

**H
A
N
D**

in

**H
A
N
D**

**Betätigungsorientierte
Intervention
in der Handtherapie**



**Eine qualitative Studie zur
Gestaltung betätigungsorientierter
Interventionen von zertifizierten
Handtherapeuten im ergotherapeutischen
Kontext**

Anna Hanitzsch, Ellen Raber & Barbara Venten
September 2018

Betätigungsorientierte Intervention
in der Handtherapie

-

Eine qualitative Studie zur Gestaltung betätigungsorientierter
Interventionen von zertifizierten Handtherapeuten
im ergotherapeutischen Kontext

Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gesondheidszorg“
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool Heerlen (NL)

Umschlagfoto: Barbara Venten

Anna Hanitzsch (1740083),

Ellen Raber (1763504),

Barbara Venten (1756176)

Begleitet durch Claudia Merklein de Freitas

September 2018

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erklären die Forscherinnen Anna Hanitzsch, Ellen Raber und Barbara Venten ehrenwörtlich, dass sie die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt haben. Die verwendeten Quellen wurden direkt oder indirekt übernommen und als solche mit Verweisen auf die Urheber kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde bisher nicht veröffentlicht und hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, den 06. September 2018

Anna Hanitzsch

Ellen Raber

Barbara Venten

© ZUYD Hoogeschool Heerlen (NL)

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.

Zusammenfassung

Im Zuge des Contemporary Paradigm ist die Betätigungsorientierung ein wichtiges Merkmal der Ergotherapie. Demnach wird versucht, diese bisher überwiegend theoriegeleitete Betrachtung mehr in die Praxis zu transferieren. Bezogen auf diese Forschungsarbeit wollten die Forscherinnen herausfinden, wie zertifizierte Handtherapeutinnen eine betätigungsorientierte Intervention im ergotherapeutischen Kontext gestalten. Da vor allem die Inhalte der Handtherapie-Weiterbildung, die sowohl für die Ergotherapie als auch für die Physiotherapie zugänglich sind, eher einen funktionsorientierten Schwerpunkt setzen, entsteht ein Spannungsfeld.

Anhand von zwei durchgeführten Gruppendiskussionen wurden Möglichkeiten, Erfahrungen und Ideen für betätigungsorientierte Interventionen innerhalb der Handtherapie gesammelt. Ein Resultat war, dass vor allem die Gespräche über Betätigung genutzt werden, um die Intervention betätigungsorientiert zu gestalten. So war es den Teilnehmerinnen wichtig, den Klienten einen Transfer von einer Körperfunktionsstörung zur Betätigung herzustellen. Es wird also überwiegend über Betätigung kommuniziert, wodurch die Aspekte des Beratens und des Coachens als Kompetenzen der Kommunikation einer zertifizierten Handtherapeutin zugeschrieben wurden. Es besteht der Wunsch seitens der Teilnehmerinnen, dass die Zusammenarbeit von Physiotherapeutinnen und Ergotherapeutinnen für den Bereich der Handtherapie verbessert werden soll. Dann könnten die Physiotherapeutinnen eine Hand durch funktionsorientierte Schwerpunkte vorbereiten und die Ergotherapeutinnen den Bezug zur Betätigung verbessert herstellen. Zudem nahmen sich die Teilnehmerinnen vor, Kollegen und Mitarbeiter mehr für eine betätigungsorientierte Intervention zu sensibilisieren. Ihnen kam die Idee, dass eine Art Fragenkatalog als Leitfaden für die Intervention hilfreich sein könnte, um als Ergotherapeutin immer wieder zu den Grundgedanken des Berufes zurückzufinden, das durch das *Clinical Reasoning* geschehen kann. Diese Möglichkeiten und Ideen geben Handtherapeutinnen eine Hilfestellung für die Durchführung betätigungsorientierter Intervention im Kontext der Ergotherapie. Auf diese Weise reichen Handtherapie und Ergotherapie die Hände.

Danksagungen

Unser Dank gilt allen TeilnehmerInnen sowie der Diskussionsleiterin dieser Studie, die die Durchführung der vorliegenden Forschungsarbeit erst möglich gemacht haben. Innerhalb der zwei Gruppendiskussionen wurden sehr interessante und aufschlussreiche Gespräche geführt. Besonders der Erfahrungsaustausch, sowie das Fachwissen und die kreativen Ideen führten zu einer Beantwortung der Forschungsfrage, wofür wir uns daher herzlich Claudia Merklein de Freitas bedanken möchten. Durch ihre Hinweise und Tipps gelang es uns, unseren eigenen Weg zu finden, diesen erfolgreich zu bestreiten und das vorliegende Ergebnis zu erreichen.

Ein weiterer Dank gilt den KorrekturleserInnen, deren Unterstützung und Feedback zum Feinschliff bezüglich der inhaltlichen und formellen Lesbarkeit der vorliegenden Forschungsarbeit führte.

Ein besonderer Dank gilt unseren Familien, Partnern und Freunden, die uns stets mit viel Motivation zur Seite stehen.

Abschließend ein Dank an alle, die uns während der letzten Jahre im Rahmen von Ausbildung, Studium und unseren Arbeitsplätzen auf dem Weg begleitet und unterstützt haben, engagierte Ergotherapeutinnen zu sein.

DANKE!

Anna Hanitzsch, Ellen Raber & Barbara Venten

Kontakt:

bachelorarbeit-zuyd@web.de

Lesehinweise

Kursiv	Kennzeichnung englischer oder fachspezifischer Originalbegriffe
„“	Kennzeichnung von Zitaten
„Kursiv“	Originalzitation ab 40 Worte
[...]	Auslassung und Ergänzungen innerhalb eines Zitates, Markierung der Anhänge
(...)	Verweise zu anderen Kapiteln
*	Weist auf einen Begriff hin, der im Glossar zu finden ist
Zitation	Erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) (2009) in der 6. Edition
Anrede	Da der Beruf eine Frauendomäne aufzeigt wird eine weibliche Anrede für die Therapeutinnen verwendet: <ul style="list-style-type: none">- Forscherinnen- Studienteilnehmerinnen, um die Anonymität zu wahren- Diskussionsleiterin- Ergotherapeutinnen Eine gegenderte Form wird für die KlientIn und PatientIn genutzt, so wie für KlientInnen und PatientInnen

Abkürzungsverzeichnis

a) allgemeine Abkürzungen

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
bzgl.	bezüglich
ca.	circa
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
GD(1, 2)	Gruppendiskussion
ggf.	gegebenenfalls
S(1, 2, 3, 4)	Studienteilnehmer
S.	Seite
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
Z.	Zeile
z.B.	zum Beispiel

b) fachspezifische Abkürzungen

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AFH	Akademie für Handrehabilitation
AMPS	Assessment of Motor and Process Skills
AOTA	American Occupational Therapy Association
BG	Berufsgenossenschaft
BOI	betätigungsorientierte Intervention
CIMT	Contraint-Induced Movement Therapy for Restoration of Upper-Limb Function
CPPF	Canadian Praticce Process Framework
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
DAHTH	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie e.V.
DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DGUV	Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
DGH	Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
DQR	Deutsche Qualitätsrichtlinien
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
ET	Ergotherapie
ICF	International Classification of Function, Disability and Health
OA	Occupational Adaptation
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
WHO	World Health Organisation
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapeuten e.V.

Abstracts

Die Bereiche von funktionsorientierter Handtherapie und von betätigungsorientierter Ergotherapie weisen ein Spannungsfeld in der Durchführung des Therapieprozesses auf. Untersucht wird die Gestaltung betätigungsorientierter Intervention in der Handtherapie von zertifizierten Handtherapeutinnen im ergotherapeutischen Kontext.

Anhand von zwei Gruppendiskussionen wurden Daten zur Beantwortung der Forschungsfrage erhoben und mit Hilfe der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) analysiert.

Die betätigungsorientierte Befunderhebung ist ein wichtiges Element für eine betätigungsorientierte Intervention. Hinzu kommt die Nutzung verschiedener therapeutischer Kompetenzen, um den Therapieprozess in der ergotherapeutischen Handtherapie betätigungsorientiert zu gestalten. Die Kompetenz Kommunikation ist hier zentral, wodurch der Fokus durchgehend auf Betätigung liegt.

Schlussfolgernd findet diese in der Intervention bereits ihren Platz, wird jedoch eher als Ziel anstatt als Mittel eingesetzt.

The areas of function-oriented hand therapy and occupation-based occupational therapy show a conflict in the implementation of the therapy process. The art of designing the occupation-based intervention of certified hand-therapists is examined.

Based on two group discussions, data were collected to answer the research question and analyzed using the summary qualitative content analysis according to Mayring (2010).

The occupation-based diagnostics is an important element for implementing the intervention. In order to design occupation-based hand therapy, the usage of various therapeutical competences is necessary. The competence of communication is central, whereby the focus is constantly based on occupation.

This already takes place in the intervention but it is used more as end rather than means.

De gebieden van de functionele handtherapie en van de handelingsgeoriënteerde ergotherapie laten een spanningsveld in de uitvoering van het therapieproces zien. Er wordt de vormgeving van handelingsgeoriënteerde interventies in de handtherapie van gecertificeerde handtherapeuten in de ergotherapeutische context onderzocht.

Op basis van twee groepsdiscussies werd informatie verzameld om de onderzoeksvraag te analyseren en te beantwoorden, met behulp van de samenvattende kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Mayring (2010).

De handelingsgeoriënteerde diagnostiek is een belangrijk element voor een handelingsgeoriënteerde interventie. Daarnaast is de competentie communicatie essentieel, zodat de focus altijd op het handelen van de cliënt ligt.

De conclusie is dat de handelingsgeoriënteerde ergotherapie al in de interventie wordt toegepast, echter wordt deze meer als een doel dan als een middel gebruikt.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Danksagungen	II
Lesehinweise	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abstracts	VI
1. Einleitung	1
1.1 Relevante Problemstellung für die Ergotherapie.....	2
1.1.1 Forschungsfrage	5
1.2 Literaturrecherche.....	6
1.3 Aufbau der Bachelorarbeit	9
2. Theoretischer Hintergrund.....	10
2.1 Einführung in die Handtherapie	11
2.1.1 Handtherapie.....	11
2.1.2 Geschichte der Handtherapie.....	11
2.1.3 Handtherapie – Ausbildungsinhalte	13
2.1.4 Handtherapie in der Ergotherapie.....	14
2.2 Betätigung.....	16
2.3 Betätigungsorientierung	19
2.3.1 occupation-based	19
2.3.2 occupation-centred.....	20
2.3.3 occupation-focused.....	20
2.3.4 Konklusion: occupation-based, -centred und -focused.....	21
2.4 Intervention.....	22

2.5 Therapieprozess	26
2.6 OTIPM.....	29
2.6.1 Restitutiver Ansatz	32
2.6.2 Akquisitorischer Ansatz	32
2.6.3 Adaptiver Ansatz	32
2.6.4 Edukativer Ansatz.....	33
2.7 ICF als biopsychosoziales Gesundheitsmodell.....	34
2.8 Kompetenzen	36
2.9 Fazit	40
3. Methode	42
3.1 Art der Untersuchung	43
3.1.1 13 Säulen qualitativen Denkens	44
3.2 Wahl der Forschungsmethode	48
3.3 Datenerhebung.....	49
3.3.1 Gruppenbildung	49
3.3.2 Gestaltung der Diskussionsleitfäden	53
3.3.3 Ablauf der Gruppendiskussionen	56
3.3.4 Transkription	59
3.4 Datenanalyse.....	60
3.5 Gütekriterien qualitativer Forschung.....	64
3.5.1 Verfahrensdokumentation	64
3.5.2 Argumentative Interpretationsabsicherung.....	65
3.5.3 Regelgeleitetheit	65
3.5.4 Nähe zum Gegenstand.....	66

3.5.5 Kommunikative Validierung	66
3.5.6 Triangulation	67
4. Resultate	68
4.1 Evaluations- und Zielsetzungsphase.....	69
4.2 Betätigungsorientierte Intervention (BOI).....	72
4.3 Barrieren BOI	77
4.4 Chancen BOI	80
4.5 Kompetenzen der Ergotherapeutinnen	83
4.6 Profit für die Ergotherapie	86
4.7 Einordnung der sechs Kategorien in die Leitfragen/ der Forschungsfrage	88
5. Diskussion der Ergebnisse.....	89
5.1 Beantwortung der ersten Leitfrage	91
5.2 Beantwortung der zweiten Leitfrage	96
5.3 Beantwortung der dritten Leitfrage	103
5.4 Beantwortung der Forschungsfrage.....	107
6. Schlussfolgerung	110
6.1 Stärken und Schwächen.....	114
6.2 Ausblick.....	118
Literaturverzeichnis	119
Bücher.....	119
Journals.....	126
Internetquellen.....	131
Glossar.....	136
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	143

Anhang	145
1. Literaturrecherche.....	145
2. Schriftliches Anschreiben.....	146
3. Vereinbarung über die Teilnahme an der Studie	147
4. Datenblatt zur Person.....	149
5. Ablauf und Diskussionsleitfäden.....	150
6. Transkriptionsregeln.....	152
7. Auszug Transkription	153
7.1 Erste Gruppendiskussion	153
7.2 Zweite Gruppendiskussion	160
8. Auszug Inhaltsanalyse nach Mayring.....	165
8.1 Erste Gruppendiskussion	165
8.2 Zweite Gruppendiskussion	167
9. Member Check	169
9.1 Erste Gruppendiskussion	169
9.2 Zweite Gruppendiskussion	172
10. Zeitplan.....	175

1. Einleitung

Die folgende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der *Gestaltung der Betätigungsorientierten Intervention* in der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext*. In der Einleitung wird zunächst die Problemstellung und Relevanz des Themas dargestellt. Der/ die LeserIn wird an die Forschungsfrage mit den untergeordneten Leitfragen herangeführt. Das Ende der Einleitung bildet einen Überblick über die folgenden Kapitel.

1.1 Relevante Problemstellung für die Ergotherapie

Um die Relevanz der Forschung darzustellen ist zum Einen wichtig zu erläutern, warum es von Bedeutung ist, sich mit dem Arbeitsfeld der Handtherapie auseinander zu setzen, zum Anderen soll die Relevanz für die Art der *Intervention*, in diesem Fall die *betätigungsorientierte*, aufgezeigt werden.

Der Abb. 1. ist zu entnehmen, dass die meisten berufsbedingten Unfälle an der oberen Extremität (48,8%) und davon 34,5% speziell an der Hand auftreten. Hier ist demnach ein großer Behandlungsbedarf zu verzeichnen, da der Gebrauch der Hände in Beruf und Alltag elementar ist.

Verletzter Körperteil	Meldepflichtige Unfälle		Neue Unfallrenten		Tödliche Unfälle	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kopf	61.453	7,9	879	7,2	81	33,8
<i>darunter: Augenverletzungen</i>	15.657	2,0	256	2,1	0	0,0
Hals, Wirbelsäule	32.428	4,2	943	7,8	15	6,3
Brustkorb, -organe, Rücken	31.793	4,1	283	2,3	32	13,3
Bauch,-organe, Becken	6.676	0,9	185	1,5	7	2,9
Schulter, Oberarm, Ellenbogen	52.289	6,7	1.930	15,9	1	0,4
Unterarm, Handgelenk,-wurzel	59.735	7,6	1.537	12,7	0	0,0
Hand	269.265	34,5	1.274	10,5	0	0,0
Hüftgelenk, Oberschenkel, Kniescheibe	20.766	2,7	905	7,5	3	1,3
Kniegelenk, Unterschenkel	89.246	11,4	1.862	15,3	2	0,8
Knöchel, Fuß	139.692	17,9	2.033	16,7	0	0,0
<i>darunter: Oberes Sprunggelenk</i>	80.962	10,4	900	7,4	0	0,0
Gesamter Mensch	8.577	1,1	283	2,3	98	40,8
Keine Angabe	9.629	1,2	27	0,2	1	0,4
Gesamt	781.050	100,0	12.141	100,0	240	100,0

Abb. 1.: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Um zu verstehen wie zertifizierte Handtherapeutinnen im ergotherapeutischen Kontext diesen Bedarf aktuell decken, muss sich die Entwicklungsgeschichte der Ergotherapie angeschaut werden. für den Erwerb der Zusatzqualifikation Handtherapeutin ist eine abgeschlossene Ausbildung notwendig. Diese ist in drei große Zeitabschnitte eingeteilt, welche je einem Paradigma* unterliegen. Frühestes Gedankengut lieferte das *Paradigm of Occupation** (Paradigma der Betätigung). Hier wurden Prinzipien zum Einsatz von Betätigung, zur Erholung von Krankheit und Anpassung an Behinderung zu erreichen,

entwickelt und beschrieben (Kielhofner, 2009). In den späten 1940er Jahren wandelte sich diese Auffassung von Ergotherapie zu einer neuen Sichtweise, die sich von einer holistischen Denkweise abkehrte, hin zu einer Perspektive, die primär auf Schädigungen bzw. Funktionseinschränkungen des/ der KlientIn* ausgerichtet war - das *Mechanistic Paradigm** (mechanisches Paradigma) (Kielhofner, 2009). Im *Contemporary Paradigm** (zeitgenössisches Paradigma) werden Komponenten aus den vorhergegangenen Paradigmen übernommen. Sowohl die betätigungsorientierte als auch die mechanistische Sichtweise und neue Einflüsse bereichern das Paradigma (Kielhofner, 2009).

Das Arbeitsfeld der Handtherapie entstand zur Zeit des *Mechanistic Paradigm* (Breier, Diday-Nolle, Saur & Reiter Eigenheer, 2013). Die beiden größten Ausbilder von Handtherapeutinnen in Deutschland, die Akademie für Handrehabilitation (AFH) und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie e.V. (DAHTH), legen dementsprechend ihren Fokus auf die funktionsorientierte Rehabilitation ihrer PatientInnen*. In beiden Institutionen, bei der AFH (2018) und der DAHTH (2018), wird das Wissen über die Handlungsfähigkeit von Menschen, die von Krankheit und/ oder Verletzungen betroffen sind, in ihrem jeweiligen Lebenskontext zwar erwähnt, dieser Bereich nimmt jedoch nur einen kleinen Teil, ca. 25 von 450 Unterrichtseinheiten, ein.

Eine zertifizierte Handtherapeutin hat viel Wissen über die Anatomie und Physiologie der Hand und des Arms. Sie ist fachlich kompetent, bezogen auf Krankheitsverläufe und Heilungsprozesse der oberen Extremität. Dieses Wissen bezieht sie aus der Bezugswissenschaft Medizin und dem biophysiologicalen Bezugsrahmen* (Götsch, 2012). Der Inhalt der Ausbildung ist dem Gedankengut des *Mechanistic Paradigm* zugeordnet, da der Mensch nicht holistisch betrachtet, sondern auf Körperfunktionen reduziert wird. Die Gedanken des *Contemporary Paradigm*, die zusätzlich eine betätigungsorientierte Sichtweise beinhalten, finden sich in der Ausbildung der Handtherapie begrenzt wieder. Die Effektivität von betätigungsorientierter, ergotherapeutischer Arbeit wurde bereits in Teilen überprüft. Jackson und Schkade (2000) stellten in ihrer Studie über die Behandlung von KlientInnen mit Hüftfraktur die Effektivität des Occupational Adaptation (OA) Ansatzes dem biomechanischen* Rehabilitationsmodell gegenüber. Die Ergebnisse zeigten, dass zwar beide Gruppen von der ergotherapeutischen Behandlung profitierten, die Gruppe, welche nach dem OA Ansatz behandelt wurde jedoch subjektiv zufriedener war. Auch in anderen Bereichen der Ergotherapie, z.B. bei der

Arbeit mit KlientInnen mit einem Suchtproblem (Wasmuth, Pritchard, & Kaneshiro; 2016), KlientInnen im höheren Lebensalter (Nagayama et al., 2016) oder auch KlientInnen mit Multipler Sklerose (Reilly, & Hynes, 2018) ist die Effektivität von Betätigungsorientierung bewiesen.

In der Handtherapie wird nach Che Daud, Yau, Barnett, Jones und Nawawi (2016), die Nutzung von Betätigung als therapeutisches Mittel angebracht und empfohlen. Eine retrospektive Umfrage unter australischen LandbewohnerInnen und entfernten BewohnerInnen, die eine traumatische Handverletzung erlitten hatten, geführt von Bell, Gray und Gail (2011) ergab, dass die Mehrheit der Befragten auch nach handtherapeutischen Maßnahmen anhaltende Schwierigkeiten hatten. Die tägliche Auswirkung dieser Probleme auf den Alltag war für mehr als die Hälfte der Befragten mäßig bis extrem. Arbeits- und Freizeitaktivitäten waren am häufigsten betroffen.

In der Definition des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (2018) werden eben diese Auswirkungen auf den Alltag als Gegenstandsbereich der Ergotherapie vermerkt.

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. (DVE, 2018).

Das aktuelle ergotherapeutische Paradigma (Contemporary Paradigm), sowie die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF*) (DIMDI, 2017), mit der die Handtherapeutinnen in der Ausbildung konfrontiert werden, fordern zudem ein an der Partizipation* und Aktivität orientiertes Vorgehen in der Therapie, mit dem Ziel der verbesserten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Da sowohl Ergo- als auch Physiotherapeutinnen die Ausbildung zur Handtherapeutin absolvieren können, ist eine betätigungsorientierte Intervention ein Alleinstellungsmerkmal der Ergotherapie.

“Im Mittelpunkt ergotherapeutischen Interesses steht nicht mehr die Wiederherstellung von Funktionen oder Beheben von pathologischen Zuständen, sondern die menschliche Handlungsfähigkeit im Alltagsleben.“ (Götsch, 2012, S.57).

In Powell & von der Heyde (2014), die sich die Befragung von Therapeutinnen zu Nutzen machten, stimmten viele der Befragten zu, dass Aktivitäten des alltäglichen Lebens (ADL)* ein Bestandteil der Therapie sein sollten und dass die ADL-Performanz evaluiert werden sollte. In der Praxis finde dies jedoch aus verschiedenen Gründen (Zeit, Institution etc.) eher selten statt. Viele Ergotherapeutinnen befürworteten betätigungsorientierte Handtherapie und würden diese mehr in ihre Intervention einbringen, es mangle jedoch an der Darstellung von Durchführungsmöglichkeiten (Colaianni & Provident, 2010). Diese Diskrepanz zwischen Theorie und praktischer Umsetzung von Betätigungsorientierung definieren die Forscherinnen als Gegenstandsbereich ihrer Arbeit und stellen sich der Herausforderung Handlungsspielräume aufzuzeigen. Aus diesen Erkenntnissen heraus generierten sie folgende Forschungsfrage:

1.1.1 Forschungsfrage

Wie gestalten zertifizierte Handtherapeutinnen eine betätigungsorientierte Intervention im ergotherapeutischen Kontext?

Um diese Frage herunterzubrechen, formulierten die Forscherinnen drei Leitfragen, die die Problemstellung aus diversen Sichtweisen beleuchtet und somit zu einer Beantwortung der Forschungsfrage auf mehreren Ebenen beitragen soll.

1. Wie beeinflusst die Art der Befunderhebung (betätigungsorientiert/ funktionso-orientiert) eine betätigungsorientierte Intervention?
2. Welche Rahmenbedingungen unterstützen Ergotherapeutinnen, betätigungsorientierte Interventionen durchzuführen?
3. Warum ermöglicht die Umsetzung einer betätigungsorientierten Intervention in der Handtherapie die Professionalisierung des Berufes der Ergotherapeutinnen?

