär oder

45 vielleicht ambulant in die Klinik musste. Also wo man noch einmal konkret guckt wo
46 tatsächlich eben die Basisstörungen liegen, sage ich jetzt mal so, damit eben da auch die
47 ergotherapeutische Sicht reinkommt. Gerade im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich ist
48 natürlich schon auch so pädagogische Sichtweise oft vorrangig, sage ich jetzt einmal so. Und
49 aus der Ergotherapie auch aus dem Hintergrund, dass ich einfach in der neurologischen Reha
50 angefangen habe, neuropsychologische Funktionen einfach zentral zu beachten sind. Und es
51 bei Kindern, wenn man mal an ADHS denkt oder andere SI-Störungen, ja durchaus ganz viele
52 Parallelen gibt. Das es sich da dann noch ein Stück fortsetzt. Habe ich mich jetzt verzettelt oder
53 können Sie mir noch folgen?

54 I: Ne, ich kann Ihnen noch folgen. Würden Sie sagen, dass diese Begriffe auf ihre Arbeit
55 zutreffen? Und wenn ja, wie setzen Sie das um? Hatten Sie jetzt auch schon ein bisschen
56 angeschnitten.

57 TN6: Eigentlich müssten wir die Frage teilen. Also ich für mich, für meine Arbeit, würde sagen
58 da trifft es auf jeden Fall zu. Die Umsetzung erfolgt halt im Kontakt mit den Patienten, im
59 Gespräch und vor allem auch im, ja offenen, wie nennt man, in einem offenen Rahmen. Wenn
60 man jetzt den klinischen Rahmen insgesamt nimmt, würde ich das mit Einschränkungen sagen.
61 Also da ist es schon noch so, dass dann halt diese medizinische Sicht, die ärztliche Sicht oft
62 immer noch durchkommt. Nach dem Motto, hier ist die Diagnose und wir machen Behandlung
63 und der Patient muss einfach mit. Und wenn die Therapie nicht funktioniert, dann liegt es
64 meistens daran, dass die Motivation fehlt. Also das ist nicht so meine Sichtweise von einer
65 (unv.). Einfach den Patienten da abzuholen, wo er ist. Und dann schafft man im Prinzip die
66 Mitarbeit so gut wie immer. Was man oft als Ausweichverhalten oder mangelnde Motivation
67 sieht, ist glaube ich ganz oft einfach damit zu begründen, dass es entweder für den Moment
68 eine Überforderung für den Patienten darstellt, dass was therapeutisch von ihm verlangt wird,
69 oder man einfach falsche Methode, falscher Zeitpunkt, ja, einfach/ Also ich würde immer erst
70 einmal überlegen ob das Angebot für den Moment und in der Form passt.

71 I: Wenn Sie jetzt einen Therapieprozess bei Ihnen beschreiben würden, also vom Erstkontakt
72 über die Intervention bis hin zum Abschluss. Wie sieht der aus? Genau, ein Therapieprozess.

73 TN6: Also ich nehme mal das was ich jetzt hauptsächlich mache auf der Therapiestation. Da
74 ist es so, dass die Behandlungszeiten bei uns immer so im Schnitt 8 Wochen betragen, mal
75 kürzer mal länger. Da mache ich es so, dass ich mit dem Erstkontakt die Dinge, wo schon auch,
76 also die Anamnese und eine grobe Zielformulierung mit beinhaltet ist, dass dann schließlich so
77 eine Diagnostikphase an, die überwiegend, würde ich sagen so aus freien Beobachtungen aber
78 schon auch aus Tests bestehen kann. Und dann zieht sich das Ganze im Prinzip auf. Entweder
79 wenn man es vom Inhalt her, also ein Hauptwunsch, Hauptziel der Patienten erstattet. Also es
80 sind schon auch diese schulischen Bereiche. Also ganz oft wird von Konversationsstörungen
81 gesprochen, bedingt durch Depressionen, die ja dann eigentlich, also eine Konversations- oder
82 Aufmerksamkeitsstörungen im eigentlichen Sinne sind. Aber dennoch nehme ich das schon auf
83 und wir machen also Sachen, die vom Bereich des Hirnleistungstrainings anzusehen sind. Wenn
84 es um Handlungskompetenz geht, dann eben Bereiche aus (unv.). Alternative Handlungsweisen
85 entwickeln und Frustrationen umgehen und so weiter. Innervation. Und da ist dann mehr
86 einfach noch ein Schwerpunkt eben auch die Kunsttherapie, die da noch einmal parallel läuft.
87 Es ist von Patient zu Patient einfach unterschiedlich, wie die Gewichtung ist. Manches fällt
88 auch einfach ganz raus. Also ich habe jetzt auch eine ganze Menge Patienten wo jetzt keine
89 kognitive Förderung notwendig ist, da passiert es dann eben auch nicht. Wo dennoch Angebote
90 in der Weise sinnvoll sind, da geht es dann einfach um Emotionsregulation. Also das was gerade
91 so in dem ganzen Bereich Achtsamkeit auch verstanden wird. Wobei ich das schon sehr im
92 klassischen ergotherapeutischen Sinn sehe, also ich mache jetzt nicht das was gerade alle
93 machen, also setze mich hin und mach Atmung und gehe achtsam, sondern ich verstehe das

94 durchaus auch so, dass die handwerklich-kreativen Angebote, die wir im Prinzip schon immer
95 machen, durchaus auch tiefe Funktionen erfüllen und da gibt es durchaus auch den einen oder
96 anderen Fachartikel dazu, dass es durchaus Sinn macht. Also es kann also auch da schon sein,
97 dass jemand aus Dokus andere Sachen liest, die im kognitiven Bereich anzusiedeln sind. Macht
98 aber weniger um diese kognitiven Fähigkeiten zu erhöhen, sondern vielmehr einfach um damit
99 schon eine emotionale Regulation zu erreichen. (...) Sie dürfen mich was fragen, ich weiß
100 gerade nicht mehr wo ich bin. (lacht) Beziehungsweise ja, es ist immer das Problem, wenn man
101 sowas schon sehr lange macht, also ich komme. Ich komm gerne mal vom Hunderttausend
102 (unv.) Möglichkeiten.

103 I: Genau, also wie sieht denn zum Beispiel der Abschluss der Therapie aus?

104 TN6: Genau. Vielleicht noch einmal vorher. Dazwischen mache ich natürlich schon auch
105 immer, ich mache also das COPM-Interview. Nicht ganz am Anfang, sondern so nach, also
106 habe ich versucht, hat sich hier nicht bewährt, mache das eher so nach 2 bis 3 Wochen und dann
107 nach circa 4 Wochen noch einmal so eine Zwischenauswertung, um noch einmal die Ziele zu
108 überprüfen, noch einmal zu autorisieren. Und beim Abschluss ist es dann so, dass einfach noch
109 einmal die/ Auch das was daraus entstanden ist, vor allem auch die kunsttherapeutischen Werke
110 so überblicksweise betrachtet werden. Wo man einen Ausblick macht auf das wie es weiter
111 geht. Und das Ganze fließt dann in einen Abschlussbericht ein, der dann an den Arzt geht.

112 I: Dann hatten Sie ja jetzt schon das COPM angesprochen und am Anfang, dass sie teilweise
113 auch Tests machen. Was sind das für Testungen?

114 TN6: Ja. Die hauptsächlich Tests, also die meisten Tests, die wir haben, sind so aus dem
115 sensomotorischen Entwicklungsbereich. Also FEW-2 oder JI ist bei uns im Einsatz. Wir
116 machen den MAB-C durchaus auch noch bei Jugendlichen, wenn da einfach auch Fragestellung
117 zur Motorik besteht. Basic (unv.) wir haben im Angebot, ein Abzeichentest (...) Solche Sachen,
118 ja. Wahrscheinlich habe ich noch das Ein oder Andere vergessen. Screening vom RehaCom,
119 machen wir zum Beispiel noch. Ja, es gibt sicher noch ein paar die ich jetzt aus dem Auge/
120 Heidelberger Lautdifferenzierungstest ist noch was, was bei uns im Angebot ist. Ja und da sind
121 noch verschiedene Sachen aus diesem Bereich. Und bei speziell für die Jugendlichen muss man
122 halt immer gucken, wie das vom Alter her noch passt, also der neue FEW-JI der schließt ja da
123 so ne Lücke, die es am Anfang gab. Beim MAB-C ist es im Prinzip auch noch mit drin. Wir
124 haben bezüglich der Neuromotorik Tests, die da geht's auch im Jugendalter. Also da ist von der
125 Testung her, eher für die Motorik. Schon auch Gedächtnis und eben die visuelle Wahrnehmung
126 und auch auditive Wahrnehmung, das ist so der ganze Bereich. Und das ganze eben im
127 Jugendbereich nicht so standardmäßig, sondern dann, wenn Auffälligkeiten und
128 Fragestellungen bestehen.

129 I: Okay, also die ganzen Fragen beziehen sich immer auf die Arbeit eben mit den psychisch
130 erkrankten Jugendlichen.

131 TN6: Genau.

132 I: Gut. Also wenn Sie mit der Intervention beginnen, also quasi in der Mitte des
133 Therapieprozesses. Wonach wählen Sie da die Methoden aus oder machen Sie da gar keine
134 festen Methoden? Also wie sieht das aus?

135 TN6: Was verstehen Sie noch einmal unter Methode? Damit ich da nicht in die falsche
136 Richtung/

137 I: Also zum Beispiel, wenn Sie jetzt eben in die Intervention mit dem Klienten gehen. Was
138 machen Sie mit dem? Ist es was im ADL-Bereich oder machen Sie jetzt zum //Beispiel//

139 TN6: //Ja, also// man könnte, denke Ich, schon sagen es ist eher so ein modellhaftes Arbeiten.
140 Also ich mache jetzt keine/ Was den ADL-Bereich ansprechen/ Also ich mache jetzt keine
141 Sachen, die jetzt konkret dann in Verbindung setzen. Also ich mache kein Waschtraining, kein
142 Anziehtraining, sowas mache ich nicht. Das ist einfach bei uns im stationären Bereich ganz klar
143 so bei Pflege und Erziehungsdienst angesiedelt. Von daher sind das eher so diese Bereiche, da
144 wo es so Schnittstellen, Übergänge gibt. Vielleicht ein Beispiel dazu (...) Wir hatten jetzt schon
145 die Jugendliche, die ein erhebliches Hygieneproblem hatte. Und da ist es schon so, dass
146 natürlich die Pflege Morgens, Abends da das Ganze, die ganze Hygiene bekleidet. Das was da
147 ein Problem war, das war so eine Angst vor Wasser und Angst vor Wasser auf dem Kopf. Das
148 war dann bei mir insofern Thema und ist auch so mit den Therapeuten so besprochen, dass das
149 Thema Wasser und Körper und Wasser auf dem Kopf dann eben ins kunsttherapeutisch
150 Arbeiten dann einfach mit eingeflossen ist. Und damit einen Zugang unterstützt haben. Wäre
151 jetzt zum Beispiel eine. Bei anderen ist es halt so, dass man einfach noch einmal guckt, wie ist
152 die Leistungsfähigkeit und dann kann es schon auch sein, dass man einfach noch einmal eher
153 kognitives Training in den Vordergrund stellt. Also das hängt einfach davon ab, welche
154 Symptomatik in dem Moment vorherrschend ist und wie es dann, wo dann einfach eine
155 Veränderung zu erwarten ist.

156 I: Ok.

157 TN6: Und, also so dieses interaktionelle, kompetenzzentrierte, ausdruckszentrierte Arbeiten,
158 dass kommt einfach immer so ein bisschen darauf an, was natürlich die Gruppen möglich
159 machen, sage ich jetzt mal so. Also wir haben im Moment/ Unsere Station, Stationen haben
160 ungefähr 10 Betten. 10, 11 Betten. Sind also relativ klein und damit denke ich so die Regel wird
161 eher so bei 12 liegen, da merkt man dann schon einen Unterschied. Und das Problem dabei ist
162 dann, dass sich halt ganz schnell so, ja so Subkulturen oder so bestimmte Haltungen entwickeln.
163 Also wir hatten jetzt in der Vergangenheit ein riesen Problem damit, dass in allen
164 Gruppentherapien, also nicht unbedingt zentral bei mir, aber auch in anderen Gruppentherapien
165 nicht gesprochen wird. Also aus irgendeinem Grund, die setzen sich hin und schweigen alle.
166 Und problemlos war es im Prinzip immer in den Einzeltherapien, das heißt im Ergebnis: Ich
167 mache da eher Einzeltermine, mehr als sonst üblich. Und fahre das Gruppenangebot etwas
168 zurück und wenn es dann wieder läuft, wenn die Beziehung wieder stabiler ist, dann starte ich
169 das Ganze wieder. Ist das eine Antwort?

170 I: Ja, genau. Lassen Sie sich nicht irritieren, dass ich so wenig sage. Also das ist einfach so,
171 dass wir quasi die Fragen halt stellen und wenig eigene Antworten da geben. Deswegen lassen
172 Sie sich nicht irritieren.

173 TN6: Ja, Ja. Ne ich frage halt immer noch einmal, ob Sie mir noch folgen können. (lacht)

174 I: (lacht) Ja, sonst frage Ich noch einmal nach.

175 TN6: Ja. Ne und es ist halt so, dass Alles ist natürlich auch immer sehr halt so ein Ausschnitt.
176 Also allesumfassend lässt sich das in einer Stunde auch nicht beantworten, das ist ja eigentlich
177 klar.

178 I: Genau. Wenn jetzt ein Jugendlicher oder eine Jugendliche zu Ihnen kommt, was brauchen
179 Sie als Therapeut dafür? Über welche Fähigkeiten und welches Wissen müssen Sie verfügen?

180 TN6: Also Sie meinen jetzt, also welche Informationen von anderen anamnestischen Partnern?
181 Auftrag?

182 I: Hm, also im Bezug auch auf Fachwissen oder welche persönlichen Stärken als Therapeut.
183 Oder bestimmtes Wissen über/ Kann über Modelle sein oder über andere spezifische Themen,
184 was da eben wichtig ist.

185 TN6: Also jetzt weniger was ich von den Kollegen wissen muss sondern was einfach so die
 186 Kompetenzen/ Also was ich für ganz entscheidend wichtig und ja, fachlicher Kompetenz halte.
 187 Das ist einfach noch einmal so die Entwicklungsphasen, gerade auch im Jugendbereich. Das
 188 man da einen Blick dafür hat, dass eben ja oppositionelles Verhalten eigentlich physiologisch
 189 und angezeigtes und überangepasstes Verhalten im Jugendbereich eher auffällig, eine
 190 Auffälligkeit ist. Also das ist etwas, was ich wichtig finde, dass man einfach das jugendliche
 191 Verhalten in Bezug auch auf ein normales Jugendverhalten, was ja durchaus für Eltern
 192 schwierig ist, also auch so verstehen kann, ne. Also dass das Unauffällige oder
 193 Unproblematische, sprich auch auffällig sein kann. Das ist so ein ganz, ganz wichtiger Aspekt,
 194 wo ich auch immer wieder beobachte, dass das gerade auch im Bereich von Kollegen einfach
 195 anders herum auch gesehen wird. Man möchte natürlich pflegeleichte, kooperative Jugendliche
 196 oder Patienten und auf jeden Fall keine die sagen, Ja aber. Und eigentlich verstehe ich das
 197 anders herum, ne. Die müssen auflegieren. Was muss man noch wissen (...) Was ich auch
 198 wichtig finde, ist, ja so eine gewisse Erfahrung. Eigentlich kann man es nur über Erfahrung
 199 glaube ich lösen. Junge, spezifische Symptomatiken bei psychischen Störungen, dass es eben
 200 oft so ist, dass die Erkrankungen so am Anfang sind, beginnen, dass große Schwankungen in
 201 der Ausprägung, also auch gern eines Tages, in der Ausprägung von Symptomen zu beobachten
 202 sind. Also wir hatten immer wieder auch Problem damit, dass Jugendliche zwischendurch mal
 203 lachen aber eigentlich doch depressiv sein sollen. Das ist für manche Kollegen schwer
 204 nachvollziehbar gewesen. Also dass Depression im Jugendalter zum Beispiel bedeutet, dass es
 205 einfach auch sehr wechselhaft ist, dass man zwischendurch auch seinen Spaß hat und dann
 206 trotzdem schlecht drauf ist. Solche Sachen, das finde ich wichtig. Ich finde wichtig, dass
 207 Jugendliche natürlich ganz stark durch schulische Erfahrungen und dieses schulische
 208 Leistungsverhalten geprägt sind. Also da ist es ganz oft so, dass es eben gerade dieses
 209 klientenzentrierte, betätigungsorientierte Arbeiten schwer macht, weil die Jugendlichen erst
 210 einmal natürlich das machen, was sie immer machen. Nämlich Aufträge ausführen wollen, die
 211 sie halt machen müssen, weil das ist ja das was sie in der Schule und Zuhause im Prinzip ständig
 212 machen sollen. Genau, solche Sachen. Und dann geht es schon auch noch einmal darum, dass
 213 man (seufzt) ja immer wieder gucken muss, wie ist das/ Also was für aktuelle, neue,
 214 medizinische oder Erkenntnisse im Therapiebereich gibt oder wo das ganze so hinführt.
 215 Dadurch das ich das ja schon so lange mache, ist es schon auch so, dass ich mehrere Strömungen
 216 gehen und auch wiederkommen und auch wieder gehen sehen konnte. Am Anfang war
 217 Verhaltenstherapie eher so bei uns in der Klinik so Beiwerk. Dann irgendwann kam systemische
 218 Therapie, die ist dann wieder so zurück verschwunden. Mittlerweile ist es ja eher so Synthesen
 219 sind, also egal wo man hinget, man macht halt aus allen Bereichen eine Mischung und versucht
 220 das Effektivste damit zu erreichen. Das ist so eine Entwicklung. Ich glaube das muss man so
 221 im Allgemeinen sehen und vor allem muss man wissen, was in der Klinik für eine Haltung da
 222 vorherrscht.

223 I: Dann hatte Sie eben auch noch angesprochen, dass sie Fortbildungen gemacht haben. Was
 224 für Fortbildungen sind das gewesen, hetzt speziell in dem Bereich Jugendpsychiatrie? Oder
 225 welche sich da profiliert haben?

226 TN6: Also das ist ein echtes Problem, ne. Spezielle Jugend, Kinder- und Jugendpsychiatrische
 227 Fortbildungen (...) Weiß ich jetzt, also da gibt es finde ich relativ wenige oder ich habe es nicht
 228 entdeckt. Das ist eine gute Frage. Das was ich gemacht habe, das ist wie gesagt
 229 Kunsttherapieweiterbildung, da war es aber auch der Schwerpunkt also Erwachsene oder Alle.
 230 Das heißt ich habe es für mich halt immer so anpassen müssen, wie es dann praktikabel war.
 231 Das gleiche im Prinzip auch bei Psychomotorik. Psychomotorik oder ganz aktuell ist es so, dass
 232 ich zwar Fortbildungen zum therapeutischen Klettern mache und da in Zusammenarbeit mit
 233 unseren Sporttherapeuten auch noch einmal Angebote mache. Das würde ich sagen, das war
 234 relativ jugendpsychiatrisch aber das hing einfach damit zusammen, dass in der Fortbildung

235 zufälligerweise die Hälfte ungefähr der Teilnehmer aus Kinder- und Jugendpsychiatrien kamen
236 und die andere Hälfte aus der Forensik. Also so ganz konkrete Kinder- und
237 Jugendpsychiatrische Fortbildungen wüsste ich jetzt nicht.

238 I: Die müssen auch nicht unbedingt aus dem Bereich speziell sein, sondern wo Sie zum Beispiel
239 sagen, JA, die haben mir in dem Bereich weitergeholfen.

240 TN6: Also das ist schon das was ich gerade so erzählt habe. Also die Psychomotorik, das ist
241 das, was auf jeden Fall passt. Da ist auch die Klientenzentrierung einfach immer zentral. Und
242 bei der Kunsttherapie, zumindest da wo ich die Ausbildung gemacht habe, ist das Institut für
243 humanistische Psychologie gewesen, da eben auch mit einem Bereich Jugendkunstschule, hat
244 sich das genannt. Also da war schon der Fokus mit auf Kindern und Jugendlichen vor allen
245 Dingen, aber jetzt weniger auf der Pathologie, sondern eher auf der Entwicklungsförderung.
246 Und dann in der Kunsttherapie an sich dann schon im, also wieder auf den Erwachsenenbereich
247 abgezielt. Aber es passt finde ich trotzdem. Genau.