1.2 Literaturrecherche

Zu Beginn ihrer Arbeit führten die Forscherinnen eine umfangreiche Recherche zum zu erforschenden Thema durch. Sie setzten sich mit für ihre Forschungsarbeit relevanter Literatur auseinander. Zur Recherche wurden diverse Methoden genutzt. Zunächst grenzten die Forscherinnen durch eine möglichst präzise Formulierung einer Forschungsfrage nach dem PICO-Schema* das zu erforschende Phänomen ein (Ritschl, Stamm,& Unterhumer 2016). Sie formulierten folgende Fragestellung: *Wie gestalten (O = Outcome) zertifizierte Handtherapeutinnen (P = Population) eine betätigungsorientierte Intervention (I = Intervention/ therapeutisches Verfahren) im ergotherapeutischen Kontext.* Das C = die Kontrollgruppe/ Vergleichsintervention kann an dieser Stelle vernachlässigt werden, da es um die Gestaltung der betätigungsorientierten Intervention in der Handtherapie und nicht um deren Vergleich mit anderen Ansätzen gehen soll. Ritschl, Stamm und Unterhumer (2016) beschreiben das weitere Vorgehen für eine Forschungsarbeit in folgender Form. Die Forscherinnen sollten mit Hilfe der formulierten Frage Begriffe in deutscher sowie englischer Sprache suchen, welche zu ihrem Thema und ihren Ideen passen. So sind auch die Forscherinnen in dieser Arbeit vorgegangen und generierten u.a. folgende Suchbegriffe:

occupational therapists	occupational therapist			
	occupational therapy			
hand therapy	hand rehabilitation	hand injury	upper extremity injury	
		hand injured	upper extremity injured	
intervention	best practice	strategies	occupation based	occupation as end
			occupation centred	occupation as means
			occupation focused	

Tab. 1.: englische Suchbegriffe

Die Forscherinnen wählten englische Suchbegriffe, da sie mit Hilfe Deutscher wenig bis keine Ergebnisse in der online Recherche erzielen konnten [siehe Anhang 1]. Diese fand auf Plattformen wie DiZ, PubMed und Google Scholar statt. Zusätzlich betrieben die Forscherinnen eine Handsuche in der Bibliothek der Zuyd Hogeschool. Dort suchten sie

Werke, die sich mit Forschungsmethoden befassen, sowie Fachliteratur der Ergotherapie, deren Inhalte sich kongruent zur Forschungsfrage verhalten. Dabei achteten die Forscherinnen besonders auf die Gegenwartsbezogenheit der Literatur und wählten, mit wenigen Ausnahmen, keine Literatur, welche vor mehr als zehn Jahren veröffentlicht wurde. Die Forscherinnen griffen bei ihrer Recherche auch auf Literaturverzeichnisse von Studien, welche ihrer ähnelten zurück, um diese Literatur ebenfalls zu nutzen.

In den folgenden Tabellen ist ein Auszug der Suche in der Datenbank DiZ zu sehen:

Suchbegriffe	Weitere Einschränkungen bei der Suche	Ergebnisse DiZ
„occupational therapy“ AND „hand therapy“ AND „intervention“	Full Text Access, Published 2008 and later	55.939
„occupation based intervention“ AND „hand therapy“	Full Text Access, Published 2009 and later	23.826
„occupational therapy“ AND „hand therapy“ AND „intervention“ AND „occupation based“	Full Text Access, Published 2009 and later	12.086

Tab. 2.: Auszug 1 der Suche in der Datenbank DiZ

Suchbegriffe	Weitere Einschränkungen bei der Suche	Ergebnisse DiZ
“Handtherapie“ AND “Ergotherapie“ AND “Intervention“	Full Text Access, Published 2009 and later	20
„betätigungsorientiert“ AND „Handtherapie“ AND “Intervention”	Full Text Access, Published 2009 and later	0
“betätigungsorientiert” AND “Ergotherapie” AND “Intervention”	Full Text Access, Published 2009 and later	19

Tab. 3.: Auszug 2 der Suche in der Datenbank DiZ

Bei ihrer Recherche mussten die Forscherinnen feststellen, dass Forschung im Bereich der Schnittmenge von betätigungsorientierter Intervention und ergotherapeutischer Handtherapie vor allem im deutschsprachigen Raum rar ist. Die Abb. 2. stellt diese Schnittmenge der deutschen Suchbegriffe bildlich dar, um die Forschungslücke und die damit verbundene Notwendigkeit der Forschung zu veranschaulichen

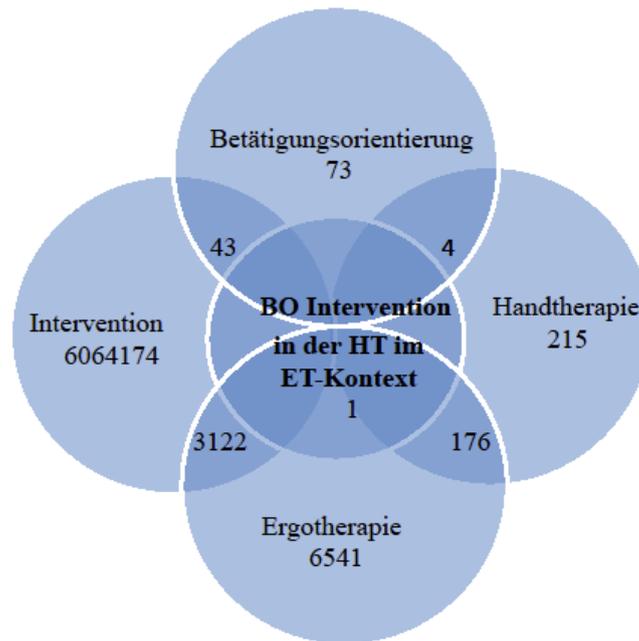


Abb.2. : Schnittmenge

1.3 Aufbau der Bachelorarbeit

An die Einleitung anschließend wird zunächst der Theoretische Hintergrund (Kapitel 2.) für die Forschung beschrieben. Durch dieses Kapitel soll die Problematik und deren Themenfelder näher beleuchtet werden. Es beinhaltet Definitionen dieser, sowie deren Beziehung zueinander.

Im 3. Kapitel erfolgt die Darstellung der Forschungsmethode, die gewählt wurde, um Antworten auf die Forschungsfrage zu erhalten. Daraufhin wird die Umsetzung der Datenerhebung, sowie deren Analyse detailliert beschrieben.

Die gesammelten Daten werden im 4. Kapitel als Resultate präsentiert. Die Ergebnisse werden danach, im 5. Kapitel, unter Berücksichtigung des Theoretischen Hintergrundes und ergänzender Literatur diskutiert.

Im 6. Kapitel Schlussfolgerung wird ein Überblick über die Thesen gegeben, die zuvor diskutiert wurden. Zudem werden Stärken und Schwächen der durchgeführten Studie benannt. Hieran knüpft ein Ausblick an, in dem geschildert wird, was mit den Ergebnissen der Studie erreicht wurde oder welche zukünftigen Entwicklungen in diesem Zusammenhang relevant sein könnten.

Die oben beschriebene Literaturrecherche zog sich durch den Aufbau aller benannten Kapitel, mit Ausnahme der Darstellung der Resultate.

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel soll ein Vorverständnis in Bezug auf die inhaltliche Problematik und deren Themenfelder dargestellt werden. Begonnen wird mit der Einführung in den Bereich der Handtherapie, sowie deren Bedeutung für die Ergotherapie. Anschließend werden die, für die Forschungsarbeit relevanten Begriffe aus der Sicht unterschiedlicher AutorInnen betrachtet und für die Arbeit definiert. Es handelt sich um die Begriffe *Betätigung*, *Betätigungsorientierung* und *Intervention*. Die Intervention wird als Teil des Therapieprozesses gesehen, weshalb dieser beschrieben wird.

Es folgt die Betrachtung des *Occupational Therapy Intervention Process Models** (O-TIPM) für den ergotherapeutischen Kontext, welches hier als Bezugsrahmen Verwendung findet (Fisher, 2014). Für eine Verbindung zum handtherapeutischen Kontext wird die ICF (DIMDI, 2017) beschrieben. Daraufhin werden die Kompetenzen, die einer Ergotherapeutin zugeschrieben werden, benannt. Zum Abschluss des Theoretischen Hintergrundes wird ein Fazit gegeben

2.1 Einführung in die Handtherapie

2.1.1 Handtherapie

„Handtherapie ist die Verbindung ergotherapeutischer und physiotherapeutischer Theorie und Praxis, die fundierte Kenntnisse in Bezug auf das obere Körperviertel, die Körperfunktion und Aktivität kombiniert“ (Waldner-Nilsson, 2009a).

Die Werke von Waldner-Nilsson (2009b, 2013) geben einen Überblick über die Merkmale der Handtherapie. Hier wird ein weites Spektrum an Krankheitsbildern, bezogen auf die Hand (Fingergelenkverletzungen, Frakturen der Phalangen usw., Bandverletzungen im Handgelenkbereich, distale Unterarmfrakturen, Verletzungen der Beuge- und der Strecksehnen, periphere Nervenläsionen), beschrieben. Es werden die biomechanischen Grundlagen der Hand und wie diese durch die genannten Erkrankungen verändert werden erklärt. Auch auf Behandlungstechniken wird in den Werken eingegangen. Diese entspringen meist dem physiotherapeutischen Gedankengut (Waldner-Nilsson, 2009a; 2009b; 2013).

Die physiotherapeutischen Verfahren werden vom Deutschen Verband für Physiotherapeuten e.V. (ZVK) (2018) in die Bewegungstherapie sowie die physikalische Therapie eingeteilt. Es werden passive, z.B. durch die Therapeutin geführte, und aktive, selbstständig ausgeführte Bewegung des Menschen, sowie den Einsatz physikalischer Maßnahmen zur Heilung und Vorbeugung von Erkrankungen genutzt.

2.1.2 Geschichte der Handtherapie

Die geschichtliche Entwicklung der Handchirurgie und Handrehabilitation reicht bis ins Altertum zurück. Im Zeitalter der Industrialisierung gewann die Behandlung der Hand durch die Abnahme der Handwerksberufe mehr an Bedeutung. Dies liegt z.B. an der „veränderten Rolle der Hände bei vermehrtem Einsatz von Maschinen und Apparaten“ (Waldner-Nilsson, 2009a, S.2). Dadurch kam es zu einer „Vielfältigkeit von Pathologien“ (Waldner-Nilsson, 2009a, S.2). Die Behandlungsmöglichkeiten schritten allerdings nur langsam voran. Erst als sich im zweiten Weltkrieg der Gesundheitsdienst der amerikanischen Armee, aufgrund der kriegsbedingten Handverletzungen, an den Chirurgen S. Bunnell wandte, nahm die Entwicklung der Handrehabilitation zu. Durch ihn entstanden 1943 in den USA neun Zentren für Handverletzte für das amerikanische Mi-

litär. Die grundlegende Anschauung des Gründers dieses Spezialgebietes S. Bunnell, prägt noch heute handchirurgische Zentren in aller Welt (Waldner-Nilsson, 2009a).

Auch in Deutschland waren die Folgen des zweiten Weltkrieges, wie Amputationen oder Traumata und somit eine adäquate Versorgung der Hand Mitte des 20. Jahrhunderts angekommen. Mit dem Medikament Contergan, das 1957 als rezeptfreies Beruhigungsmittel auf dem Markt erschien, sollte u.a. den Kriegsoffern geholfen werden. Es resultierte eine Arzneimittel-Katastrophe, denn die Einnahme von Contergan bei schwangeren Frauen bewirkte, dass ihre Kinder mit Fehlbildungen, überwiegend der oberen Extremität, geboren wurden (Thomann, 2007). Diese Art von angeborenen körperlichen Behinderungen machte eine spezielle Behandlung notwendig. „Das Ziel der Behandlung von Fehlbildungen ist eine Verbesserung der Funktion, um den Betroffenen weitgehend ein eigenständiges Leben ohne fremde Hilfe zu ermöglichen.“ (Hülsemann, 2016, S.2). Dieser Ansatz wird auch von Ergotherapeutinnen im Bereich der Handtherapie verfolgt.

Durch die zunehmende Bedeutsamkeit der Behandlung von angeborenen, traumatischen oder degenerativen Erkrankungen der Hand etablierte sich dieses Spezialgebiet 1995, mit der Gründung des Vereins Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie e.V. (DAHTH), mit dem Ziel, die Erforschung, Verbreitung und Qualitätssicherung der Handtherapie voranzutreiben (DAHTH, 1995). Im Jahre 2002 wurde dann die Akademie für Handrehabilitation (AFH) in Bad Pyrmont, als zweite Weiterbildungsstätte für Ergo- und Physiotherapeutinnen in Deutschland gegründet (AFH, 2002).

Die Ziele der Verbände erstrecken sich auf verschiedenen Ebenen. Zum einen soll durch die Ausbildung von Handtherapeutinnen dieses Spezialgebiet weiterverbreitet und etabliert werden. Zudem bietet die AFH in Kooperation mit der DIPLOMA-Hochschule die Möglichkeit an, einen Bachelorabschluss im Bereich der Handrehabilitation zu erwerben. Hierdurch soll die Forschung und Standardisierung der Handtherapie vorangetrieben werden. Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) werden evidenzbasierte, medizinische Leitlinien* entwickelt.

Nicht nur die Folgen der Industrialisierung, des Krieges oder die Nebenwirkungen von Medikamenten machen eine Auseinandersetzung mit dem Organ Hand notwendig. Auch in der heutigen Zeit sind Verletzungen an der Hand und deren Auswirkungen auf den Alltag relevant. Am deutlichsten lässt sich dies am Bereich der Produktivität able-

sen. Nach statistischen Angaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV, 2017) wird aufgezeigt, dass Verletzungen der Hand, mit mehr als 42% aller meldepflichtigen Arbeitsunfälle im Betrieb, die Häufigsten sind. Auch die Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse veröffentlichte 2015 eine Studie aus der hervorging, dass bei 40 Prozent aller, rund 57.000 meldepflichtigen Unfälle, die Hände betroffen waren (BG ETEM, 2015). Demnach ist eine sorgfältige Behandlung von Handverletzungen besonders wegen des Erhalts der Erwerbsfähigkeit von großer Bedeutung. Für diesen Bereich hat die DGUV (2015) eine spezielle handtherapeutische Rehabilitation entwickelt, wodurch eine berufliche und soziale Reintegration angestrebt wird. Im Mittelpunkt steht nicht das Zielorgan Hand, sondern der/ die KlientIn in seiner Gesamtheit. Durch das multimodale und interdisziplinäre Behandlungskonzept, bei dem neben ergo- und physiotherapeutischer Einzeltherapien auch ergotherapeutisches Werkstatttraining angeboten wird, soll die Funktionsfähigkeit für das alltägliche Leben und die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, trotz möglicher verbleibender Defizite, wiedererlangt werden. Diese ganzheitliche Sicht auf den/ die KlientIn und das Einbeziehen der Auswirkungen auf den Alltag, durch die Verletzung am Organ Hand, sind neue Einflüsse in der Handtherapie.

Die Begrifflichkeiten und Formulierungen, wie Erhalt der Erwerbsfähigkeit, KlientIn in seiner/ ihrer Gesamtheit, das alltägliche Leben und Tätigkeiten sind u. a. Schlüsselwörter für die Ergotherapie.

2.1.3 Handtherapie – Ausbildungsinhalte

Die Weiterbildung zur Handtherapeutin können in Deutschland Ergo- sowie Physiotherapeutinnen bei den Anbietern AFH und DAHTH besuchen. Beide stellen nach Teilnahme an allen angebotenen Kursen, hier Module genannt, sowie einer bestandenen Abschlussprüfung ein Zertifikat aus (AFH, 2018; DAHTH, 2018).

Wie den Internetseiten der Anbieter zu entnehmen, ähneln sich die Ausbildungsinhalte in vielen Punkten. Es gibt jedoch auch Unterschiede in Bezug auf Inhalte wie zum beispielsweise die ICF, die bei der DAHTH ausdrücklich als fachübergreifende Grundlage gelehrt, bei der AFH aber nicht als Inhalt beschrieben wird (AFH, 2018; DAHTH, 2018).

Die DAHTH gliedert die Weiterbildungsinhalte in Fachübergreifende Inhalte, Fachspezifische Inhalte und Fachpraktische Inhalte (DAHTH, 2018). Die AFH stellt eine Bau-

steinreihe dar, die aufeinander aufbaut, vom Einführungskurs mit Inhalten bzgl. Anatomie und Physiologie über Basiskurse mit Inhalten bzgl. spezieller Behandlungstechniken, sowie Schienenbau, bis hin zu Bausteinen der Intensiv- und Aufbaustufe in denen bestimmte Inhalte weiter vertieft werden sollen (AFH, 2018).

Der Schwerpunkt der Weiterbildungen liegt klar erkennbar auf der Wiederherstellung von Körperfunktionen. Hierzu werden Praktiken wie Schienenbau, Manuelle Therapie und Physikalische Therapie gelehrt. Deutlich macht dies, folgendes Zitat der Internetpräsenz der DAHTH (2018): „Die Weiterbildung zum Handtherapeuten DAHTH repräsentiert den aktuellen, international anerkannten Stand der medizinischen und therapeutischen Kenntnisse für die Rehabilitation von Funktionsstörungen der menschlichen Hand.“

2.1.4 Handtherapie in der Ergotherapie

Handtherapie unterscheidet sich von anderen ergotherapeutischen Arbeitsfeldern, weil für die Behandlung die Prinzipien der Ergotherapie mit physiotherapeutischen Praxisansätzen verbunden werden. Obwohl laut Robinson, Brown und O'Brien (2016) zitiert nach Dimick et al. (2009) die meisten Handtherapeuten zuvor einen ergotherapeutischen Abschluss erworben haben und das Wissen für eine betätigungsorientierte Intervention mitbringen, ist die Umsetzung in der handtherapeutischen Praxis näher am Gedankengut der Physiotherapeutinnen, als an dem der Ergotherapeutinnen (Robinson, Brown, & O'Brien, 2016). Wichtig für die Ergotherapie ist nun zu differenzieren, welche Unterschiede es bei der Ausführung von Handtherapie im physiotherapeutischen, im Gegensatz zum ergotherapeutischen Kontext gibt. Dies ist nötig, um das Berufsbild zu schärfen und sich stärker von anderen Professionen abzugrenzen (Goode, 1982).

Handtherapie in der Ergotherapie umfasst die Behandlung von KlientInnen mit Verletzungen, Erkrankungen und Fehlbildungen der oberen Extremität. Ziel ist es, motorische und sensorische Funktionen in diesem Bereich wiederzuerlangen, zu erhalten oder kompensatorisch auszugleichen, um die Anforderungen im häuslichen, beruflichen und sozialen Alltag selbstständig bewältigen zu können (Waldner-Nilsson, 2009b). Motorische (z.B. Faustschluss) und sensible Funktionen (z.B. Temperaturempfinden) werden als Voraussetzung für den Gebrauch der Hand im alltäglichen Leben gesehen. Deshalb wird häufig der Schwerpunkt auf die Wiederherstellung der Funktion in der Intervention gelegt (Waldner-Nilsson, 2009b). Dieser Schwerpunkt ist auch in den Ausbildungs-

halten der AFH (2018) und der DAHTH (2018) wiederzuerkennen. Weiterhin ist den Internetseiten der beiden Ausbildungsstätten zu entnehmen, dass sich ein Anteil der Ausbildung mit den ADLs befasst.

Aktivitäten sind für den Menschen durch bedeutungsvolles Tätigsein/ Betätigung charakterisiert, die er für sich als wichtig oder wertvoll empfindet (Diday-Nolle, 2009). Diday-Nolle beschreibt die Bedeutung und Wirkung Betätigung als ein menschliches Grundbedürfnis und eine Voraussetzung für ein sinnvolles Leben, Wohlbefinden und Gesundheit. Dieser Kernbegriff Betätigung gilt weltweit als Kompetenz- und Zuständigkeitsbereich der Ergotherapie (AOTA, 2014; Diday-Nolle, 2009). Demnach sollte Betätigung als individuelles Mittel der Behandlung eingesetzt werden, um die Therapie klientenzentriert* und prozessorientiert zu gestalten und individuelle Ziele aufstellen zu können (AOTA, 2014; Diday-Nolle, 2009).

Ergotherapeutinnen in der Handtherapie stehe somit, laut Diday-Nolle (2009), ein breites Angebot an Behandlungsmitteln und methodischen Ansätzen zur Verfügung. Trotzdem kämen vermehrt bewegungstherapeutische und physikalische Behandlungsansätze und -maßnahmen zum Einsatz.

Dies beschreibt passend den von den Forscherinnen erhobenen Status quo der praktizierten Handtherapie in Deutschland. Den Therapeutinnen ist die Betätigung als Gegenstandsbereich und therapeutisches Mittel der Ergotherapie bewusst. Trotzdem wird häufig auf den funktionsorientierten Ansatz, welcher dem Vorgehen der Physiotherapie ähnelt, zurückgegriffen (Che Daud, Yau, Barnett, & Judd, 2016). Um sich der beschriebenen Problematik zu nähern, soll im Folgenden der Gegenstandsbereich der Ergotherapie näher beschrieben werden. Hierfür ist es wichtig eine eindeutige und einheitliche Terminologie zu verwenden (Stadler-Grillmaier, 2007).

2.2 Betätigung

"Die Ergotherapie ist in der unangenehmen Situation, noch keine einheitliche Fachsprache zu haben, um die Komplexität ihres Problembereichs zu beschreiben. Mit zunehmendem Interesse am Beruf in der Occupational Science und Ergotherapie sind wir möglicherweise bereit, eine einheitliche Sprache für eine einfache und klare Kommunikation mit Klienten und ihren Familien, der Öffentlichkeit, anderen Gesundheitsfachleuten, Dienstleistern, Regierungsbehörden und Dritten zu entwickeln." (Polatajko, et al., 2007).

Polatajko et al. (2007) werden in ihrer Meinung von Goode (1972, zitiert nach Gieseke) gestützt. Dieser sagt, dass sich Professionalität einer Disziplin durch verschiedene Faktoren kennzeichnet. Dazu gehört ein bestimmtes Fachwissen, das sich etwa in einer speziellen Fachsprache, einer eigenen Terminologie, ausdrückt.

Bei näherer Betrachtung des Begriffs *betätigungsorientierte Intervention* ist zu erkennen, dass dieser aus zwei Komponenten besteht: der *Betätigungsorientierung*, sowie der *Intervention*. Auf die *Intervention* wird im Kapitel 2.4 näher eingegangen. Hier soll auf den Ausdruck *betätigungsorientiert* als inhaltbeschreibendes Adjektiv näher eingegangen werden. Im Deutschen ist es möglich zwei Worte zusammenzusetzen, um so ein neues Wort zu schaffen, so wie hier *Betätigung* und *Orientierung*. Zunächst werden sich die beiden Nomen und ihre Definition einzeln angeschaut.

Auf den Begriff *Betätigung* als Gegenstandsbereich der Ergotherapie hat sich die Kommission des ENOTHE-Terminologieprojektes 2007 geeinigt (Stadler-Grillmaier, 2007). Für die deutschsprachige Ergotherapie gilt seitdem folgende Definition: „Betätigung/Handlung/Beschäftigung: Ein Komplex von Aktivitäten, der persönliche und soziokulturelle Bedeutung hat, kulturell definiert ist und die Partizipation an der Gesellschaft ermöglicht. Handlungen/Betätigungen/Beschäftigungen können den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und/oder Freizeit zugeteilt werden“ (Stadler-Grillmaier, 2007, S. 102).

Mit der Definition von *Betätigung* als Gegenstandsbereich der Ergotherapie wurde sich im englischsprachigen Raum schon weit früher auseinandergesetzt. Hier wird der Begriff *occupation* benutzt. Die Begriffe sind synonym zu verwenden (Stadler-Grillmaier, 2007).

Occupation wird von verschiedenen Autoren definiert, so beschrieb Golledge (1998) *Occupation* als eine Gruppe von Aktivitäten, die im alltäglichen Leben einer Person von Bedeutung sind und schließt somit individuelle, soziale und umweltbezogene Faktoren mit ein. Becker (2015) zitiert Marotzki (2004) in ihrem Buch „Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie“ wie folgt: „Betätigung [occupation] sind alle Handlungen, die für den Klienten in seinem Lebensalltag von Bedeutung und Sinn sind“ (S. 114).

Zwischen den verschiedenen AutorInnen ist ein Konsens in der Definition von *Betätigung* zu finden. Auf die Parallelen in verschiedenen ergotherapeutischen Definitionen von *Betätigung* ist Knutzen (2017) im Rahmen seiner Masterarbeit wie folgt eingegangen: „Viele Autor/inn/en plädieren für eine hierarchische Sichtweise von Occupation, bei der eine Betätigung aus einzelnen Aktivitäten besteht (Creek, 2006; Fisher, 1998; Golledge, 1998; Law u. a., 1996; Townsend & Polatajko, 2007, 2013; Trombly, 1995). Die genannten Autoren und viele weitere beschreiben Occupations als bedeutungsvoll für das Individuum, so wie es auch in ergotherapeutischen Inhaltsmodellen beschrieben wird“ (Kielhofner, 2009b; Law u. a., 1996; Townsend & Polatajko, 2007).

Auch das alltägliche Leben, bzw. der Lebensalltag des/ der KlientIn steht in den verschiedenen Definitionen im Mittelpunkt. Da sich die Forscherinnen im Folgenden auf das OTIPM von Fisher (2014) beziehen (vgl. Kapitel 2.6 OTIPM), soll auch auf ihre Definition von *Betätigung* Bezug genommen werden. „Im OTIPM benutze ich (Fisher) deshalb den Begriff Betätigung [...], um mich auf das Eingebunden sein einer Person in einen Prozess zu beziehen [...]. Eingebunden sein geschieht, weil das, was die Person tut, für sie Bedeutung und Zweck hat“ (Fisher, 2014, S. 24-25). Der Prozess wird von Fisher (2014) als, „[...] Kette von Aktionen, die sie [eine Person] ausführt [...]“ beschrieben. Auch hier besteht ein Konsens zu den genannten Definitionen. Es wird auf den hohen Grad der Bedeutung für den/ die KlientIn eingegangen. Dadurch, dass Betätigung als Prozess-Kette von Aktionen beschrieben wird, ist auch hier eine Hierarchie zu erkennen. Fishers (2014) Definition teilt das allgemeine Verständnis von Betätigung und kann somit als Grundlage für diese Arbeit genutzt werden.