248 I: Das COPM hatten Sie gesagt, wenden Sie ja an. Gibt es da ein spezielles Wissen jetzt über
249 ergotherapeutische Modelle oder wenden Sie da noch mehr an? Also wie jetzt zum Beispiel das
250 CMOP-E oder es gibt ja auch zum Beispiel das MOHO.

251 TN6: Ja genau, also ich habe da so einen Überblick dieser Modelle, habe ich schon. Habe
252 verschiedenes ausprobiert, im Praxisbereich mit Kindern. Also ich habe da auch diese COPM-
253 Weiterbildung in dem Bereich, also meine Fallbeispiele dazu gemacht. Ich sage mal anders
254 herum, also für mich passt COPM ganz gut, weil es einfach ganz viel Entscheidungsspielraum
255 lässt. Das ist sicherlich einerseits ein Vorteil, es ist für zum Beispiel neue Kollegen eher ein
256 Problem, weil natürlich das dann eine gewisse Erfahrung oder so ein Hintergrundwissen und
257 Ideen zum Patienten, Hypothesenbildungen im Vorfeld schon, würde ich sagen, sinnvoll ist.
258 Damit man dann einfach auch zum Ergebnis kommt. Also die Interviews, ich glaube die laufen,
259 wenn man Erfahrung hat, schnell so ab, dass die sagen: Ja alles in Ordnung. Und dann sitze ich
260 da mit einem Bogen wo ich überall einen Strich machen kann und ich frage ok, warum jetzt
261 Therapie. Wenn man so ein bisschen eine Idee dazu hat, wie Probleme bei Jugendlichen so
262 ausschauen und das Ganze noch einmal so ein bisschen, ja, sich um die Thematik drum herum
263 unterhalten kann, dann kommen schon immer auch Ziele und Probleme, die wichtig sind und
264 die man auch bearbeiten kann. Also beantwortet das die Frage? Ich würde sagen, für mich passt
265 es gut., dieses halt strukturierte und offene. Ich glaube für Kollegen, also wir haben da aktuell
266 eine Kollegin, die ist seit einem Jahr da, die tut sich damit schwer.

267 I: Ja. Okay, gut.

268 TN6: Und ich glaube, man muss das natürlich auch trainieren. Also das ist jetzt nichts was man,
269 wo man den Bogen nimmt und sich mit dem Patienten hinsetzt. Das ist natürlich schon auch
270 klar, das muss man wissen.

271 I: Und noch so ganz persönliche Stärken von Ihnen?

272 TN6: Also ich glaube ich habe eine ruhige, ausgleichende Wirkung., sage ich jetzt einmal so,
273 wofür ich jetzt auch nicht so wahnsinnig viel kann. Lasse mich kaum aus der Ruhe bringen. Ich
274 bin, glaube ich, auch sehr analytisch, also schon so, dass ich relativ breit gucke, was alles sein
275 kann. Also vielleicht ein Beispiel auch, so die Anfrage von Kollegen, da wäre eine Patientin,
276 die kann die Uhr nicht lesen, ich soll mal Uhrentraining mit der machen. Und ich fange dann
277 halt damit an, dass ich mich dann mit der Patientin da auf den Gang stelle und sage, wie spät
278 ist es denn und da kann sich dann auch rausstellen, sie bräuchte eine Brille, weil sie einfach
279 nichts erkennen kann. Also das sind so, da fängt es bei mir im Prinzip schon an und das geht
280 halt dann bis hin zu, ja, der Überlegung welche räumlich-konstruktive Störung dem ganzen zu
281 Grunde liegt, wenn sie es sieht, ne, natürlich. Und auch diese Synthese von Neuropsychologie,

282 emotionaler Begleitung des Ganzen, systemischen Aspekten, also welche Funktion hat
283 Verhalten in der Schule, Zuhause und wie lässt sich das erklären. Also ich habe da einen sehr
284 breiten Blick für das Ganze.

285 I: Okay, gut. Dann, in der nächsten Frage geht es um die Institution, in der Sie arbeiten. In wie
286 Fern die Ihre Arbeit, also ihre ergotherapeutische Arbeit, beeinflusst. Gibt es da zum Beispiel
287 Vorgaben der Institution für die Ergotherapie, was sie auf jeden Fall machen müssen?

288 TN6: Gute Frage. (...) Also ich habe hier in der Klinik das Ganze mit aufgebaut und geprägt.
289 Wir haben inzwischen den, sagen wir mal eigentlich den zweiten Chefarzt, nach einem kurzen
290 Intermezzo mit noch einem Dritten. Wir haben so grob definiert schon so einen Auftrag, also
291 es gibt jetzt keinen festgeschriebenen Ablauf, was alles gemacht werden muss. Es gibt auch
292 keine festen Forderungen, wieviel Therapie für wen, also wir haben da einen relativ großen
293 Entscheidungsspielraum. Die Stationen sind ja relativ klein und wir sind in den Teams jeweils
294 mit drin, also in den Visiten mit dabei. Und da wird im Prinzip also auch auf kurzem Wege
295 dann einfach entschieden, was sinnvoll ist, was man machen kann. Also ich stelle meine Arbeit
296 dar und in der Regel sind alle damit einverstanden, sage ich jetzt einmal so. Vorgabe ist, also
297 vielleicht schon, dass alle Patienten bei uns auch ergotherapeutisch betreut, behandelt werden.
298 Gut, was wir neu haben, das ist eben die Akutstation, die gibt es seit 2 ½ Jahren und vorher war
299 es so, dass es eben faktisch klar war, jeder Patient bekommt Ergotherapie. Als die Akutstation
300 gebildet wurde, dass wir ein Anmeldeformular eingeführt haben. Und das aber auch für alle
301 anderen Stationen mitverwenden, wo dann eigentlich schon ein Auftrag vom zuständigen Arzt
302 oder Therapeuten formuliert sein sollte. In der Regel ist dann halt angekreuzt, Ergotherapie,
303 Kunsttherapie, Körperwahrnehmung, irgendwie sowas. Und dann nochmal so eine
304 Hauptzielsetzung, sowas wie Emotionsregulation oder Biographiearbeit oder was auch immer.
305 Und in der Praxis ist es dann einfach immer so, dass/ Also man begegnet sich sowieso öfters
306 die Woche und kann das dann immer wieder individuell abstimmen. Und ich mache noch
307 einmal spezielle Besprechungen mit den Bezugstherapeuten, also dem Arzt oder Psychologen,
308 wo wir einfach noch einmal die ergotherapeutischen Inhalte besprechen und weiterhin
309 abgleicht.

310 I: Gibt es Faktoren der Institution, die Ihre Arbeit vielleicht erleichtern oder eben einschränken?

311 TN6: Noch einmal den Anfang, den habe ich jetzt akustisch nicht ganz verstanden.

312 I: Ob es Faktoren von der Institution gibt, die Ihre Arbeitsweise erleichtern oder einschränken.

313 TN6: (...) Also eine Veränderung und Einschränkung in einer gewissen Weise war, dass wir
314 eine Bettenmehrung hatten ohne dass es eine Stellenmehrung im Bereich der Ergotherapie gab.
315 Ich glaube, dass ist auch so kinder- und jugendpsychiatrisches Thema, es gibt natürlich viele
316 unterschiedliche Angebote, also inklusive Klinikschule, Sporttherapie, Angebote vom Pflege-
317 und Erziehungsdienst, also wodurch also die Stundenpläne sehr voll sind und ja, ich manchmal
318 dann überlege, ist es jetzt wirklich sinnvoll, noch einen Termin zusätzlich zu machen?
319 Eigentlich müsste der Patient mal eine Pause bekommen. Also das würde ich sagen, das ist so
320 ein Faktor, ich sage mal, das ist aber unterschiedlich. Wenn also alle im Dienst sind, keiner
321 krank ist, dann gibt es halt mehr Angebote und ist Urlaubszeit, Krankheitszeit, dann entstehen
322 da wieder Lücken, wo man da entspannter oder ein bisschen mehr machen kann. Also das ist
323 jetzt was, dass ich halt immer wieder so schon auch berücksichtige. Und ansonsten würde ich
324 sagen, also wir haben eigentlich schon einen guten Stellenwert. Also Fortbildungen werden auf
325 jeden Fall unterstützt, bezahlt. Ja.

326 I: Okay. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit hatten Sie jetzt auch schon ein bisschen
327 angesprochen, mit den Ärzten und Psychologen. Wie sieht die sonst in ihrer Einrichtung aus
328 mit der Ergotherapie?

329 TN6: Wie gesagt, also man könnte jetzt sagen, dass eine ist die Anmeldung über Formular, aber
330 im Prinzip in Übergaben soweit wir das für sinnvoll halten, wenn aktuelle Fragestellungen sind.
331 Also kann man da eigentlich schon Stationsübergaben, also die sind auf jeden Fall immer bei
332 der Visite, einmal wöchentlich bei der Patientenvisite, wo auch die Patienten mit dabei sind,
333 also mit anwesend. Es gibt multiprofessionelle Teams, in denen wir mit dabei sind und unsere
334 Erkenntnisse mitteilen. Fragestellungen geklärt werden können. Und dann einfach so im
335 Dienstzimmer, wenn man sich halt so begegnet. So informelle Treffen die gibt es dann auch
336 noch einmal, da wo nötig. Also ich würde mal so sagen, die interprofessionelle Zusammenarbeit
337 hängt einfach sehr davon ab, wie man das selber gestalten möchte. Also man kann das sehr,
338 sehr intensiv, also wie auch zeitintensiv gestalten oder auch mit mehr Distanz. Also das hängt
339 so ein bisschen daran, wie die Kollegen so, was weiß ich, es haben möchten.

340 I: Wenn Sie jetzt die Chance hätten, etwas in der Einrichtung zu verändern. Was wäre das?

341 TN6: Das ist gerade die Frage, die wir gerade sozusagen UNS stellen und die wir am Bearbeiten
342 sind. Also es stehen bauliche Veränderungen an. Wir sind gerade, also momentan ist es so, dass
343 wir ganz klar stationsbezogen arbeiten und in den Gruppen dann eben auch ein relativ buntes
344 Spektrum mitunter machen. Das was gerade in der Planung und Überlegung ist, ist das wir
345 stationsübergreifende Gruppenangebote entwickeln. Eben zum Beispiel Himleistungstraining,
346 interaktionelle SKT Gruppen oder dann vielleicht auch Gruppen, die dann so in dem Bereich
347 Handlungskompetenz und Handwerk anzusiedeln sind. Also da sind wir tatsächlich gerade bei,
348 so eine Art Spezialisierung zu erreichen und da dann eben Patienten von verschiedenen
349 Gruppen, von verschiedenen Stationen in eine Gruppe zusammenzuführen. Das ist die
350 Veränderung, die gerade ansteht, ja. Also Kunsttherapiegruppen genauso, also da ist gerade
351 schon einiges in Veränderung.

352 I: In der nächsten Frage geht es jetzt noch einmal um die Jugendlichen speziell, also um die
353 Lebensphase Jugend. Durch welche Besonderheiten zeichnet sich diese Phase aus, welche
354 Themen und Herausforderungen beschäftigen die Jugendlichen?

355 TN6: Also die Jugendlichen, gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder mit
356 schwerwiegenderen Erkrankungen, glaube ich auch in der Somatik auch in der gleichen Weise,
357 sind in der Problematik, dass sie einerseits ja von der Entwicklung her in einer Ablösung sind,
358 Verselbstständigung, Erwachsenwerden. Das ist das zentrale Thema und das sie aber
359 gleichzeitig durch Depression, Schizophrenien, also durch psychische Erkrankungen gebremst
360 oder zurückgeworfen sind in, manchmal sogar so in eine gewisse Regression. Also wo sie ja
361 noch hilfsbedürftiger werden, als sie es schon einmal waren. Also durch psychische
362 Erkrankungen Fähigkeiten, Kompetenzen ein Stück weit einbüßen oder im schlimmsten Fall
363 verlieren. Also in diesem Konflikt sehe ich so die Hauptherausforderung.

364 I: Genau, oder vielleicht auch noch Themen, die bei den Jugendlichen aktuell sind. Also jetzt
365 gar nicht unbedingt in Bezug auf die Erkrankung, sondern was einfach in der Phase bei denen
366 wichtig ist oder aktuell ist.

367 TN6: Also Themen die gerade ganz wichtig sind. Ich würde sagen an erster Stelle ist es so die
368 Peergroup, Freunde, auch der erste Freund, Freundin. Das ist nämlich ein ganz zentrales Thema.
369 Dann würde ich sagen, an zweiter Stelle schon so die konflikthafte Situationen im Elternhaus.
370 Vielleicht auch anders herum, also das ist mal so mal so. Und an dritter Stelle die Frage nach
371 der Zukunft, also auch Beruf, Schule, das würde ich sagen sind so erst einmal die zentralen
372 Themen, die auch immer wieder auftauchen, ja.

373 I: Und gerade auch diese Transitionsprozesse, also der Übergang von der Lebensphase Kind
374 zum Jugendlichen oder eben vom Jugendlichen zum Erwachsenen. Da sind auch diese Themen
375 aktuell oder gibt es da noch welche die dazu kommen?

376 TN6: Gute Frage. (...) Da muss ich noch einmal kurz drüber nachdenken.

377 I: Ja, sie dürfen nachdenken, alles gut. (lacht)

378 TN6: Also vom Kind zum Jugendalter würde ich sagen, da ist es halt so, dass die Themen ja
379 einfach immer noch so hin und her switchen. Also da wo es noch nicht so ganz klar dieses
380 Jugendverhalten etabliert ist, da ist es halt so dieses hin und her Schwankende, was da so
381 kennzeichnend ist. Und dann muss man die Patienten halt manchmal eher doch so auf einer
382 kindlicheren Schiene abholen oder ihnen da begegnen und dann sind sie wieder doch schon so
383 vernünftig und wissend, sage ich jetzt einmal so. (lacht) Wo man dann einfach natürlich noch
384 einmal so eine andere Haltung braucht. Bei den älteren Jugendlichen, jungen Erwachsenen, da
385 finde ich, ist einfach noch einmal so das Thema der Verselbstständigung, dieses
386 Erwachsenwerden ohne es zu wollen, ein ganz zentrales Thema. Also viele Jugendliche, wir
387 haben immer mal wieder Jugendliche, die dann bei uns auch ihren 18. Geburtstag feiern oder
388 eben kurz darauf. Viele wo die Eltern merken, Oh das Kind wird jetzt 18, ist dann erwachsen
389 aber es kriegt das ganze Leben nicht auf die Reihe, wo man es dann im letzten Moment noch
390 irgendwie die Notbremse ziehen will. Da ist schon so ein Thema oft eben dieses, es kommt
391 dieser Geburtstag und damit so dieses Ich darf entscheiden, aber Ich muss auch entscheiden.
392 Und mit dem Gefühl es überhaupt nicht zu können. Würde ich sagen, also das ist so ein Thema,
393 was immer wieder kommt. Also die Wenigsten freuen sich auf ihren 18. Geburtstag, so nach
394 dem Motto dann darf ich. Ich glaube die meisten sehen eher so die Verpflichtung und
395 Anforderung, die damit verbunden ist.

396 I: Wie wirken sich diese Besonderheiten, die Sie jetzt auch angesprochen haben, auf die
397 Zusammenarbeit mit den Jugendlichen aus?

398 TN6: Also bei den Jüngeren ist es einfach so, dass ich immer wieder einfach gucke, wie ist es
399 denn gerade. Also letztendlich jede Einheit, jede Gruppensituation muss erst einmal grob
400 gescannt werden, wo man sich gerade befindet, in welcher Phase, weil zu sagen, ok letzte
401 Woche war es so und dann wäre jetzt wieder (unv.) dann ist halt auch (unv.) dran. Ich denke,
402 dass ist so etwas was da ganz zentral ist. Immer wieder zu gucken, was ist jetzt wirklich gerade
403 momentan. Bei den älteren Jugendlichen ist es momentan bei uns in der Region, ich denke
404 überall, noch ein bisschen schwierig. Also viele müssten, sollten einfach auf Adoleszenten-
405 oder so Transitionsstationen, die es so in dem Maße oft noch nicht gibt, wie man sie bräuchte.
406 In so Fern ist da einfach oft der Fokus, liegt darauf wie kann man sozusagen den Übergang
407 wirklich auch in den Erwachsenenbereich schaffen. Spannend war, ich war vor Ende März auf
408 dem Kongress für psychiatrische Ergotherapie hier in (Ortsangabe), wo auch Teilnehmer aus
409 ganz Deutschland waren und hatte einen Workshop angeboten, eigentlich für ein Kinder- und
410 Jugendpsychiatrisches Thema. Es waren aber ganz, ganz viele aus allen möglichen Bereichen
411 da, die eben Probleme mit jungen Erwachsenen hatten. Also das ist so eben dann auf der
412 anderen Seite, wenn man so will, ein großes Thema, was macht man mit diesen jungen
413 Erwachsenen, die formal erwachsen sind, aber vom Verhalten her einfach nicht auf diese
414 Erwachsenenstationen passen. Und da passt es natürlich bei uns schon noch, aber es ist schon
415 auch so, dass man da die Probleme schon, ja, sozusagen kommen sieht, weil einfach das schon
416 immer wieder so ist, dass also dieser 18. Geburtstag noch nicht wirklich im Verhalten oder in
417 der Entwicklung so zu erkennen ist.

418 I: Das haben Sie jetzt gerade auch ein bisschen angesprochen, was ist so der Hauptunterschied
419 in der Arbeit mit Erwachsenen und Jugendlichen.

420 TN6: Also für mich der Hauptunterschied ist, und wäre, man muss bei den Jugendlichen einfach
421 schon immer noch das häusliche Umfeld, die Eltern einfach mit im Blick haben. Auch wenn
422 sie zunehmend in den Hintergrund rücken sollten. Es ist ja oft so, dass da einfach noch ganz

423 starke Verbindungen bestehen und diese Abnabelungsprozesse so nicht stattfinden. Jetzt habe
 424 ich den Faden verloren, sagen sie noch einmal die Frage von vorher.

425 I: Also so der Hauptunterschied zwischen der Arbeit mit Jugendlichen und der Arbeit mit
 426 Erwachsenen.

427 TN6: Ach ja, genau. Also im Jugendbereich, da sind einfach die Eltern noch ein wesentlicher
 428 Faktor, den man einfach mitberücksichtigen muss, beziehungsweise dann eben die, sage ich
 429 mal, Ersatzsysteme, also Wohngruppen, Jugendhilfe, Maßnahmen, die dann einfach da eine
 430 Rolle spielen, was dann bei den Erwachsenen, ja man muss eigentlich sagen notwendig wäre,
 431 aber einfach nicht mehr so im Fokus steht.

432 I: Ich muss noch einmal ganz kurz quasi zum Anfang springen, wo ich sie gefragt hatte, wie
 433 ihre berufliche Laufbahn ist. Da hatte ich glaube ich nicht gefragt wie alt sie sind oder?

434 TN6: Nein.

435 I: Dürfte ich Sie das noch fragen?

436 TN6: (Lacht) 52. Sie hätten das natürlich mühsam zusammenrechnen können, wie alt ich
 437 wahrscheinlich sein muss. (lacht)

438 I: Ja (lacht) Gut, ja dann komme ich eigentlich auch zur letzten Frage. Beziehungsweise ist es
 439 nochmal an Sie gerichtet, ob es noch Anmerkungen gibt, die jetzt während des Interviews nicht
 440 zur Sprache gekommen sind, die Sie aber vielleicht noch total wichtig finden.

441 TN6: Gute Frage. Also ich hatte ja gerade von dem Kongress kurz berichtet. Das ist also schon
 442 so ein Treffen, das hat schon gewisse Tradition. Früher hieß es Drei-Länder-Kongress, aus
 443 Deutschland, Österreich und der Schweiz aus der Psychiatrie getroffen und also dieses Jahr
 444 waren es 70 Teilnehmer und wir haben versucht eben für die Kinder- und Jugendpsychiatrie
 445 Angebote mal zu machen. Dafür war mein Workshop. Und letztendlich war es so, dass eben in
 446 meinem Workshop zwei Kollegen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Rest aus der
 447 Erwachsenenpsychiatrie. Wir sind halt ein Stück weit unterrepräsentiert. Hat natürlich damit zu
 448 tun, dass, ich habe da schon einmal recherchiert, also es gibt in Deutschland ungefähr ein paar
 449 70000 psychiatrische Krankenhausbetten und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind es
 450 glaube ich 6200 oder so, also das ist natürlich auch dieses Verhältnis. Aber was ich mir schon
 451 wünschen würde, wäre, gerade so im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie noch einmal, weil
 452 das ja so sehr speziell auch ist, dass es da, also ich weiß gar nicht ob ich es Fortbildungsangebote
 453 nennen will, aber dass es da zu einem besseren Austausch kommt. Das was ich erlebe, ist das
 454 halt alle so ein gewisses Einzelkämpferdasein führen. Es wird dann irgendwo wieder eine
 455 Tagesklinik eröffnet und dann wird auch eine Ergotherapeutin eingestellt und die bespricht
 456 dann mit ihrer Oberärztin, was Ergotherapie ist. Also es ist sehr individuell. Kann man das so
 457 sagen? Und da würde ich mir schon wünschen, dass wir da noch einmal anders, so ein Forum
 458 finden könnten. Und das, womit Sie ja eingeleitet haben, dass es natürlich auch noch einmal
 459 Untersuchungen, wie Sie sie jetzt machen, dass es da einfach noch mehr passiert.