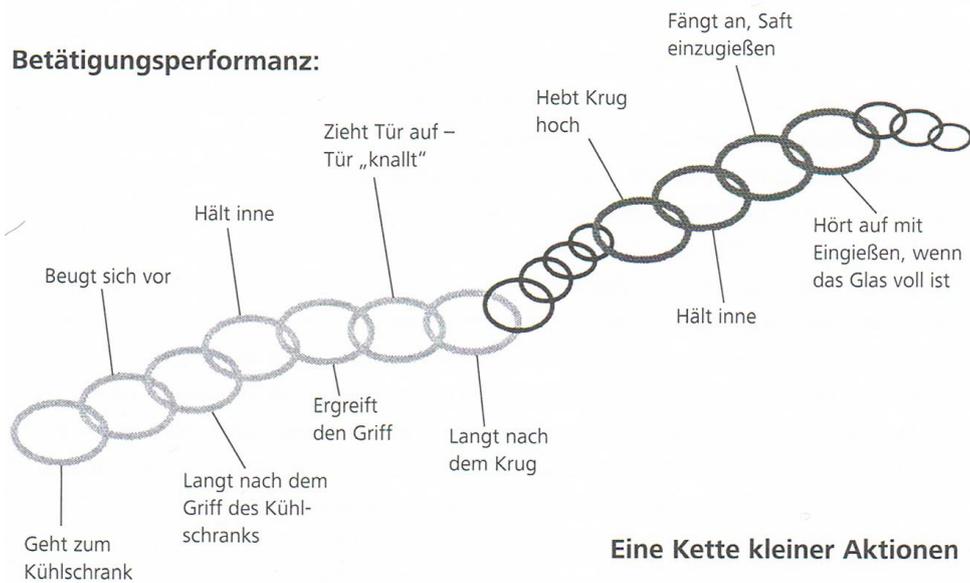


Abb. 3.: Performanzfertigkeiten

Die Betätigungen eines/ einer KlientIn können also auch Anforderungen im häuslichen, beruflichen und sozialen Alltag sein. Diese werden bei der Definition von Waldner-Nilsson (2009b) als Ziel der Handtherapie beschrieben.

„Einige Partieten könne bei „reinen“, nicht funktionsorientierten Übungen eine Bewegung nicht ausführen, können die Hand aber einsetzen wenn eine sinnvolle Tätigkeit [*Betätigung*] angeboten wird“ (Waldner-Nilsson, 2009b, S.148).

Eine Handtherapie, welche sich an *Betätigung* orientiert, scheint also durchaus erwünscht.

Es wird unterschieden, ob die *Betätigung* wie bei Waldner-Nilsson (2009) als Ziel der Therapie *occupation as end** oder als Mittel *occupation as means** anklang findet. Beider Ansätze finden sich in der Betätigungsorientierung wieder.

2.3 Betätigungsorientierung

Um die Verbindung zwischen dem theoretischen Konstrukt der Betätigung und dem Fachberuf der Ergotherapie zu knüpfen, werden in der ergotherapeutischen Literatur verschiedene Begriffe genutzt. Im deutschsprachigen Raum wird die ergotherapeutische Intervention vorrangig mit dem Adjektiv *betätigungsorientiert* beschrieben, so auch in zahlreichen Veröffentlichungen des DVEs (2018). Im englischsprachigen Raum werden für die Beschreibung der Intervention die Adjektive *occupation-centred* (*betätigungszentriert*), *occupation-based* (*betätigungsbasiert*) und *occupation-focused* (*betätigungsfokussiert*) genutzt (Fisher, 2012). Um sein therapeutisches Handeln besser zu reflektieren ist es wichtig, die Adjektive zu definieren und konsequent anzuwenden. Hier bedarf es einer Abgrenzung, sowie eines Vergleiches der verschiedenen Begriffe, um eine eindeutige Diskussion zu fördern (Stadler-Grillmaier, 2007).

Bei Betrachtung der handtherapeutischen Literatur, ist auffällig, dass *occupation-centred* und *occupation-focused* nicht im Vokabular genutzt werden. Das mag daran liegen, dass die Betätigung in der Handtherapie, welche vom medizinischen und biomechanischen Modell geprägt sind, noch wenig Einzug erhalten haben (Colaianni & Provident, 2010, zitiert nach Fitzpatrick & Presnell, 2004). Da es zur *occupation-based* Intervention Veröffentlichungen aus dem englischsprachigen Raum gibt, soll an dieser Stelle damit gestartet werden.

2.3.1 occupation-based

Amini (2004) beschreibt *occupation-based* Intervention in der Handtherapie als einen Behandlungsansatz, der die Werte von Betätigung als therapeutisches Mittel und die Werte der Aufrechterhaltung von biomechanischen Prinzipien ausbalanciert. Die Therapie priorisiert und richtet sich an Betätigungsperformanz* [occupational performance] des/ der KlientIn, durch die Wiederherstellung der Kraft der Betätigung, ohne den biomedizinischen Bezugsrahmen oder vorbereitende Methoden zu nutzen.

Betätigungsbasierte Interventionen werden im Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) wie folgt umschrieben (AOTA, 2014):

A type of occupational therapy intervention a client-centered intervention in which the occupational therapy practitioner and client collaboratively select and design activities that have specific relevance or meaning to the client and support the client's interests, need, health, and participation in daily life. (S. 672).

Auch Fisher (2014) nutzt für die Beschreibung ihres OTIPMs *occupation-based* als inhaltstragendes Adjektiv. So sind die im OTIPM beschriebenen Ansätze, die zur Durchführung einer Intervention herangezogen werden können, durchweg *occupation-based*. Laut Fisher (2012), wird die Betätigung als Grundlage genutzt, um einer Person Teilhabe zu ermöglichen. Dies geschieht als Methode, Evaluation und/ oder in der Intervention.

2.3.2 *occupation-centred*

Nach Fisher (2012) tauchte der Begriff *occupation-centred* erstmals 1998 in ergotherapeutischen Literatur auf, als Wood „occupation as the core philosophical base of our profession“ beschreibt.

Nielson (1998) bezeichnete *occupation-centred* als eine professionelle Haltung oder Perspektive, um die „Betätigung als Zentrum der Ergotherapie, Forschung und Ausbildung“ zu fördern (S. 387).

Fisher (2012) unterstützt dies, indem sie sagt, dass *occupation-centred* zu sein heißt, eine berufsspezifische Perspektive einzunehmen - eine Sicht auf Betätigung und was diese bedeutet, bzw. was es bedeutet ein tätiges Wesen zu sein - bei der die Betätigung in den Mittelpunkt gestellt wird und dafür sorgt, dass das, was wir tun, mit dem Kern der Ergotherapie, der Betätigung, verbunden ist.

2.3.3 *occupation-focused*

Laut Fisher (2012) konzentriert sich die Aufmerksamkeit auf Betätigungsperformanz, wenn *occupation-focused* gearbeitet wird. Das bedeutet der augenblickliche Fokus liegt dabei auf der Bewertung und/ oder Veränderung der Qualität der Betätigungsperformanz eines Menschen - dem „Hier und Jetzt“ (S.166). Knutzen (2017) beschreibt dies als eine mentale Haltung, die vom Therapeuten eingenommen wird.

Beispielhaft hierfür wäre die von Fisher (2012) dargestellte Situation. „Zur Befunderhebung wird ein *occupation-focused* Interviewleitfaden wie das Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) (Law et al., 2015) genutzt. Dies ist ein *occupation-focused* Werkzeug [...]“. Da die Befunderhebung auf Interviews und nicht auf der Beobachtung der Betätigungsperformanz des/ der KlientIn basieren, sind diese Assessments* nicht *occupation-based*.

2.3.4 Konklusion: *occupation-based*, *-centred* und *-focused*

Das Adjektiv *occupation-centred* erläutert somit, dass der Kern der Ergotherapie die Betätigung ist und benennt die berufsspezifische Perspektive. Auch *occupation-focused* beschreibt eine Sichtweise, die die Therapeutin einnimmt, welche sich auf die konkrete Betätigungsperformanz des/ der KlientIn bezieht. Beide Begriffe gemeinsam haben *occupation as end*, d.h. dass das Endprodukt der Behandlung die (wieder-) erlernte Betätigung des/ der KlientIn, ist.

Der Begriff *occupation-based* beschreibt, dass die Betätigung als therapeutisches Mittel genutzt wird. Hier wird *occupation as means* verwendet (Boyt Schell, Gillen, & Scaffa, 2014).

In dem Werk „Ergotherapie sucht Topmodelle“ wird die Betätigungsorientierung als eine Zusammenfassung der inhaltlichen Definitionen der Begriffe *occupation-centred*, *occupation-based* und *occupation-focused* verwendet. George (2014) verwendet dabei die Begriffe in Anlehnung an Fisher (2012).

Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit der Arbeit nur noch der Begriff *betätigungsorientiert* verwendet, dieser ist wie in der Erklärung von George (2014) zu verstehen. Auch die Interventionen des OTIPMs werden mit *betätigungsorientiert* beschrieben. Hier ist zu erwähnen, dass Fisher (2014) im Original den Begriff *occupation-based* mit der dazugehörigen Definition nutzt. Die Verwendung des Begriffs *betätigungsorientiert* als Konklusion der drei Begriffe, bietet für die Forschung entscheidende Vorteile. Die Thematik *betätigungsorientierte Intervention* kann aus den Perspektiven *occupation-centred*, *-based* und *-focused* betrachtet und analysiert werden. Die Möglichkeiten eine betätigungsorientierte Handtherapie zu gestalten werden demnach breit gehalten und die Forschungsfrage bietet Raum, um das Thema auf verschiedenen Ebenen anzugehen. Dadurch wird sich eine weite Fächerung an Ergebnissen für die Gestaltung einer *betätigungsorientierten Intervention* erhofft.

2.4 Intervention

Unter *Intervention* oder dem Intervenieren wird das Einflussnehmen oder auch das Einmischen in ein Geschehen verstanden (Bibliographisches Institut GmbH, 2018a). In der Ergotherapie wird ein Teil des ergotherapeutischen Therapieprozesses als *Intervention* bezeichnet (vgl. Kapitel 2.5 Therapieprozess). Um sich dem Thema aus diversen und objektiven Sichtweisen zu nähern, werden in diesem Kapitel verschiedene Arten der Intervention in der Ergotherapie beschrieben. Im australischen Kompetenzprofil für Ergotherapeutinnen wird der Begriff Intervention als „process and skilled actions“ die in Zusammenarbeit mit dem/ der KlientIn in Form eines Interventionsplans umgesetzt werden, beschrieben (Occupational Therapy Australia, 2010). Im ergotherapeutischen Therapieprozess wird die Intervention durch Evaluations- und Zielsetzungsphase und die Re-Evaluation eingegrenzt, welche im Kapitel 2.5 Therapieprozess von den Forscherinnen genauer beschrieben werden (Chrisholm & Boyt Schell, 2014). Die Intervention baut auf den Ergebnissen der Evaluation in Kombination mit Evidenz auf (Occupational Therapy Australia, 2010). Der Inhalt ergotherapeutischer Interventionen bezieht sich auf das Hauptziel die Betätigungsperformanz zu verbessern (Söderback, 2015). Fisher (2014) schreibt, dass Betätigung als Mittel (*occupation as means*) oder als Ende/ das Ziel (*occupation as end*) der ergotherapeutischen Intervention eingesetzt werden kann (vgl. 2.3.4 Kapitel Konklusion).

Das Einflussnehmen kann auf verschiedene Arten geschehen. Diese werden für die Ergotherapie von mehreren AutorInnen definiert und unterteilt. So bezieht Söderback (2015) die Inhalte der ergotherapeutischen Intervention auf vier ergotherapeutische Kompetenzen: *the occupational therapist manages for adaptation, the occupational therapist teaches and the client learns, the occupational therapist enables for recovery* und *the occupational therapist promotes for the clients health an welleeing*. Hiermit legt sie den Fokus auf das professionelle Handeln der Ergotherapeutin und ordnet diesem Interventionsformen zu. Fisher (2014) betont die Wichtigkeit von bedeutungsvollen Betätigungen innerhalb der Intervention. Sie nennt sechs Strategien, die Ergotherapeuten in der praktischen Arbeit anwenden: *Vorbereitung, mechanisches Üben, simulierte Betätigung, restitutive (wiederherstellende) Betätigung, akquisitorische (einübende) Betätigung* und *adaptive Betätigung* (Fisher, 2014). Fishers (2014) Strategien lassen sich ebenfalls verschiedenen Interventionsformen zuordnen.

Um den Bezug zur betätigungsorientierten Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext herzustellen, vergleichen die Forscherinnen die Kompetenzen von Söderback (2015) mit den Strategien von Fisher (2014) anhand von Beispielen aus dem Bereich der ergotherapeutischen Handtherapie. Bei der *Vorbereitung* ist der/ die KlientIn passiver/ passive EmpfängerIn der Intervention. Aus diesem Grund werden dieser Strategie z.B. physische Mittel wie Massagen, passive Mobilisation und Schienenbau zugeordnet. Söderback (2015) ordnet den Schienenbau und die Mobilisation einer akut verletzten Hand der Kompetenz *the occupational therapist manages the client's adaptation* zu. Aus Fishers (2014) Sicht, sind diese Interventionsformen für die Ergotherapie nicht legitim, sie sieht den/ die KlientIn hier als absolut passiv und es wird keine bedeutungsvolle Betätigung ausgeführt. Söderback (2015) hingegen formuliert eine klare Rolle der Ergotherapeutin, indem sie schreibt, dass ein umfangreiches Wissen über biomechanische Aspekte der verletzten Hand, sowie Erfahrung mit angepassten Schienen und Bewegungsprogrammen von Seiten der Ergotherapeutin Voraussetzung ist. Sie beschreibt als Ziel einer handtherapeutischen Intervention das Erreichen einer maximalen Handfunktion, damit der/ die KlientIn in der Lage ist, Betätigung selbstständig auszuführen. Dies stimmt mit dem zuvor formulierten Hauptziel einer ergotherapeutischen Intervention, die Betätigungsperformanz zu verbessern, überein. Die nächste Strategie nach Fisher (2014) stellt das *mechanische Üben* dar. Hierunter werden z.B. Übungen mit Therabändern, Therapieketten und Gewichten verstanden, das bedeutet Übungen, welche zum Ziel haben Körperfunktionen wiederherzustellen (Fisher, 2014). Genau solche Übungen führt Söderback (2015) in den Interventionsformen nicht konkret auf. Vergleichbar wäre hier ihr Kapitel über „Constraint-Induced Movement Therapy for Reatoration of Upper-Limb Function“ (CIMT), da dieser Ansatz zur neurorehabilitation der Funktionen der oberen Extremität genutzt wird. Dieser findet Zuordnung in der Kompetenz *the occupational therapist teaches and the client learns*. Söderback (2015) schreibt in dem genannten Kapitel unter der Rolle der Ergotherapeutin jedoch, dass auch eine Physiotherapeutin diese Art von Intervention durchführen kann. In diesem Punkt sind Fishers (2014) Ansichten kongruent zu denen von Söderback (2015).

Che Daud, Yau, Barnett, und Judd (2016) führten in Malaysia eine Studie zum Thema betätigungsorientierte Intervention in der Handtherapie durch, bei der TeilnehmerInnen

angaben, genau diese Vorgehensweise wie Fisher (2014) sie beschreibt, zu nutzen. Sie trainieren mit Hilfe von Therapiematerialien wie Therapieknete oder Gewichten die Funktionen, welche für die Betätigung benötigt werden. Auch die Forscher Che Daud, Yau, Barnett, und Judd (2016) nutzten hier Fishers (2014) Beschreibung *occupation as end*. Andere TeilnehmerInnen jedoch nutzten *occupation as means*, und beschrieben die Anwendung von Fishers (2014) nächster Strategie *simulierte Betätigung* (Che Daud, Yau, Barnett, & Judd, 2016). Hier wird das *mechanische Üben* in eine Aktivität eingebunden. Der/ die KlientIn greift z.B. einen Kegel und stellt ihn in ein Regal. Dabei behandelt er/ sie den Kegel wie ein Glas. Dadurch soll die Betätigung „Geschirr einräumen“ *simuliert* werden. Söderback (2015) beschreibt hier keine vergleichbare Interventionsform aus der ergotherapeutischen Handtherapie, weshalb die Forscherinnen keine von ihr definierte Kompetenz vergleichen können.

Die nächste Strategie nach Fisher (2014) ist die *restitutive Betätigung*. Hier soll *occupation as means* eingesetzt werden, um bestimmte Körperfunktionen zu verbessern. Auch Söderback (2015) beschreibt *Therapeutic Use of Meaningfull Activities*. Sie ordnet dies der Kompetenz *the occupational therapist enables for recovery* zu, bezeichnet es aber nicht als Interventionsform, sondern als ein therapeutisches Medium. Die TeilnehmerInnen der Studie von Che Daud, Yau, Barnett und Judd (2016) beschrieben hier Betätigungen wie das Einräumen von gefalteter Wäsche in den Schrank, um Greiffunktion, sowie Schultermobilität zu trainieren, wobei das Einräumen von Wäsche an sich eine bedeutungsvolle Betätigung für den Klienten darstellt. Die Strategie der *akquisitorischen Betätigung* unterscheidet sich von der *restitutiven Betätigung* im Hinblick darauf, dass sie keine Körperfunktion verbessern möchte, sondern die Betätigungsperformanz (Fisher, 2014). Hierzu werden in der Intervention Betätigungen eingesetzt bei denen der/ die KlientIn oder die Klientengruppe bereits ein hohes Level an Betätigungsperformanz zeigen, einzelne Teile der Betätigung jedoch noch an Alter, Geschlecht oder Entwicklungsstand angepasst werden sollen (Fisher, 2014).

Unter der Kompetenz *the occupational therapist teaches and the client learns* finden sich bei Söderback (2015) z.B. verschiedene Formen des „Pain Managements“ z.B. über E-Health Programme, bei denen die Rolle der Ergotherapeutin als Begleiterin dargestellt wird, die lediglich die Betätigung „Bedienen eines Elektrostimulationsgerätes“ begleitet und hier wenn nötig Hilfestellung gibt.

Zuletzt noch die Strategie *adaptive Betätigung*, welche als Ziel hat, den/ die KlientIn zu befähigen, eine Betätigung wenn nötig anders auszuführen als andere dies handhaben würden, um sie überhaupt durchführen zu können (Fisher, 2014). Damit lassen sich die Kompetenzen *the occupational therapist manages for adaptation* sowie *the occupational therapist enables for recovery* vergleichen. Hierunter fallen Interventionsformen wie die Umwelanpassung Zuhause, sowie des Arbeitsplatzes, aber auch die Hilfsmittelversorgung oder die Implementierung von Smart Home Technologien.

Es ist zu erkennen, dass beide Autorinnen mit Hilfe ihrer Unterteilungen der Ergotherapeutin eine Hilfestellung geben, ihre Intervention klientenzentriert und betätigungsorientiert zu gestalten, da klare Ziele der einzelnen Arten der Interventionen formuliert werden. Außerdem steht, wie schon zu Beginn beschrieben, bei allen dieser Arten die Verbesserung der Betätigungsperformanz im Mittelpunkt. Auch Che Daud, Yau, Barnett und Judd (2016) beziehen sich in dieser Hinsicht auf Fisher (2014) und schreiben, dass das Ziel einer jeden Intervention in der Ergotherapie die Verbesserung der Selbstständigkeit und der Lebensqualität sein sollte. Dieser Aussage schließen sich die Forscherinnen an und definieren eine Intervention als ein dem/ der KlientIn individuell angepasstes Eingreifen in sein/ ihr Betätigungsverhalten mit dem Ziel die Betätigungsperformanz zu verbessern.

2.5 Therapieprozess

Laut Craik, Davis, & Polatajko (2007) ist Ergotherapie theoriegeleitet und prozessorientiert. Das heißt, definiert durch eine theoretisch begründete Vision und eine systematische Reihe von Maßnahmen, die darauf abzielen, Betätigung zu ermöglichen.

Embarking on a trip without a map increases the risk of getting lost, which in turn results in confusion and frustration. This is analogous to what can occur when an occupational therapy practitioner provides therapy services without the guidance of a process map. (Chrisholm & Boyt Schell, 2014, S. 267).

Diese Karte, die der Ergotherapeutin den Weg weisen soll wird auch Prozessmodell genannt. Im ergotherapeutischen Kontext gibt es diverse Prozessmodelle mit spezifischen Schwerpunkten. Allen gemeinsam ist, dass der Prozess dynamisch und zirkulär verläuft. Es gibt einen definierten Startpunkt und verschiedene Meilensteine, die bestritten werden müssen (Chrisholm & Boyt Schell, 2014). Je nach Prozessmodell werden diese verschieden benannt und in unterschiedlich viele Schritte eingeteilt. Im OTIPM werden diese Meilensteine mit Evaluations- und Zielsetzungsphase, Interventionsphase und Re-Evaluationsphase beschrieben (Fisher, 2014).

Mit der Evaluations- und Zielsetzungsphase beginnt der Prozess. Die Ergotherapeutin sammelt und analysiert Daten und Informationen, anhand von Gesprächen, Beobachtungen oder Assessments, um die Wünsche und Bedürfnisse des/ der KlientIn herauszufinden und Ziele festzuhalten. Dadurch wird ein klientenzentrierter Performanzkontext erstellt (Fisher, 2014; Chrisholm & Boyt Schell, 2014).

Der Therapeutin stehen hier verschiedene Wege zur Verfügung. Fisher (2014) beschreibt drei Ansätze, nach denen eine Evaluation ablaufen kann. Diese nennt sie *top-down**, *bottom-up** und *top-to-bottom-up**. Wählt die Ergotherapeutin den *top-down* Ansatz, so schaut sie sich zunächst den/ die KlientIn ganzheitlich an und versucht ihn/ sie und seinen/ ihren persönlichen Kontext zu verstehen (Fisher, 2014). Dann ermittelt sie seine/ ihre Betätigungsprobleme und schaut sich diese im nächsten Schritt mit Hilfe von Analysen genauer an (Fisher, 2014). Arbeitet die Ergotherapeutin wirklich *top-down*, so arbeitet sie eng mit dem/ der Klientin zusammen und formuliert basierend auf den Betätigungsanalysen gemeinsam mit ihm/ ihr die Ziele für die Ergotherapie, schreibt Fisher (2014). Den *bottom-up* Ansatz unterscheidet, laut Fisher (2014), dass die Ergotherapeutin zunächst die Körperfunktionen, die Umwelt und persönliche Faktoren

wie Rollen und Gewohnheiten befundet. Die Gefahr hierbei ist, dass der/ die KlientIn nicht in seiner/ ihrer Gesamtheit erfasst werden kann und die Ziele sich nicht auf die Betätigungsperformanz beziehen (Fisher, 2014). Der dritte Ansatz den Fisher (2014) beschreib ist der *top-to-bottom-up* Ansatz. Bei diesem Ansatz beginnt die Ergotherapeutin die Evaluation nach dem *top-down* Ansatz, bezieht dann aber die ermittelten Betätigungsprobleme direkt auf Körperfunktionsstörungen und befindet sich somit wieder im *bottom-up* Vorgehen. Je nach gewähltem Ansatz unterscheidet sich also das Vorgehen der Ergotherapeutin in der Evaluations- und Zielsetzungsphase. Bei der Betrachtung dieser drei Ansätze, passt der *top-down* Ansatz am besten zu der Definition von Betätigungsorientierung, die die Forscherinnen formuliert haben.

Darauf aufbauend erfolgt die Interventionsphase, die eine Planung, Umsetzung und Überprüfung der Maßnahmen im Hinblick auf eine Ermöglichung der Betätigung in Gesundheit und Partizipation in Zusammenarbeit mit dem/ der KlientIn beinhaltet (Fisher, 2014; Chrisholm & Boyt Schell, 2014). Wie im Kapitel 2.4 Intervention beschrieben, bestehen diverse Ansätze zur Interventionsgestaltung oder zur Entscheidungsfindung der optimalen Interventionsgestaltung.