460 I: Genau, das war auch etwas was, halt auch ein Grund, warum wir uns für dieses Thema
 461 entschieden haben. Weil es so wenig Beachtung bekommt eben.

462 TN6: Genau, also da in so Fern war ich da auch dann ganz, also wo ich es dann mitbekommen
 463 habe, ganz begeistert. Das muss man auf jeden Fall unterstützen und ich würde mich auch sehr
 464 freuen, wenn man da dann was hören würde.

465 I: Vielen Dank auf jeden Fall schon einmal.

Transkript Interview 7

- 1 I: Also wir haben erstmal ein paar allgemeine Einstiegsfragen. Einmal wie deine berufliche
2 Laufbahn generell aussieht.
- 3 TN7: Also 2008 habe ich mit der Realschule aufgehört, also die beendet. Dann habe ich die
4 Ausbildung zur Pflegefachhelferin gemacht in (Ortsangabe). Ein Jahr, das ist so eine kleine
5 Krankenpflegeausbildung. Danach habe ich die Ausbildung für Ergotherapie gemacht in
6 (Ortsangabe) bis 2012 oder 13, weiß ich gerade nicht genau. Und dann habe ich ein halbes
7 Jahr später angefangen hier zu arbeiten im (Klinikname) und habe dann da ich glaube 5 Jahre
8 gearbeitet. Habe mich dann nochmal ein bisschen neu orientieren wollen und habe dann die
9 Keramikschule eben angefangen. Auch so im Hinblick auf, dass ich vielleicht mal eine
10 Arbeitstherapie gründen kann mit Keramik dann. Es ist ja auch immer ganz gut, wenn man
11 irgendwie ein Fachwissen so im Handwerksbereich hat. Weiß ich nicht, ob ich das jetzt
12 wirklich mache aber so da stehe ich jetzt. Jetzt bin ich seit 1,5 Jahren in der Keramikschule
13 und freitags eben immer hier.
- 14 I: Okay, und wie alt bist du jetzt?
- 15 TN7: 27.
- 16 I: Und mit welchem Klientel arbeitest du zurzeit?
- 17 TN7: Also zurzeit habe ich Jugendliche von 11 bis 14 und normalerweise habe ich wirklich
18 breitgefächert. Von 4 Jahren bis 19 Jahren.
- 19 I: Okay, genau, dann würde ich jetzt mit den Interviewfragen beginnen. Also die Fragen
20 werden sich alle auf die Zusammenarbeit mit jetzt explizit mit Jugendlichen im Alter von 14
21 bis 18 Jahren beziehen. Genau, also unser Thema ist ja betätigungsorientiertes und
22 klientenzentriertes Arbeiten mit psychisch erkrankten Jugendlichen. Vielleicht kannst du
23 einfach mal erzählen was du unter klientenzentriertem und betätigungsorientiertem Arbeiten
24 verstehst.
- 25 TN7: Also ich finde es ganz wichtig, dass man den Ist-Zustand vom Patienten, gerade jetzt im
26 psychiatrischen Bereich, jedes Mal auf ein Neues kontrolliert oder begutachtet, weil es
27 einfach hier der Fall ist, dass die Patienten sehr sehr unterschiedliche Wochen und Tage
28 haben. So dass es ihnen wirklich oft sehr schlecht geht und dann mal besser. Man kann dann
29 an verschiedenen Punkten andocken. Und da finde ich ist schonmal der erste Punkt, dass man
30 sehr genau hinguckt. Wie ist der Zustand des Patienten? Und dann geht es schon auch darum
31 im Allgemeinen, wenn man jetzt mit Diagnostik und sowas beginnt, wobei ich dazu sagen
32 muss, das ist ja eher so Arbeitsebene, sagen wir mal Schulfertigkeiten und solche Sachen.
33 Motorik wird jetzt bei uns in dem Alter eher dann nicht mehr so arg gefördert, es sei denn es
34 ist Bedarf da. Aber dass man halt schon mit dem Patienten überlegt. Also ich lass die
35 Patienten erstmal ankommen und dann machen worauf sie Lust haben, weil ich finde das ist
36 total wichtig, dass ein Patient erstmal ankommt und man dann mit ihm herausarbeiten kann:
37 Wie gehe ich vor? Diesen ganzen psychischen Druck, den sie hier eh schon haben, erstmal
38 rauszunehmen und dann ist es erstmal für sie ein sicherer Ort. Und dann kann man
39 rausarbeiten: In welchen Dingen möchtest du gerne eine Veränderung haben? Gibt es
40 irgendwas, was dir schwerfällt? Also ich arbeite nicht nach einem Modell, ich mache das ganz
41 unterschiedlich. Mit Kindern ist es ja eh auch schwieriger, aber die Jugendlichen wissen
42 eigentlich schon recht häufig was ihnen schwerfällt, was sie gerne ändern würden und
43 trotzdem muss ich sagen, sie sind einfach wegen einem anderen Thema hier. Dieses Thema ist
44 so groß, dass sie es in die Psychiatrie geschafft haben. Und dann muss ich auch einfach als
45 Ergotherapeut sagen, sagen wir mal Frustration und Ausdauer. Natürlich hat das oft was mit
46 dem Krankheitsbild zu tun, aber ich kann mich nicht als Ergotherapeut an erste Stelle stellen.

47 Ich bin ein Teil von diesem Team und ich steh irgendwo so, weiß ich nicht an welcher Stelle.
 48 Ich kann nicht sagen: Das ist jetzt das aller Wichtigste, dass wir das jetzt trainieren auf Biegen
 49 und Brechen.

50 I: Also hast du das Gefühl die Begriffe Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung
 51 treffen auch hier auf deine Arbeit zu? Dass du das täglich umsetzt und einfließen lässt?

52 TN7: Ne, das kann ich nicht sagen, dass das jedes Mal total der Fall ist. Weil wenn ein Patient
 53 total instabil zu mir kommt... naja obwohl das ist ja dann auch wieder total klientenzentriert.
 54 Weil wenn ich das nicht mache ich ja keine Therapie, also das geht ja dann gar nicht.

55 I: Ja, also das was du auch meintest, dass man ihn abholt wo er gerade steht, dass du das unter
 56 Klientenzentrierung verstehst?

57 TN7: Ja, auf jeden Fall. Das ist tatsächlich für meine Meinung einer der wichtigsten Punkte.

58 I: Und die Betätigungsorientierung? Was bedeutet das für dich im Alltag?

59 TN7: Es ist ja schon ein bisschen diese Analyse, wie man Fähigkeiten auch einschätzt, oder?

60 I: Einfach erzählen, was du darunter verstehst. Also wie du das in deiner täglichen Arbeit
 61 umsetzt.

62 TN7: (...) Naja, ich schau mir ja an, was der Patient kann und was er nicht kann und versuche
 63 dann die richtige Methode oder das richtige Mittel auszuwählen. Das ist für mich
 64 Betätigungsorientierung. Oder bin ich da voll falsch?

65 I: Also Betätigungsorientierung halt generell, dass man alltägliche Handlungen miteinfließen
 66 lässt.

67 TN7: Also alltägliche Handlungen, das habe ich jetzt mit den Jugendlichen noch nicht allzu
 68 oft gemacht, aber mit den Kindern schon. Dass es dann auch mal darum geht, dass ich zum
 69 Beispiel mit denen koche oder mit Kindern irgendwie auch mal was mit Anziehtraining,
 70 Körperpflege und solche Sachen. Wobei wir da gut aufgestellt sind mit den Pflegekräften. Das
 71 ist was, was die wirklich sehr intensiv auch machen. Die machen eben auch Erziehungsdienst,
 72 deswegen bin ich da oft nicht so gefragt auch.

73 I: Mhm, genau. Also dann als nächstes: Kannst du uns vielleicht einfach mal einen
 74 Therapieprozess beschreiben? Also wie der bei dir aussieht? Vom Erstkontakt bis zum Ende
 75 quasi.

76 TN7: Also erstmal bin ich normalerweise in der Visite und dann wird drüber gesprochen: Wie
 77 sinnvoll ist es, dass der Ergotherapie bekommt? Dann sagt meistens die Ärztin zu mir: Ja, der
 78 hat die und die Schwierigkeiten, schau doch da mal drauf. So ganz einfach ist das. Und dann
 79 wird der angemeldet, ich hole den ab. Meistens erstmal in Einzel. Dann lernen wir uns
 80 kennen. Dann schaue ich mir eben den Patienten an in dem Tätigkeitsbereich, den er sich auch
 81 aussucht. Das ist für mich zum Beispiel auch sowas ganz wichtiges, dass der Patient
 82 aussuchen darf, was er erstmal macht und im Verlauf ich schon auch bestimme, was er macht.
 83 Aber gerade am Anfang ist das finde ich einfach wichtig, auch so für die intrinsische
 84 Motivation. Und dann frage ich eben den Patienten, was er gerne verändern möchte und was
 85 ihm wichtig ist. Und sag ihm aber auch, wo ich Schwierigkeiten sehe, die man zum Beispiel
 86 trainieren muss oder müsste. Dann schauen wir, wie wir das Lösen machen. Das ist natürlich
 87 bei den Jugendlichen. Bei den Kindern haben wir Testverfahren und besprechen in der Visite
 88 weiter. Und ich schau mir den Arztbrief an und lese mir den durch und den
 89 Ergotherapiebericht von der vorherigen Ergotherapeutin, weil die das meistens eben schon

90 auch hatten. Aber bei den Jugendlichen geht da ganz viel einfach über dieses Zwiegespräch
91 und Kommunikation dann.

92 I: Okay, das wäre nämlich jetzt meine nächste Frage gewesen. Ob es irgendwie assessments
93 gibt, die da genutzt werden oder ob es quasi eher so ein freieres Erstgespräch ist.

94 TN7: Freieres Erstgespräch.

95 I: Okay, und wie geht es dann weiter im Therapieprozess? Wonach entscheidest du dich für
96 eine Methode und was du dann weiter machst?

97 TN7: Also es gibt ja ganz klassisch, das habt ihr wahrscheinlich auch in der Schule gelernt /.
98 Also mit den Jugendlichen bin ich eigentlich nur in der Werkstatt. Und es gibt, habt ihr ja
99 wahrscheinlich auch in der Schule gelernt, einfach verschiedene Therapiemittel, die man
100 benutzt bei verschiedenen Schwierigkeiten und die man auch bloß nicht nutzen soll bei
101 verschiedenen Schwierigkeiten. Gerade im psychiatrischen Bereich. Keine Ahnung, wenn
102 jemand gerade einen schizophrenen Schub hat, fang ich nicht an mit dem rumzufüllen und zu
103 töpfen und alles ganz frei zu gestalten. Ich strukturiere das sehr eng, mache das ganz
104 kleinschrittig und so. Willst du das hören?

105 I: Ja.

106 TN7: Okay, und wenn ich einen Patienten habe, der eher ängstlich ist, wo ich das Gefühl habe
107 ich lasse den einfach, weil dann erfährt der vielleicht Selbstwirksamkeit. Weil wenn er das
108 dann alleine schafft und ohne Druck, dann stärkt ihn das ja auch und so irgendwie. Was heißt
109 irgendwie, ich mache mir da schon viele Gedanken drüber, aber ich mache das auch oft nach
110 dem Krankheitsbild eben aus. Dass ich erstmal entscheide: Was wird gemacht? Dann schaue,
111 wie der Patient darauf reagiert und dann das auch öffne. Kommt aber immer drauf an. Es gibt
112 genug Patienten, die muss ich so eng strukturieren, da werde ich nie im Leben den Patienten
113 fragen. Weiß ich nicht, wenn jetzt einer in der Manie ist, dann fang ich nicht an so: Such dir
114 was aus. Das geht ja überhaupt nicht klar, aber das wisst ihr ja auch.

115 I: Genau, und wie gestaltest du dann so dann so den Abschluss der Therapie? Also wenn
116 jemand entlassen wird.

117 TN7: Also es gibt eigentlich jedes Mal nach der Therapieeinheit eine Reflexion. Da frage ich,
118 also wenn Stimmung irgendwie ein großes Thema ist, dann frage ich immer nach der
119 Stimmung. Mache ich aber auch nicht immer. Dann lass ich den Patienten erzählen, was er
120 erzählen möchte. Was ihm gelungen ist, was ihm heute schwergefallen ist. Auch ob er sich
121 ärgern musste oder so, weil die das auch oft gar nicht so zeigen, aber in der Reflexion dann
122 schon sagen können. Und zum Abschluss der Therapie, da muss ich sagen das ist ein bisschen
123 traurig, aber Patienten werden bei uns oft sehr sehr schnell entlassen, dass das manchmal
124 nicht möglich ist mich noch zu verabschieden, weil ich es nicht wusste. Und wenn ich das
125 aber weiß, dann mache ich das eigentlich schon, dass ich ihn sehr stark wertschätze. Dass ich
126 die Zusammenarbeit mit ihm gut fand und lauter solche Sachen, ihn auch gelobt habe. Dass er
127 eben aufzeigt, was er alles gelernt hat. Oder auch dieses Ding so, als du gekommen bist, war
128 das so und hast du gemerkt, dass am Ende so? Also, dass ich da versuche ihm noch was auf
129 den Weg mitzugeben und dann verabschiede ich mich.

130 I: Ja, okay /.

131 TN7: Ist das ungefähr das, was ihr hören wollt?

132 I: // Ja, also //

133 I2: // Ja, alles gut. // Es gibt sowieso kein richtig oder falsch.

- 134 I: Ne, also es geht einfach um deine Arbeit.
- 135 TN7: Okay. Nehmt euch einen Keks, gell.
- 136 I: Danke. (lacht) Inwiefern hast du das Gefühl, dass deine Institution, also dem Fall hier die
 137 Klinik, deine ergotherapeutische Arbeit beeinflusst? Also, gibt es Vorgaben von der
 138 Institution oder gesetzliche Vorgaben?
- 139 TN7: Also ich muss sagen, das muss ich wirklich sehr wertschätzen, ich kann hier wirklich so
 140 ziemlich alles machen. Ich habe auch ein großes Etat an Geld, das ich zur Verfügung habe,
 141 um Dinge zu bestellen. Wenn ich das gut begründen kann, warum die und die Anschaffung
 142 jetzt notwendig wäre, dann wurde das noch nie abgelehnt. Also das finde ich total, das finde
 143 ich wirklich toll. Und auch so muss ich sagen, dass /. Also ich weiß zum Beispiel, dass /. Das
 144 ist ja anonym, oder?
- 145 TN7: Mhm. (bejahend)
- 146 TN7: Dass in der Erwachsenenpsychiatrie, die Ergos halt gar nicht gewertschätzt werden.
 147 Und dass es denen auch sauwurst ist, was der Ergo zu sagen hat. Und das ist hier schon ein /.
 148 Also wenn man nicht in die Visite kommt: Ja wo warst du? Also da ist ganz wichtig, dass man
 149 da irgendwie mitredet. Und da wird auch das sehr ernst genommen. Das finde ich gut. Und
 150 Einschränkungen an sich gibt es halt in dem Sinne, dass es halt Tagesabläufe gibt, an die ich
 151 mich anpassen muss. Frühstückszeiten, wir haben hier auch eine Schule. Schulzeiten. Das ist
 152 nicht gerne gesehen, wenn ich die dann für die Therapie abhole. Das ist manchmal nicht zu
 153 vermeiden, aber das sind so Sachen, an die man sich schon halten muss. Und wenn ein Patient
 154 zum Beispiel auch oft keinen Ausgang hat, dann darf ich mit dem einfach / sollte ich mit dem
 155 halt / kann ich schon mit dem /. Also das weiß ich jetzt eigentlich gar nicht. Ich gehe ja nicht
 156 so oft raus. Aber es gibt eigentlich nicht so viele Einschränkungen, wirklich also /.
- 157 I: Also hast du das Gefühl, dass dir das die Arbeit auch erleichtert? Also die Freiheit und
 158 Wertschätzung?
- 159 TN7: Ja, total. Total. Also das würde mir gar nicht /. Das wäre schon schlimm. Gerade das
 160 mit der Wertschätzung ist mir schon auch wichtig. Und was mir auch auffällt ist, also egal,
 161 wenn ich es begründen kann, wird das so abgesegnet als ok. Du bist kompetent, wir vertrauen
 162 dir da und das finde ich einfach cool und das ist sowas von essentiell, damit man sich einfach
 163 wohlfühlt.
- 164 I: Gibt es denn trotzdem irgendwas, was du hier verändern würdest, wenn du die Möglichkeit
 165 hättest in der Einrichtung?
- 166 TN7: Ja. Ich finde gerade für die Jugendlichen wäre wirklich eine arbeitstherapeutische
 167 Maßnahme sehr sinnvoll. Weil wir ganz viele Jugendliche haben, die wegen Schulausschluss
 168 da sind, oder weil sie so lange nicht in der Schule waren wegen Krankheit, dass irgendwie so
 169 eine Wiedereingliederung wirklich nötig wäre. Und gerade so nach eben Erkrankungen, wie
 170 Psychosen und so eine Späße. Dass man wirklich einfach wieder diese Schulfertigkeiten und
 171 Arbeitsfertigkeiten wieder erlernt. Auch Frustration, Ausdauer. Da ist immer ein ständig
 172 währendes Thema. Auch Konzentration und dann haben wir auch ganz viele, wo immer dieser
 173 Punkt ist: Ja wohin gehe ich denn jetzt? Was werde ich denn? Und dann dürfen die manchmal
 174 bei uns im Café was arbeiten oder in der Holzwerkstatt bei den Erwachsenen, aber es wäre
 175 halt cool, wenn die Kinder und Jugend sowas auch hätten.
- 176 I: Wer macht das dann mit der Arbeit? Was hast du gerade gesagt? Wo können die dann
 177 nochmal arbeiten?
- 178 TN7: In der Holzwerkstatt und im Bistro können die halt wie ein Praktikum.

179 I: Okay und das ist vom Ergotherapeuten auch begleitet?

180 TN7: Der eine ist Kunsttherapeut und das andere... Ich glaube das sind Sozialpädagogen oder
181 so.

182 I: Das wäre jetzt auch noch die nächste Frage. Gibt es hier interdisziplinäre Zusammenarbeit?

183 TN7: Also würde ich schon sagen dadurch, dass wir uns auch ein Büro teilen. Wir haben
184 Sport, Ergo, Logo, Musiktherapeut, Tanztherapeut und so. Und es gibt da schon, wenn man
185 Bedarf hat sich auszutauschen, ist das auf jeden Fall immer möglich. Man dockt auch an dem
186 an, was der andere /. Zum Beispiel unser Sporttherapeut mach den M-ABC, den Test. Kennt
187 ihr den?

188 I: Ja.

189 TN7: Den finde ich nicht schlecht. Das frage ich den: Wie ist das? Bla bla. Dann sagt der mir
190 seine Einschätzung, dann docke ich genau da an. Also ich finde schon, dass das ein
191 interdisziplinäres Team ist.

192 I: Gibt es auch irgendwie einen wöchentlichen Termin, wo man sich zusammensetzt? Oder ist
193 das eher so frei, dass man die Leute dann anspricht?

194 TN7: Also das interdisziplinäre Team ist ziemlich häufig gegeben, dadurch, dass wir diese
195 Visiten haben. Die gehen stundenlang. Da wird jeder Patient einzeln durchgesprochen. Jeder
196 Funktionstherapeut sagt dazu was. Jeder Arzt, jeder Psychologe, jeder Sozialpädagoge und
197 das dauert wirklich lange, aber es ist dann halt auch wirklich alles gesagt. Also da geht
198 tatsächlich nichts unter. Das ist wirklich gut. Es ist zwar manchmal wirklich anstrengend, aber
199 es ist eigentlich gut.