Die Re-Evaluationsphase umfasst eine systematische Evaluierung, um Veränderungen zu ermitteln und den Interventionsprozess gegebenenfalls anzupassen. Der Erfolg der Therapie wird anhand der Ergebnisse und Erreichung der Ziele als Folge der Intervention ermittelt. Es wird auf eine verbesserte und zufriedenstellende Betätigungsperformanz hin re-evaluiert (Fisher, 2014; Chrisholm & Boyt Schell, 2014).

Es wird ersichtlich, dass die einzelnen Meilensteine aufeinander aufbauen bzw. abhängig voneinander sind. Solch ein Therapieprozess ist auch in der Ausbildung zur Handtherapeutin verankert. So ist dem Fortbildungsangebot 2018 der AFH zu entnehmen, dass eine umfangreiche Befunderhebung zu Beginn der Evaluation unter Berücksichtigung verschiedener Assessments, wie dem Disabilities of the Arm Shoulder and Hand (DASH*) Index (Germann, Harth, Wind & Demir, 2006) und dem Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 2015), stattfindet.

Als Erfolg in der Re-Evaluationsphase der Handtherapie wird folgendes Ziel von der DAHTH (1995) beschrieben: „Das Ziel der Handtherapie ist, dem Patienten frühere Beschäftigungen und Tätigkeiten weitestgehend zu ermöglichen um seinen Anforderungen im sozialen, häuslichen und beruflichen Bereich wieder gerecht zu werden“.

Um dieses Ziel, frühere Beschäftigungen und Tätigkeiten, zu erreichen, verfolgen die Forscherinnen die Gestaltung einer *betätigungsorientierten Intervention* in der Handtherapie.

2.6 OTIPM

Da alle für das OTIPM relevanten Begriffe erklärt wurden und eine Einführung in den Therapieprozess stattfand, gilt es sich nun dem OTIPM als theoretische Grundlage für die Auswertung der Studie zu widmen. Die Forscherinnen haben sich gezielt für dieses Modell entschieden, da der Schwerpunkt hier auf der Intervention liegt und auch verschiedene Möglichkeiten für die Durchführung vorschlägt. Da die Fragestellung der Arbeit auf die Gestaltung der betätigungsorientierten Intervention in der Handtherapie abzielt, eignet sich das OTIPM mit seinen Grundannahmen besonders für die Planung und Gestaltung der Diskussionsleitfäden, sowie die Darstellung der Resultate und deren Diskussion.

Das Modell wurde 1998 von Anne Fisher in den USA entwickelt und erstmals publiziert. Ziel dieses Prozessmodells ist es der Ergotherapeutin „[...] Struktur anzubieten, die das berufliche Reasoning* beim Planen und Umsetzen von ergotherapeutischen Dienstleistungen begleitet. Das OTIPM ist ein Modell, mit dem das berufliche Reasoning so geleitet wird, dass wir den klientenzentrierten, betätigungsorientierten Top-down-Ansatz bei Assessments und Intervention hervorheben.“ (Fisher, 2014, S.15).

Das bedeutet, dass die Therapeutin mit einer ganzheitlichen Sicht auf den/ die KlientIn, und nicht ausschließlich auf dessen/ deren Einschränkung zu arbeiten beginnt (Fisher, 2014). Fisher (2014) beschreibt im OTIPM verschiedene Ansätze, die Therapeutinnen während der Interventionsphase mit dem/ der KlientIn nutzen können.

Das OTIPM geht von drei zeitlich aufeinanderfolgenden Phasen aus, die den Prozess gliedern: die Evaluations- und Zielsetzungsphase, die Interventionsphase und die Re-Evaluationsphase (vgl. 2.5 Therapieprozess).

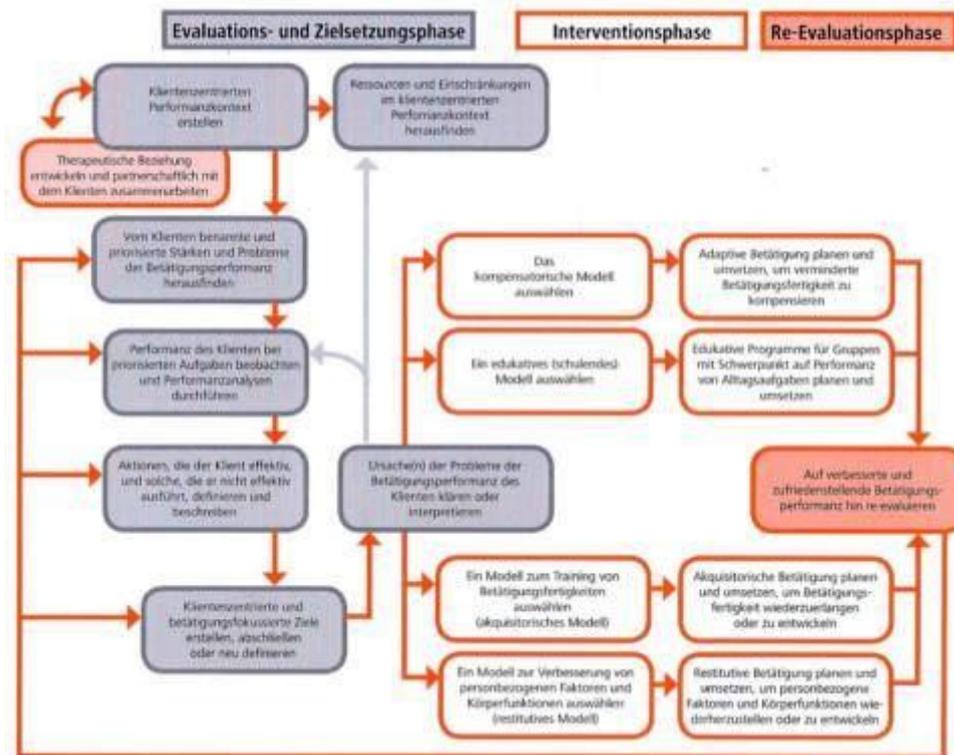


Abb. 4.: Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

Da sich die Forschungsfrage auf die Interventionsphase beschränkt, soll lediglich diese vorgestellt werden. Die übrigen beiden Phasen wurden im Kapitel 2.5 Therapieprozess beschrieben.

Wie im Kapitel 2.4 Intervention erläutert, unterteilt Fisher (2014) die ergotherapeutische Intervention in sechs Strategien, die sie in ihrer täglichen Praxis bei Ergotherapeutinnen gesehen hat.

Laut Fisher (2014) handelt es sich bei den drei zuerst genannten – Vorbereitung, mechanisches Üben und simulierte Betätigung - um nicht-legitime Aktivitäten für die Ergotherapie. Dies begründet sie mittels der vier Kontinua, mit denen als Therapie eingesetzte Aktivitäten evaluiert werden können. Damit eine Interventionsart legitim für die Ergotherapie ist, sollte:

1. der Bezug zum Alltag relevant sein,
2. die Umweltrelevanz natürlich sein und sowohl
3. die Bestimmung des Zwecks, als auch
4. die Bestimmung der Bedeutung beim Klienten liegen.



Abb. 5.: Vier Kontinua

Deutlich wird der Einsatz dieser Kontinua an einem Beispiel. Bei der Betrachtung des mechanischen Übens an einem/ einer KlientIn, welcher/ welche zur Verbesserung der Hand-Hand-Koordination Türme bauen soll, um das Greifen zu üben, fällt auf, dass das hervorstechende Merkmal dieser Art von Aktivität repetitives Üben ist, um Körperfunktionen zu entwickeln, wiederherzustellen oder zu erhalten. Dabei hat diese Aktivität,

1. keine Relevanz für den Alltag, der/ die KlientIn baut in seinem/ ihrem Alltag keine Türme,
2. eine simulierte Umweltrelevanz, da die Übungssituation auf Grund des repetitiven Übens gestellt ist,
3. einen von der Therapeutin bestimmten Zweck, nämlich die Verbesserung der Greiffunktion und
4. eine geringe Bedeutung für den/ die KlientIn, da ihm/ ihr das Türme bauen an sich nicht wichtig ist.

Durch den Gebrauch der vier Kontinua wird deutlich, dass mechanisches Üben für die Ergotherapie keine legitime Aktivität ist, da es weder betätigungsorientiert, ausgedrückt durch die ersten beiden Kontinua, noch klientenzentriert, ausgedrückt durch die letzten beiden Kontinua, ist.

Ergänzend zu den drei nicht legitimen Aktivitäten, sind die drei Letztgenannten legitim. Dabei handelt es sich um die restitutive (wiederherstellende) Betätigung, die akquisitorische (einübene) Betätigung und die adaptive Betätigung. Diese werden durch ein betätigungsorientiertes Schulungsprogramm (edukativ) ergänzt. Für die Planung und Umsetzung von Interventionen stellt Fisher (2014) somit innerhalb des OTIPMs vier so

genannte Modelle zur Verfügung, welche Ergotherapeutinnen in ihrem therapeutischen Denken und Handeln leiten sollen. Die Verwendung des Wortes „Modell“ (Fisher, 2014) ist im deutschsprachigen Raum irreführend, da hier unter Modell ein Objekt oder eine Darstellung verstanden wird, welche „die inneren Beziehungen und Funktionen von etwas abbildet bzw. schematisch veranschaulicht“ (Bibliographisches Institut GmbH., 2018b). Passender ist in diesem Zusammenhang die Verwendung des Begriffs „Ansatz“, welcher die vier Modelle als Interventionsvorschläge definiert (Bibliographisches Institut GmbH., 2018c).

Im Folgenden wird nun zur besseren Verständlichkeit der Begriff Ansatz statt Modell verwendet. Fisher (2014) stellt somit innerhalb des OTIPMs vier Ansätze zur Verfügung. Den restitutiven-, akquisitorischen-, kompensatorischen- und edukativen Ansatz. Diese erfüllen alle die vier Kontinua, mit denen als Intervention eingesetzte Aktivitäten evaluiert werden können.

2.6.1 Restitutiver Ansatz

Beim restitutiven Ansatz „liegt der Fokus auf Besserung zugrunde liegender Schädigungen oder auf Wiederherstellung, Entwicklung oder Erhalt personenbezogener Faktoren und Körperfunktionen“ (Fisher, 2014, S.46). Diese Funktionen werden durch den Einsatz von Betätigung als therapeutisches Mittel trainiert. Die Betätigung soll für den/die KlientIn bedeutungsvoll und zweckgerichtet sein und so weit wie möglich relevant für den Alltag. Ein Beispiel dazu findet sich im Kapitel 2.4 Intervention.

2.6.2 Akquisitorischer Ansatz

Das Ziel des akquisitorischen Ansatzes besteht darin, „Klienten [Klientinnen] zu befähigen, effektive Aktionen wieder zu erwerben, zu entwickeln oder zu erhalten, damit sie Alltagsaufgaben so ausführen können, wie es für Personen dieses Alters, dieses Geschlechts und dieser kulturellen Gruppe normal ist“ (Fisher, 2014, S.48). Der Fokus liegt jedoch nicht, wie bei dem restitutiven Ansatz auf dem Training der Körperfunktionen, sondern dem der Betätigungsfähigkeiten. Dies wird häufig nur im *Clinical Reasoning* der Therapeutin deutlich (vgl. Kapitel 2.4 Intervention).

2.6.3 Adaptiver Ansatz

Der adaptive Ansatz legt den Fokus nicht auf die Wiederherstellung, Entwicklung oder Erhalt von Fähigkeiten oder Funktionen. Im adaptiven Ansatz ändern sich nicht die Ei-

enschaften des/ der KlientIn, sondern die der Umwelt. Betätigungen werden so angepasst, dass „der Klient [die Klientin] Aktivitäten auf eine neue Art ausführt, die sich von der unterscheidet, wie es Menschen üblicher Weise tun“ (Fisher, 2014, S.51), zum Beispiel durch den Einsatz von Hilfsmitteln.

2.6.4 Edukativer Ansatz

Der edukative Ansatz beinhaltet laut Fisher (2014, S.33) „Schulungsprogramme für größere Gruppen, in denen es um tägliches Leben und dazugehörige Betätigungsperformanz geht“. Diese können in Form von Seminaren, Vorträgen oder Workshops durchgeführt werden. Die Teilnehmenden haben in diesem Rahmen die Möglichkeit, Strategien zu diskutieren, allerdings ohne dabei die Fertigkeiten direkt zu erlernen und zu üben. Bei den Teilnehmenden kann es sich um den/ die direkten/ direkte KlientIn oder dessen/ deren Umwelt handeln. Die KlientInnen sollen dazu ermuntert werden, später neue Strategien auszuprobieren, die sie im Kurs gelernt haben.

2.7 ICF als biopsychosoziales Gesundheitsmodell

Um sich als Ergotherapeutin einen wissenschaftlich und praktisch orientierten Bezugsrahmen zu schaffen werden Modelle genutzt. Hierzu kann das beschriebene OTIPM (vgl. Kapitel 2.6 OTIPM) verwendet werden.

Für die Handtherapie wird die ICF sowohl von Schröder (2008) als auch von Diday-Nolle (2009) vorgeschlagen. In beiden vorgestellten Ausbildungsstätten (AFH und DAHTH, vgl. Kapitel 2.1.3 Handtherapieausbildung) wird dieses Modell gelehrt. Die ICF wurde im Mai 2001 von der World Health Assembly of the World Health Organisation (WHO) eingeführt und dient als Modell für Funktionsfähigkeit und Behinderung, sowie auch als Klassifikation und gemeinsame Sprache zur Beschreibung dieser Funktionsfähigkeit und Behinderung (Bickenbach & Jerosch-Herold, 2009). Die ICF ist in drei Dimensionen aufgeteilt, welche in Wechselwirkung zueinanderstehen (vgl. Abb. 6.).



Abb. 6.: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Zentrale Punkte sind Aktivität und Partizipation, wodurch die Nutzung dieses Modells zur Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention beitragen kann. Daher beschreiben die Forscherinnen neben dem ergotherapiespezifischen OTIPM auch die multiprofessionell zu nutzende ICF.

Durch die internationale Klassifikation ist eine gemeinsame internationale und Multiprofessionelle Sprache geboten, wobei die ICF als „ein Werkzeug zur umfassenden Beschreibung von Gesundheitsproblemen“ (Bickenbach & Jerosch-Herold, 2009, S.47) genutzt werden soll. Die holistische Sicht auf den/ die KlientIn umfasst die drei Dimensionen der Körperfunktion und -struktur, Aktivität und Partizipation im Zusammenhang mit seinen/ ihren persönlichen und umweltbezogenen Kontextfaktoren (vgl. Abb.6.).

Bickenbach und Jerosch-Herold (2009, S. 47) schreiben: „Ergotherapeuten sind zwar mit allen drei Dimensionen befasst, aber die letzte, die Partizipation, hat die engste Verbindung zum Begriff Betätigung.“ (vgl. Kapitel 2.2 Betätigung).

Die ICF, als einheitliches Beziehungs- und Klassifikationssystem, dient selbst nicht als Instrument für Evaluation, gab aber AutorInnen die Grundlage für die Entwicklung von Befunderhebungsinstrumenten (Bickenbach & Jerosch-Herold, 2009). So orientierte auch Fisher (2014) sich bei der Entwicklung ihrer betätigungsorientierten Assessments, Assessment of Process Motor Skills (AMPS*) und der Schulversion des Assessments (School-AMPS) an der Klassifikation der ICF. Die motorischen, prozessbezogenen und sozialen Interaktionsfähigkeiten, die Fisher (2014) beschreibt, lassen sich also mit einer ICF-Kodierung ebenso darstellen. Hier ein Beispiel, was zur Beschreibung im Bereich der ergotherapeutischen Handtherapie dienen könnte:

„ERGREIFT/HÄLT - ergreift Gegenstände der Aufgabe oder klemmt sie so ein, dass der Gegenstand nicht rutscht (z.B. aus den Fingern oder aus der Hand der Person zwischen seinen Zähnen heraus) (d4400, d4401).“ (Fisher, 2014, S.164). Fisher (2014) möchte hiermit deutlich machen, dass Performanzfertigkeiten die kleinste beobachtbare Einheit von Betätigungsperformanz beschreiben und nicht personenbezogene Faktoren oder Körperfunktionen (vgl. Kapitel 2.2 Betätigung; vgl. Abb. 2).

Das biopsychosoziale ICF-Modell wird unter dem Aspekt „Fächerübergreifende Inhalte“ als ein Modul der DAHTH (2018) gefasst. Hier soll die angehende Handtherapeutin „das Wissen über die Handlungsfähigkeit von kranken und verletzten Menschen in ihrem jeweiligen Lebenskontext“ (DAHTH, 2018) vermittelt bekommen.

Die Weiterbildung zur Handtherapeutin legt mit diesem Wissen also einen Grundstein für eine holistische Sicht auf den/ die KlientIn. In wie weit dieses Modell in der praktischen Arbeit von Handtherapeutinnen im ergotherapeutischen Kontext Anwendung findet und möglicherweise die betätigungsorientierte Intervention unterstützt möchten die Forscherinnen im weiteren Verlauf ihrer Forschung herausfinden.

2.8 Kompetenzen

Von den 1940er Jahren, in denen die Handtherapie gegründet wurde, bis heute haben sich die Anforderungen der Arbeitswelt durch den Einsatz neuer Technologien und den flexibleren Formen der Arbeitsorganisation gewandelt. Entsprechend haben sich auch die Ansprüche an die Arbeitnehmerin/ Leistungserbringerin, hier die Ergotherapeutin, geändert. Der Fokus verschiebt sich weg von formalen Qualifikationen und hin zu subjektbezogenen Handlungskompetenzen (Heinz, zitiert nach von der Heyden, 2014). Auch in der ergotherapeutischen Arbeitswelt haben sich, durch die in den letzten Jahren stattgefundenen Veränderungen im Bildungsbereich, die Anforderungen geändert. Der DVE mit der Projektgruppe „Kompetenzprofil und Modularisierung“ (2018) nennt unter anderem den Paradigmenwechsel, die stärkere Globalisierung, sowie die Implementierung des Europäischen und des Deutschen Qualifikationsrahmens in die unterschiedlichen Bildungsebenen und -systeme als Gründe. Der Status quo der ergotherapeutischen Arbeitswelt beschreibt eine heterogene Berufspraxis, die laut von der Heyden (2014) in den diversen Arbeitsfeldern für Außenstehende kaum Wiedererkennungseffekte aufweist. Bei der Handtherapie handelt es sich um einen der beschriebenen Tätigkeitsbereiche. Desto wichtiger ist es, den Wiedererkennungseffekt der ergotherapeutischen Handtherapie gegenüber der physiotherapeutischen Handtherapie zu schärfen. Auch der DVE (2018) unterstützt diese Einschätzung, indem gesagt wird, dass ein einheitliches Kompetenzprofil für die Ergotherapie den Austausch in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern intradisziplinär, sowie den Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen multiprofessionell erleichtert. „Durch das Aufzeigen der Aufgabenfelder der Ergotherapie und die verbindliche Darstellung der Kompetenzen können ergotherapeutische Tätigkeitsbereiche im Sinne der Interprofessionalität/ -disziplinarität sowie der Transdisziplinarität definiert, abgegrenzt aber auch zusammengeführt werden.“ (DVE, 2018)

Auf den Internetseiten der Ausbildungsstätten für Handtherapeutinnen, AFH und DAHTH, wird nicht explizit erwähnt, welche Kompetenzen benötigt werden, um sich Handtherapeutin zu nennen, bzw. welche Kompetenzen mit der Weiterbildung erworben werden. Die DAHTH (2018) beschreibt den Nutzen der Weiterbildung wie folgt: „In erster Linie dient die Weiterbildung der eigenen Wissensvermehrung und einem aktuellsten Kenntnisstand in den Bereichen der Handrehabilitation.“

Die Ausbildungsstätte legt den Fokus ihrer Kompetenzvermittlung funktionsorientiert aus (vgl. Kapitel 2.1.3 Handtherapie in der Ergotherapie).

Beide Ausbildungsstätten haben als Zugangsvoraussetzung die abgeschlossene Ergo-/Physiotherapie Ausbildung und die damit bereits erworbenen Kompetenzen angesetzt. Da die Forscherinnen sich auf die zertifizierten Handtherapeutinnen der DAHTH und der AFH, sowie deren Möglichkeiten zur Gestaltung von betätigungsorientierter Intervention im ergotherapeutischen Kontext beschränken und beide Ausbildungsstätten in Deutschland ausbilden, soll im Folgenden auch vermehrt Bezug auf das deutsche Kompetenzprofil für Ergotherapeutinnen genommen werden.

Dies wurde 2018 von der Projektgruppe „Kompetenzprofil und Modularisierung“ des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten entwickelt und ist „als ein erster Entwurf zur Formung einer Berufsidentität zu verstehen.“ (DVE, 2018).

Im Kompetenzprofil wird der Begriff *Kompetenzen* als „Fähigkeiten und Dispositionen zur Bewältigung kontextspezifischer Anforderungen“ beschrieben (DVE, 2018, S.5). Als Anforderungen an das Kompetenzprofil wurden gestellt, dass dieses sowohl die einzelnen Domänen, in denen Ergotherapeutinnen handeln, beschreibt, als auch deren Vernetzung aufzeigen und zugleich unterschiedliche Entwicklungsstufen innerhalb der Domänen kennzeichnen (DVE, 2018). Jede Domäne stellt eine eigenständige Kompetenz dar. Insgesamt gibt es sieben verschiedene Domänen, welche nebeneinander existieren, aber nicht trennscharf voneinander vorliegen, da auch Co-Existenzen möglich und sogar gewünscht sind. Die sieben Domänen heißen:

- Ergotherapeutische Expertise
 - Kommunikation
 - Zusammenarbeit
 - Management
 - Fürsprache
 - Lernen
 - Professionalität
- (DVE, 2018)

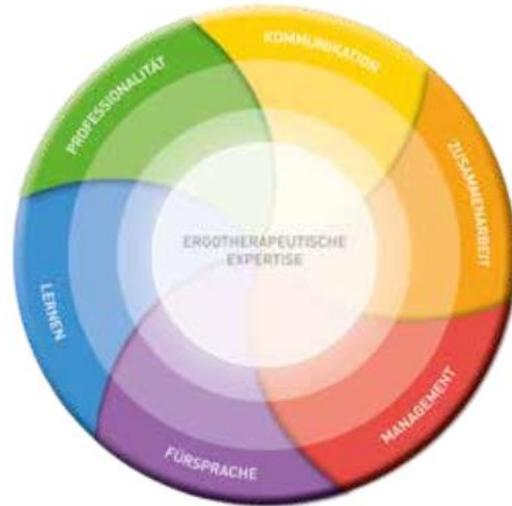


Abb. 7.: Kompetenzprofil Ergotherapie

Ergotherapeutische Expertise

Die *ergotherapeutische Expertise* bildet eine eigene Domäne, ist aber zusätzlich nur dann effektiv auszufüllen, wenn alle umliegenden Domänen genutzt werden (DVE, 2018). Im Kompetenzprofil wird die *ergotherapeutische Expertise* wie folgt definiert:

Ergotherapeutinnen handeln als Expertinnen für Betätigung eigenverantwortlich und selbstständig in komplexen und sich verändernden ergotherapeutischen Tätigkeitsfeldern mit dem Ziel der Förderung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden ihrer Klientinnen. Sie integrieren die unterschiedlichen ergotherapeutischen Kompetenzen in ihr professionelles Denken, Verhalten und Handeln. Ergotherapeutinnen handeln klientenzentriert auf Basis der bestehenden und aktuellen Erkenntnisse. (DVE, 2018, S.10).

Kommunikation

Der DVE (2018, S.10) fokussiert bei der Beschreibung der Domäne *Kommunikation*, dass „eine vertrauensvolle professionelle Beziehung zu ihren Klientinnen aufgebaut und erhalten“ werden soll. Dies geschieht „wertschätzend, effektiv und zielgruppenspezifisch“.

Zusammenarbeit

In dieser Domäne geht es um die multiprofessionelle sowie interdisziplinäre *Zusammenarbeit*. Hierbei ist es besonders wichtig, den „Mehrwert der Ergotherapie in Bezug auf Betätigung und Teilhabe“ herauszustellen (DVE, 2018, S.11).

Management

Es werden Maßnahmen aus dem Qualitätsmanagement angewandt, damit Therapeutinnen ihre ergotherapeutischen Tätigkeiten effektiv und effizient managen und weiterentwickeln (DVE, 2018).

Fürsprache

Der DVE (2018) macht sich im Berufsprofil dafür stark, dass Ergotherapeutinnen die Teilhabe, die Lebensqualität und das Wohlbefinden ihrer KlientInnen erfassen und fördern. Sie richten ihr Handeln auf die Bedarfe und Bedürfnisse ihrer KlientInnen aus.

Lernen

„Ergotherapeutinnen erhalten und verbessern ihr professionelles Handeln auf Basis einer reflexiven Praxis und dem Prozess des lebenslangen Lernens. Ergotherapeutinnen vermitteln spezifisches ergotherapeutisches Wissen“ (DVE, 2018, S.12)

Professionalität

In der Domäne *Professionalität* steht vor allem das Handeln nach Normen und Werten im Vordergrund. Ergotherapeutische Interventionen sollen laut DVE (2018), gewissenhaft, an aktuellen Standards und Reglementierungen ausgerichtet sein. Sie sollen ihre relevante Funktion innerhalb der komplexen Gesundheitsversorgung und der Gesellschaft realisieren.

Die aufgeführten Kompetenzen beziehen sich auf die DQR-Niveaustufe 6. Diese stellen eine Momentaufnahme dar und bilden das Einstiegsniveau von Berufsanfängern ab, wenngleich berücksichtigt werden muss, dass im Sinne des lebenslangen Lernens für umfassend beruflich-kompetentes Handeln eine weitere Kompetenzentwicklung zu erfolgen hat (DVE, 2018).

2.9 Fazit

Im vorhergegangenen Kapitel haben die Forscherinnen über die Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext, sowie Aspekte der betätigungsorientierten Intervention in der Ergotherapie, informiert und das OTIPM als ihren Bezugsrahmen vorgestellt. Aus den Inhalten geht hervor, dass der Fokus der Ergotherapie in ihrer Gesamtheit auf der Betätigung liegt und aus diesem Grund Interventionen von Ergotherapeutinnen betätigungsorientiert gestaltet werden sollten. Des Weiteren stellten die Forscherinnen fest, dass die Handtherapie den Fokus der Intervention zunächst auf Körperfunktionen und -strukturen legt. Das Ziel in beiden beschriebenen Fällen scheint jedoch das Gleiche, die Partizipation des/ der KlientIn.

Diese Informationen über Handtherapie konnten die Forscherinnen zum größten Teil in den Standardwerken über die Handtherapie finden (Breier, Diday-Nolle, Saur, & Reiter Eigenheer, 2013; Waldner-Nilsson, 2009a&b; Waldner-Nilsson, 2013). Hierbei achteten sie darauf, die aktuellsten Auflagen dieser Werke zu nutzen.

Auf ihrem Weg die aktuelle Lage der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext darzustellen, mussten die Forscherinnen feststellen, dass die Literatur ebenso geteilt ist wie die Ansätze der Intervention. Die von den Forscherinnen, als Quellen genutzten Studien überprüften sie im Hinblick auf deren Evidenzlevel nach Tomlin und Borgetto (2011), beispielhaft dargestellt an der Studie *Occupation-based intervention in hand injury rehabilitation: Experiences of occupational therapists in Malaysia* (Che Daud, Yau, Barnett, & Judd, 2016), sowie der Arbeit *A phenomenology of occupation-based hand therapy* (Colaiani, Provident, DiBartola, & Wheeler, 2015). Beides sind qualitative Forschungsarbeiten, die Interviews zur Erhebung der Daten nutzten. Die Teilnehmerinnen waren in beiden Fällen Ergotherapeutinnen mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung, welche im Bereich der Handtherapie arbeiten und ihre Arbeit als betätigungsbasiert beschrieben. Che Daud, Yau, Barnett und Judd (2016) befragten 16 Therapeutinnen und Colaiani, Provident, Di Bartola und Wheeler (2015) befragten zehn, was in beiden Fällen eine repräsentative Menge in der qualitativen Forschung darstellt (Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger, & Stamm, 2016). Die Gütekriterien werden in den jeweiligen Studien aus Sicht der Forscherinnen gut beschrieben, weshalb sie beide auf dem Evidenzlevel zwei nach Tomlin und Borgetto (2011) einordnen. Eine Schwäche stellt jedoch dar, dass beide Studien aus verschiedenen kulturellen Kontexten stammen,

was die Übertragbarkeit auf den Kontext der Forscherinnen einschränkt. Forschung im Bereich der Schnittmenge von betätigungsorientierter Ergotherapie und ergotherapeutischer Handtherapie ist vor allem im deutschsprachigen Raum rar.

Mit der Darstellung der aktuellen Situation in der Weiterbildung zur Handtherapeutin, den Zielen der Handtherapie und der Darstellung und Erläuterung der Betätigungsorientierung in der Ergotherapie, sowie dem Bezugsrahmen OTIPM, möchten die Forscherinnen die Relevanz dieser Forschung hervorheben.

3. Methode

Um die Forschungsfrage „Wie gestalten zertifizierte Handtherapeutinnen eine betätigungsorientierte Intervention im ergotherapeutischen Kontext?“ adäquat beantworten zu können, ist die Wahl der Methode ein wichtiger Faktor. Da sich die Forschungsfrage aus der Literatur nicht beantworten lässt (vgl. Kapitel 1. Einleitung), muss ein empirischer Ansatz gewählt werden. Dieser kann durch einen quantitativen oder qualitativen Bezugsrahmen bearbeitet werden (Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016).

Dieses Kapitel erläutert im Folgenden das Vorgehen der Methode. Hierzu werden zunächst die Art der Untersuchung und die Wahl der Methode begründet. Darauf aufbauend wird die Vorgehensweise der Datenerhebung, sowie der Datenanalyse genauer beschrieben. Im Anschluss folgen qualitative Gütekriterien dieser Forschungsarbeit.

3.1 Art der Untersuchung

Die Literatur unterscheidet zwischen quantitativer und qualitativer Forschung. Während sich die quantitative Forschung durch das, was objektiv wahr ist auszeichnet und dadurch eine allgemeine Aussagekraft erlangt (Blumer, 1973 zitiert nach Perkhofer, Gebhart, & Tueck, 2016), liegt das Erkenntnisinteresse der qualitativen Forschung in den Alltagserfahrungen und dem subjektiven Erleben eines Menschen (Flick, 2011; Mayring, 2016). Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm (2016) listen verschiedene Bereiche wie z.B. Verhalten, Interventionen, Entscheidungen oder Phänomene auf, die das Erleben, Erfahren und Wissen von Subjekten erforschen. Ziel ist es, die Sichtweise des Menschen zu verstehen, um allgemeine Ablauf-, Struktur- und Deutungsmuster zu erfassen (Flick, 2011).

In seinem Buch „Einführung in die qualitative Sozialforschung“ geht Mayring (2016) auf fünf Postulate des qualitativen Denkens ein, die ein Grundgerüst dessen darstellen und das Verständnis vertiefen sollen. Diese sind:

1. *Subjektbezogenheit* der Forschung
2. *Deskription*
3. *Interpretation* der Forscherinnen
4. Subjekte in ihrer natürlichen, *alltäglichen Umgebung* zu untersuchen
5. Generalisierung der Ergebnisse als *Verallgemeinerungsprozess*

Ausgehend von diesen fünf Postulaten haben sich 13 Säulen entwickelt, um konkretere Handlungsanweisungen zu konstruieren und anhand dessen Standards für die qualitative Forschung abzuleiten.

Die Abb. 7. Säulen qualitativen Denkens (Mayring, 2016) verdeutlicht den Zusammenhang der fünf Postulate mit den 13 Säulen. Diese werden im Folgenden näher erläutert und im weiteren Forschungsprozess berücksichtigt.

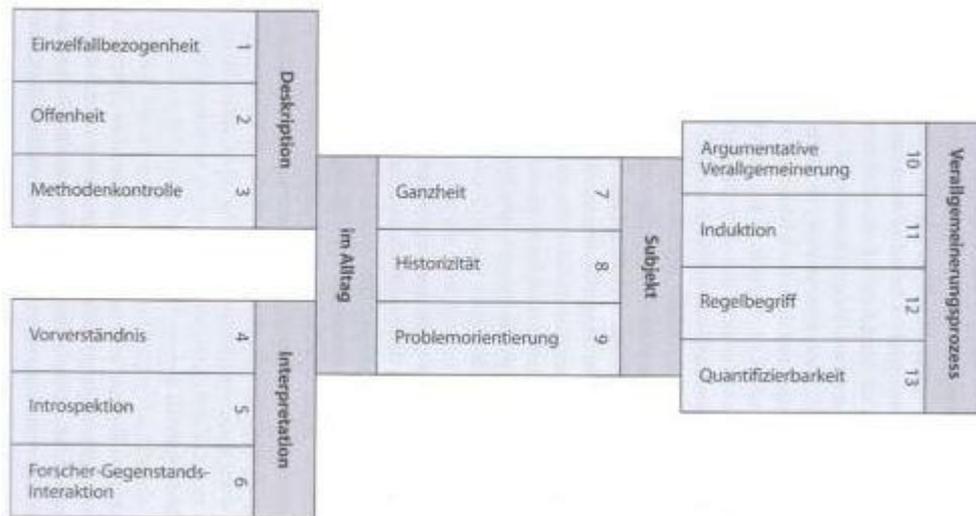


Abb. 8.: 13 Säulen qualitativen Denkens

3.1.1 13 Säulen qualitativen Denkens

1. *Einzelfallbezogenheit;*

Erhebung und Analyse von Einzelfällen, um die Angemessenheit der Datenerhebungsmethode (vgl. Kapitel 3.3 Datenerhebung) und der Interpretation der Resultate (vgl. Kapitel 5. Diskussion) zu überprüfen (Mayring, 2016).

2. *Offenheit;*

eine genaue Deskription ist nur möglich, wenn der Forschungsprozess dem Gegenstand gegenüber offengehalten wird, sodass Änderungen vereinbar sind (Mayring, 2016). Die Forscherinnen haben den Bereich der Handtherapie ausgewählt, in dem keine zum jetzigen Zeitpunkt aktiv arbeitet und demnach offen gegenüber dem Gegenstand sind.

3. *Methodenkontrolle;*

meint eine Überprüfung der Resultate anhand der methodisch kontrollierten Vorgehensweise der Datenerhebung, sowie Analyse (vgl. Kapitel 3.3 Datenerhebung und Kapitel 3.4 Datenanalyse). Mayring (2016, S.29) sagt: „Das Verfahren muss expliziert werden und es muss sich an begründeten Regeln orientie-

ren.“. Dadurch wird das Gütekriterium der Regelgeleitetheit (vgl. Kapitel 3.5.3 Regelgeleitetheit) erreicht und stellt eine Grundlage für die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse dar (Mayring, 2016).

4. *Vorverständnis;*

eine Analyse ist immer von einem Vorverständnis des Analytikers geprägt (Mayring, 2016). Demnach wurde das Vorverständnis in dieser Arbeit durch den Theoretischen Hintergrund, sowie dem Wissen zur Methode dem/ der LeserIn transparent gemacht und durch die Resultate, der Diskussion und der Schlussfolgerung weiterentwickelt.

5. *Introspektion;*

meint „die Analyse eigenen Denkens, Fühlens und Handelns“, die bei der Analyse als Informationsquelle zugelassen werden. Diese müssen „ausgewiesen, begründet und überprüft werden“ (Mayring, 2016, S.31). Dies wird vor allem in der Beschreibung des Theoretischen Hintergrundes (Kapitel 2.), der Datenanalyse (Kapitel 3.4) sowie der Diskussion (Kapitel 5.) deutlich.

6. *Forscher-Gegenstands-Interaktion;*

beschreibt einen Prozess, in dem sich Forscher und Gegenstand verändern (Mayring, 2016). Dieser Prozess ist u.a. den drei Prozessberichten zu entnehmen, die im Rahmen dieser Arbeit an die betreuende Dozentin ausgehändigt wurden.

7. *Ganzheit;*

meint ein holistisches Menschenbild. „Analytische Trennungen in menschliche Funktions- und Lebensbereiche müssen immer wieder zusammengeführt werden und in einer ganzheitlichen Betrachtung interpretiert und korrigiert werden.“ (Mayring, 2016, S.33). Diese Sichtweise nehmen die Forscherinnen passend zum Forschungsansatz und Forschungsdesign ein.

8. *Historizität;*

die historischen Dimensionen des Gegenstandsbereiches müssen aufgezeigt

werden, um historische Zusammenhänge und Veränderungen zu berücksichtigen (Mayring, 2016). Dies haben die Forscherinnen im Kapitel 2.1.2 Geschichte der Handtherapie als auch im Folgenden Kapitel 3.2 Wahl der Forschungsmethode näher beleuchtet. Weiterhin wurde darauf geachtet, dass aktuelle Literatur verwendet wird.

9. *Problemorientierung;*

setzt an praktischen Problemstellungen des Gegenstandsbereiches an, um die Ergebnisse auf die Praxis beziehen zu können (Mayring, 2016). Im Hinblick auf die Forschungsfrage sollen die subjektiven Lebenserfahrungen, Ideen und das Wissen von zertifizierten Handtherapeutinnen für die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention im ergotherapeutischen Kontext erhoben werden. Da der Bereich „Betätigungsorientierung in der Handtherapie“ bisher im deutschsprachigen Raum wenig erforscht wurde, erhoffen sich die Forscherinnen einen Mehrwert mit dieser Arbeit (vgl. Kapitel 1. Einleitung).

10. *Argumentative Verallgemeinerung;*

um die Gültigkeit der Ergebnisse zu generalisieren, muss begründet dargelegt werden, welche Ergebnisse auf welche Situationen, Bereiche, Zeiten verallgemeinert werden können (Mayring, 2016) (vgl. Kapitel 5. Diskussion).

11. *Induktion;*

laut Mayring (2016, S.36). „spielen induktive Verfahren zur Stützung und Verallgemeinerung der Ergebnisse eine zentrale Rolle, sie müssen jedoch kontrolliert werden“. Die Regelgeleitetheit nach Mayring (2016) (vgl. Kapitel 3.5.3 Regelgeleitetheit) beschreibt die Kontrolle dieser Forschungsarbeit. Es wurde also ein induktives Vorgehen gewählt, das darauf abzielt aus erhobenen Daten neue Erkenntnisse zu gewinnen und daraus Theorien zu entwickeln (Perkhofer, Gebhart & Tueck, 2016). Das gewählte Vorgehen erläutern die Forscherinnen im Kapitel 3.4 Datenanalyse genauer.

12. *Regelbegriff*;

beschreibt das Feststellen von Regelmäßigkeiten des Menschen in seinem Denken, Fühlen und Handeln, die von ihm selbst gesteuert werden und kontextgesteuert sind (Mayring, 2016).

13. *Quantifizierbarkeit*;

mittels qualitativer Analyse können quantitative Elemente zur Absicherung der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse geschaffen werden (Mayring, 2016). Dazu nutzen die Forscherinnen die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

Demzufolge entschieden sich die Forscherinnen für einen qualitativen Forschungsansatz in Anlehnung an das phänomenologische Forschungsdesign. Dieses Design wird verwendet, wenn ein Phänomen von gelebten Erfahrungen beschrieben werden soll (Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016).

3.2 Wahl der Forschungsmethode

Im Bereich der qualitativen Forschung gibt es verschiedene Möglichkeiten der Datenerhebung, mit einer unterschiedlichen Verfolgung der Ziele. Die Forscherinnen entschieden sich für die Methode des Gruppendiskussionsverfahrens. Kruse (2015) beschreibt Gruppendiskussionsverfahren als eine Moderationstechnik zur Datengenerierung, die sich komplementär zu qualitativen Interviewverfahren verhält. Aus einer historischen Betrachtung der Entwicklung der Gruppendiskussionsverfahren geht hervor, dass es eine Vielzahl an Begriffsvarianten (focus groups, Gruppeninterviews) gibt, die verschiedene methodische und thematische Schwerpunkte je nach Autor setzen. Die Zielsetzung eines Gruppendiskussionsverfahrens hingegen wird einheitlich verfolgt (Kruse, 2015).

Mayring (2016, S.77) schreibt: „Denn die Erfahrungen zeigen, dass in gut geführten Gruppendiskussionen Rationalisierungen, psychische Sperren durchbrochen werden können und die Beteiligten dann die Einstellungen offenlegen, die auch im Alltag ihr Denken, Fühlen und Handeln bestimmen“.

Zudem ermöglichen Gruppendiskussionen Themen breiter zu betrachten, indem sich die Teilnehmer gegenseitig triggern (Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016).

Ziel ist es also, den Mehrwert der sozialen Interaktion zu nutzen, um das Verhalten, die Entscheidungen und die Umwelt der Diskussionsteilnehmerinnen zu erforschen. Dadurch werden innerhalb einer Gruppendiskussion öffentliche Meinungen, kollektive Ideen und Ideologien erlangt (Mayring, 2016). In Anbetracht dieser Aspekte entschieden sich die Forscherinnen für die Methode der Gruppendiskussion.

Im Unterschied zu Einzelinterviews werden Gruppendiskussionen anhand von mehreren Teilnehmerinnen und einer Diskussionsleiterin gebildet (Mayring, 2016). Die Zusammensetzung dieser Gruppe wird im Kapitel 3.3.1 Gruppenbildung genauer beschrieben. Insgesamt wurden zwei Gruppendiskussionen durchgeführt. Die erste um einen Ist-Zustand und die zweite um vertiefende Fragen und einen Soll-Zustand zu ermitteln.

3.3 Datenerhebung

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise der Datenerhebung vertieft. Dabei wird die Gruppenbildung, die Gestaltung der Diskussionsleitfäden, der organisatorische Ablauf, sowie die Art und Weise der Aufzeichnung und der Transkription beschrieben.

3.3.1 Gruppenbildung

3.3.1.1 Sampling

Im Sampling stellte sich die Frage, welche Personen für die Datengenerierung ausgewählt werden. Dieser Prozess ist entscheidend für die Erreichung einer Aussagequalität der Datenanalyse bzw. einer Reichweite der Ergebnisse (Kruse, 2015).

Mayring (2016) beschreibt diesen Schritt der Gruppenbildung oft als schwierig, da die Kriterien, welche hierfür gelten im Alltag häufig nicht gegeben sind und sich nicht konstruieren lassen (vgl. Kapitel 3.3.1.3 Rekrutierung der Teilnehmerinnen). Die Gruppengröße soll rund fünf bis 15 Teilnehmer umfassen und möglichst im Alltag als Gruppe bestehen.

Aus der Forschungsfrage heraus, lässt sich eine zielgerichtete Gruppe ableiten. Dafür ist die Festlegung gemeinsamer Merkmale der Teilnehmerinnen nötig, um einer Strategie der Gruppenbildung nachzugehen (Kruse, 2015). Hierbei verfolgten die Forscherinnen die Strategie, eine möglichst homogene Gruppe zu bilden. Przyborski und Wohlrab-Saar (2014) betonen die Wichtigkeit einer homogenen Gruppe, da gemeinsame Erfahrungen Zentren der Diskussion ergeben. Außerdem beschreiben sie, dass die Teilnehmerinnen einer Gruppendiskussion eine makrosoziale Einheit repräsentieren, was gewisse Gemeinsamkeiten voraussetzt.

Folgende Einschlusskriterien setzten die Forscherinnen für potentielle Studienteilnehmerinnen voraus:

- ✓ Ergotherapeutin sein,
- ✓ Zertifizierte Handtherapeutinnen der AFH oder der DAHTH,
- ✓ seit mindestens zwei Jahren mehrere handtherapeutische Klienten die Woche betreuen,
- ✓ sich für betätigungsorientierte Handtherapie interessieren.

Diese Merkmale ergaben sich zum Einem anhand der Forschungsfrage, da konkret nach zertifizierten Handtherapeutinnen im ergotherapeutische Kontext gesucht wurde. Zum

Anderen setzten diese das Interesse an betätigungsorientierter Intervention in der Hand-
therapie voraus. Das Kriterium der zweijährigen Berufserfahrung wird als eine Zeit-
spanne angesehen, um sich in einem Beruf kompetent und sicher zu fühlen (Woick,
Larsen-Vefring, Litwa, & Zillhardt, 2014). Dadurch wollten die Forscherinnen „Exper-
ten“ heranziehen, die neben externem auch internes Wissen anhand von Erfahrungen
mitteilen und demnach auf einem ähnlichen Bildungsniveau sind (Kruse, 2015).

3.3.1.2 Anschreiben

Im nächsten Schritt wurde ein schriftliches Anschreiben erstellt [siehe Anhang 2], durch
das ein erster Kontakt per E-Mail zu potentiellen Studienteilnehmerinnen gestaltet wer-
den sollte. Kruse (2015) schreibt, dass die Erstkontaktaufnahme auf verschiedenen We-
gen, wie E-Mail, telefonisch oder direkt-mündlich erfolgen kann und es abhängig von
der jeweiligen Zielgruppe ist. Wichtig sei aber, dass im ersten Kontakt Informationen
zur Forschungsarbeit, zur Methode, zu Einschlusskriterien und Gewinnung der Teil-
nehmerinnen, sowie der Datennutzung der Person genannt werden. Bis auf den letzten
Punkt haben die Forscherinnen alle weiteren Aspekte berücksichtigt. Um die Informa-
tionsflut in der ersten Kontaktaufnahme, an die potentiellen Teilnehmerinnen gering zu
halten, entschieden die Forscherinnen sich für dieses Vorgehen. Erst als die Studienteil-
nehmerinnen feststanden wurden die ethischen Aspekte, mit u.a. der Nutzung der per-
sönlichen Daten in einer Vereinbarung über die Teilnahme an der Studie [siehe Anhang
3] an die Studienteilnehmerinnen versandt.

Weitere Inhalte dieses Schreibens waren grundsätzliche Vereinbarungen, wie die Frei-
willigkeit und besondere Rechte der Studienteilnehmerinnen, wie den Forschungsbe-
richt als Datei an ihre E-Mailadresse zugesendet zu bekommen. Mit einer Unterschrift
der informierten Einwilligung wurde die Vereinbarung an die Forscherinnen zurückge-
geben.

3.3.1.3 Rekrutierung der Teilnehmerinnen

Um möglichst viele Teilnehmerinnen für die qualitative Studie zu rekrutieren, schreibt
Kruse (2015, S. 250), „müssen diese [...] erstens ausfindig gemacht, zweitens kontak-
tiert und drittens für das Interview gewonnen werden“.

Eine Möglichkeit ist die Suche nach Teilnehmerinnen über verschiedene direkte Re-
cherchestrategien, wie z.B. über Internetpräsenz oder Telefonlisten (Kruse, 2015). Die-

sen Weg wählten die Forscherinnen als erstes und schickten das Anschreiben per E-Mail an potenzielle Teilnehmerinnen. Dazu zählten:

- ✓ ergo- und handtherapeutische Praxen
- ✓ Soziale Netzwerke: Facebook und ergoXchange
- ✓ die Ausbildungsstätten AFH und DAHTH
- ✓ Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- ✓ Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
- ✓ Telefonate

Mitte März wurden 15 ergo- und handtherapeutische Praxen, die den Internetseiten der Ausbildungsstätten zu entnehmen waren, angeschrieben mit der Bitte dieses Anschreiben an ihre Arbeitnehmer weiter zu tragen. Zusätzlich wurde das Anschreiben in den sozialen Netzwerken Facebook und ergoXchange veröffentlicht. Da bis Ende März keine Resonanz erfolgte, haben die Forscherinnen die Ausbildungsstätten der AFH und der DAHTH mit der Bitte angeschrieben, die angehängte Datei an ihre Mitglieder und im Newsletter weiter zu verbreiten. Danach meldeten sich insgesamt zwei Studieninteressierte, wovon letztlich eine an der Studie teilgenommen hat. Da zu dieser Zeit Osterferien waren, haben die Forscherinnen dem Ganzen etwas mehr Zeit gegeben. Mitte April haben sie dann dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie das Anschreiben zugesendet.

Für eine weitere Rekrutierung wurden Telefonate mit Mitgliedern der *Regionalgruppe Handtherapie Rheinland*, welche die Forscherinnen vom Regionalgruppenleiter erhalten haben, durchgeführt. In diesem Fall gestaltete sich der erste Kontakt telefonisch. Hierbei konnte aus verschiedenen Gründen, wie fehlende Zeit oder mangelndes Interesse, niemand für die Studie gewonnen werden. Die Gruppenbildung gestaltete sich zunächst schwierig, wie bereits oben von Mayring (2016) beschrieben.

Letztendlich mussten die Forscherinnen auf das Schneeballverfahren zurückgreifen, um neben der einen Studienteilnahme noch weitere rekrutieren zu können. Dieses Verfahren besagt, dass die Forscherinnen über persönliche Kontakte ergotherapeutische Handtherapeutinnen angefragten. Diese wurden dann gebeten das Anschreiben wieder an ihnen bekannte Personen weiterzuleiten (Ritschl & Stamm, 2016).

Daraufhin konnten drei weitere Studienteilnehmerinnen rekrutiert werden, sodass Anfang Mai eine Gruppe von vier Studienteilnehmerinnen entstand. Mittels eines Daten-

blattes [siehe Anhang 4], das von den Studienteilnehmerinnen ausgefüllt wurde, stellte sich heraus, dass die Gruppe sehr homogen ist. Alle vier Teilnehmerinnen nehmen eine leitende Position in einer ergotherapeutischen Einrichtung ein und betrachten das Geschehen somit aus einer ähnlichen Perspektive. Ihre Berufserfahrung im handtherapeutischen Bereich lag durchschnittlich bei sieben Jahren.