200 I: Ja. Die nächste Frage bezieht sich jetzt generell auf Jugendliche. Also durch welche
201 Besonderheiten zeichnet sich für die Lebensphase Jugend aus? Was kannst du da so
202 beobachten?

203 TN7: In der Psychiatrie jetzt?

204 I: Mhm. (bejahend)

205 TN7: Also der größte Unterschied, der mir wirklich durch die Bank auffällt ist, wenn ich mit
206 den Kleinen arbeite, die haben eine Wahnsinns Motivation und Lust. Lust eigentlich. So ein
207 richtiges Lustgefühl am was schaffen und erschaffen und so und kreativ sein. Dann kommen
208 die präpubertären kids. Da ist das teilweise bei den Jungs, die sind auch immer noch
209 powermäßig ziemlich gut unterwegs. Die Mädels auch. Und dann passiert nämlich bei den,
210 also ab /. Was habt ihr für ein Alter? // 14 bis 16. //

211 I: // 14 bis 18. //

212 TN7: 14 bis 18. Dass da ganz viel mit so Antrieb, das beobachte ich da richtig stark. Und dass
213 die sehr viel mehr externe Motivation brauchen. Dass die gehemmter sind, dass die
214 verschlossener sind. Dass man den Zugang auf einer anderen Ebene schon erhält, aber man
215 muss sich auch ein bisschen mehr beweisen, als Therapeut. Es ist nicht so, dass /: Genau, das
216 ist halt so ein bisschen misstrauisch und genau. Das finde ich ganz prägnant.

217 I: Du hast gerade gesagt Misstrauen. Gibt es noch andere Themen, die irgendwie da
218 herausstechen?

219 TN7: Von den Krankheitsbildern ist das natürlich auch einfach oft ein Unterschied zu den
220 Kindern und kleinen Jugendlichen, sag ich jetzt mal. Zum Beispiel Essstörungen. Die
221 manifestieren sich in dem Alter auch. Und Verhaltensstörungen haben wir vor allem so diese

222 Sozialstörung verbunden mit ADHS ist eher bei den Jüngeren. Viel Depression bei den
 223 Jugendlichen. Wegen Anpassungsstörungen. Auch Sucht ist da mehr Thema. Also die
 224 Krankheitsbilder verlagern sich nicht komplett, aber es ist schon einfach ein Unterschied auf
 225 welcher Station man arbeitet, dass das einfach auffallend ist. Aber ich möchte das jetzt nicht
 226 unterschreiben, aber so ist so mein Gefühl einfach.

227 I: Ja. Merkst du auch bestimmte Sachen in diesen Transitionsphasen von Kindheit zu Jugend
 228 oder Jugendalter zum Erwachsenenalter?

229 TN7: Ja. Also das ist ja schon ein schleichender Prozess, aber es gibt dann diese prägnanten
 230 Phasen meinst du, oder?

231 I: Genau, was sich da so verändert. Vielleicht an welchen Themen die dann // zu nagen haben.
 232 //

233 TN7: // Plötzlich hängen. // Ja, also was ganz auffällig ist, das ist jetzt nicht ganz eure
 234 Altersstufe, aber das finde ich sehr auffällig, ist dieses Ding so: Einerseits schon so voll cool
 235 sein wollen und andererseits dann was ganz kindliches in der Therapie machen. Irgendwie
 236 eine Decke für die Diddl-Puppe. Oder für einen Teddybär. Dass die ein bisschen diese
 237 Zerrissenheit zwischen ich werde irgendwie groß und mir wachsen Sachen und ich fühle mich
 238 nicht wohl und ich kriege Pickel. Und andererseits dieses ich bin aber eigentlich noch ein
 239 Kind und will noch ganz viel genährt werden. Die saugen auch unglaublich so.

240 I: Ja. Wie wirkt sich das dann so auf die Zusammenarbeit mit den psychisch erkrankten
 241 Jugendlichen aus?

242 TN7: Naja, das ist vielleicht / Ja, das ist das ein bisschen mit dem Misstrauen. Man muss sich
 243 da so ein bisschen oft profilieren oder man muss einfach eine natürliche Autorität ausstrahlen,
 244 damit sie relativ / Die sind so ein bisschen testend und die brauchen einfach ganz klare
 245 Linien. Wenn die gesetzt werden, ist aber auch gut. Also ich will jetzt nicht sagen, dass das
 246 dann immer ein großes Chaos ist oder so. Aber die brauchen einfach dann schon so ganz ganz
 247 stabile Regelsetzung, die immer gleichbleibend ist.

248 I: Welche Stärken musst du dann auch mitbringen als Ergotherapeutin in dem Moment?

249 TN7: Ruhe, also so eine Gelassenheit finde ich total wichtig. Weil das auch /: Das fällt mir
 250 auch auf tatsächlich, das ist wie - das ist euch vielleicht auch schon aufgefallen – wenn man
 251 selber so total „ööh“ an dem Tag ist, dann muss man sich schon ganz schön zusammenreißen.
 252 Und wenn man das nämlich nicht kann und jeder Tag ist anders / Es gibt einfach auch
 253 schlechte Tage, da merkt man das manchmal an den Patienten auch. Und wenn ich irgendwie
 254 so merke so ich bin so total bei mir und heute ist ein richtig guter Tag, dann merke ich das
 255 auch bei den Kindern. Nicht extrem, aber man spürt einfach so, dass da so diese Ruhe, die
 256 man ausstrahlt, die geht einfach auf andere auch über. Und das ist einfach auch was ganz
 257 Wichtiges im therapeutischen Bereich, dass man / Man selber ist ja auch einfach nur ein
 258 Mensch. Aber an solchen Sachen merkt man das halt einfach.

259 I: Wenn jetzt ein Jugendlicher zu dir in die Therapie kommt, über welches Wissen musst du
 260 da noch verfügen? Also das können jetzt auch so Sachen wie Fortbildungen sein oder Wissen
 261 über Modelle sein.

262 TN7: (...) Über welches Wissen muss ich da verfügen? Also ich finde sowas wie, da haben
 263 wir auch Fortbildungen gemacht, Gesprächsführung. Soziales Kompetenztraining. Solche
 264 Sachen sind wichtig. Dass man einfach basic skills hat, finde ich. Wie man in schwierigen
 265 Situationen umgeht. Welche Modelle? Keine Ahnung. Ich habe es echt nicht so mit Modellen
 266 muss ich euch sagen. (...) Ja und man braucht ein fundiertes Wissen über die

267 Krankheitsbilder, wirklich. Also das ist was, das hat mir ja /. Das ist wichtig. Gut, wir haben
 268 das Krankheitslehbuch auswendig lernen müssen und so, aber das ist nicht das Wissen, das
 269 man wissen muss. Echt, also am Anfang krebst man einfach rum. Man braucht Erfahrung. So,
 270 das ist wirklich das A und O eigentlich. Dass man Dinge gut /. Dieses
 271 Einschätzungsvermögen.

272 I: Hast du da irgendwie ein spezielles Buch benutzt, in dem du immer nachgeblättert hast?

273 TN7: Es gibt dieses Buch „Ergotherapie in der Psychiatrie“. Dann gibt es auch glaube ich eins
 274 für Jugendliche. „Ergotherapie in der Psychiatrie bei Jugendlichen“. Ich glaube das hatte ich
 275 auch. Aber was ich vor allem auch viel gemacht habe, waren viele Arztbriefe lesen, viele
 276 Einschätzungsbögen, mir ganz viel in der Visite angehört. Das habe ich wirklich aufgesaugt.
 277 Einfach um damit so ein Bild einfach von so einem Krankheitsbild /. Es gibt einfach
 278 bestimmte Punkte, die passieren immer wieder und dann kann man das einfach relativ schnell
 279 erkennen. Oder man rechnet schon damit im Vorherein. So was.

280 I: Ja und du hast gerade die Fortbildungen angesprochen. Hast du eine Fortbildung im
 281 sozialen Kompetenztraining?

282 TN7: Ja, wir hatten intern eine Fortbildung zum sozialen Kompetenztraining. Auch
 283 Fortbildungen zur Gesprächsführung und zu dieser /. Wie heißt das nochmal? Mit der Giraffe
 284 und dem Wolf. (...) Ach, mir fällt es wieder ein. Aber so habe ich auch noch eine zweitägige
 285 SI-Fortbildung gemacht (...) Dings, wie heißt das? Neurofeedback.

286 I: Sind das so Fortbildungen, die du in dem Bereich auch sinnvoll findest und empfehlen
 287 würdest?

288 TN7: Also Neurofeedback finde ich schon sinnvoll, habe ich aber eher mit den Kindern
 289 gemacht. SI ist immer sinnvoll. Einfach um sein Wissen auch wiederaufzufrischen. Ich finde
 290 da lernt man wirklich zu wenig in der Schule darüber. Nicht immer umsetzbar, weil das
 291 einfach eine Zeit braucht und dann irgendwie das Kind wieder entlassen wird. Das ist
 292 irgendwie oft schade. Das ist übrigens was ich ganz wichtig, ganz schade finde. Dass das halt
 293 immer zeitlich begrenzt ist und man oft den Therapieerfolg nicht so sieht. Das ist scheiße,
 294 kann ich euch gleich sagen. Ja genau, noch irgendwas? Was war die Frage? (lacht)

295 I: Du hattest noch eine Fortbildung erwähnt.

296 TN7: SI. Gesprächsführung.

297 I: Genau, Gesprächsführung. Ja das ist das, was mir jetzt nicht einfällt, was total peinlich ist,
 298 weil das kennt jeder. (...)

299 I: Zu Gesprächsführung?

300 I2: Weiß ich jetzt auch nicht.

301 TN7: Ach. Ist ja auch Wurst. Auf jeden Fall so, ja.

302 I: Okay. Das mit der Gesprächsführung, findest du das auch wichtig?

303 TN7: Ja, super wichtig. Also auch einfach wie man Dinge formuliert, dass der andere sich
 304 nicht angegriffen fühlt. Weil das ist was, das ständig Thema ist. Dieses falsch verstehen und
 305 dieses sich angegriffen fühlen. Und die sind alle hochsensibel, das muss man echt bedenken.
 306 Einfach nicht in ihrer Mitte.

307 I: Ja, okay. Ich glaube ich habe jetzt soweit alle Fragen von dem Fragebogen.

308 I3: Genau, falls du noch irgendwelche Anmerkungen hast, die jetzt untergegangen sind oder
 309 irgendetwas, das du noch ergänzen möchtest.

310 TN7: (...) Ja, also das will ich echt einfach nochmal kurz sagen: Ihr kennt doch alle
 311 ErgoXchange?

312 I: Mhm. (bejahend)

313 TN7: Und ich ärgere mich total darüber, was da oft drinsteht und wie da die Leute auch
 314 niedergemacht werden, wenn sie irgendwelche Sachen nicht wissen. Und es wird da immer
 315 total heftig drauf plädiert, dass es einfach keine gute ergotherapeutische Behandlung ist, wenn
 316 man nicht nach einem Modell arbeitet oder wenn man nicht alles so – ich weiß nicht – wenn
 317 man das nicht so macht, dass das irgendwie dann wirklich fast keinen Wert hat. Und das
 318 verstehe ich auch in vielerlei Bereichen. Weiß ich nicht, in der Neuro, wenn man einfach in
 319 der normalen Pädiatrie ist, finde ich das alles sehr sinnvoll, dass man das so macht. Aber in
 320 der Psychiatrie ist das einfach nochmal ein anderes Thema. Ich finde das total schwierig, dass
 321 man so ganz – wie sagt man – rigide an einem Ding arbeitet, wenn der Patient wirklich an
 322 einem Tag hochjubilierend und am nächsten Tag zu Tode betrübt ist. Tausend andere Sachen. Er
 323 nicht mal weiß, ob er jemals wieder nach Hause kann. Solche Sachen. Wir haben hier heftige
 324 Schicksale und mich ärgert das total, wenn ich dann so lese: Ja, wenn du das so machst, dann
 325 bist du kein gescheiter Ergo. Das wollte ich echt ganz dringend nochmal erwähnen, weil ich
 326 halte viel von Modellen und so. Das meine ich nicht, aber hier in dem Bereich ist das
 327 wirklich, muss man gut überdenken, ob man das macht.

328 I2: Okay gut.

329 I: Okay, dankeschön!

330 TN7: Das war es schon?

331 I: // Ja. //

332 I2: // Ja. //

333 TN7: // Okay! //

Transkript Interview 8

- 1 I: Okay, also erstmal ein paar Einstiegsfragen. Erstmal wie sieht Ihre berufliche Laufbahn
2 generell aus? Und wann und wo haben Sie Ihre Ausbildung zur Ergotherapeutin gemacht?
- 3 TN8: Ja, also ich habe von 1990 bis 1993 meine Ausbildung an der Ergotherapieschule in
4 (Ortsangabe) gemacht und habe dann zunächst ein knappes halbes Jahr im Bereich der
5 Erwachsenenpsychiatrie gearbeitet. Aber immer schon mit dem Wunsch eigentlich in der
6 Kinder- und Jugendpsychiatrie zu arbeiten. Und bin dann 5 Monaten gewechselt in die
7 Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zunächst in der Klinik in (Ortsangabe), das ist eine Klinik
8 von Landschaftsverband (Ortsangabe) und da war ich auch unterbrochen von Elternzeiten bis
9 2007. Und seit Dezember 2007 arbeite hier am LVR-Klinikum in (Ortsangabe), auch in der
10 Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- 11 I: Okay und wie alt sind Sie jetzt?
- 12 TN8: Ich bin 49.
- 13 I: Okay und mit welchem Klientel arbeiten Sie zurzeit?
- 14 TN8: Ich arbeite einmal auf zwei offenen Therapiestationen hier in (Ortsangabe). Einmal
15 schwerpunktmäßig mit essgestörten Patienten und mit emotional instabilen Jugendlichen.
16 Also Jugendliche, die sich selbst verletzen. Und dann haben wir noch 3 Betten auf einer
17 Station, auf der wir auch Entzugsbehandlungen von Cannabis durchführen. Und dann arbeite
18 ich noch einen Nachmittag in der Tagesklinik, die auch zu unserem Haus gehört. Und da ist
19 so gemischt. Eigentlich alle Krankheitsbilder der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind dort
20 vertreten. Also auch emotional instabile Störungen, Schulvermeidung, Essstörungen auch.
21 Also da ist so ein Mischbild halt und die Kinder sind – oder die Kinder und Jugendlichen –
22 sind dort halt tagesklinisch.
- 23 I: Okay, genau. Das waren die Einstiegsfragen. Dann würde ich gleich mit den richtigen
24 Fragen vom Interview beginnen. Und die werden sich alle auf die Zusammenarbeit mit
25 Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren beziehen, weil darüber unsere Studie geht.
- 26 TN8: Das ist auch genau meine Hauptklientel, was ich mache.
- 27 I: Okay, super. Genau, also unser Thema ist ja betätigungsorientiertes und klientenzentriertes
28 Arbeiten mit psychisch erkrankten Jugendlichen. Vielleicht können Sie einfach mal erzählen,
29 was für Sie betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten bedeutet.
- 30 TN8: Ja. Also wir arbeiten hier in der Klinik in der Ergotherapie schon hauptsächlich mit
31 handwerklichen und gestalterischen Mitteln mit den Kindern und Jugendlichen. Und in dem
32 Zusammenhang heißt für mich einmal betätigungsorientiert, dass ich glaube, dass sich mit den
33 Händen beschäftigen und etwas erstellen ein Betätigungsbedürfnis von den Kindern und
34 Jugendlichen ist. Und wir deshalb mit dem Angebot, das wir haben, auch so, ja, einen guten
35 Nerv treffen von den Kindern und Jugendlichen. Wir erleben das hier oft, dass die erstmal
36 skeptisch sind und so sagen: „Ach habe ich aber schon ewig nicht mehr gemacht, dass ich
37 irgendwie was gemalt habe oder gebaut habe oder mit Ton gearbeitet habe.“ und so weiter.
38 Das ist aber meistens so, dass meistens innerhalb der ersten Einheit die meisten sich doch zu
39 einer Betätigung dann auch aufrufen können und dann sehr schnell merken, wie gut ihnen das
40 tut und was das ihnen so bringen kann auch. Dass sie eben erleben, dass sie etwas erschaffen
41 können, auch mit ihren Fähigkeiten. Und dann versuchen wir oder ist natürlich unsere
42 Aufgabe zu gucken: Okay das ist jetzt hier in der Ergotherapie und in der Einheit. Wie sieht
43 das denn aus in deinem Alltag? Wo treten denn da deine Schwierigkeiten auf? Und für die
44 meisten Jugendlichen, die wir hier behandeln, ist der Alltag dann ja oft die Schule. Und dann

45 werden natürlich viele Schwierigkeiten da beschrieben und dann versuchen wir die schon
 46 auch so: Okay wie kannst du jetzt aus dem, was du hier erlebst, mitnehmen und vielleicht
 47 auch umsetzen in deinem Alltag? Also hast du hier erlebt, dass es sich lohnt an einer Sache
 48 dranzubleiben? Dass es sich irgendwie lohnt sich für eine Sache einzusetzen und sich darauf
 49 konzentrieren zu können? Du erlebst du kannst was erschaffen. Du bist irgendwie nicht zu
 50 blöd für alles. Also wir haben das ja sehr häufig, dass die Jugendlichen so das Gefühl haben,
 51 sie können gar nichts und versagen auf allen Ebenen. Und erleben bei uns oft erstmals, dass
 52 sie durchaus zu vielen Dingen doch in der Lage sind, die sie machen können. Und ja, einmal
 53 Schule. Dann versuchen wir viel so im Bereich Freizeit auch zu gucken. Wie sieht deine
 54 Freizeitgestaltung aus? Bist du irgendwie in einem Verein? Kannst du vielleicht auch, je nach
 55 dem wo die Patienten von Wohnort herkommen, kannst du vielleicht auch schon während
 56 deines Aufenthalts hier einen Verein besuchen? Kannst du zum Training weiterhin gehen?
 57 Welche Interessen hattest du vielleicht früher, denen du früher nicht mehr nachgegangen bist?
 58 Also das heißt wir gucken dann auch: Welche Möglichkeiten gibt es nach dem Aufenthalt?
 59 Wo kannst du dann wieder anknüpfen? Also wir versuchen einfach so mit denen
 60 Möglichkeiten, die wir haben, dann auch irgendwie für die Jugendlichen Dinge rauszufinden,
 61 wo die dann hingehen können. Also das sind so die Hauptbereiche würde ich sagen. Einmal
 62 so Schule und dann Freizeitgestaltung.

63 I: Okay, also nochmal so zum Zusammenfassen: Dass dann quasi mündlich auch immer in der
 64 Reflexion bei dem Handwerk ein Übertrag geschaffen wird auf den Alltag.

65 TN8: Genau.

66 I: Dass sie mit denen auch die Zeit nach der Entlassung schon einleiten und planen.

67 TN8: Ja genau. Also wir machen weniger /. Das liegt vielleicht auch /. Das kommt für mich
 68 auch immer so ein bisschen darauf an, wie das von Haus aus organisiert ist. Also es gibt
 69 natürlich noch diesen ganzen Bereich ich sage jetzt mal der Alltagsbetätigungen. Aufstehen,
 70 sich fertig machen, Mahlzeiten, sich Mahlzeiten richten. Also diese ganzen Sachen, da sind
 71 wir, also hier bei uns in der Klinik, so organisiert: Das ist hauptsächlich Aufgabe der Pflege
 72 und des Pflege- und Erziehungsdienstes.

73 I: Okay, das haben wir jetzt auch schon öfter gehört, dass das so aufgeteilt ist.

74 TN8: Ja. Da sind wir auch wirklich eng im Austausch. Da habe ich jetzt nicht das Gefühl,
 75 dass ich denke, das wäre eigentlich meine Aufgabe. Sondern das ist ganz klar, das ist jetzt hier
 76 im Rahmen des stationären Aufenthalts geübt und ich sage jetzt mal morgens um sieben bin
 77 ich auch noch nicht im Haus, wenn die aufstehen. Das übernehmen die Kollegen. Und das
 78 klappt aber ganz gut. Weil das hört man ja auch manchmal so, dass manchmal in anderen
 79 Kliniken, dass man dann denkt, die holen uns da irgendwie was weg. Das ist eher unser
 80 Bereich oder so. Aber das Gefühl haben wir hier eigentlich nicht.