Studienteilnehmer	Alter	ET-Ausbildung	HT-Ausbildung
<ul style="list-style-type: none"> • S1 • S2 • S3 • S4 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 • 51 • 47 • 37 	<ul style="list-style-type: none"> • 1994 • 1996 • 1993 • 2004 	<ul style="list-style-type: none"> • 2010 • 2011 • 2011 • 2011

Abb. 9.: Beschreibung der Teilnehmerinnen

3.3.1.4 Rekrutierung der Diskussionsleiterin

Zusätzlich musste noch eine Diskussionsleiterin für die Gruppendiskussion gewonnen werden. Die Diskussionsleiterin stellt Fragen an die Gruppenteilnehmerinnen und leitet die Diskussion anhand des Diskussionsleitfadens (Mayring, 2016).

Die Diskussionsleiterin wurde ebenfalls über persönliche Kontakte ausgewählt. Dabei war es den Forscherinnen wichtig, dass die Diskussionsleiterin einerseits aus dem ergotherapeutischen Bereich kommt, um mit der allgemeinen Fachsprache vertraut zu sein. Andererseits sollte diese nicht aus dem handtherapeutischen Bereich kommen, um somit die *Offenheit* zu gewähren.

Vor der jeweiligen Gruppendiskussion sind die Forscherinnen mit der Diskussionsleiterin in Austausch getreten, um den Diskussionsleitfaden gemeinsam zu besprechen und Fragen, Ziele und Hintergründe zu klären. Dabei war es den Forscherinnen wichtig, dass die Diskussionsleiterin neben dem Stellen der offenen Fragen auf konkrete Nachfragen und Aufrechterhaltungsfragen zurückgreift. Dadurch sollen bestimmte Aspekte vertieft oder die Teilnehmerinnen zum Weitererzählen aufgefordert werden (Kruse, 2015).

3.3.2 Gestaltung der Diskussionsleitfäden

Im Folgenden wird die Gestaltung des Diskussionsleitfadens, der während der laufenden Rekrutierung erstellt wurde, genauer beschrieben. In Anlehnung an das SPSS-Verfahren (Sammeln – Prüfen – Sortieren – Subsumieren) der Leitfadententwicklung nach Helfferich (2009) wurde der Leitfaden entwickelt (vgl. Kapitel 3.5.3 Regelgeleitetheit).

Zunächst wurden Ideen für mögliche Fragen in einem Brainstorming-Verfahren gesammelt. Auf Grundlage der Forschungsfrage, der drei Leitfragen, sowie dem Wissen aus dem Theoretischen Hintergrund wurden die Fragen gemeinsam von den Forscherinnen überprüft und selektiert. Die übrig gebliebenen Fragen wurden dann inhaltlich anhand der Leitfragen sortiert und in den Diskussionsleitfaden eingeordnet. Die Auswahl an Fragen wurde mit der begleitenden Dozentin besprochen und auf Änderungsvorschläge hin nochmal angepasst. Zusätzlich wurden diese Fragen einer der Forscherinnen bekannten Ergotherapeutinnen gezeigt und auf Verständlichkeit der Formulierung überprüft (vgl. Kapitel 3.5.2 Argumentative Interpretationsabsicherung).

Beide Diskussionsleitfäden wurden der Diskussionsleiterin zusammen mit einem geplanten Ablauf ausgehändigt [siehe Anhang 5].

3.3.2.1 Erster Diskussionsleitfaden

Ziel der ersten Gruppendiskussion war es einen Ist-Zustand der Gestaltung der Intervention in der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext zu ermitteln. Das bedeutet die Fragen konzentrieren sich hier auf die aktuelle Situation der Studienteilnehmerinnen, also ihr Handeln, ihr Reasoning und die gegebenen Rahmenbedingungen. In diesem Zusammenhang wurde versucht Antworten auf die erste und zweite Leitfrage zu sammeln. Dabei wurde die Art, sowie die Reihenfolge der Fragestellungen berücksichtigt.

1. Wie beeinflusst die Art der Befunderhebung (betätigungsorientiert/ funktionsorientiert) eine betätigungsorientierte Intervention?
2. Welche Rahmenbedingungen unterstützen Ergotherapeuten, betätigungsorientierte Interventionen durchzuführen?

Mit der ersten Frage als Eisbrecherfrage „Beschreiben sie eine betätigungsorientierte Intervention aus ihrem Berufsalltag“ wurde die Diskussion eingeleitet. Durch diese Art von Fragestil wird ein leichter Einstieg in die Gruppendiskussion ermöglicht. Die Teilnehmerinnen „reden sich warm“, indem sie eine Alltagssituation beschreiben ohne lange darüber nachdenken zu müssen (Kruse, 2015). Zudem wurde versucht eine Art Definition von betätigungsorientierter Intervention durch das Beispiel abzuleiten, die dann mit dem Vorwissen zur Betätigung aus dem Theoretischen Hintergrund (vgl. Kapitel 2.2 Betätigung) verglichen werden sollte.

Aufbauend auf diese folgten vier weitere Fragen mit einem offenen Stil der Formulierung. Dieser Stil ermöglicht den Teilnehmerinnen selbst zu entscheiden, wie sehr sie eine Frage vertiefen möchten (Kruse, 2015).

Aufgrund der Schwerpunkte der Handtherapie-Ausbildung einer funktionsorientierten Behandlung, wie z.B. durch manuelle Therapien (vgl. Kapitel 2.1.3 Handtherapie - Ausbildungsinhalte), findet die Betätigungsorientierung bislang keine direkte Berücksichtigung. Erst im Zusammenhang mit dem Beruf der Ergotherapie im Contemporary Paradigm wird dieser Aspekt greifbarer. Demnach wurde bei den Studienteilnehmerinnen, die sich für die Betätigungsorientierung in der Ergotherapie und auch der Handtherapie interessieren, konkrete Möglichkeiten für einen Weg hin zur Betätigungsorientierung erfragt.

Dabei stellte die zweite Frage „Wie sieht der Entscheidungsprozess für oder gegen eine betätigungsorientierte Intervention aus?“ eine Verknüpfung zur ersten Leitfrage her. Die dritte Frage „Was hat Sie getriggert sich mit Betätigung als Mittel auseinander zu setzen und was hat Ihnen geholfen? Was gab Ihnen den Anreiz sich mit Betätigungsorientierung auseinander zu setzen und was mussten Sie dafür mitbringen?“ diente zur Vertiefung der zweiten Leitfrage.

Die vierte Frage „Wie beeinflusst die Fortbildung zur Handtherapeutin Ihre betätigungsorientierte Arbeit?“ sollte darstellen, inwiefern sich das Wissen aus der Handtherapie mit dem Wissen der Ergotherapie (nicht) vereinen und in der Praxis (nicht) umsetzen lässt.

Die fünfte Frage „Was unterstützt Sie aktuell in der Einrichtung, in der Sie arbeiten eine betätigungsorientierte Intervention durchzuführen?“ bezog sich erneut auf die Rahmenbedingungen der zweiten Leitfrage.

Als letzte Option, für zeitliche Ressourcen, sollte gefragt werden, „Welche Rückmeldung bekamen Sie von Klienten zu betätigungsorientierten Interventionen?“. Damit wurde auf die dritte Leitfrage eingegangen, die lautet:

3. Warum ermöglicht die Umsetzung einer betätigungsorientierten Intervention in der Handtherapie die Professionalisierung des Berufes der Ergotherapeutinnen?

Auch hier schließt sich der Kreis zum Theoretischen Hintergrund durch die Betätigung als Gegenstandsbereich der Ergotherapie (vgl. Kapitel 2.2 Betätigung).

3.3.2.2 Zweiter Diskussionsleitfaden

Aufbauend auf den Ergebnissen der ersten Gruppendiskussion wurde der Diskussionsleitfaden für die zweite Gruppendiskussion entwickelt. Dieser gestaltete sich von der Art und Weise wie der Leitfaden der ersten Gruppendiskussion, allerdings mit dem Ziel vertiefende Fragen aufgrund der Ergebnisse ersten Diskussion, sowie Fragen für einen Soll-Zustand der betätigungsorientierten Intervention in der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext zu stellen.

Das bedeutet, wie würde für die Teilnehmerinnen ein ideales Handeln, Reasoning, sowie ideale Umweltbedingungen für eine betätigungsorientierte Intervention aussehen. Es wurden sieben Fragen formuliert. Die letzte Frage wurde wie schon in der ersten Gruppendiskussion als optionale Frage für zeitliche Ressourcen eingeplant.

In Bezug auf die Evaluations- und Zielsetzungsphase haben die Studienteilnehmerinnen in der ersten Gruppendiskussion erwähnt, dass der Befund essenziell für die Intervention sei. Für den Befund im handtherapeutischen Bereich würden jedoch betätigungsorientierte Assessments fehlen. Daraus resultierte die Frage „Welche Kriterien müsste ein einheitliches betätigungsorientiertes Assessment für die ergotherapeutische Handtherapie eurer Meinung nach haben?“.

Nach der Auswertung der ersten Gruppendiskussion stellte sich zudem heraus, dass die Definition von betätigungsorientierter Intervention nicht deutlich genug genannt wurde. Es lag ein großer Fokus auf der Betätigung in der Evaluations- und Zielsetzungsphase. Um nochmal genauer auf die Interventionsphase, also der Schritt nachdem der Befund erhoben wurde, einzugehen, stellte die Diskussionsleiterin folgende Frage: „Wie würdet ihr euch eine perfekte betätigungsorientierte Intervention vorstellen?“.

Bezogen auf die vier Kontinua von Fisher (2014) (vgl. Kapitel 2.6 OTIPM) formulierten die Forscherinnen die dritte Frage: „Woran misst/bewertet/reflektiert ihr eure betätigungsorientierte Intervention? Woran macht ihr eure betätigungsorientierte Intervention fest?“. Im Anschluss daran sollte auf den Profit der Betätigungsorientierung in der ergotherapeutischen Handtherapie, zur Abgrenzung von der Physiotherapie durch die Frage eingegangen werden. „Gibt es noch weitere Profite?“. Diese Frage nimmt zugleich Bezug auf die dritte Leitfrage. Des Weiteren wurden in der ersten Gruppendiskussion Barrieren für die betätigungsorientierte Intervention wie mangelnde Zeit und Umsetzung betätigungsorientierter Ziele in der Praxis genannt. Mit der Frage „Habt ihr Ideen wie man diese Barrieren lösen/umgehen kann?“, wurde nach Möglichkeiten zur Verbesserung der Rahmenbedingungen (2. Leitfrage) gesucht.

Auf die Aussage, dass die Therapeutin nach der Handtherapie-Ausbildung erstmal die erlernten Techniken anwenden möchte und daher eine betätigungsorientierte Intervention in den Hintergrund gerät, wurde die Frage gestellt, „Wie lässt sich also das Wissen aus der Handtherapie-Ausbildung mit dem ET-Wissen in der Intervention kombinieren, um betätigungsorientiert zu arbeiten?“.

Als weitere Möglichkeit wurde eine optionale Frage je nach Zeitverlauf formuliert. Diese sollte den Wandel der Handtherapie näher betrachten. Mit „wie denkt ihr wird dieser Wandel aussehen, wo seht ihr die ergotherapeutische Handtherapie in 5/10/15 Jahren? Was würdet ihr euch wünschen?“ wurde zudem nochmal konkret auf den Soll-Zustand eingegangen.

3.3.3 Ablauf der Gruppendiskussionen

Die Gruppendiskussionen fanden jeweils Ende Mai 2018 und Juni 2018 statt. In einer ergotherapeutischen Einrichtung, welche drei der vier Studienteilnehmerinnen mit dem Auto erreichen konnten, wurden die Gruppendiskussionen durchgeführt. Die Vierte wurde über eine Skype-Verbindung zugeschaltet. Mit dieser Person wurde vor der ersten Gruppendiskussion ein extra Skype-Termin ausgemacht, um die Verbindung und Aufnahme mit dem kostenlosen *MP3 Skype Recorder* zu überprüfen.

Die Termine wurden drei Wochen im Vorfeld der jeweiligen Gruppendiskussion über E-Mail Kontakt mit den Studienteilnehmerinnen abgesprochen und festgehalten. Dazu wurde die Diskussionsleiterin jeweils im Vorfeld befragt, an welchen Tagen sie Zeit

hat. Für die erste Gruppendiskussion stellten die Forscherinnen den Studienteilnehmerinnen drei Termine zur Auswahl. Nachdem die sie von allen Vier eine Rückmeldung erhalten haben, konnte ein gemeinsamer Termin festgelegt und mitgeteilt werden.

Da sich die anfängliche Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen schwierig gestaltete, wurden diese erst im Anschluss der ersten Gruppendiskussion, nach der Bereitschaft an einer zweiten Gruppendiskussion teilzunehmen, gefragt. Mithilfe eines E-Mail Austausches wurde nach einem passenden Termin gesucht, an dem sowohl die Diskussionsleiterin als auch die Studienteilnehmerinnen zeitlich verfügbar sind. Allerdings konnte kein Termin festgelegt werden, der innerhalb von vier Wochen nach der ersten Gruppendiskussion stattfand und an dem alle Teilnehmerinnen anwesend sein konnten. Daher wurde die zweite Gruppendiskussion vier Wochen später mit drei der vier Teilnehmerinnen angesetzt.

Die Gruppendiskussionen fanden in einer ergotherapeutischen Einrichtung statt, in der eine der Forscherinnen selbst tätig ist. Es wurde darauf geachtet, dass im Zeitraum der Gruppendiskussionen mögliche Störfaktoren, wie z.B. andere Therapien, verlegt wurden. An den jeweiligen Tagen der Gruppendiskussionen trafen die Forscherinnen die nötigen Vorbereitungen, wie Aufbau der Sitzrunde und Organisation von elektronischen Geräten.

Während bei der zweiten Gruppendiskussion alle Forscherinnen anwesend waren, konnte eine der drei an der ersten Gruppendiskussion nicht teilnehmen. Die anwesenden Forscherinnen beobachteten die Gruppendiskussionen, wovon Eine ihre Beobachtungen handschriftlich festhielt. Dies hatte den Vorteil, dass während der Transkription Rückschlüsse von der sozialen Interaktion auf das gesprochene Wort gezogen werden konnten.

In Anlehnung an Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger und Stamm (2016) strukturierten die Forscherinnen ihren Ablauf für die Gruppendiskussionen. Die genannten AutorInnen verweisen wiederum auf Flick (2007), Krueger und Casey (2014) und Krueger (1997).

Anhand der folgenden Abb. 9. sind sechs Schritte des Ablaufs für die erste Gruppendiskussionen gestaltet:

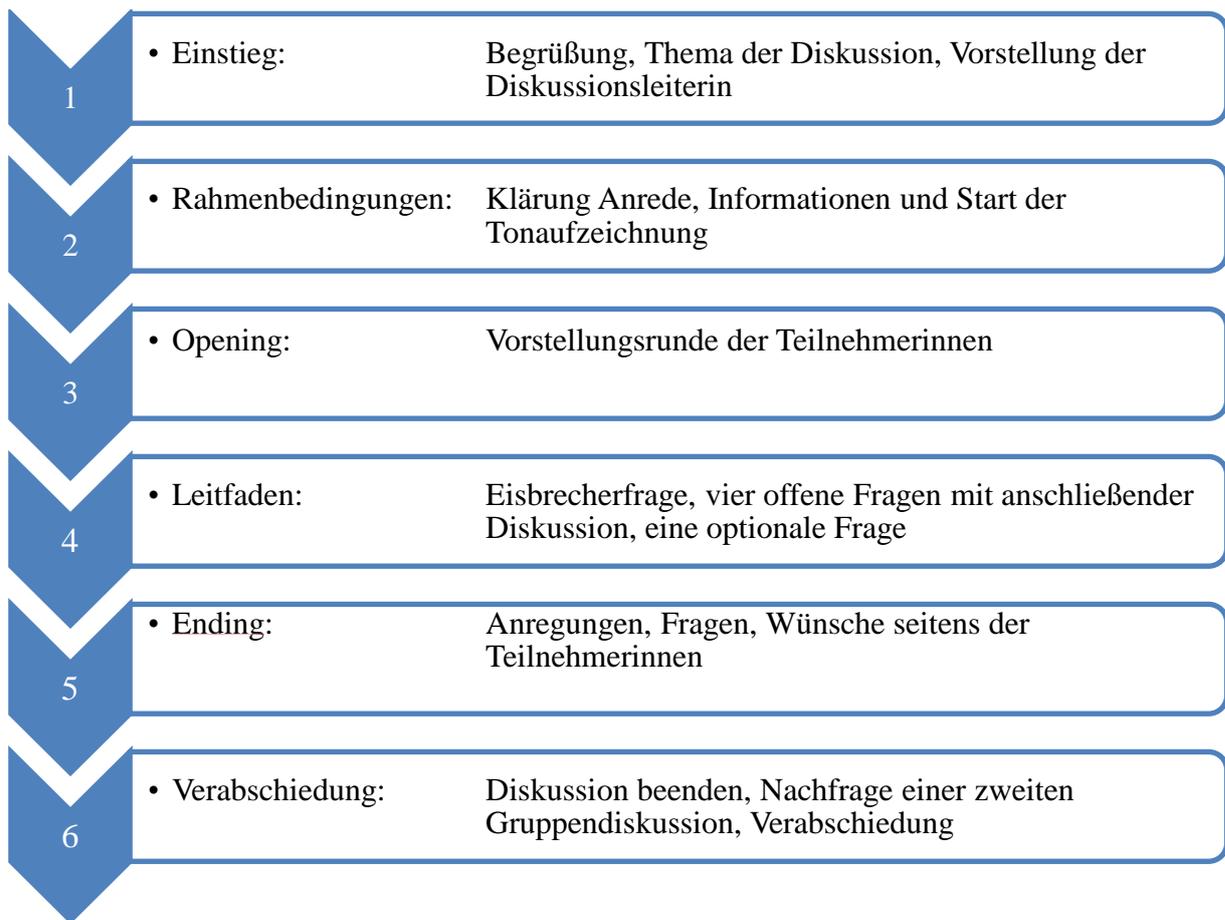


Abb. 10.: Ablauf der ersten Gruppendiskussion

Den Ablauf der zweiten Gruppendiskussion passten die Forscherinnen inhaltlich an. Zu den Rahmenbedingungen musste keine Klärung der Anrede mehr vorgenommen werden. Anstatt einer Vorstellungsrunde wurde im dritten Schritt Zeit für aufgekommene Nachfragen zur ersten Gruppendiskussion eingeräumt. Der Leitfaden in Schritt vier wurde anhand der Ergebnisse der ersten Gruppendiskussion entwickelt und beinhaltete sechs Fragen, sowie eine optionale Frage (vgl. Kapitel 3.3.2 Gestaltung der Diskussionsleitfäden). Sowohl in der ersten als auch in der zweiten Gruppendiskussion wurden alle Fragen inklusive der optionalen Fragen gestellt. Im letzten Schritt der Verabschiedung bedankten und verabschiedeten sich die Forscherinnen bei den Studienteilnehmerinnen.

Die Gruppendiskussionen wurden für die anschließende Transkription (vgl. Kapitel 3.3.4 Transkription) als Audio-Datei aufgezeichnet. Dazu nutzten die Forscherinnen neben dem *MP3 Skype Recorder* zur Absicherung zwei iPhones mit der Sprachmemo-funktion. Letztlich wurde eine Sprachmemo Version eines iPhones verwendet.

3.3.4 Transkription

Für eine Analyse der erhobenen Daten aus der Gruppendiskussion mussten die Tonaufzeichnungen transkribiert werden. „Transkription meint eine Wort-für-Wort-Verschriftlichung des Gesagten“ (Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016).

An dieser Stelle haben sich die Forscherinnen für die wörtliche Transkription der erhobenen Daten entschieden. „Das Wortprotokoll ermöglicht es [...], einzelne Aussagen in ihrem Kontext zu sehen und gibt so die Basis für ausführliche Interpretationen“ (Mayring, 2016). Die Erstellung eines solchen Transkriptes gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen. Mayring (2016) unterscheidet drei Varianten: *Internationale Phonetische Alphabet*, *literarischen Umschrift* und *Übertragung in normales Schriftdeutsch*. Wenn die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, wird weitestgehend nach der *Übertragung in normales Schriftdeutsch* vorgegangen. Dabei wird der Dialekt bereinigt, Satzbaufehler behoben und der Stil wird geglättet, um mehr Lesbarkeit zu erreichen (Mayring, 2016). Diese, sowie weitere Regeln für die Transkription wurden in Anlehnung an die Marburger Arbeitsgruppe für Methoden & Evaluation (MAGMA e.V., 2017), sowie selbst benannten Regeln, u.a. zur Bestimmung der Anonymisierung, aufgestellt [siehe Anhang 6].

Zur Transkription wurde die Audio-Transkriptionssoftware *Express Scribe* genutzt. Der exemplarische Auszug aus einem Transkript befindet sich im Anhang 7. Die Forscherinnen haben einen Transkriptions-Zeitplan für die erste Gruppendiskussion erstellt, damit diese in einem möglichst kurzen Zeitraum verfasst werden konnte. Es ermöglichte eine Gestaltung des zweiten Diskussionsleitfadens, anhand der Auswertung der ersten Gruppendiskussion, noch vor der zweiten Gruppendiskussion. Für die zweite Transkription legten die Forscherinnen einen Zeitraum von einer Woche fest, damit die anschließende Auswertung zeitnah erfolgte. Bei den Transkriptionen haben zwei der Forscherinnen transkribiert und Eine hat kontrolliert.

3.4 Datenanalyse

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Diese beschreibt eine systematische Technik der Analyse von Texten, um voreilige Quantifizierungen zu vermeiden (Mayring, 2016). Dabei wird das Material streng methodisch kontrolliert und schrittweise analysiert (vgl. Kapitel 3.5.3 Regelgeleitetheit). Folglich wird ein theoriegeleitetes Kategoriensystem entwickelt. Mayring (2016) unterscheidet drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse: *Zusammenfassung*, *Explikation* und *Strukturierung*. Da sich die Forscherinnen für die Grundform der *Zusammenfassung* mit anschließender Kategorienbildung entschieden, wird auch nur diese Technik genauer erläutert. Das Ziel der Analyse mittels Zusammenfassung beschreibt Mayring (2016, S.115) wie folgt, „[...] das Material (soll) so zu reduzieren (reduziert werden), dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, [...] und das (es) immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist“. Im Anschluss daran erfolgt die induktive Kategorienbildung. Die Forscherinnen orientieren sich an dem folgenden Ablaufmodell (Abb. 10.) der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

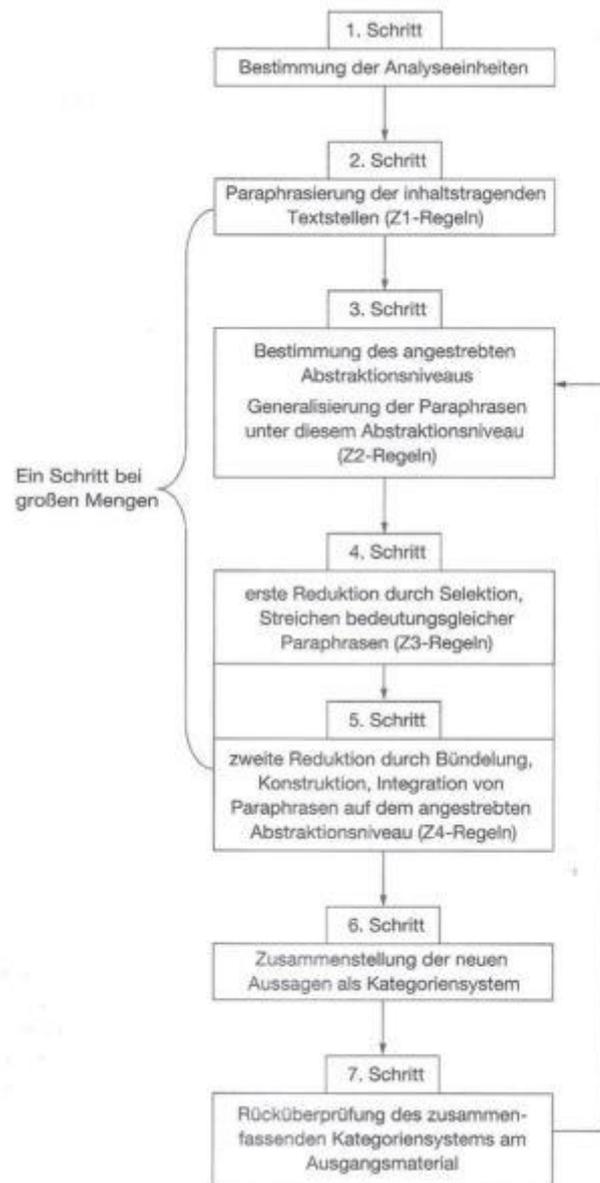


Abb. 11.: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Abb. 10. verdeutlicht die sieben Schritte des Analyseprozesses nach Mayring (2010). Die Forscherinnen haben diese wie folgt berücksichtigt [siehe Anhang 8]:

Als Analyseeinheit wurden die Sinnabschnitte der Transkripte festgelegt. Anschließend daran paraphrasierte, generalisierte und reduzierte jede Forscherin durch Selektion für sich die erhobenen Daten. Die Paraphrasierung ist vor allem für Gruppendiskussionen wichtig, um eine einheitliche Sprachebene zu formulieren. Hierbei wird der Inhalt auf eine prägnante, beschreibende Form umgeschrieben. Während bei der Generalisierung die umgeschriebenen Paraphrasen verallgemeinert werden, werden bei der ersten Re-

duktion durch Selektion unwichtige und inhaltsgleiche Paraphrasen gestrichen (Mayring, 2010). Diese Schritte hat jede Forscherin für sich ausgeführt. Allerdings wurden die inhaltsgleichen Paraphrasen nicht gestrichen, da die Forscherinnen die Analyse erst gemeinsam überprüften.

Daher hat die Forschungsgruppe die nächsten beiden Schritte der zweiten Reduktion und Kategorisierung gemeinsam durchgeführt. Bei der zweiten Reduktion wurden die inhaltsgleichen Paraphrasen zu einer Paraphrase zusammengefasst und Kategorien aus den Aussagen gebildet (Mayring, 2010). Aus der daraus erfolgten Diskussion entstand eine Forscherinnentriangulation (vgl. Kapitel 3.5.6 Triangulation). Daraus ergaben sich insgesamt folgende acht Kategorien:

- ✓ Evaluations- und Zielsetzungsphase
- ✓ Betätigungsorientierte Intervention (BOI)
- ✓ Chancen für BOI
- ✓ Barrieren für BOI
- ✓ Kompetenzen des Therapeuten
- ✓ Profit für die Ergotherapie
- ✓ Outcome
- ✓ Entscheidungsprozess

Die Rücküberprüfung des Kategoriensystems erfolgte durch die Beschreibung der Ergebnisse in Kapitel 4. Resultate. Aufgrund der Aufteilung der Kategorie auf zwei Forscherinnen, konnte die nicht verfassenden Forscherinnen die Ergebnisse auf Plausibilität überprüfen. Dadurch fand auch hier eine Triangulation statt (vgl. Kapitel 3.5.6 Triangulation). Bei der Rücküberprüfung stellte sich heraus, dass die Inhalte der Kategorien *Outcome* und *Entscheidungsprozess* besser anderen Kategorien zugeordnet werden können. Daraus folgte eine Kürzung von acht auf sechs Kategorien. Im Anschluss wurden diese Kategorien diskutiert und die Ergebnisse anhand von Literatur begründet dargestellt (vgl. Kapitel 5. Diskussion). Des Weiteren erfolgte die Rücküberprüfung über die kommunikative Validierung der Studienteilnehmerinnen. Durch das Versenden der zusammengefassten Ergebnisse an die Studienteilnehmerinnen fand *member-checking* statt [siehe Anhang 9] (vgl. Kapitel 3.5.5 Kommunikative Validierung).

Lediglich bei der Überprüfung von den Ergebnissen der ersten Gruppendiskussion, verwies eine Teilnehmerin auf die unkorrekte Wiedergabe einer Aussage seitens der Forscherinnen. Dabei handelte es sich um die Wissensvermittlung über Betätigungsori-

entierung innerhalb der Ausbildung. Dies fand zunächst in der Zusammenfassung keine Berücksichtigung. Daraufhin korrigierten die Forscherinnen diesen Aspekt farblich im *member-checking*, um bei der Auswertung keine Ergebnisse zu verfälschen.

3.5 Gütekriterien qualitativer Forschung

Mayring (2016) beschreibt das Einschätzen der Ergebnisse anhand von Gütekriterien als einen wichtigen Standard für die empirische Forschung. „Es werden also Maßstäbe entwickelt, an denen die Qualität der Forschungsergebnisse gemessen werden kann. Man führt eigene Verfahren durch, mit denen die Ergebnisse überprüft werden.“ (Mayring, 2016, S.140).

Grundsätzlich gilt, dass die Gütekriterien der Methode angemessen sein müssen (Mayring, 2016). Für die qualitative Forschung gelten andere Gütekriterien als für die quantitative (Höhl, 2016). Die Literatur beschreibt verschiedene Strategien, um Gütekriterien zu erreichen. Höhl (2016) stellt sechs Gütekriterien nach Cope (2014), Lincoln und Guba (1985) auf. Diese sind *Authentizität*, *Glaubwürdigkeit*, *Nachvollziehbarkeit*, *Übertragbarkeit* und *Zuverlässigkeit*. Mayring (2016) beschreibt ebenfalls sechs Gütekriterien und dazugehörige Strategien. Die Forscherinnen erläutern anhand dieser, unter Einbezug der zuvor genannten Kriterien, das Vorgehen in ihrer Forschungsarbeit.

3.5.1 Verfahrensdokumentation

Um den Forschungsprozess für andere nachvollziehbar darzustellen, muss das methodische Vorgehen detailliert dokumentiert werden (Mayring, 2016). Das bedeutet die Forscherinnen beschreiben ihr Vorgehen genau und reflektieren dies transparent (Höhl, 2016). Der Theoretischen Hintergrund (vgl. Kapitel 2. Theoretischer Hintergrund) und im Anschluss im 3. Kapitel die Methode, samt Datenerhebung und Auswertung, liefern das Vorverständnis dazu. Die Schwerpunkte der einzelnen Kapitel entwickelten sich anhand von regelmäßigen Treffen mit der begleitenden Dozentin, sowie einem Austausch innerhalb der Bachelorgruppe über Skype-Termine und face-to-face Treffen. Diese ständige Reflektion in Form von Besprechung beinhaltet fachliche Diskussionen der Forschungsinhalte und der Schritte des Forschungsprozesses. Sie trägt zur *Authentizität* bei (Höhl, 2016). Anhand von schriftlichen Protokollen wurden die besprochenen Inhalte notiert, was bedeutet, dass sie nachvollziehbar gemacht wurden (Höhl, 2016). Zu den dokumentierten Inhalten zählten neben Gedanken und Fragen auch organisatorische Aspekte wie die Aufgabenverteilung und das zeitliche Vorgehen [siehe Anhang 10]. Die Ausarbeitung der inhaltlichen Schwerpunkte nahm von Zeit zu Zeit mehr Gestalt an. Dadurch sind einzelne Entwicklungsschritte in den abgespeicherten Textverläufen zu erkennen, wie beispielsweise dem Anschreiben [siehe Anhang 2] oder der Leit-

fadenentwicklung. Die entwickelten Diskussionsleitfäden [siehe Anhang 5], sowie ein Teil der anschließend durchgeführten Transkriptionen der Gruppendiskussionen und auch ein Teil der dokumentierten Auswertung sind im Anhang 7 und 8 zu finden. Durch eine gemeinsame *Dropbox* hatten alle drei Forscherinnen jederzeit Zugriff auf die abgespeicherten Dokumente. Die Reflektion innerhalb drei Prozessberichte, zu Beginn, in der Mitte und am Ende, dokumentieren Entwicklungsschritte auf individueller und gruppenorientierter Ebene und wurde an die Dozentin ausgehändigt. Dies stärkte die *Authentizität* der Forschung (Höhsl, 2016).

3.5.2 Argumentative Interpretationsabsicherung

Zur sinnvoll theoriegeleiteten Deutung ist es entscheidend, dass das Vorverständnis der jeweiligen Interpretation adäquat ist. Zudem muss die Interpretation in sich schlüssig sein (Mayring, 2016). Die Forscherinnen setzten sich langfristig mit dem Gegenstand der Forschung auseinander, um *Glaubwürdigkeit* zu erreichen (Höhsl, 2016).

Mit der Literaturrecherche und durch die Auseinandersetzung mit dem zu erforschenden Phänomen konnte zu Beginn dieser Arbeit eine Forschungslücke herausgearbeitet werden (vgl. Kapitel 1. Einleitung). Anhand dessen wurden die Forschungsfrage sowie die drei Leitfragen abgeleitet. Darauf aufbauend strukturierten die Forscherinnen den Theoretischen Hintergrund, um ein Vorverständnis für die LeserInnen dieser Arbeit zu gewährleisten. Im Kapitel 5 Diskussion fand eine begründete Verknüpfung dieser und neuer Literatur mit den Ergebnissen statt. Dabei wurden Schlüssigkeit und Zusammenhänge der Arbeit stets durch Diskussionen innerhalb der Forschungsgruppe überprüft. Schlussfolgernd konnte eine Beantwortung der Forschungsfrage argumentativ interpretiert herausgestellt werden.

3.5.3 Regelgeleitetheit

Eine Möglichkeit die Qualität abzusichern, ist durch die *Regelgeleitetheit* gegeben. Dabei orientiert sich die qualitative Forschung an Verfahrensregeln, die das Material systematisch bearbeiten. Die Modifizierung von vorgeplanten Analyseschritten hat zur Folge, dass dem Gegenstand näher gekommen wird (Mayring, 2016). Hier orientierten sich die Forscherinnen zum Einem an den Schritten der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und nutzten das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (vgl. Kapitel 3.4 Datenanalyse).

Zum Anderen wandten sie für die Leitfadenentwicklung die SPSS-Methode nach Helfferich (2009) (vgl. Kapitel 3.3.2 Gestaltung der Diskussionsleitfäden) an.

Des Weiteren dienten die Transkriptionsregeln in Anlehnung an die Marburger Arbeitsgruppe für Methoden & Evaluation (MAGMA e.V., 2017) und den selbst benannten Regeln für ein einheitliches Transkribieren (vgl. Kapitel 3.3. 4 Transkription), der *Regelgeleitetheit*.

3.5.4 Nähe zum Gegenstand

Leitgedanke der qualitativ-interpretativen Forschung ist die Gegenstandsangemessenheit, die vor allem durch die Nähe an die Alltagswelt und deren Interessensübereinstimmung der Studienteilnehmerinnen erreicht wird (Mayring, 2016).

Das im Anschreiben formulierte Einschlusskriterium zur Teilnahme an der Studie „sich für betätigungsorientierte Handtherapie interessieren“, setzt eine Interessensübereinstimmung voraus und ist somit erfüllt (vgl. Kapitel 3.3.1 Gruppenbildung). Auch die weiteren Einschlusskriterien bildeten Raum für Gemeinsamkeiten und damit eine Grundlage für Interessensübereinstimmung. Das Anknüpfen an die Nähe der Lebenswelt der Studienteilnehmerinnen hat ebenfalls dazu beigetragen.

Die Diskussionsleitfäden (vgl. Kapitel 3.3.2 Gestaltung der Diskussionsleitfäden) verhalfen dazu, die Wahrnehmungen und Erfahrungen aus dem Bereich der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext der Studienteilnehmerinnen abzufragen.

3.5.5 Kommunikative Validierung

Mayring (2016) beschreibt das Vorgehen zur Überprüfung der Ergebnisse durch die Studienteilnehmerinnen als *kommunikative Validierung*. Dadurch wird die Gültigkeit der Ergebnisse erhöht. „Wenn sich die Beforschten in den Analyseergebnissen und Interpretationen auch wieder finden, kann das ein wichtiges Argument zur Absicherung der Ergebnisse sein.“ (Mayring, 2016, S.147).

Dazu wurden die gebildeten Kategorien mit den inhaltlichen Schwerpunkten der jeweiligen Gruppendiskussion auf zwei DIN A4 Seiten zusammengefasst und per E-Mail an die Studienteilnehmerinnen versandt [siehe Anhang 9].

Höhl (2016) beschreibt dieses Vorgehen als *member-checking*. Jede Teilnehmerin wurde gebeten die Zusammenfassung zu lesen und diese auf korrekte Wiedergabe zu überprüfen. Bei inhaltlichen Einwänden wurden die Teilnehmerinnen aufgefordert sich

binnen fünf Werktagen bei den Forscherinnen zu melden. Hierdurch wird überprüft, ob die Aussagen der Teilnehmerinnen korrekt wiedergegeben wurden. Dies steigert die *Glaubwürdigkeit* der Ergebnisse (Höhl, 2016).

3.5.6 Triangulation

Ziel der *Triangulation* ist es „[...] unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen.“ (Mayring, 2016, S.147). Die Ergebnisse der verschiedenen Perspektiven können miteinander verglichen, Stärken und Schwächen aufzeigen und zusammengefasst werden, ohne eine völlige Übereinstimmung zu erlangen (Mayring, 2016). Die Anwendung von *Triangulation* unterstützt die *Glaubwürdigkeit*, sowie die *Nachvollziehbarkeit* der Studie (Höhl, 2016).

Sowohl im Kapitel 3.4 Datenanalyse der Gruppendiskussionen, als auch bei der Rücküberprüfung der Kategorien liegt eine *Triangulation* vor. Dieses Vorgehen der parallelen Datenanalyse bezeichnet Höhl (2016) als *Forschertriangulation*.

Im Anschluss daran wurden die sechs Kategorien diskutiert und die Ergebnisse anhand von Literatur begründet dargestellt (vgl. Kapitel 5. Diskussion). Neben der *Forschertriangulation* beschreibt Höhl (2016, S.129) hier die *Theorientriangulation*, „[...] durch einen Vergleich der erhobenen Daten mit schon vorhandener Literatur.“.

4. Resultate

In diesem Kapitel beschreiben die Forscherinnen die Resultate der zwei durchgeführten Gruppendiskussionen (GD). In der ersten Gruppendiskussion vom 28.05.2018 zur Gestaltung betätigungsorientierter Intervention (BOI) in der Handtherapie, wurde das Thema von vier Ergotherapeutinnen aus ihren Sichtweisen betrachtet. Ziel war es, einen Ist-Zustand der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext zu ermitteln.

Am 25.06.2018 fand die zweite Gruppendiskussion mit drei Ergotherapeutinnen statt. Das Ziel dieser Gruppendiskussion war die Ermittlung eines Soll-Zustandes in Bezug auf die Betätigungsorientierte Intervention in der Handtherapie.

Die sechs, anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) gebildeten Kategorien, stellen die qualitativen Forschungsergebnisse dar. Dazu werden die inhaltlichen Schwerpunkte jeder Kategorie mit Zitaten der Studienteilnehmer (S) versehen und mit der entsprechenden Zeile (Z.) des Transkriptes belegt. Die Kategorien sind:

1. Evaluations- und Zielsetzungsphase
2. Betätigungsorientierte Intervention (BOI)
3. Barrieren BOI
4. Chancen BOI
5. Kompetenzen des Therapeuten
6. Profit für die Ergotherapie

Im Anschluss erfolgt eine grafische Einordnung der Kategorien in die Leitfragen und der Forschungsfrage. Diese wird im nachfolgenden Kapitel 5 Diskussion mit Aspekten aus dem theoretischen Hintergrund (vgl. Kapitel 2) diskutiert und mit weiterer Literatur verknüpft.

4.1 Evaluations- und Zielsetzungsphase

Die Kategorie Evaluations- und Zielsetzungsphase war in beiden Gruppendiskussionen von großer Relevanz. Vor allem in der ersten Gruppendiskussion wurde immer wieder von allen vier Studienteilnehmerinnen Bezug auf diesen Teil des Therapieprozesses genommen. Er geht der Phase der Intervention voraus.

„Der Befund, das Gespräch, die Anamnese und die Zielfindung mit dem Patienten sind für das weitere Vorgehen sehr wichtig.“ (GD1, S1, Z.639-641).

Alle Teilnehmerinnen legten einen Fokus auf die Betätigung. Für eine betätigungsorientierte Intervention würden sie eine betätigungsorientierte Evaluations- und Zielsetzungsphase voraussetzen. Das Herausstellen der betätigungsorientierten Anliegen und Ziele des/ der KlientIn beschreiben die Studienteilnehmerinnen auf verschiedene Wege. Dabei ist das Fragen nach Betätigung bzw. das Reden über Betätigung die häufigste Art und Weise (GD1, S3, Z.80-83; GD1, S4, Z. 390-395; GD1, S2, Z.548-553; GD1, S1, Z.639-641).

„Im Befund, dass wir eben nach Betätigungen fragen, die für den Patienten überhaupt relevant sind oder in einer Form bedeutungsvoll. Um überhaupt zu wissen wohin die Reise mit dem Patienten gehen soll.“ (GD1, S3, Z.80-83).

Eine weitere Möglichkeit der Anamnese sei die Nutzung von Assessments. Ein selbsterstelltes Formblatt, das Betätigungsprofil, als Möglichkeit zur genaueren Beschreibung von Betätigung, wird zur Nennung von Betätigungsproblemen dem/ der KlientIn von einer Studienteilnehmerin mitgegeben und von ihm/ ihr ausgefüllt.

„Nachdem der Patient zuhause das Betätigungsprofil ausgefüllt hat führe ich das COPM durch.“ (GD1, S4, Z.426-430).

Diese Studienteilnehmerin beschreibt zusätzlich die Anwendung des standardisierten Assessments, Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 2005),

welches auch den anderen bekannt ist. Allerdings gehen hier die Meinungen auseinander.

Eine Therapeutin ist der Meinung, dass Betätigungsanliegen durch gezielte Gesprächsführung in der Anamnese herausgestellt werden können und die Nutzung eines solchen Assessments ersetzen würden (GD1, S2, Z.548-550). Während S1 das COPM (Law et al., 2005) nutzt, es gleichzeitig aber nicht handspezifisch und ausreichend erachtet (GD1, S1, Z.1871-1875), ist S3 der Meinung, dass es zu zeitaufwändig ist. In diesem Fall wurde in Anlehnung an das COPM (Law et al., 2005) ein praxiseigenes Assessment entwickelt. Dieses beinhaltet ähnliche Aspekte, sei aber einfacher strukturiert und in einem schnelleren Zeitrahmen durchführbar (GD2, S3, Z.39-41).

Daraus ergab sich, dass einheitliche Formulare fehlen würden, um Ergebnisse vergleichen zu können (GD1, S3, Z.1813-1814; S4, Z.1857-1859). Es fehle ein standardisiertes betätigungsorientiertes Assessment für die Handtherapie in der Ergotherapie, welches die Wirksamkeit zeige (GD1, S1, Z.1852-1853) (vgl. Barrieren).

Die Studienteilnehmerinnen nennen verschiedene Kriterien, die ein Assessment haben sollte, damit es im Kontext der betätigungsorientierten Handtherapie gut anzuwenden sei.

S3 erachtet in Anlehnung an das COPM (Law et al., 2005) die Nennung von Schwierigkeiten bezogen auf den Alltag, die anschließende Einstufung der Betätigungsanliegen nach Performanz und Zufriedenheit und die Möglichkeit der Re-Evaluation, als bedeutsame Aspekte für ein Assessment (GD2, S3, Z. 53-62).

Der Bezug zum Alltag ist auch für S1 relevant und sie betrachtet das COPM (Law et al., 2005) als adäquaten Hinweis auf verschiedene Alltagspunkte (GD2, S1, Z.250-251). Über die Frage nach einem Tagesablauf des/ der KlientIn sowie zu Haupt- und Nebentätigkeiten ermittle sie Betätigungsanliegen (GD2, S1, Z.366-380).

Eine Schwierigkeit für ein einheitliches Vorgehen, die sich während der Gruppendiskussion herausstellte, sei das unterschiedliche Klientel. So mache es einen Unterschied, wie stark der/ die KlientIn betroffen sei, ob es sich um eine akute oder chronische Verletzung/Erkrankung handle und welche Shareholder überzeugt werden müssen (GD2, S1, Z.178-180; S3, Z.266-268).

S1 beschreibt bezogen auf berufsgenossenschaftliche (BG) Unfälle der Hand, dass ein COPM (Law et al., 2005) nicht ausreiche, da es teilweise um die Berentung des/ der

KlientIn gehe. Deshalb greife sie auf die Arbeitstherapeutische Leistungsanalyse (A-La®) (Wolters & Sohns, o. D.) zurück (GD2, S1, Z.163-166). In solchen Fällen, um dem Shareholder, mehr gerecht werden zu können, würden S2 und S3 den sogenannten Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) – Bogen (Germann, Harth, Wind, & Demir, 2006) verwenden (GD2, S3, Z. 424-425; S2, Z. 431).

„Wir nutzen den DASH-Bogen nur den Ärzten zu liebe, damit die was mit den partizipationsbezogenen Assessments anfangen können, da sie den kennen.“ (GD2, S3, Z. 424-425).

Anhand dieser Problematik wurde die Erstellung eines Fragenkatalogs für die Evaluations- und Zielsetzungsphase benannt. Dieser solle Fragen beinhalten, die die Therapeutin nochmal auf verschiedene Aspekte im Alltag stoßen lassen (GD2, S1, Z.281-283). Besonders für Berufsanfängerinnen in der Handtherapie sei solch ein Instrument, laut S1 von Nutzen, damit diese die Betätigung nicht aus den Augen verlieren würden.

„Vielleicht braucht der Mitarbeiter einen Katalog, um immer wieder drauf gestoßen zu werden, was wir für Therapeuten sind?“ (GD2, S1, Z. 251-253, Z.281-285).

Einigkeit hingegen besteht bei der Betrachtung von Betätigung. Mithilfe einer Betätigungsanalyse sollen Betätigungsprobleme möglichst real gezeigt oder per Video aufgezeichnet werden, um die Schwierigkeiten konkret herauszustellen.

„Wir arbeiten mit Videos und gucken diese zusammen an und analysiere sie mit dem Patienten.“ (GD1, S3, Z.1546-1550).

„Intervention kann nur stattfinden, wenn ich sehe, wie der Patient die Betätigung ausführt.“ (GD1, S1, Z. 618-620).

4.2 Betätigungsorientierte Intervention (BOI)

„Intervention ist, wenn ich in eine Handlung eingreife, sie verändere und damit direkt im Prozess bin“ (GD1, S1, Z.612-614).

Diese Kategorie fasst die Berichte der Teilnehmerinnen über ihre Durchführung von *Betätigungsorientierter Intervention* (BOI) zusammen. Dies kann auf unterschiedliche Arten stattfinden.

„Ich denke, das ist das klassische an der Handtherapie. Gerade am Anfang haben wir ganz viel dieses Bottom-up, weil es ja wirklich auch um Strukturen und Funktionen halt geht. Und dass dieser Schwerpunkt sich halt immer weiter verschiebt, dass es dann eher noch Top-Down wird. Aber das ist halt ein Prozess, der da passiert. Trotzdem ist beides in der Behandlung immer schon da. Betätigungsorientiert kann man sagen ist alles was nach dem Top-Down Ansatz geht. Also da muss der Patient selber seine Anliegen ja auch reinbringen.“ (GD2, S3, Z.630-638).

Die Forscherinnen teilten die Kategorie in zwei weitere Unterkategorien auf. Diese sind *occupation as end* und *occupation as means*. Die Aufteilung soll die Aussagen der Teilnehmerinnen strukturieren.

occupation as end

S2 (GD1, Z.188-198; GD2, Z.594-596) berichtet, dass sie aus Erzählung anhand des Alltags des/ der KlientIn analysiere, ob es an Kraft oder Beweglichkeit liege, die für die Ausführung der Betätigung wichtig seien. Daraufhin würden Übungen ausgearbeitet werden, die die entsprechende Funktion verbessern sollen.

„Ich hatte heute Nachmittag einen Mann, der hatte einen Strecksehnenabriss am Daumen. Arbeitet wieder, war jetzt heute zur achten Behandlung. Und ich begrüße den heute und frage wie klappt es auf der Arbeit, wie klappt es zu Hause, was geht, was geht nicht? Und dann fangen wir an zu erzählen und der hat mir dann genau erklärt wie er heute eine Maschine umgebaut hat, was er für Tätig-

keiten machen musste, was er konnte und was noch nicht geklappt hat. Dann hab ich analysiert, liegt es an der Bewegung oder an der Kraft? Dann haben wir daraufhin Übungen wieder ausgearbeitet.“ (GD1, S2, Z.188-198)

Dies unterstützt S3 durch ihre Aussage, dass sie zu Beginn einer Therapie als Handtherapeutin eher Bottom-Up arbeite, da es um die Strukturen und Funktionen gehe (GD2, Z.630-636). Dabei habe sie aber betätigungsorientierte Ziele vor Augen:

„Je weniger stark die Bewegungseinschränkung sind, umso besser werden die [KlientInnen] in ihrer Performanz.“ (GD2, S3, Z.141-145).