81 I: Okay. Gut, dann würde ich zur nächsten Frage übergehen. Dann können Sie mir vielleicht
 82 einfach mal einen Therapieprozess bei Ihnen beschreiben. Also so quasi vom Erstkontakt bis
 83 zum Abschluss der Therapie.

84 TN8: Ja. Also ich fange, wenn die Patienten aufgenommen werden /. Bei uns ist es so, dass
 85 wir auf beiden Stationen als Fachtherapien einmal eben Ergotherapie haben, Motopädie und
 86 Kunsttherapie und wir im Team oder in der Visite halt so überlegen welche. Weil meistens
 87 kriegt man schwerpunktmäßig eine Fachtherapie. Also es ist nicht so, dass man das andere
 88 dann gar nicht haben kann, aber es wird schon so ein Schwerpunkt rausguckt, was für
 89 welchen Patienten aus unserer Sicht dann irgendwie das Passende ist. Und dann, wenn die
 90 Entscheidung für Ergotherapie fällt, natürlich schon auch in Rücksprache mit dem
 91 Jugendlichen. Also die behandelnden Einzeltherapeuten stellen kurz so ein bisschen die

92 einzelnen Therapien / In ihrem Erstkontakt sagen sie das sind so die Fachtherapien, die es
93 hier so gibt. Wir haben dann sage ich mal so Schwerpunkte aufgeschrieben, was in den
94 einzelnen Therapien / ... wie da gearbeitet wird. Und dann haben die schon auch so ein
95 bisschen eine Vorstellung und können auch sagen, dass sie sich das gut vorstellen können. Ja
96 und dann wird irgendwie das festgelegt, welche Fachtherapie schwerpunktmäßig mit
97 reinkommen soll und dann versuche ich schon, wenn es geht in der ersten Woche des
98 Aufenthalts, schon auch den Patienten mit zur Therapie zu nehmen und das ist sehr
99 unterschiedlich. Manchmal mache ich einen Erstkontakt in der Form, dass ich den Patienten
100 erstmal alleine mit zur Ergotherapie nehme, ihm die Räumlichkeiten zeige und ihm auch
101 zeige welche Möglichkeiten er hat. Und wie wir arbeiten und was der Schwerpunkt der
102 Behandlung ist. Manchmal nehme ich sie auch direkt mit in die Gruppe. Ich arbeite nur in
103 Gruppen, ich habe so gut wie keine Einzeltherapie. Weil wir schon festgestellt haben, dass
104 viele Jugendliche Schwierigkeiten in der Gruppe haben und die Gruppe einfach ein gutes
105 Übungsfeld ist. Und meine Gruppen sind zwischen vier und fünf Patienten groß, also relativ
106 kleine Gruppen. So dass man da einfach ein gutes Übungsfeld hat und trotzdem bei vier fünf
107 Leuten trotzdem jeden Einzelnen noch gut im Blick haben kann. Ja und dann findet die erste
108 Einheit statt. Ich erkläre halt wo meine Schwerpunkte sind und worauf ich achte, welche
109 Möglichkeiten er hat. Dann darf zunächst jeder Patient sich eine Arbeit aussuchen. Und dann
110 im Verlauf ist es so, dass entweder ein Patient schon sich aussuchen kann, was er machen
111 möchte. Manchmal ist es aber auch, dass ich in Kooperation mit der Einzeltherapie sich
112 vielleicht auch Themen ergeben, die dann in der Ergotherapie auch aufgegriffen werden. Zu
113 denen wir dann zum Beispiel eine gestalterische Arbeit machen. Oder auf meinen beiden
114 Stationen, wir arbeiten nach dem DBT-Konzept. Sagt Ihnen das was?

115 I: Ja.

116 TN8: Ja, genau. Und ich führe auch auf einer Station die Skills-Gruppen durch. Das heißt
117 auch Skills, sowas wie Skills-Koffer und Skills selber herstellen sind eben auch in der
118 Ergotherapie auch immer wieder Thema. Wenn da ein Schwerpunkt liegt, dann spielt das
119 auch eine Rolle. Und ja, bei uns sind die Patienten, ja wenn es schnell geht sechs Wochen bis
120 zwölf Wochen. Ergotherapie findet zwei Mal in der Woche in der Regel statt. Wobei ich
121 immer auch so ein zwei Ausweichtermine habe. Wenn jetzt irgendwie eine Arbeit mal fertig
122 werden soll. Wenn jemand doch plötzlich entlassen wird. Also das ist immer das Wichtige,
123 dass die Dinge auch mitgenommen werden und nicht hier im Schrank versauern. Und ja, also
124 da sind wir recht flexibel, dass wir das auch gut hinkriegen, dass die Sachen auch
125 mitgenommen werden können. Und dann bespreche ich halt mit einem Patienten, wie ich
126 eben schon gesagt habe, dass wir die Dinge, die ich jetzt hier sehe / Was ist denn dein Ziel?
127 Wo möchtest du denn gerne eine Veränderung erleben? Und ja, das setzen wir dann
128 zusammen fest, um daraufhin hinzuarbeiten. Gegen Ende natürlich gucken: Haben wir das
129 erreicht, was du für dich erreichen wolltest? Und wo kann man denn noch weitermachen? Wo
130 kann man noch anknüpfen? Ganz selten – also wir können hier ambulant ergotherapeutisch
131 nicht weiterbehandeln – aber eventuell an Praxen oder so weiter. Also das machen wir auch
132 schonmal, wobei da muss man tatsächlich sagen die Jugendlichen zwischen 17 und 18 haben
133 oft in ihrem Alltag / Da muss man einfach gucken, ob dann dafür Platz auch noch ist. Und die
134 werden oft ja psychotherapeutisch weiterbehandelt. Und ja, ist relativ selten, aber kommt
135 schon vor, dass wir auch ergotherapeutisch weiterempfehlen und dann ja gucken, dass wir da
136 eine Anschlussbehandlung finden oder so.

137 I: Okay, geben Sie denen dann auch eine kurze Übergabe quasi zu dem Patienten, wenn sie
138 weiterverweisen?

139 TN8: Also dazu kommt es, wie gesagt, ja selten. Aber dann, ja.

140 I: Okay, und zu diesem Erstgespräch und der Zielsetzung, nutzen Sie da irgendwelche
141 assessments oder irgendwas bestimmtes? Oder ist das /.

142 TN8: Nur die Interessencheckliste. Sowas nutzen wir, ja. Assessments nutzen immer meine
143 Praktikanten, wenn sie da sind. (lacht) Also wir haben die schon auch alle, tatsächlich. Ja und
144 wenn die Praktikanten, klar die müssen ja im Rahmen der Ausbildung. Ich finde das auch gut,
145 wenn die das dann machen. Aber ich arbeite jetzt mittlerweile so lange, da komme ich mit der
146 Interessensliste so, das reicht mir dann oft, um einen Eindruck zu kriegen. Aber wenn ich die
147 Praktikanten dann sehe, denke ich immer: Ja das könntest du auch mal öfters machen. Aber
148 das geht dann leider im Alltag wieder ein bisschen unter.

149 I: Okay und also auch die Ziele werden dann frei besprochen und festgehalten?

150 TN8: Ja, mhm. Da machen wir schon Notizen auch zu. Ich sage jetzt mal, es gibt jetzt keinen
151 Bogen, so wir das dann eintragen oder so.

152 I: Okay, dann das nächste Thema. Inwiefern beeinflusst Ihre Institution Ihre
153 ergotherapeutische Arbeit? Also sowas wie Vorgaben von der Institution.

154 TN8: Ja, da muss ich mal kurz nachdenken. Also so im Großen und Ganzen sind wir, ich sage
155 jetzt mal, erstmal relativ frei, wie wir so unsere Arbeit gestalten. Es gibt natürlich schon so /.
156 Also ich habe jetzt eine 25 Stunden Stelle. Da muss ich jetzt zwei Stationen mit versorgen.
157 Wobei, wie gesagt, nicht alle Patienten dann bei mir sind. Also ich behandle ungefähr, von
158 den vollstationären Patienten, circa 13 Patienten in der Ergotherapie plus die tagesklinischen
159 Patienten einmal in der Woche. Das sind nochmal zehn Patienten, wobei die in zwei Gruppen
160 dann kommen. Also das sind dann quasi zwei Termine. Also es gibt schon so die Vorgabe wie
161 viele Patienten mit einem Stundenkontingent behandelt werden müssen. Also das ist, würde
162 ich mal so sagen, die größte Vorgabe. Und ansonsten arbeiten /. Ob ich jetzt irgendwie
163 Gruppe mache oder Einzel oder ob die Patienten zweimal oder viermal zu mir kommen, also
164 da sind wir wirklich ziemlich freigestellt. Also da, es gibt so eine /. Also früher gab es sowas
165 wie, dass man irgendwie 70% seiner Arbeitszeit am Patienten arbeiten muss. Dazu zählten
166 dann aber auch so Sachen, wie Dokumentation und Visiteneteilnahme und ich lese mich ein
167 und informiere mich und so. Aber ja, das ist, vielleicht gibt es das offiziell auch noch, keine
168 Ahnung. Aber da muss ich, also da muss ich nicht nachweisen. Also ich muss schon natürlich
169 meine Behandlungen irgendwie dokumentieren. Also die Anzahl und wie Patienten kommen.
170 Das muss ich schon jeden Tag auch erfassen. Aber, ja.

171 I: Okay. Haben sie das Gefühl, dass Ihnen das Ihre Arbeit erleichtert, dass sie das frei
172 gestalten können?

173 TN8: Ja, auf jeden Fall,

174 I: Gibt es trotzdem irgendetwas, das sie verändern würden in Ihrer Institution, wenn Sie die
175 Möglichkeit dazu hätten?

176 TN8: Jetzt bezogen auf die Ergotherapie meinen Sie?

177 I: Ja, genau. Oder auch, wie gesagt, Vorgaben oder Räumlichkeiten.

178 TN8: Ja, also was ich gerne verändern würde wäre natürlich, dass wir mehr Ergotherapie
179 haben. Also wir haben zum Beispiel eine geschlossene Station, die überhaupt
180 fachtherapeutisch so gut wie nicht versorgt ist. Weil wir einfach keine Kollegen haben, die
181 dafür Zeit haben, um da zu arbeiten. Das ist aber auch nicht vorgesehen. Also weil man so
182 sagt: „Okay, das ist der geschlossene Bereich. Wir wollen möglichst, dass die Patienten von
183 da schnell in die Therapiebereiche kommen und da sind dann die Therapien. Oder die
184 Patienten sind eh nur zur Krisenintervention da und werden schnell wieder entlassen. Also so,

185 da brauchen wir keine Fachtherapien.“ Also das finde ich ist ein großes Manko. Wir hatten da
186 eine Kollegin, die einen befristeten Vertrag hatte, der dann aber leider nicht verlängert worden
187 ist. Und das war damals sehr gut, dass da eben auch Ergotherapie war. Also gerade für die
188 Patienten, die in der Geschlossenen untergebracht sind und ja, dann auch nicht so einen
189 Schulbesuch haben, wie die anderen Patienten so. Aber ja, das ist so ein bisschen so eine
190 hausinterne Sache, sage ich jetzt mal. Ja warum, also da ist einfach kein Kontingent da.
191 Stellen werden, also wenn Leute in Rente gehen oder befristete Verträge auslaufen, ist es im
192 Moment halt sehr schwierig da wieder jemanden für zu bekommen. Oder die Kontingente
193 werden /. Also bei uns gibt es so einen, ich sage jetzt mal so ein Fachtherapeuten-
194 Stundenkontingent. Da sind dann aber eben nicht nur Ergotherapeuten, sondern
195 Heilpädagogen, Kunsttherapie, Bewegungstherapie, Familientherapie. Hier bei uns speziell
196 für die Station mit den Essstörungen auch Ernährungsberatung. Also da fallen ganz viele
197 Dinge drunter und jede von diesen Berufsgruppen möchte natürlich auch mehr haben und
198 dann muss man halt gucken wie das dann wieder verteilt wird, wenn was frei wird.

199 I: Okay, Sie haben gerade schon die unterschiedlichen Berufsgruppen genannt. Wie sieht
200 denn die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Ihnen aus?

201 TN8: Ja, da würde ich mal sagen die ist ziemlich gut. Ja also was ich gerade aufgezählt habe
202 sind halt die fachtherapeutischen Berufsgruppen. Dann haben wir natürlich klassisch Ärzte
203 und Psychologen und eben Pflege- und Erziehungsdienst. Und ja, wir haben natürlich erstmal
204 die Visiten und die Übergaben auch auf den Stationen, wo alle so zusammenkommen und sich
205 austauschen. Und zusätzliche Teamsitzungen auch. Dann haben wir, weil wir in der DBT-
206 Station sind, auch die Consultation-Teams. Und so DBT-geführte Sitzungen, sage ich mal, wo
207 die Patienten auch nochmal sehr unter DBT Gesichtspunkten besprochen werden. Und wir
208 haben auch Supervisionen. Da sind wir glaube ich ganz gut aufgestellt und im Alltag ist das
209 tatsächlich so, habe ich ja gerade eben schon mal so anklingen lassen, also so: Wir arbeiten
210 recht gut Hand in Hand. Auch eben das Beispiel mit diesen Alltagsdingen, die so auf der
211 Station auch von den Kollegen dann eben eher mit den Patienten besprochen und geübt
212 werden und bei uns dann eben die Sachen, die so eher mit Schule und Freizeit zu tun haben.
213 Also da habe ich irgendwie jetzt das Gefühl da weiß jeder was er zu tun hat. Die
214 Familientherapeutin, die dann eher mit den Eltern dann arbeitet und dem Jugendlichen.
215 Sozialarbeiter haben wir natürlich auch.

216 I: Sind bei den Teamsitzungen dann wirklich alle Beteiligten anwesend?

217 TN8: Ich sage jetzt mal so wie es der Dienstplan und der Arbeitszeitenplan zulässt. Also bei
218 mir ist es zum Beispiel auf einer Station so, dass ich die Teamsitzung /. Also ich habe ja keine
219 volle Stelle, dann ist die Teamsitzung in einer Zeit, wo ich nicht da bin. Aber es gibt
220 Protokolle von den Teamsitzungen, die kann ich dann halt nachgucken, wenn ich wissen
221 möchte, was da besprochen wurde.

222 I: Aber es kann jeder kommen? Von Arzt zu Therapeut?

223 TN8: Es kann jeder kommen, es ist gar keiner irgendwie ausgeschlossen. Ja ja, ne ne, kann
224 jeder kommen und kann eigentlich auch jeder sagen, was er möchte und zu jedem Thema.
225 Also ich glaube, ich weiß nicht sie haben ja jetzt schon wahrscheinlich mit mehreren Leuten
226 gesprochen. Ich glaube das ist etwas sehr Besonderes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
227 dass man so /.

228 I: Ja, also viele sagen, dass man quasi die Leute ansprechen kann, wenn man möchte oder halt
229 in den Visiten. Aber dass wirklich so große Teamsitzungen sind /.

230 TN8: Ja und ich glaube das hat ein bisschen was damit zu tun, weil man so, also in der
231 Kinder- und Jugendpsychiatrie so sehr systemisch denkt. Auch ja nicht nur das Kind und die

232 Jugendlichen im Blick hat, sondern man hat wirklich so ein System. Wo kommt das Kind her?
 233 Wo kommt der Jugendliche her? Wo geht der natürlich auch hin zurück? Und meistens, das
 234 reicht ja nicht aus, wenn das Kind sich nur verändert oder da Veränderungen stattfinden beim
 235 Jugendlichen. Sondern, also meistens muss ja drumherum auch was passieren. Und ich glaube
 236 also da, das ist in unserem Bereich ist das so ein bisschen verankert in den Köpfen der Leute,
 237 die hier arbeiten. Ich kenn natürlich auch privat auch Kollegen, die so im Erwachsenenbereich
 238 arbeiten und da höre ich das doch immer anders raus. Wo ich immer so denke da sind das eher
 239 so Einzelkämpfer, die Fachtherapeuten. Ja, aber ist so ein persönlicher Eindruck, weiß ich
 240 nicht, ob Sie das auch so feststellen.

241 I: Ja, die nächste Frage ist auch nochmal: Durch welche Besonderheiten zeichnet sich für Sie
 242 die Lebensphase Jugend aus? Also auch gerade im Vergleich zu Kindern oder Erwachsenen.

243 TN8: Ja also einmal dadurch, dass natürlich unheimlich viel passiert in der Phase. Also
 244 erstmal natürlich so körperlich und entwicklungsbedingt. Man ist so in dieser
 245 Übergangsphase. Auch wenn man dann irgendwie jugendlich oder früh erwachsen, also
 246 adolescent, ist. Ja, dass in dieser Phase auch viele Entscheidungen getroffen werden. Was
 247 Schule angeht, ob Schule weiter oder lieber eine Ausbildung. Ja, also so diese Dinge. Dann
 248 natürlich, dass man auf der einen Seite schon möchte und denkt man kann schon viel
 249 entscheiden, aber da dann doch merkt: Okay, es gibt ja aber auch noch sowas wie Eltern und
 250 die ja auch Verantwortung haben und Verantwortung übernehmen müssen. Also man möchte
 251 glaube ich in dieser Spanne zwischen 17 und 18 häufig sehr viel entscheiden, was man dann
 252 nachher eigentlich gar nicht alleine entscheiden kann, weil da noch irgendwie ein Elternhaus
 253 drumherum ist oder andere, die irgendwie Verantwortung haben. Also man muss dann auch
 254 schon Kompromisse eingehen, also das finde ich schon auch. Ja, es ist dann nicht immer so
 255 ganz einfach für Kinder und Jugendliche, weil einfach Vorstellungen oft sage ich mal anders
 256 sind. Ja aber dann auch eben nicht so alleine auch kann aufgrund seines Alters. Und vielleicht
 257 dann im Nachhinein auch eher feststellen kann ja, dass eine Entscheidung vielleicht doch so
 258 richtig ist, wie sie jetzt gelaufen ist. Obwohl ich das mit 15 vielleicht irgendwie blöd fand
 259 oder so. Aber auf der anderen Seite finde ich muss man natürlich schon auch Wünsche und
 260 Bedürfnisse da berücksichtigen und auch irgendwie fragen, was sie möchten. Und da ja,
 261 irgendwie so einen guten Kompromiss suchen. Ja und dann ist natürlich auch viel so: Man
 262 guckt dann natürlich auch sehr wer passt zu mir? Was sind irgendwie meine Kontakte? Wen
 263 finde ich gut? Welche Leute finde ich gut? Welche Vorbilder habe ich? Also solche Dinge
 264 bilden sich glaube ich in dem Alter. Und dann würde ich sagen, wenn ich die Jugendlichen
 265 hier so beobachte, ist das wichtig. Und dann ist dann manchmal für uns so: Ich kenn da auch
 266 vieles gar nicht. Ich meine jetzt habe ich das Glück selber Kinder in dem Alter zu haben.
 267 Dann kriege ich schon so in meinem privaten Umfeld auch einiges mit. Aber so vieles muss
 268 ich dann auch nachgucken, wo die Jugendlichen sich für interessieren, welche Musik die
 269 hören, auf welchen Kanälen und wo die unterwegs sind. Welche Serien die gucken und so
 270 weiter. Also auf die prasselt auch viel ein glaub ich und das ist auch nicht einfach sich da zu
 271 entscheiden. Und da, wo bleib ich denn bei den ganzen Angeboten und was finde ich denn gut
 272 und wie positioniere ich mich zu verschiedenen Themen? Ja, also so eine Findungsphase oder
 273 wie auch immer man sie nennen mag. (lacht)

274 I: Ja, okay. Und wie wirken sich diese Besonderheiten, also dieser Lebensphase, auf die
 275 Zusammenarbeit mit den Jugendlichen aus?

276 TN8: Also ich glaube man muss so, also ich gebe mir auf jeden Fall Mühe so eine gute
 277 Balance zu finden zwischen dem ich bin zwar hier als Therapeutin, aber ich denke, wenn
 278 man in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet, egal in welcher Berufsgruppe, schon auch
 279 immer so ein bisschen so einen pädagogischen Auftrag mit drin in der Arbeit. Weil man die ja
 280 in einer wichtigen auch Phase begleitet und dann glaube ich auch bestimmte Werte und ihnen

281 da irgendwie was vorleben sollte auch. Und auf der anderen Seite, gerade jetzt in der
 282 Ergotherapie oder in den Fachtherapien, ist oft für die Jugendlichen hier aber auch so ein
 283 Bereich, wo es einfach ein bisschen weniger Regeln gibt, als zum Beispiel auf Station. Und
 284 wo / . Ja, ich erinnere mich gerade an eine Gruppe von gestern, die ich hatte. Das waren drei
 285 Jugendliche und emotional instabil. Zwei davon mit Suchterfahrung auch, die gestern hier
 286 sehr aufgedreht ankamen und dann irgendwie angefangen haben so Partylieder hier zu
 287 schmettern in der Ergotherapie. Und sowas würde auf Station halt sofort / . Also würde man
 288 direkt sagen: „Okay, pass mal auf, da ist jetzt hier kein Rahmen für. Nachher triggerst du hier
 289 noch jemanden, der irgendwie dich hier singen hört und so.“ Also wir können halt schonmal
 290 so ein Feld bieten, wo man das dann halt auch mal darf. Also jetzt nicht die ganze Zeit und
 291 natürlich immer unter Wahrung der Grenzen aller anderen, die auch im Raum sind. Aber ja,
 292 wir können da einfach ein bisschen freier mit umgehen, als auf Station zum Beispiel. Ja und
 293 die kommen sehr gerne, weil das auch so ein Feld ist, wo man einfach auch mal so ein
 294 bisschen Dinge ausleben kann, die woanders nicht gehen.

295 I: Ja und was sind Unterschiede für sie zur Arbeit – also Sie haben ja auch schonmal mit
 296 Erwachsenen gearbeitet – zur Arbeit mit Erwachsenen oder mit Kindern?

297 TN8: Ja also wie gesagt, relativ wenig. Ich habe ein knappes halbes Jahr im
 298 Erwachsenenbereich gearbeitet. (lacht) Seitdem eben mit Kindern und Jugendlichen. Also das
 299 ist wirklich schon ganz lange her. Aber wie gesagt, ich glaube einfach, dass mit Erwachsenen
 300 (...) Oder umgekehrt. Die Ergotherapie für Kinder und Jugendliche, dass wir halt / . Also wie
 301 gesagt, wir arbeiten hier wirklich schwerpunktmäßig handwerklich und gestalterisch und
 302 können damit ein großes Bedürfnis abdecken von Kindern und Jugendlichen. Und ich glaube
 303 im Erwachsenenbereich ist es manchmal glaube ich habe ich so den Eindruck ein bisschen
 304 schwieriger so zu gucken: Was sind denn die Bedürfnisse, die ich in der Ergotherapie dann
 305 mit den Patienten bearbeiten kann. Wo soll es da hinführen? Ist so mein Eindruck, aber wie
 306 gesagt, ich bin da auch schon zu lange raus, um zu wissen wie. Also wie gesagt, also meine
 307 25 Jahre beruhen eigentlich auf der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

308 I: Okay, aber bei der DBT zum Beispiel, da geht es auch eher um Alltagssituationen, oder?

309 TN8: Ja, genau.

310 I: Genau, jetzt weiß ich gar nicht mehr, was ich dazu fragen wollte. (lacht) Ich glaube nur,
 311 weil Sie nochmal meinten der Schwerpunkt ist handwerklich gestalterisch, aber das // mit //

312 TN8: // Ja. // Aber das ist wie gesagt in der Ergotherapie. In den Skill-Gruppen da geht es
 313 natürlich um die Inhalte der DBT und da ist es auch glaube ich mein Vorteil, dass ich eben
 314 schon auch viele Dinge aus der DBT auch, ich glaube Sie kennen sich in bisschen aus mit
 315 DBT?

316 I: Ein bisschen, ja.

317 TN8: Also was so die Theorie dazu ist. Also das ist ja, wie ich finde, eine sehr
 318 hochanspruchsvolle Verhaltenstherapie die DBT und wir muten da den Jugendlichen oft ganz
 319 schön viel zu. Also mit welchen Themen sie sich beschäftigen und geben ihnen dann sage ich
 320 mal so Skills an die Hand, aber was das wirklich in der Umsetzung für sie bedeutet und wie
 321 schwierig das im Alltag für sie ist, wird glaube ich manchmal unterschätzt. Und dann kann
 322 ich, wenn ich dann eben die Skills-Gruppen durchführe, eben aufgrund dessen, dass ich eben
 323 auch Ergotherapeutin und vielleicht dann auch so eine Idee habe, wie kann man das ein
 324 bisschen fassbarer machen die Inhalte. Also ich habe gestern zum Beispiel mit Patienten das
 325 Thema „Entscheidung für einen neuen Weg“ besprochen. Und jetzt können wir dann natürlich
 326 eben auch, indem wir dann eine Collage machen. Wie sieht denn mein neuer Weg aus? Was
 327 lasse ich auf meinem alten Weg zurück? Was erwartet mich auf dem neuen Weg? Welche

328 Hindernisse können da sein? Also, dass man das dann einfach nochmal anders darstellen
 329 kann, als wenn ich das nur anhand eines Arbeitsblatts bespreche.

330 I: Also, dass Sie das Gestalterische auch da nochmal einfließen lassen?

331 TN8: Genau. Oder jetzt heute Nachmittag fangen wir ein neues Thema an mit
 332 Emotionsregulation. Da machen wir immer / . Da gestalten wir erstmal ein Plakat zu. Welche
 333 Gefühle gibt es denn und welche kenne ich? Was fällt mir zu den einzelnen Gefühlen ein?
 334 Also bevor ich mir die Arbeitsblätter angucke. Und ich glaube das ist irgendwie auch für die
 335 Jugendlichen, dann haben sie so einen Zugang, der ist so ein bisschen einfacher zu verstehen.

336 I: Okay, ja. Und jetzt sind wir auch schon bei der letzten Frage. Wenn ein Jugendlicher zu
 337 Ihnen kommt: Also was brauchen Sie dafür? Welche Fähigkeiten, welches Wissen. Also zum
 338 Beispiel Fortbildungen oder auch ergotherapeutische Modelle, persönliche Stärken? Sowas.

339 TN8: Ja. Also erstmal so persönliche Stärken glaube ich braucht man, also ist ganz viel
 340 Empathie. Und erstmal so Toleranz gegenüber den Jugendlichen. Denen gegenüber und
 341 Verständnis dafür, warum jetzt auch jemand gerade hier bei uns ist. Ja so eine Grundhaltung,
 342 dass niemand hier irgendwie ist, weil er da irgendwie Spaß dran hat, sondern weil er Hilfe
 343 benötigt oder braucht. Und so mit der Einstellung halt, ja dass wir die dann hoffentlich auch
 344 geben können. Und da aber mit den Jugendlichen dann eben auch zusammen gucken. Also ich
 345 möchte ihm nicht vorschreiben, was ich denke, was gut ist für ihn, sondern ihn da irgendwie
 346 mitnehmen, dass er das auch mitgehen kann. Den Weg, den wir hier in der Klinik gemeinsam
 347 uns überlegen. Ja, speziell in unserem Bereich, muss man, weil es der Schwerpunkt der
 348 Behandlung ist, muss man eine DBT-Fortbildung haben. Und ist schon von Vorteil. Ich habe
 349 auch eine SI-Ausbildung. Das kann ich jetzt hier in meinem Arbeitsbereich jetzt nicht mehr so
 350 viel anwenden. Natürlich schon im Sinne von: Ich habe eine Idee davon, wie man mit
 351 bestimmten Materialien auch arbeiten kann, um bestimmte Wahrnehmungsbereiche zu
 352 fördern so. Aber da ich hauptsächlich hier mit Jugendlichen arbeite und nicht mit den
 353 Kindern, ist das im Moment nicht so präsent. Aber in der Klinik, wo ich früher gearbeitet
 354 habe, habe ich auch mit jüngeren Kindern gearbeitet und da war eben auch diese SI-
 355 Ausbildung, ja, war da gut. Ja ansonsten (...) habe ich im Moment so ein bisschen einen
 356 Schwerpunkt, dass ich mehr im Bereich DBT, also Achtsamkeit, so in dem Bereich mich
 357 fortbilde. Ich habe irgendwann auch mal Gesprächsführung gemacht und solche Sachen.

358 I: Sind das auch Sachen, die Sie als nützlich für Ihre Arbeit empfinden? Also die DBT und die
 359 Gesprächsführung?

360 TN8: DBT auf jeden Fall. Also da bin ich so ein bisschen so ein Fan von. (lacht) Und finde
 361 eben auch, dass man das gut mit Ergo / . Also das ist eine Weiterbildung, die wirklich gut sich
 362 mit Ergotherapie verknüpfen lässt. Also ist meine Meinung.

363 I: Ja, okay. Und irgendwie Wissen über ergotherapeutische Modelle? Also das ist ja in der
 364 praktischen Arbeit auch nicht immer so vertreten. Machen Sie da irgendwas?

365 TN8: Also womit ich schonmal arbeite ist mit diesem KAWA-Modell. Ja, also da geht es ja
 366 auch viel um so Weg. Damit setze ich mich immer so ein bisschen mehr mit auseinander. Und
 367 die anderen Sachen kenne ich natürlich schon so in der Theorie. Sowas wie MOHO und
 368 CMOP und sowas und auch weil ich seit vielen Jahren Praktikantenanleitung mache für die
 369 Schüler in (Ortsangabe) und ich glaube die sind ziemlich gut vorbereitet mit solchen Dingen
 370 und sind da sehr firm drin und bringen das natürlich dann auch mit, wenn sie hier in die
 371 Ausbildung kommen. Und ja, also da beschäftige ich mich dann mit, wenn ich Schüler habe.
 372 (lacht) Aber wie gesagt, ich alleine im Alltag, muss man jetzt wirklich auch sagen, ist
 373 tatsächlich auch nicht gefragt hier. Also wenn ich das jetzt einführen würde, könnte ich das
 374 bestimmt machen. Ich habe Ihnen eben gesagt wir sind relativ frei in dem, wie wir unseren

375 Alltag hier und die Arbeit gestalten und wenn ich jetzt denken würde ich möchte mehr mit
 376 diesen Modellen arbeiten, würde erstmal hier niemand sagen: „Das dürfen Sie aber nicht.“
 377 Oder „Das geht aber jetzt gar nicht.“. Ja, es ist aber auch nicht verlangt, sage ich mal so. Ja
 378 und dann kann ich eher so, dass ich dann eher so zum Beispiel sage: Okay, mein Schwerpunkt
 379 liegt aber jetzt hier in der Verknüpfung von Ergotherapie und DBT und setze dann da einen
 380 Schwerpunkt, als mit anderen ergotherapeutischen Modellen zu arbeiten.

381 I: Ja, und wenn die Praktikanten das jetzt machen, sehen Sie da irgendwelche Vorteile drin?
 382 Also irgendwas, //was gut ist für die //

383 TN8: //Ja, ich bin immer schon sehr // beeindruckt. Also die wenden ja meistens so die
 384 Modelle zum Beispiel auch an, wenn die dann für ihre Berichte mit den Patienten arbeiten.
 385 Und ich bin schon sehr beeindruckt, was ich dann lese. Also was ich dann lese, was die
 386 aufgrund der Anwendung der Modelle dann auch mit dem Patienten erarbeitet haben. Also
 387 das finde ich schon gut.

388 I: Also, dass einem das vielleicht gerade am Anfang hilft so einen breiteren Blick zu
 389 bekommen und zu wissen wodrauf man sich konzentriert?

390 TN8: Genau. Auf jeden Fall.

391 I: Okay, und das KAWA-Modell, wie wenden Sie das an?

392 TN8: Ja also, anwenden ist übertrieben. (lacht) Also ich habe da so ein bisschen was, also ich
 393 weiß so ein bisschen worum es da geht und dann eben auch tatsächlich im Zusammenhang
 394 mit Skills. Dass wir da so Inhalte /. Auch zum Beispiel bei dem Thema „Neuer Weg“. Das
 395 sind so die Dinge ja, die wir daraus mit einfließen lassen in die Therapie.

396 I: Okay, also lassen Sie einfach die Sprache davon so ein bisschen miteinfließen? Oder
 397 machen Sie dann auch irgendwie ein Schaubild? Also das ist ja dieser Fluss, da kann man
 398 dann ja auch Schaubilder dann machen mit den Steinen /.

399 TN8: Ja, ja. Nein also eher so die Sprache miteinfließen lassen. Und so ein bisschen das
 400 Gedankengut, das dahintersteht.

401 I: Okay. Dann war es das eigentlich schon mit meinen Fragen. Haben Sie noch irgendwelche
 402 Anmerkungen? Irgendetwas, das Sie noch sagen möchten, was noch nicht zur Sprache kam?

403 TN8: Ich überlege gerade. (...) Ich glaube erstmal so, würde mir jetzt erstmal nichts einfallen.
 404 Sonst kann ich mich ja nochmal an Sie wenden. (lacht)

405 I: Ja okay, gerne.

406 TN8: Eine Mail oder so. Ne aber erstmal war mir das ganz angenehm.

407 I: Ja okay, super. Danke, dass Sie teilgenommen haben.

Transkript Interview 9

1 I: Erstmal ein paar Einstiegsfragen: Einmal wie Ihre berufliche Laufbahn generell aussieht und
2 ja, halt wann und wo Sie Ihre Ausbildung zur Ergotherapeutin gemacht haben?

3 TN9: Soll ich einfach Mal anfangen?

4 I: Ja.

5 TN9: Ja okay. (lacht) Ich habe meine Ausbildung 2010 bis 2013 in (Ortsangabe) gemacht an
6 der Deutschen Angestellten Akademie. War dann ein Jahr in einer Reha, in einer geriatrischen
7 Reha und war dann viereinhalb Jahre im Wohnheim für psychisch erkrankte Menschen ab Ju-
8 gendalter. Genau, und bin jetzt seit einem Jahr Leitung bei den Alexianer Werkstätten für den
9 therapeutischen Bereich. Ergotherapie, Physiotherapie bauen wir gerade noch auf. Genau und
10 arbeite daher /. Also jetzt momentan bin ich also eher in einer Führungsposition und habe keine
11 eigenen Patienten mehr aber komme halt, wie gesagt, aus dem Bereich Wohnen für Menschen,
12 die aber auch viel /. Also Wohnheim ist natürlich oft auch für Menschen, die auch Doppeldiag-
13 nosen haben. Also eine psychische Erkrankung mit manchmal auch noch einer geistigen Be-
14 hinderung, Intelligenzminderung. Genau, also war da viel im Gruppendienst, im Erziehungs-
15 dienst, aber auch im Arbeitsbereich.

16 I: Okay, und haben Sie die Ausbildung direkt nach der Schule gemacht oder zwischendurch
17 noch irgendwas anderes?

18 TN9: Ach so. (lacht) Zwischendurch habe ich noch einen Fachwirt im Gesundheitswesen ge-
19 macht, also habe nochmal einen wirtschaftlichen Hintergrund. Habe auch so ein paar Fortbil-
20 dungen gemacht. Hirnleistungstraining, Taping, also so diesen Bereich. Genau und habe so
21 kleine Fortbildungen gemacht. Und, wie gesagt, einmal den Fachwirt nochmal in Gesundheits-
22 wesen, 2016.

23 I: Okay, und wie alt sind Sie jetzt?

24 TN9: Ich bin 28.

25 I: Okay und mit welchem Klientel arbeiten Sie jetzt zurzeit?

26 TN9: Zurzeit sind wir, also schwerpunktmäßig haben wir uns spezialisiert auf Menschen mit
27 einer psychiatrischen Erkrankung oder Menschen mit einer Behinderung. Also ob jetzt seelisch
28 oder geistig, körperlich ab Jugendalter. Die jüngste Klientin ist glaube ich gerade 14. Genau,
29 bis Ende offen.

30 I: Okay und welcher Tätigkeitsbereich ist das genau?

31 TN9: Bitte?

32 I: Welcher Tätigkeitsbereich ist das genau? Also /.

33 TN9: Also wir haben eine Praxis. Genau, das ist bei uns aber nochmal ein bisschen spezieller,
34 weil wir auch eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung haben. Also wir sind ein großer
35 Träger. Haben in (Ortsangabe) 5000 Mitarbeiter, wir haben Krankenhäuser, Kliniken, also so-
36 matische Krankenhäuser, psychiatrische Kliniken. Dann das (Einrichtungsname), das ist für
37 Jugendliche. Also Kinder und Jugendliche ab sieben. Dann haben wir, wie gesagt, noch Werk-
38 stätten für Menschen mit Behinderung, wir haben den Förderbereich für Menschen mit einer
39 Schwerstmehrfachbehinderung. Also ganz vielfältig aufgestellt. Genau und da betreuen wir die
40 Klienten sowohl in der Wohngruppe, also von der Praxis aus in Einzeltherapien, aber auch in
41 Gruppenangeboten, als auch in der Werkstatt oder in der Praxis vor Ort. Also wir sind auch in
42 der geschützten Wohngruppe, also junges Wohnen. „Die Jungen Wilden“, das sind nur Jungs.

43 Da fahren wir dann natürlich hin, weil das geschützt ist und die dann auch oft keinen Ausgang
44 haben.

45 I: Okay. Gut, dann waren das erstmal die Fragen zum Einstieg. Dann würde ich jetzt mit den
46 Interviewfragen beginnen. Uns Thema ist ja betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Ar-
47 beiten mit psychisch erkrankten Jugendlichen. Vielleicht können Sie einfach mal beschreiben
48 was für Sie betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten bedeutet.

49 TN9: Also bei uns ist da so, dass wir immer mit assessments arbeiten, wenn es geht. Bei man-
50 chen ist das natürlich nicht möglich, aufgrund der Schwere der Behinderung. Für die Menschen
51 mit einer geistigen Behinderung arbeiten wir viel mit dem KAWA-Modell, weil es einfach so
52 eine bildliche Komponente hat mit den Symbolen. Und wir haben das COPM, mit dem wir
53 arbeiten und da geht es bei uns in erster Linie um „Was will der Klient? Was braucht der Kli-
54 ent?“ und daran orientieren wir uns auch. Wir machen immer ein Erstgespräch. Entweder nur
55 mit dem Klienten, wenn der möchte natürlich auch nochmal mit den Betreuern oder Eltern. Und
56 dann steht erstmal in erster Linie „Was will der Klient?“ und setzen dann die Ziele mit ihm
57 zusammen. Ob das manchmal am Anfang realistisch ist oder nicht sei dahingestellt, aber das ist
58 halt der erste Wunsch oder der erste Grund, auf der bei uns der Vordergrund der Therapie auch
59 steht. Was will der Klient? Was braucht der Klient? Und dann gucken wir: Wie kann man es
60 hinkriegen? So, das ist so die erste Sache, deswegen klientenzentriert. Also ich kann / Ich weiß
61 nicht, was der Klient braucht und ich kann es ihm auch nicht auf die Nase binden, sage ich mal.
62 Weil wir sind halt nicht allwissend. Wir sind Therapeuten und wir haben bestimmt auch viel an
63 Repertoire und Möglichkeiten, aber das bestimmen wir immer zusammen mit dem Klienten.
64 Manchmal ist es natürlich mit der Kommunikation – also wir haben auch autistische Klienten,
65 die nicht mehr sprechen können. Dann arbeiten wir mit einem Talker oder mit den Autismus-
66 Therapeuten, die da einfach schon lange dran sind. Die uns dann aber auch sagen können, was
67 vielleicht auch der Schwerpunkt ist und versuchen auch so ein bisschen über die nonverbale
68 Kommunikation natürlich etwas herauszufinden. Das wird dann aber auch erst im Laufe der
69 Therapie möglich sein, aber für uns ist das Allerwichtigste mit welchen oder wo sieht der Klient
70 auch seine Probleme und wo sieht er seine Stärken? Und daran richten wir eigentlich die The-
71 rapien. Wir versuchen – manchmal ist es ja auch ein bisschen schwierig im Umgang – mit
72 Menschen, gerade auch mit einer Intelligenzminderung und einer psychiatrischen Erkrankung,
73 dass die sich manchmal auch selber eher stärker sehen, als die Schwächen. Dass wir die Thera-
74 piezeit dann so ein bisschen teilen. Eine halbe Stunde das, was er möchte und eine halbe Stunde,
75 was wir aber auch zusammen vereinbart haben. Also was wir trainieren wollen, damit er immer
76 mit einem positiven Gefühl auch rausgeht. Das finde ich ganz wichtig. Und genau, betätigungs-
77 orientiert arbeiten wir eigentlich nur. Also wir sind nicht diese klassische Ergotherapie, wie es
78 mal war. Also ganz wenig kreatives Arbeiten haben wir eigentlich. Also wir machen Busfahr-
79 training, Einkaufstraining, Fahrrad fahren. Es geht auch mal Richtung Schule, wenn wir gu-
80 cken: Was brauche ich eigentlich in der Schule? Wie kann ich eigentlich eine Strategie mal
81 entwickeln, dass ich nicht immer aus der Klasse renne? Oder dass ich nicht immer irgendwelche
82 Mitschüler verprügele auf dem Schulhof oder so. Das ist auch so eine Sache, dass wir versuchen
83 da Strategien zu entwickeln. Das ist für uns eigentlich so das Wichtige. Kochen ist auch so eine
84 Sache. Haushaltstraining ist einfach ganz wichtig.

85 I: Okay, also dass sie Alltagsaktivitäten in die Therapien einbauen?

86 TN9: Genau. Alltagsaktivitäten, die wir aber versuchen auch zu verknüpfen mit /. Also wir
87 haben natürlich im Wohnbereich ist natürlich nochmal auch das Ziel, gerade Jugendhilfe, viel-
88 leicht doch nochmal eigene Wohnung. Gerade auch die vielleicht vom Gericht einen Beschluss
89 haben, dass man da wirklich trainiert: Wie gehe ich mit Geld um? Wie viel Geld habe ich, wenn
90 ich vom Amt lebe zur Verfügung? Wie kann ich mir das einteilen? Also da fangen wir wirklich
91 von Null an, weil die es oft nicht gelernt haben. Genau, und gucken dann, dass wir versuchen

92 das so hinzubekommen, dass die vielleicht mit ambulant betreutem Wohnen das hinkriegen
 93 alleine in einer Wohnung zu leben.

94 I: Okay, die nächste Frage wäre nämlich auch: Beschreiben Sie wie ein Therapieprozess bei
 95 Ihnen aussieht. Sie haben ja jetzt schonmal so ein bisschen angefangen, dass sie zum Erstkon-
 96 takt dann auch die assessments nutzen.

97 TN9: Genau, wir nutzen assessments, die werden bei uns aber auch regelmäßig überprüft. Ge-
 98 rade beim COPM macht man das ja immer mal wieder zwischendurch, dass man überprüft:
 99 Was ist eigentlich besser geworden? Vielleicht kommt ja auch nochmal irgendwie was dazu,
 100 dann wird das immer angepasst. Die Kollegen arbeiten ganz viel mit einer Therapieplanung.
 101 Wir haben auch extra eine Dokumentation dafür, wo man so ein bisschen überlegt: Was kann
 102 ich mit demjenigen machen? Das ist aber auch immer ganz unterschiedlich. Man kann sich was
 103 ganz Tolles überlegen und man geht in die Therapie und derjenige ist total schlecht drauf, lässt
 104 sich auf dem auch nicht ein, was man da / . Dann braucht man das gar nicht machen. Da muss
 105 man einfach ein bisschen flexibel sein. Man muss einfach gucken: Was hatte derjenige für einen
 106 Tag? Wir haben auch so ein Stimmungsbarometer. Dass wir am Anfang der Therapie kurz fra-
 107 gen: Wie war es denn heute oder wie war die Woche? Daran richtet sich das auch so ein biss-
 108 chen. Also die Kollegen müssen hier sehr flexibel sein, weil man kommt auch manchmal in die
 109 Wohngruppe und der hatte echt einen schlechten Morgen. Dann muss man das einfach ein biss-
 110 chen anpassen. Da kann man das nicht / . Also ich weiß, das kann sich auch schlagartig ändern.
 111 Das kann sich in der Therapie ändern, das kann sich im Laufe des Tages ändern. Das ist auch
 112 immer Tagesform abhängig. Mal ist die eine Woche gut, mal ist die andere Woche schlecht. Da
 113 muss man sich natürlich ein bisschen dran anpassen, aber, wie gesagt, wir arbeiten immer mit
 114 einer Therapieplanung auch. Was man so grundsätzlich anhand des COPMs, was hat der Klient
 115 ja auch für Ziele. So darauf arbeite ich natürlich hin und dann guckt man mit welchem Medium.
 116 Was möchte man nochmal erreichen? Was kann ich vielleicht dann dafür nutzen? Dass wir
 117 dann da alles mit einfließen.

118 I: Okay, also machen Sie zwischendurch dann auch immer Re-evaluationen?

119 TN9: Genau, auf jeden Fall. Das machen wir auch im Team oft. Wir haben immer jeden Montag
 120 bei uns Teambesprechung. Da haben wir auch immer so interne Fortbildungen, wenn jemand
 121 mal auf Fortbildung war, dass er das nochmal vorstellt. Oder wir haben da so eine kleine Su-
 122 pervision. Wenn man einen Fall hat, der super schwierig ist, dass wir dann schon auch im Team
 123 darüber sprechen. Hat vielleicht da nochmal jemand eine Idee, was man nochmal machen kann?
 124 Da sind wir eigentlich ganz viel mit den Kollegen im Austausch.

125 I: Okay und wonach wählen Sie dann die Methoden aus, nach denen Sie arbeiten?

126 TN9: Also das macht eigentlich jeder Kollege so ein bisschen für sich selbst. Also wir haben
 127 natürlich, so vorgeschrieben ist das COPM, dass wir nach ICF auch dokumentieren oder ICF
 128 (englische Aussprache). Dass wir danach auch unsere Arztberichte schreiben. Das ist alles vor-
 129 gelegt. Was die Kollegen inhaltlich in den Einheiten machen, ist ganz, je nach Klient, unter-
 130 schiedlich. Also wir haben nicht eine Methode, nach der wir arbeiten, sondern wir müssen halt
 131 gucken, was bringt derjenige mit? Was hat er für Fähigkeiten und Fertigkeiten. Also das muss
 132 man auch immer so ein bisschen gucken und daran passen wir das eigentlich an.

133 I: Okay.

134 TN9: Also wir haben von RehaCom bis also so Hirnleistungstraining am PC. Wir haben das
 135 aber auch in Papierform, also es gibt halt welche die gar nicht mit dem PC umgehen können.
 136 Wir haben kognitives Alltagstraining, wir haben von Franziska Stengel ganz viel. Also so in
 137 diesem Bereich. Wir haben aber auch natürlich so kreative Sachen. Speckstein, Ton – diese
 138 ganzen Klassiker. Haben auch viel nochmal in Richtung Entspannung, dass wir mit Aroma

139 einiges machen. Weil wir viele haben, die einfach unter extremer Anspannung stehen und nicht
 140 so richtig filtern können: Woher kommt das eigentlich? Und nicht runterfahren können und eine
 141 totale Anspannung haben. Das ist ganz unterschiedlich.

142 I: Okay und Sie hatten gerade noch von der Therapieplanung gesprochen. Was ist das genau?
 143 Ist das ein bestimmtes Programm, was Sie dafür nutzen?

144 TN9: Ne, wir haben eine bestimmte Dokumentation, mit der wir arbeiten. Wir sind ein großer
 145 Träger, eine große Einrichtung und wir haben alles bei uns – also wir machen das nicht per
 146 Hand – wir haben alles digital. Und haben da auch unsere Formulare, wo man dann halt auch
 147 einträgt Therapieplanung. Wir haben aber auch klientenorientierte Ziele, therapeutische Ziele.
 148 Manchmal ist ja auch die Eigen- und Fremdwahrnehmung etwas anders. Das haben wir alles in
 149 der Dokumentation verankert.

150 I: Ja, okay, gut. Dann würde ich zur nächsten Frage übergehen.

151 TN9: Ja.

152 I: Inwiefern beeinflusst Ihre Institution Ihre – also Sie können jetzt auch einfach von sich aus
 153 ausgehen, auch wenn sie gerade nicht arbeiten. Einfach vielleicht, wie das früher war. Genau,
 154 inwiefern Ihre Institution Ihre ergotherapeutische Arbeit beeinflusst.

155 TN9: Wie genau meinen Sie das?

156 I: Zum Beispiel durch Vorgaben oder auch gesetzliche Vorgaben.

157 TN9: Ja gut, gesetzliche Vorgaben, die hat man natürlich einzuhalten. Das ist halt so. Es gibt
 158 Richtlinien, nach denen man sich halten muss. Aber grundsätzlich finde ich, bei unserem Trä-
 159 ger, wird sich von der Geschäftsführung oder Leitung gar nicht eingemischt. Also die sagen:
 160 „Sie sind die Spezialisten“. Das sind die nicht. Dass wir uns das doch sehr selbstständig auch
 161 planen könne oder einrichten können, wie wir das möchten, was wir brauchen. Genau, wir sind
 162 natürlich eine katholische Einrichtung. Also da wo ich früher war, war ich auch in einer katho-
 163 lischen Einrichtung. Das ist natürlich, dass man sich mit den christlichen Grundwerten, die man
 164 so hat, dass wir uns damit auch identifizieren und auch in der Arbeit. Also dass man den Men-
 165 schen so nimmt, wie er ist. Und das beeinflusst – was heißt das beeinflusst – das erwarten wir
 166 halt auch von den Kollegen und Mitarbeitern und dass man /. Also unser Unternehmen ist recht
 167 innovativ und wächst ganz schnell und ganz viel und dass man diesen Weg halt auch mitgeht.
 168 Das ist so das Einzige, was dann halt manchmal sehr schnelllebig ist, aber was halt ganz schön
 169 ist. Die Kollegen können ihre eigenen Ideen mitbringen und dürfen sich da ganz viel ausprob-
 170 ieren und genau. Aber ansonsten beeinflusst das unsere Arbeit eigentlich gar nicht.

171 I: Okay, also haben Sie nicht das Gefühl auf Grenzen zu stoßen?

172 TN9: Ne, gar nicht. Also es ist eher so, dass nochmal geguckt wird, dass wir die Ergotherapie
 173 eher nach vorne bringen. Also es ist halt immer noch viel dieses Handwerkliche, Kreative, was
 174 bestimmt für einige auch gut ist, aber das ist nicht mehr Ergotherapie. Und das wird sich von
 175 der Gesetzgebung mit dem neuen BTHG auch ganz viel ändern. Weil gerade im Bereich für
 176 Menschen, die im Wohnheim sind. Komplettpaket Wohnen gibt es so nicht mehr ab 2020 oder
 177 21. Heißt die Tagesstruktur, die früher mitfinanziert wurde vom Kostenträger oder jetzt heißt
 178 es dann auch Leistungsträger, die gibt es so nicht mehr. Heißt die müssen sich ihre Leistungen,
 179 wie Tagesstruktur, zukaufen. Genau, das beeinflusst uns, aber eher in guter Hinsicht. Das sind
 180 halt so die Veränderungen, die jetzt gerade so da sind und auf uns zukommen. Für uns als
 181 Ergotherapeuten super. Weil man auch nochmal in die Wohnheime fahren kann, was halt vorher
 182 in der Pauschale war. Dass wir in die Wohnheime kommen, nochmal Einzelförderung machen
 183 können und nicht dieses: Wir setzen uns alle an einen Tisch und wir machen Tagesstruktur und

184 basteln den ganzen Tag. Das ist nicht Ergotherapie. Und genau, deswegen glaube ich ist das für
185 uns gerade eine Riesenchance.

186 I: Okay, wir haben trotzdem noch die Frage, ob sie irgendwas in Ihrer Einrichtung verändern
187 würden, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten?

188 TN9: Ne, würde ich nicht. Es ist gut so, wie es ist. (lacht)

189 I: Okay, gut. (lacht) Und wie sieht das mit der interdisziplinären Zusammenarbeit aus? Also
190 arbeiten Sie auch mit anderen Berufsgruppen zusammen?

191 TN9: Ja, das ist bei uns total gut. Also wir sind natürlich in der Werkstatt dann mit Sozialarbei-
192 tern, Sozialpädagogen, Gruppenleitern. Wir haben natürlich mehrere Krankenhäuser, sowohl
193 somatisch, als auch psychiatrisch. Da haben wir einen guten Austausch. Physiotherapeuten,
194 Logopäden, also wir haben glaube ich alle. Heilerziehungspfleger, alle Berufsgruppen des Ge-
195 sundheitswesens, mit denen wir ganz eng zusammenarbeiten. Auch ganz eng im Austausch
196 sind.

197 I: Okay, gut. Dann gibt es Besonderheiten oder beziehungsweise durch welche Besonderheiten
198 zeichnet sich für Sie die Lebensphase Jugend aus? Also wenn Sie jetzt speziell an die Zusam-
199 menarbeit mit Jugendlichen denken.

200 TN9: Wie meinen Sie das genau?

201 I: Zum Beispiel bestimmte Themen oder Herausforderungen, die im Jugendalter immer wieder
202 auftreten.

203 TN9: Ja gut bei uns ist natürlich, wir haben in einer Jugendhilfe natürlich auch Jugendliche und
204 Kinder, die aus einem ganz schwierigen Elternhaus kommen. Die irgendwie viel Gewalt erlebt
205 haben, Missbrauch, Eltern Alkoholiker, verstorben. Das ist für uns eine Riesenherausforderung.
206 Weil im Jugendalter kommt die Pubertät dazu. Dann entwickeln die sich so ein bisschen auch
207 selbst und haben natürlich einen Background, den wir nur schwer – auch wenn man es versucht
208 es zu verstehen oder nachzuvollziehen oder sich hineinzuversetzen glaube ich was manche er-
209 lebt haben, kann man sich nicht vorstellen. Und das ist natürlich eine Riesenherausforderung
210 die Jugendlichen so auf den Weg zu bringen, dass sie das, was sie erlebt haben, verarbeiten.
211 Was einfach schwierig ist. Und sie vielleicht nochmal auf den richtigen Weg bringen. Das ist
212 eine Riesenherausforderung und deswegen machen wir viel dieses betätigungsorientierte Ar-
213 beiten, dass die einfach auch vielleicht mal eigenständig in einer Wohnung. Wenn die 14, 15,
214 16 sind, die haben noch das ganze Leben vor sich. Und das kann nicht sein oder das Ziel soll
215 nicht sein, dass die ihr Leben lang in einer Einrichtung sind. Das ist schon so, dass wir versu-
216 chen durch, also bei uns im (Einrichtungsname) in der Jugendhilfe, bieten wir auch Ausbildung-
217 en an. Dass die eine Ausbildung machen können, da ist eine Schule. Also wir haben eine
218 Förderschule, die zu uns kommt und da den Unterricht macht, weil wir da natürlich auch ge-
219 schlossene Gruppen haben. Wir versuchen die natürlich so die Normalität und den Alltag ir-
220 gendwie mit denen zu meistern dann. Und das ist eigentlich die größte Herausforderung. Dann
221 auch natürlich Sprache oft. Wir sind auch ein Flüchtlingsheim in der Jugendhilfe. Das ist na-
222 türlich nochmal was ganz anderes. Da ist die Sprachbarriere riesengroß. Die Bildung, haben
223 entweder keine Bildung genossen in ihrem Land, wo sie herkommen. Das ist natürlich eine
224 Riesenherausforderung und die dann hier zu integrieren.

225 I: Und wenn Sie jetzt Besonderheiten beobachten zum Beispiel beim Übergang vom Kind zum
226 Jugendlichen oder vom Jugendlichen zum Erwachsenen, gibt es da nochmal bestimmte Verhal-
227 tensmuster?

228 TN9: Ja ich glaube das da so die Herausforderung ist, bei unserem Klientel sage ich mal, also
 229 auch mit dem Klientel, mit dem wir als Ergotherapeuten arbeiten, das sind ja nicht die, die sich
 230 normal entwickelt haben, sondern irgendwo muss es in diesen Übergangsphasen oder auch
 231 schon früher irgendwo eine Störung gegeben haben. Manchmal können die das ja auch selber
 232 gar nicht so sagen oder auch die Eltern. Wir haben natürlich jetzt nicht nur Kinder, wo die
 233 Eltern das Problem sind, sondern manchmal ist irgendwas vorgefallen, wo man auch gar nicht
 234 genau weiß, was es eigentlich war. Ist dann natürlich auch so ein bisschen die Herausforderung
 235 diese normale Entwicklung, die die einfach gar nicht mitgemacht haben. So dass die noch ein-
 236 nassen oder ja, da einfach entwicklungsverzögert sind. Das finde ich ganz schwierig, weil
 237 dadurch grenzen die sich ja auch oft ab. Also wenn die in der Schule sind, die gehen ja trotzdem.
 238 Also nicht alle, die bei uns in der Wohngruppe sind oder die wir betreuen sind nicht in einer
 239 normalen Schule. Aber dadurch grenzen die sich natürlich total ab und das kommt dann ja auch
 240 noch hinzu. Die haben sowieso ihr Päckchen zu tragen, dann ist man in der Schule und wird
 241 irgendwie noch gemobbt, weil man irgendwie anders ist. Das ist ein Rieseenteufelskreislauf und
 242 den zu durchbrechen ist ganz schwer.

243 I: Also dass das dann quasi vielleicht in diesen Transitionsprozessen dann auch nochmal richtig
 244 auffällt?

245 TN9: Genau.

246 I: Okay. Gut und wie wirken sich diese Besonderheiten auf die Zusammenarbeit mit den psy-
 247 chisch erkrankten Jugendlichen aus?

248 TN9: Also ich finde bei ganz vielen ist diese Verhaltensauffälligkeit im Sozialverhalten ist total
 249 auffällig. Total viel autoaggressives Verhalten gegen sich selbst, das finde ich ganz erschre-
 250 ckend zu sehen teilweise. Also wir haben auch einen Klienten, der hatte eigentlich 24 Stunden
 251 Handschuhe an, weil er sich die Fingerkuppen abbeißt. Das sind natürlich so Herausforderun-
 252 gen, denen man dann gestellt ist. Und dann muss man einfach gucken. In der Therapie hatte er
 253 natürlich die Handschuhe aus und arbeiten wir natürlich viel mit der Motorik. Weil normaler-
 254 weise kann man sich vorstellen Sensibilität, Tiefenwahrnehmung, das ist ganz viel auch über
 255 die Hände. Und wenn man immer so einen Handschuh anhat, ist das natürlich auch irgendwann
 256 gestört.

257 I: Würden Sie sagen, dass das mit dem autoaggressiven Verhalten vielleicht auch nochmal an-
 258 ders ist, als bei Kindern oder bei Erwachsenen bei den Jugendlichen oder vermehrt auftritt?

259 TN9: Ich glaube, dass das manchmal nochmal vermehrt ist. Also es kommt auch immer / Es
 260 ist personenabhängig, aber ich glaube, dass das nochmal verstärkt wird durch die Pubertät ein-
 261 fach. Die sind mit sich selbst dann so sehr beschäftigt, dann läuft das alles nicht so, die sehen
 262 vielleicht auch manchmal andere Freunde aus der Schule sind nochmal ganz entwickelt und
 263 sie selbst sind doch irgendwie anders. Das da noch mehr dieses autoaggressive Verhalten oder
 264 auch dieses aggressive Verhalten gegenüber sich selbst doch verstärkt auftaucht. Kinder ha-
 265 ben das auch, aber ich glaube, dass das nochmal in einer anderen Form. Ich finde jetzt ist das
 266 so mit sich Haare rausreißen, Kopf so lange gegen die Wand hauen, sich die Augen, dass man
 267 erblindet. weil man sich so sehr die Augen verletzt hat. Das sind so Sachen, die eher bei uns
 268 im Jugendalter vorkommen.

269 I: Okay und wenn dann jetzt so ein Jugendlicher zu Ihnen in die Therapie kommt, was brau-
 270 chen Sie dann dafür? Also über welche Fähigkeiten oder welches Wissen müssen Sie da ver-
 271 fügen?

272 TN9: Wir haben natürlich Kollegen, die extra nochmal geschult sind Richtung Autismus. Ge-
 273 rade Autismus, es gibt von Autismuszentrum ganz gute Fortbildungen. Menschen mit Autis-
 274 mus und geistiger Behinderung. Das ist natürlich eine Kombination, die sehr schwierig ist. Da

275 werden die Mitarbeiter bei uns aber sehr viel geschult in diesem Bereich. Das geht nur durch
 276 Fortbildungen, durch interne Fortbildungen. Wir greifen da natürlich auf unsere eigenen Ärzte
 277 und Therapeuten zurück. Das ist bei uns natürlich ein Riesenvorteil, weil wir so eine große In-
 278 stitution sind. Aber klar, die Kollegen werden da ganz sensibel drauf geschult. Wir sind auch
 279 in der Forensik. Ist halt nochmal, bei uns die Forensik ist auch für Menschen mit einer Intelli-
 280 genzminderung, da sind nur Männer. Das ist natürlich auch eine Kombination, die sehr
 281 schwierig ist.

282 I: Können Sie da noch mehr Fortbildungen nennen, die Sie in dem Bereich empfehlen könn-
 283 ten?

284 TN9: Ja, wir haben natürlich die Klassiker. Sowas wie Bobath, was nämlich auch eigentlich
 285 gar nicht so doof ist. Gerade für die Menschen mit den Handschuhen und so. Dass man da
 286 auch nochmal guckt. Also es ist ganz unterschiedlich. Also es ist schon eher Richtung psychi-
 287 atrisch irgendwie. Es gab jetzt auch eine verhaltenstherapeutische Arbeit bei Menschen mit
 288 einer psychiatrischen Erkrankung. Wir sind eher so in dieser Richtung. Also wir haben jetzt
 289 nicht so viele, die motorisch-funktionell – haben wir auch ein paar, die da Fortbildungen ha-
 290 ben. Aber weil wir uns eher auf dieses Klientel spezialisiert haben.

291 I: Ja oder wenn Ihnen auch in dem Bereich noch spezielle Fortbildungen einfallen, die Sie
 292 vielleicht auch selber gemacht haben.

293 TN9: Ja. Ja, ich überlege gerade. Das sind immer so Inhausschulungen bei uns, auch von den
 294 Ärzten halt. Die nochmal so ein bisschen was zu dem Krankheitsbild sagen und den Medika-
 295 menten, was ja auch nicht unwichtig ist. Dass man weiß: Was sind das eigentlich für Neben-
 296 wirkungen. Also da wird /. Genau dann haben wir nochmal Umgang mit sexuellem Miss-
 297 brauch und Übergriffen. Das geht bei uns eher in diese Richtung. Ja, genau.

298 I: Also auch nochmal mehr Wissen über Krankheitsbilder und wie man sich da verhält?

299 TN9: Krankheitsbilder ja und Medikamente. Das ist super wichtig. Genau und verhaltensthe-
 300 rapeutisch. Dass wir unsere Psychologen da hinzuziehen und wie gesagt, wir sind da halt ganz
 301 eng im Austausch. Dass wir da auch nochmal mitkriegen: Was läuft denn da eigentlich auf
 302 der Wohngruppe? Wenn wir nur einmal in der Woche kommen oder zweimal die Woche, dass
 303 wir da nochmal draufgucken. Und natürlich die Anamnese ist super wichtig. Das werden die
 304 nicht immer sagen, was passiert ist. Manchmal können sie es nicht sagen, manchmal haben sie
 305 es auch verdrängt. Ganz unterschiedlich.

306 I: Okay. Und Sie hatten vorhin schonmal als assessment das COPM erwähnt oder das KAWA
 307 Modell. Gibt es noch andere ergotherapeutische Modelle, die Sie einsetzen?

308 TN9: Ja, wir haben auch einige Kollegen, die mit dem Worker Role Interview arbeiten. Das
 309 ist aber auch schon eher für ein bisschen fittere Leute. MELBA haben wir in der Werkstatt.
 310 Wir haben die Hamet Testung, die wir auch noch machen. Das geht aber eher Richtung Arbeit
 311 dann auch nochmal. MOHO gibt es auch einige, die damit arbeiten. Das wählt aber der Thera-
 312 peut meistens auch selbst, was für den Klienten am passendsten ist. Wir haben die ganzen
 313 hier, worauf man zugreifen kann. Das haben wir auch alles digital, weil wir die assessments
 314 auch digital ausfüllen. Das ist eine beschreibbare PDF-Datei, damit die das nicht alles in Pa-
 315 pierform haben.

316 I: Also die großen Modelle sind ja so das CMOP-E, das MOHO oder jetzt auch das KAWA.
 317 Wenden Sie oder haben Sie davon eins in Ihrer täglichen Arbeit angewendet?

318 TN9: Ja, das COPM viel und das Worker Role Interview. Das fand ich ganz gut für – weil ich
 319 ja früher auch im Arbeitsbereich war – wenn man wirklich gucken will, was hat denn

320 derjenige eigentlich schonmal für Erfahrungen im Arbeitsbereich gemacht, im Arbeitsleben?
 321 Was wünscht der sich? Wo sieht er seine Stärken? Wo sieht er seine Schwächen? Das finde
 322 ich ganz gut. Aber das kann man natürlich eher auch mit fitteren Leuten machen. Und das
 323 COPM, damit habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht, weil das einfach messbar ist. Das ist
 324 sonst immer sehr schwierig, finde ich, unsere Arbeit, manchmal ist es eher so ein bisschen
 325 schwammig, aber das kann man einfach regelmäßig überprüfen. Und das finde ich auch für
 326 den Klienten wichtig. Manchmal sieht man ja so kleine Dinge auch nicht.

327 I: Ja und das zielt ja auch wirklich auf die Betätigungsanliegen ab.

328 TN9: Genau und das ist einfach ganz wichtig, dass man das wirklich auch überprüft. Wenn
 329 ich jetzt einen Klienten habe, der sagt „Ich kann mir die Schuhe nicht mehr zu machen, das
 330 muss meine Frau machen. Ich bin 50 Jahre alt, finde ich doof.“ Und wir das hier tagtäglich
 331 üben und er es wieder kann, dann ist das Ziel ja erreicht. So und das kann ich dann einfach
 332 nochmal regelmäßig überprüfen. Und ich finde das gut, wenn der Klient selber sagt „Boa hier
 333 da habe ich mich verbessert.“ Und das finde ich ganz wichtig, dass man das nicht so als
 334 Therapeut: Ich schreibe da jetzt irgendwie mal was Schwammiges hin und ob das jetzt stimmt
 335 oder nicht. Das kann nicht der Anspruch der Arbeit sein.

336 I: Ja, und in der Zusammenarbeit nochmal speziell mit Jugendlichen, gibt es da persönliche
 337 Stärken, die Ihnen weiterhelfen?

338 TN9: Ich glaube, dass ich manchmal sehr streng bin. (lacht) Aber das ist da auch einfach sehr
 339 hilfreich. Ich bin sehr geradeheraus und sehr direkt. Ich glaube da /. Und ich kann auch mal
 340 auch sagen „Ey, das war total kacke von mir.“ Ich glaube das ist auch ganz, wie soll man sa-
 341 gen? Das finde ich auch, dass man einfach ehrlich ist. Nicht: „Oh mir geht es immer gut und
 342 ich habe immer einen tollen Tag.“ Man kann auch mal sagen: „Boa, heute war so ein scheiß
 343 Tag.“ Und dann sagt derjenige: „Boa heute habe ich auch einen scheiß Tag.“ „Ja okay, komm
 344 dann machen wir das Beste daraus.“ Ich glaube, dass man die eher erreicht, indem man auch
 345 ehrlich ist. Wir sind nicht allwissend, das ist so. Und ich kann denen auch nicht immer sagen,
 346 wenn die zu mir kommen und sagen „Boa (Vorname), ich hatte voll den blöden Tag und so,
 347 mir ist das und das passiert.“ Und man denkt sich: Boa, wäre mir das passiert, wäre ich auch
 348 total schlecht drauf, dann kann ich nicht sagen „Ach ist gut, das wird ja schon.“ Dann muss
 349 man vielleicht auch mal sagen: „Boa stimmt, das ist echt kacke gelaufen. Was soll ich dir jetzt
 350 sagen?“ Da muss man glaube ich ganz transparent und ehrlich sein und ich glaube damit
 351 kommt man auch am Weitesten. Und man darf finde ich auch mal, man muss nicht immer
 352 therapeutisch sein. Wenn es sein muss, gibt es bei uns auch mal eine therapeutische Zigarette.
 353 Wenn der Klient sagt „Boa ich kann nicht mehr und ich will nicht mehr und ich muss mir jetzt
 354 eine rauchen.“ Ja, wir haben auch Kollegen die rauchen, dann geht man halt einfach mal mit
 355 runter und man raucht sich mal eine Zigarette. Also ich ziehe hier nie 50 Minuten durch oder
 356 60 Minuten, wenn er nicht mehr kann. Dann gehe ich auch mal mit ihm raus und setze mich
 357 nach draußen und gucke ins Grüne. Kann auch mal gut sein.

358 I: Okay, also haben Sie das Gefühl, dass gerade diese Ehrlichkeit und dass man sich auch da-
 359 rauf einlässt, wie der Klient sich gerade fühlt.

360 TN9: Genau, man muss sich auf den Klienten einlassen, nicht er auf uns. Das finde ich ein-
 361 fach ganz wichtig. Und jedem auch auf Augenhöhe begegnen. Nicht irgendwie so von oben
 362 herab und so „Ich bin der Therapeut und wir machen jetzt was ich sage.“ Also ich bin mir
 363 ziemlich sicher, dass das nicht funktioniert. Nicht lange. Und vor allen Dingen nicht für die
 364 Beziehung gut ist. Bei Jugendlichen oder bei gerade auch Menschen mit einer psychiatrischen
 365 Erkrankung, die schon so viel erlebt haben. Und ich finde gerade in der Jugendhilfe funktio-
 366 niert es nur über Beziehungsarbeit und das geht nur, indem man auch transparent und ehrlich
 367 ist.

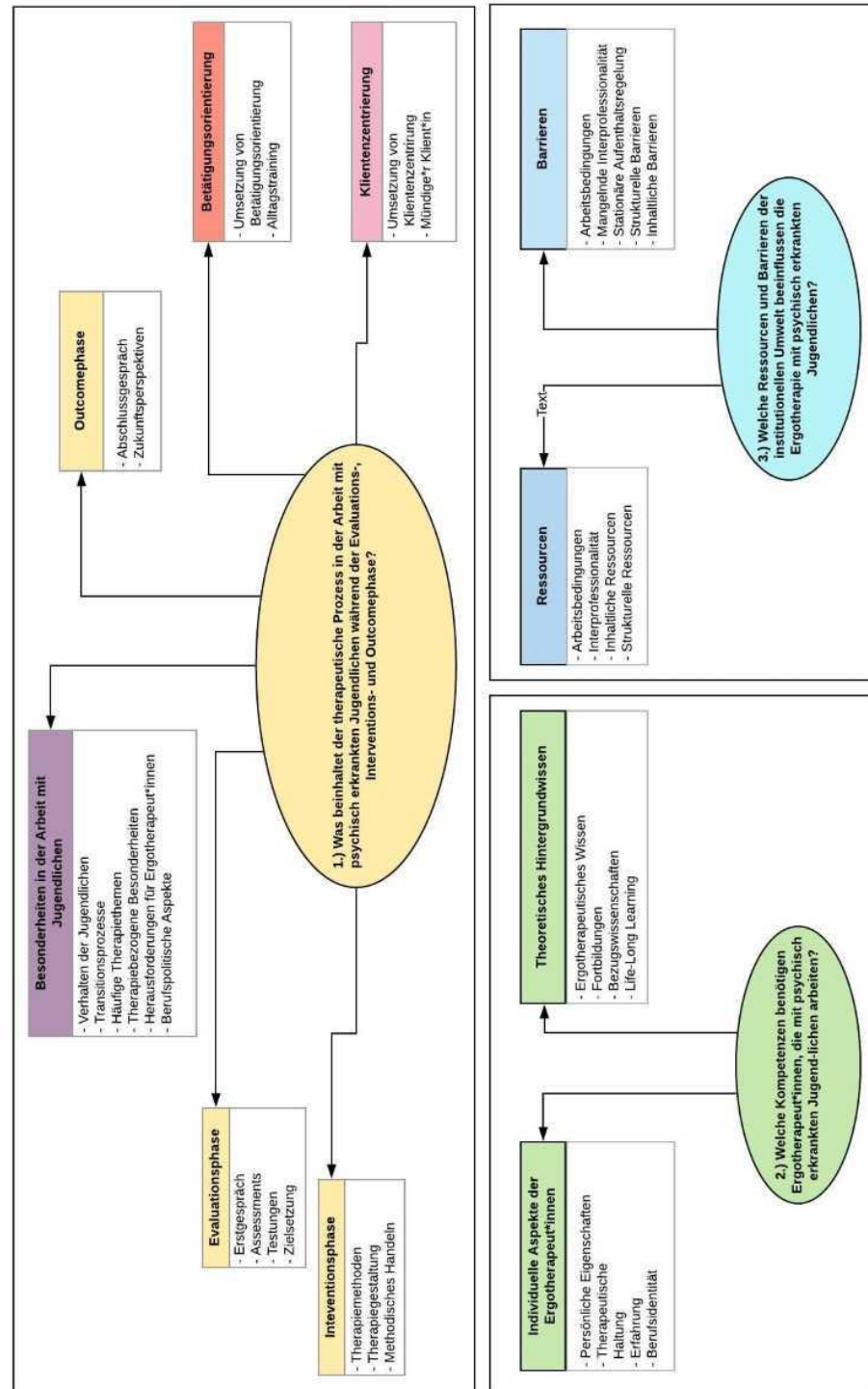
- 368 I: Okay, also wirkt sich das positiv auf Ihre Arbeit dann aus?
- 369 TN9: Ja, also finde ich jetzt. Manche mögen was anderes sagen, aber ich glaube, dass das ein
370 ganz guter Weg ist. Ich weiß alte Kollegen sehen das manchmal ein bisschen anders. Kenne
371 ich auch noch aus dem Praktikum, die da sagen so „Ne, Nähe-Distanz muss man immer be-
372 wahren.“. Wenn hier einer sitzt und weint, dann nehme ich den auch mal in den Arm.
- 373 I: Ja, es geht jetzt auch um Ihre persönlichen Erfahrungen.
- 374 TN9: Genau, und ich finde damit bin ich bis jetzt am Weitesten gekommen und das macht es
375 auch irgendwie menschlich.
- 376 I: Okay. Tatsächlich sind wir jetzt auch schon am Ende angekommen // von den Fragen //.
- 377 TN9: // Oh, super. //
- 378 I: Ja, also haben Sie jetzt abschließend noch irgendwelche Anmerkungen?
- 379 TN9: Nö.
- 380 I: Irgendwas, was jetzt noch nicht zur Sprache gekommen ist?
- 381 B: Ne, ich glaube alles wurde gesagt.

8. Tabellenausschnitt der ersten vier Schritte der Inhaltsanalyse nach Mayring

Teilnehmender und Zeile	Zitat	Paraphrase	Generalisierung	Erste Reduktion
TN2 Z. 276	„Und sonst habe ich die Institution als sehr wertschätzend wahrgenommen und erlebt“	Wertschätzung durch die Institution	Wertschätzung (Ressource)	Institutionelle Ressourcen (Wertschätzung)
TN2 Z. 280	„bin ich hier auf ein offenes Ohr gestoßen“	Offenes Ohr der Institution	Unterstützung durch Institution (Ressource)	Institutionelle Ressourcen (Unterstützung)
TN2 Z. 282-283	„also ich fühle mich da schon gesehen in meinem Engagement, in meiner Wertigkeit.“	Anerkennung des Engagements durch die Institution	Anerkennung seitens der Institution (Ressource)	Institutionelle Ressourcen (Anerkennung)
TN2 Z. 286-289	„Also ich würde schon viele Dinge anders machen. Aber mir ist auch klar, dass ich jetzt quasi, ich bin in ein System gekommen, das ist jetzt 20 Jahre alt insgesamt [...] man kann da nicht (...) alles revolutionieren oder anders machen.“	Bestehende Systeme sind schwer zu verändern	Schwierigkeit der Veränderung (Einschränkung)	Barrieren der Arbeit nach dem neuen Paradigma (Bestehende Systeme)
TN2 Z. 293-294	„wobei ich auch schon den Eindruck habe, es gibt auch eine große Offenheit Dinge zu verändern“	Es besteht eine Offenheit gegenüber Veränderungsvorschlägen	Offenheit bezüglich Veränderungen (Ressource)	Institutionelle Ressourcen (innovatives Unternehmen)
TN2 Z. 310-311	„Es gibt darüber hinaus auch Fallsupervisionen (...) wo wir ja auch interdisziplinär zusammen sind“	Durchführung interdisziplinärer Fallsupervisionen	Interdisziplinäre Fallsupervisionen (Ressource)	Institutionelle Ressource (Fallsupervision)
TN2 Z. 327-328	„das finde ich aber auch bereichernd, also da bin ich denke ich ganz gut vernetzt.“	Gute interdisziplinäre Zusammenarbeit als Bereicherung	Interdisziplinarität als Bereicherung (Ressource)	Inst. Ressourcen (Interdisziplinäre Zusammenarbeit)

9) Kategorienschaubild

Übersicht über die Ober- und Unterkategorien der Leitfragen



10) Anschreiben Member-Check

Hallo [REDACTED],

wir befinden uns gerade in der Analyse der Interviews. Um die Qualität unserer Studie aufzuwerten, würden wir gerne einen Member Check durchführen. Dafür senden wir Ihnen anbei das Transkript Ihres Interviews zu und würden Sie bitten dieses zu lesen. Falls Ihnen zu bestimmten Punkten noch etwas einfällt, was Sie ergänzen möchten oder Sie Aussagen gerne genauer verdeutlichen würden, bitten wir Sie diese Änderungen in einem separaten Dokument oder im Email-Text zu dokumentieren. Bitte senden Sie uns diese Email bis zum 15.07.2019 zurück. Uns ist bewusst, dass dies einen zeitlichen Aufwand für Sie darstellt und bedanken uns daher bereits vorab für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Daniela Berg, Jamie-Lee Oster, Carolin Takacs

11) Ausschnitt der Anmerkungen im Rahmen des Member-Checks

97 I: Jetzt sagten sie gerade, dass es da anders aussieht. Wollen Sie das ambulante auch noch kurz
98 erklären?

99 B: Also der Aufnahmeprozess ist dann quasi über (...) nicht mehr die Visite, Stationsvisite, sondern
100 über Ambulanzbesprechungen, wo Bedarf in Frage gestellt wird. Da gibt es dann zwei Möglichkeiten,
101 dass die Kinder und Jugendlichen zu mir kommen. Das eine ist, dass wir den diagnostischen Aspekt *beobachten*
102 Da *mach* ich die Teilleistungsstörungen im Rahmen Motorik aber auch visuelle Wahrnehmung und
103 *beziehungswise* ADHS Diagnostik. Sollte das darüber hinausgehen und auch eine Therapie
104 empfohlen werden, oder vom Hausarzt eine Therapie, *mach* ich zu Beginn/ Also dann einen
105 Abschluss. *Entschuldigung*, bei der Diagnostik ist immer ein Abschluss. Da gebe ich die Rückmeldung
106 dem Fallführer und der spricht dann weitere Empfehlungen aus in Verbindung mit mir. Und wenn es
107 dann zu einer Therapie kommt, führe ich ein Elterngespräch und da ist das Klientenzentrierte und das
108 Betätigungszentrierte wieder vorrangig. Sprich, ich mache *so ein bisschen* den Alltag, (...) ja *diagnostischer*
109 Kennenlernen und auch die tatsächlichen Zielformulierungen seitens der Eltern und des Patienten
110 nochmal im Klientenzentrierten in Betracht zu beziehen. PLUS Fallführer, PLUS meine *bis zum nächsten Eltern-*
111 Zielformulierung. Und dann ist der Verlauf eigentlich auch wieder *bis*, sage ich mal einmal im Quartal. *gespräch*
112 Und dann versuche ich meistens Rücksprache mit den Eltern zu halten. Eine Standortanalyse, wie
113 geht es weiter, was sind weitere Ziele, neue Ziele oder abgearbeitete Ziele. Dann findet eine große
114 Fallbesprechung mit fünf Berufsgruppen noch im ambulanten statt. Dort wird der Fall nochmal
115 dargestellt und da wird auch eine Weiterbehandlung dann nochmal geäußert, von mir und auch den
116 anderen Berufsgruppen. Und wenn es dann zum Abschluss kommen *sollte*, der vorbereitet wird, gibt
117 es wieder ein Abschlussgespräch mit den Eltern oder Bezugspersonen. Und dann (...) findet die *Weiterbehandlung*
118 *(unver. Dienstleistung?)* oder das Absetzen der Ergotherapie statt. *Ich glaube da habe ich nichts*
119 *vergessen, hoffe ich mal, im Ambulanten*. Wichtig sind da immer die Zwischenabsprachen mit den
120 Eltern, die organisatorisch ein hoher Aufwand sind. Aber sonst geht es am Klientenzentrierten vorbei.
121 Sonst spule ich irgendwelche Manuale oder Methoden ab, das macht keinen Sinn. Es muss immer
122 wieder angepasst werden. Und auch die Rücksprachen mit der ärztlichen Seite, die letztlich für die
123 Weiterbehandlung ein Ok geben muss, damit das weiterhin das Heilmittel stattfinden kann. *Also* *As*
124 Anschlussheilbehandlung.