Demnach fände in der Intervention während der Anwendung von manuellen Techniken Betätigungsorientierung über Gespräche statt, damit das Ziel der Partizipation erreicht werde (GD2, S3, Z.647-663; GD2, S1, Z.1153-1157). Zudem solle ein Transfer von der Bewegung auf die Betätigung herbeigeführt werden.

„Und auch bei Knetübungen, das ganz normale zugreifen. Meinen sie [Klient] denn die Kraft würde jetzt reichen ihre Tasche zu tragen? Auch wenn es manchmal nicht ganz sinnvoll ist der Transfer, aber dass die Patienten wissen, okay wir arbeiten im Endeffekt an dem Outcome Partizipation.“ (GD2, S3, Z.658-663).

Zuletzt werde auch das Herstellen von Schienen mit dem Ziel der Verbesserung des Alltags verknüpft (GD1, S2, Z.199-206; GD1, S3, Z.216-223).

„Und das kann ja auch manchmal so sein, dass man eine Schiene herstellt, damit der Alltag auch wieder besser funktioniert.“ (GD1, S3, Z. 1595-1597).

occupation as means

„Wenn sich herausstellt, dass Patienten mit bestimmten Betätigungen Schwierigkeiten haben, dann wird das auch vor Ort, also dass wir eben noch eine Analyse machen. Was macht denn Schwierigkeiten? Und dann eben an der Betäti-

gung an sich üben bzw. die ausprobieren und schauen, was da zu verändern ist oder nicht.“ (GD1, S3, Z.103-105).

Als Voraussetzung für diese Art der Intervention nennen die Teilnehmerinnen einen/ eine aktiven/ aktive KlientenIn, welcher/ welche selbst Verantwortung für das Erreichen seiner/ ihrer Ziele übernehme (GD1, S1, Z.1433-1436; GD1, S3&S1, Z.1494-1499).

S4 (GD1, Z.1565) berichtet, dass solch eine aktive Rolle auch aus der betätigungsorientierten Arbeit heraus resultieren könne und die Patienten selber aktiv werden und Betätigungsprobleme alleine lösen würden.

Die Teilnehmerinnen berichten von verschiedenen Arten die Betätigungsorientierung in ihrer Intervention umzusetzen. Häufig werden Gespräche als Mittel genannt (GD1, S3, Z.91-95; GD1, GD1, S2, Z.553-554; GD2, S3, Z.468-471).

„Also bei uns ist es auch so, dass es eigentlich viel über Gespräche geht. Vereinzelt finden Sachen statt, wie dass ein Patient zum Beispiel eine Arbeit beschreibt, die er machen muss. Also auf der Arbeit z.B. Wäsche einräumen in den Schrank und dass man das dann gezielt übt auch in der Therapie. Es finden auch vereinzelt Hausbesuche statt, wo man dann auch genau guckt in welchen Alltagsprozessen man den Patienten dann noch unterstützen kann. Aber es ist wirklich eher die Kommunikation mit dem Patienten und der Austausch, der dann individuell dazu führt, dass man eventuell zum Patienten nach Hause oder auf die Arbeit geht. Für meinen Geschmack könnte das eigentlich bei jedem Patienten stattfinden.“ (GD1, S1, Z.113-126).

Eine andere Möglichkeit sei die direkte Umsetzung einer Betätigung in der Intervention, mit der die aktive Klientenrolle in Verbindung gebracht werde. S3 berichtet:

„Und ich musste bei meinem Vater mal Kartoffeln schälen. Konnte ich nicht mit seinem Schäler. Das ging einfach nicht. Das kann man ja nicht vergleichen. Deshalb sage ich auch, die [Klienten] sollen ihre Sachen mitbringen. Es gibt so viele verschiedene Messer, die können wir nicht alle dahaben. Und dann soll er sein Lieblingssmesser mitbringen, mit dem er normalerweise hantieren kann und

das auch wieder möchte. Andersrum auch, es bringt nichts, wenn wir ein tolles Messer haben, er geht nach Hause und hat wieder keine Ahnung mit was er da arbeitet.

Aber als erstes möchte ich halt, dass er auch aktiv mit eingebunden sein soll. Also das für ihn auch klar ist, das geht jetzt hier um ihn und um seine Anliegen.“ (GD1, S3, Z.1485-1497).

Die genannten „Sachen“ sollen „die Werkzeuge, mit denen die Patienten normalerweise hantieren“ sein (GD1, S3, Z.1491-1494), was einen direkteren Transfer in den Alltag ermöglichen soll. Auch S2 nutze dieses Mittel in der Intervention (GD2, S2, Z.479-482).

Als weitere Möglichkeit der BOI wurde über Hausbesuche diskutiert. S1 (GD1, Z.119-121) nutze Hausbesuche um den/ die KlientIn in Alltagsprozessen zuhause als auch auf der Arbeit besser unterstützen zu können.

„[...] wirklich an den Arbeitsplatz gehen, die Leute da beobachten, Analysen durchführen und gucken wie können die wirklich was wieder machen? Welchen Job können die überhaupt nochmal, können die ihren alten Job noch machen? Und dass das auch eigentlich eine viel befriedigendere Aufgabe ist, Patienten wieder in die Tätigkeit zu bringen, als wirklich nur funktionell zu arbeiten.“ (GD1, S1, Z.904-911).

Sie sagt auch, dass es grade bei Langzeitpatienten wichtig sei, den Alltag zu sehen und nicht nur darüber zu sprechen (GD1, S1, Z.252-257). Auch S3 erklärt, dass es sinnvoll sei, die realen Situationen zu sehen (vgl. Evaluations- und Zielsetzungsphase):

„Wenn die [Erkrankungen] anfangen so zu chronifizieren, oder bei Rheuma Patienten erst mal mit den chronischen Erkrankungen, da würde ich es gerne machen, wirklich. Wie ist es denn, wenn? Weil ich meine, die Patienten erzählen uns halt auch nur die Dinge aus ihrer Sicht und wir haben dann unsere eigenen Bilder wieder im Kopf, wie das jetzt aussehen könnte. Und in Wirklichkeit ist aber das große Problem eine zu tiefe Arbeitsebene, zum Beispiel. Und deshalb

arbeiten wir dann, also versuchen es halt so ein bisschen zu ersetzen, indem wir sie halt auffordern Videos zu machen.“ (GD1, S3, Z.1539-1549).

Sie nennt hierzu eine weitere Möglichkeit der BOI, die Videoanalyse. Diese solle beim Erkennen und Verstehen von Ursachen für Betätigungsprobleme helfen.

S3 und S1 sagen, dass eine Perfekte BOI zu erreichen sei, wenn diese direkt in der Lebenswelt des/ der KlientenIn stattfinde und nicht im Kontext Praxis (GD2, Z.535-543).

4.3 Barrieren BOI

In beiden Gruppendiskussionen nannten die Teilnehmerinnen immer wieder Barrieren, welche sie von der Durchführung einer BOI im Kontext der Handtherapie abhalte. Die nicht Benennung von Betätigungsproblemen seitens des/ der KlientIn, sowie seine/ ihre fehlende aktive Klientenrolle würden Barrieren für die Teilnehmerinnen in der Ergotherapie darstellen. (GD1, S4, Z.134-139; GD2, S1, Z.1077-1078).

„Die Erfahrung machen wir immer wieder, dass die [Klienten] kommen und sagen jetzt soll die Hand behandelt werden“ (GD2, S3, Z.347-349).

Es werde also eine körperfunktionsorientierte Intervention seitens der KlientInnen eingefordert.

Dies sei gerade bei Berufsanfängerinnen eine Schwierigkeit, da diese sich von der passiven Patientenrolle eher beeinflussen lassen würden, sagt S1 (GD2, Z.1071-1076).

Hier kamen die Teilnehmerinnen immer wieder auf die Grundeinstellung der Therapeutin, sowie des/ der KlientIn zu sprechen. Mangelnde Aufklärung auf beiden Seiten wurde beschrieben. S2 berichtet, dass es nicht nur Physiotherapeutinnen seien, welche ausschließlich funktionsorientiert arbeiten würden, es gäbe auch Ergotherapeutinnen, welche die Betätigungsorientierung nicht könnten (GD2, Z. 814-823). Als Begründung dafür nennt S3 das Unwissen über Betätigungsorientierung (GD2, Z. 949-950).

„Ich finde es schwer die Synthese zwischen der Handtherapie und dem großen ergotherapeutischen betätigungsorientierten Ansatz zu bekommen“ (GD1, S3, Z.1802-1812).

Die Barriere läge oft im Kopf der Therapeutin und es müsse „klick machen, um betätigungsorientiert zu arbeiten“ (GD2, S3, Z.992, Z. 998-999). Die Teilnehmerinnen berichten, dass viele Therapeutinnen denken würden, sie müssten etwas tun. Tun meint hier aktiv an dem/ der KlientIn arbeiten, z.B. durch manuelle Therapie oder Narbenbehandlung.

„Klassischer Satz: Aber ich muss doch was tun“ (GD2, S3, Z. 1082).

Des Weiteren berichteten die Teilnehmerinnen, dass in der Weiterbildung zur Handtherapeutin die Betätigungsorientierung eine untergeordnete Rolle spiele (GD1, S1, Z. 928-929). Gleichzeitig sagen die Teilnehmerinnen aber auch, dass sie die Ausbildung zur Handtherapeutin nicht gemacht hätten, um betätigungsorientiert zu arbeiten, sondern eher physiotherapeutische Anteile zu erlernen (GD1, S3, S2, S4, Z.1316-1325)

Der Fokus der Ausbildung läge mehr auf Funktions- und Strukturorientierten Techniken.

„Bei der AFH war es wirklich so, dass ich sagen muss, dass viele manuelle Techniken oder so vegetative Techniken, die einem beigebracht wurden. Eben halt auch Schienenbau oder Tapen oder Kastverbände. Also ganz viel Augenmerk auf Patienten, die aber auch akut betroffen sind. Also als Handtherapeut hast du eigentlich schon die Aufgabe trotzdem erst mal manuell zu arbeiten, ein Stück weit. Also mit dem Patienten zu gucken, wie geht es dem nach einer Operation. Also das war in der Hand-Ausbildung schon eher im Fokus. 80% mindestens.“ (GD1, S1, Z.930-939).

Dies sei ein Grund, warum die Handlungsfähigkeit bei Handtherapeutinnen verloren gehe. Sie würden mehr Physiotherapeutin sein wollen und sich gerne an den erlernten Techniken festhalten (GD2, S3, Z. 926-927, Z.928-932).

S1 berichtet, dass es normal sei, dass man kurz nach der Weiterbildung zur Handtherapeutin funktionsorientiert arbeite, da die gelernten Techniken ausprobiert werden müssten, um sie besser zu verstehen (GD1, S1, Z. 1761-1764).

„Aber man muss eine Zeit lang manuell und funktionell arbeiten, um sich alles anzueignen und um auch wirklich einen Verstand davon zu bekommen.“ (GD1, S1, Z. 1761-1764).

Außerdem wurde die jeweilige Diagnose der KlientInnen als Barriere beschrieben.

So sagt S4: „Patienten, die etwas haben, dass nach einer Zeit wieder ganz weg geht, da denke ich, dass es keinen Sinn macht das Betätigungsorientierte zu verfolgen.“ (GD1, Z.139-143).

Auch S2 nennt „frische Beugesehnenverletzungen“ als Grund zunächst nicht mit einem betätigungsorientierten Befund zu starten (GD1, Z.199-206).

Auch die mangelnde Zusammenarbeit zwischen Ergotherapie und Physiotherapie wurde als Barriere benannt. Bevor betätigungsorientiert gearbeitet werden könne, müsse eine gewisse funktionsorientierte Grundversorgung stattfinden. Wenn hier keine Zusammenarbeit stattfinde, hätten die teilnehmenden Therapeutinnen das Gefühl diese Aufgabe noch mit übernehmen zu müssen (GD2, S1, Z.859-864; GD2, S3, Z.876-883).

„Ich finde die Aufgaben sind eigentlich insgesamt zu viel und ich würde mir wünschen der Physiotherapeut würde tatsächlich strukturell manuell so gut arbeiten und vielleicht auch vorbereiten zu Partizipation, damit wir mehr Zeit haben um eben genau die betätigungsorientierte Arbeit zu machen.“ (GD2, S1, Z.859-864).

Zudem wäre es häufig schwierig die theoretisch formulierten Ziele aus der Evaluation praktisch in der Intervention umzusetzen. Das würde aus Sicht der Teilnehmerinnen daran liegen, dass es keine Assessments speziell für den handtherapeutischen Bereich mit betätigungsorientiertem Fokus gäbe (vgl. Evaluations- und Zielsetzungsphase). Dies führe dazu, dass sich jeder selber Formulare für diesen Zweck erstelle, welche dann keine Evidenz hätten.

4.4 Chancen BOI

„Die Handtherapie hat in den letzten Jahren einen Aufschwung in Richtung betätigungsorientiertes Arbeiten gemacht.“ (GD1, S2, Z.947-969)

Diese Veränderung und weitere Aspekte seien Chancen für die betätigungsorientierte Intervention im Kontext der Handtherapie, sagen die Teilnehmerinnen.

Die Rolle des/ der KlientIn wird hier ebenso wie bei den Barrieren (vgl. Kapitel 4.3 Barrieren BOI) genannt. Eine aktive Klientenrolle unterstütze die Durchführung einer BOI zum Beispiel dadurch, dass diejenige die benötigten Materialien für eine Betätigung selbst mitbringe (GD1, S3, Z.380-385 & Z. 1423).

S1 berichtet von einem Beispiel, in dem ein/eine KlientIn gezielt das Üben von Betätigung in der ergotherapeutischen Intervention eingefordert habe (GD1, S1, Z.890-893). Diese Studienteilnehmerin bringt auch das Thema Hausbesuche mit in die Diskussion und nennt diese als eine Möglichkeit, welche dazu geeignet wäre sich besonders gut den Alltag der KlientInnen anzuschauen (GD1, S1, Z.125-126).

„Im sozialen Umfeld arbeiten bringt einen Mehrwert für den Patienten gegenüber handtherapeutisch arbeiten.“ (GD1, S1, Z.273-279).

Dies berichtet S1 im Zusammenhang mit der Verbesserung der Betätigungsperformanz (GD1, Z.273-279). Diese Art von Intervention würde von den Krankenkassen unterstützt werden, was S1 als Ressource sehe (GD1, Z.279-283).

Für betätigungsorientiertes Arbeiten spräche außerdem die Möglichkeit die KlientInnen durch gezielte Gesprächsführung auf den Weg bringen und somit die Behandlung in einer kürzeren Zeit abschließen zu können (GD1, S2, Z.739-742 & Z.746-756).

Die Teilnehmerinnen berichten auch von verschiedenen Fortbildungen oder Tagungen, welche ihre Arbeit beeinflusst hätten. Die einen hätten eine Weiterbildung zur Anwendung des COPM (Law et al., 2005) gemacht (GD1, S2, Z.758-766; S4, Z.845-847). Seit dem würden sie das COPM (Law et al., 2005) nutzen, was für sie das Wesentliche darstelle (GD1, S4, Z. 1390-1391). Eine andere Teilnehmerin berichtet von einer Ausbildung zur Rehabilitationstherapeutin, welche besonders im Bereich der beruflichen Betätigungen einen weiteren Blickwinkel ermögliche (GD1, S1, Z.917-923). Auch die Wei-

terbildung zur Handtherapeutin bei der DAHTH habe eine betätigungsorientierte Befunderhebung vermittelt (GD1, S4, Z.941-942). Außerdem gebe es dort ein neues Modul, welches den Teilnehmerinnen jedoch noch nicht genau bekannt sei, sich aber auf Aktivitäten des Alltags beziehe (GD1, S3, S4, S2, Z. 1349-1373).

Des Weiteren würden junge Kolleginnen, welche neues Wissen aus der Ausbildung mitbrächten als Chance für eine BOI betrachtet (GD1, S2, Z.766-771; GD2, S3, Z.951-952).

Die Teilnehmerinnen, welche eine leitende Position in der Praxis innehaben, nennen diese und den Einfluss, welchen sie dadurch hätten ebenso als Ressource, welche dazu genutzt würde Mitarbeiter in der Umsetzung von BOI zu Unterstützen und diese zu forcieren (GD2, S3, Z. 1000-1003; S1 Z.1023-1028). S1 macht hier einen Vorschlag zur Umsetzung:

„Zur Aufgabe des Praxisbesitzers machen, dass er seinen Mitarbeitern sagt, dass zum Ende jeder Behandlung eine betätigungsorientierte Aufgabe mit dem Patienten gemacht werden muss.“ (GD2, Z.933-937).

Austausch untereinander solle den *Clinical Reasoning* Prozess anleiten und verdeutlichen was manuelle Therapien und Techniken dem/ der KlientIn für seine/ ihre Partizipation oder seine/ ihre Betätigungsanliegen brächten (GD1, S2, Z.1393-1394; S3, Z.1403; GD2, S1, Z.1169-1174).

„Oft kriegt man es halt nicht so mit, aber das wirklich gerade, wenn man von so einer rein funktionellen Fortbildung zurückkommt auch fragt, wie kann ich das jetzt für mich umsetzen? Da sind wir beim Clinical Reasoning. Also das diese Prozesse vielleicht auch noch mal angeleitet werden durch jemanden vor Ort. Das man sagt okay schön und gut, du hast jetzt hier die ganze manuelle Mobilisation, hast deine Techniken alle ausprobiert - was hat es dem Patienten denn für seine Partizipation oder für seine Betätigungsanliegen gebracht?“ (GD2, S3, Z.1165-1174).

Diese Reflexion werde für eine gute Behandlung vorausgesetzt (GD2, S3, Z.1203-1207).

Ein weiterer Grundstein für eine BOI sei die Klientenzentrierung.

„Aus klientenzentriertem Arbeiten folgt logischerweise Betätigungsorientierung“
(GD1, S3, Z.1157-1174 (Zustimmung durch alle))

Als letzten Punkt nennen die Teilnehmerinnen die Hilfsmittelversorgung sowie den Schienenbau, die den Klienten zur Betätigung helfen sollen und sie wesentlich aktiver mache (GD1, S1, Z.262-272; GD2, S1, Z.1337-1343) (vgl. Kapitel 4.6 Profit für die Ergotherapie).

„Frische Beugesehnenverletzung am vierten und fünften Finger, Sehnen gerissen. Da wurde sofort eine Schiene gebaut. Da war überhaupt keine Zeit über die Arbeit zu reden. Das kommt natürlich während dem Schienenbau, da hatten wir anderthalbstunden Zeit und da kann man verschiedenen Themen mal ansprechen. Aber, da ist das Wichtigste der braucht die Schiene und dann wird er verabschiedet und für morgen wieder einbestellt.“ (GD1, S2, Z.199-206).

4.5 Kompetenzen der Ergotherapeutinnen

Um eine Intervention durchzuführen, benötige die Therapeutin verschiedene Kompetenzen. Im Mittelpunkt stehe eine klientenzentrierte Grundhaltung (GD1, S3, Z.1133-1134).

„Also perfekt betätigungsorientiert ist immer, dass die Grundhaltung der Behandlung und des Therapeuten mit dabei ist.“ (GD2, S3, Z.473-475).

Demnach mache der/ die KlientIn mit seinen Ressourcen, Schwierigkeiten, Interessen und Zielen klientenzentriertes Arbeiten aus (GD1, S3, Z.1148-1151). Für ein solches Arbeiten würden die Studienteilnehmerinnen bestimmte Gesprächsführungstechniken voraussetzen (GD1, S1, Z.1261-1266; S3, Z.1275-1283; GD2, S2, Z.484-486). Damit gehe die Betätigungsorientierung einher, indem wichtige Probleme im Alltag durch Gespräche herausgefunden werden würden (GD1, S1, Z.609-612, Z.620-630).

Generell sei es den Studienteilnehmerinnen wichtig eine Vertrauensbasis für die Therapeutinnen-KlientIn-Beziehung zu schaffen und den/ die KlientIn Sicherheit zu geben (GD1, S2, S3 Z.563-572).

„Und das sind eben Gespräche, die du dann führst und Aufklärung. Und den Leuten eine Sicherheit geben, dass die keine Angst haben, dass die Vertrauen haben.“ (GD1, S2, Z.563-572).

Dabei unterstütze modellorientiertes Arbeiten nach dem CMOP-E die Durchführung einer betätigungsorientierten Intervention (GD1, S3, Z.243-245).

Während der Evaluations- und Zielsetzungsphase würden „Beobachten“ und „Analysieren“ eine wichtige Rolle spielen, um Betätigungsprobleme zu identifizieren (GD1, S2, Z.188-189).

Kompetenzen wie „aktives Zuhören“, „Empathie“ und „Unterstützen“ seien besonders hilfreich (GD1, S1, Z.119-121; S3, Z.349-352; S4, Z.869-871). „Unterstützen“ meint hier bei dem/ der KlientIn nachzufragen oder einen Anstoß zu geben, um auf Betätigungsanliegen zu kommen (GD1, S3, Z.499-501; S4, Z.1026-1031, GD2, S3, Z.399-402).

„Manche Patienten können erst kein konkretes Betätigungsproblem nennen, fragt man nochmal nach, kommen doch Betätigungsschwierigkeiten raus, weil es nun mal die Hände sind.“ (GD1, S3, Z.499-501, Z.1035-1042).

Hier sieht es S1 als Aufgabe der Therapeutin, mindestens ein Betätigungsanliegen bei dem/ der KlientIn herauszufinden, um ihm/ ihr den betätigungsorientierten Ansatz zu zeigen, da viele diesen nicht kennen würden (GD1, S1, Z.447-450).

„Es gibt auch den umgekehrten Fall, dass der Patient sagt ich kann aber immer noch keine Faust machen und für sich gar nicht erkennen kann, dass es für seine Betätigung aber schon ausreichend ist, weil er tatsächlich auf den Faustschluss fixiert ist. Und wo ich einfach denke, es ist unsere Aufgabe ganz ganz sensibel und durch viele Betätigungsaufgaben ihn heranzuführen, dass es in Ordnung ist.“ (GD1, S1, Z.1035-1042).

Mit der Aufklärung des/ der KlientIn über die Betätigungsorientierung in der Ergotherapie, gehe die Förderung der aktiven Klientenrolle einher (GD2, S1, Z.1077-1078).

„Es geht ja um die Partizipation und was soll ich dem Klienten da sagen, was er jetzt können muss und was er nicht können muss. Das muss er schon selbst wissen. Aber ich finde, das Problem und da sind wir wieder beim Empowerment, ist ja, dass die Patienten oft selbst nicht wissen, dass sie gefragt sind und dass es jetzt wirklich um sie auch geht.“ (GD2, S3, Z.341-345).

In diesem Zitat wird das „Empowern“ als weitere Kompetenz einer Ergotherapeutin angesprochen.

Auch dem Wissen über funktionsorientierte Techniken wird eine große Wichtigkeit zugeschrieben, da man diese entweder aktiv in der Therapie oder passiv als Hintergrundwissen nutzen könne (GD1, S3, Z.517-521, Z.984-987, GD2, S1, Z.498-505).

„Wenn ich jetzt, sage ich mal, die Bewegung einleite oder die Bewegung durchführe, das ist auch wichtig sicherlich bei einer Bewegungseinschränkung, aber was jetzt für mich als Ergotherapeut wichtig ist, ist dass der Patient versteht, welche Bewegung da nicht funktioniert und die auch in Verbindung bringt mit der Betätigung, die er nicht kann.“ (GD2, S1, Z.498-505)

Dazu zähle auch das Zeigen und Erklären von Übungen für Zuhause (vgl. Kapitel 4.6.Profit für die Ergotherapie) (DG2, S1, Z.675-684; S2, Z.736-737). Durch diese Art von Anleitung würden die Klienten in ein Selbstmanagementprogramm gelangen (GD2, S3, Z.720-721). Das führe dazu, dass die Therapie mehr zu einer Art Beratung und Coaching werde (GD2, S2, Z.1137).

4.6 Profit für die Ergotherapie

„Die Hände sind dazu da um etwas zu tun und nicht nur um beweglich zu sein.“

(GD1, S3, Z1003-1004)

Diese Aussage bezieht S3 auf den Unterschied von der Physiotherapie zur Ergotherapie, die einen Fokus auf den Alltag des/ der KlientIn richtet. Der Schritt in Richtung Partizipation durch die Betätigungsorientierung werde als Chance zur Abgrenzung von der Physiotherapie gesehen (GD1, S3, Z.822-824, Z.1582-1586; S1, Z.717-719).

Vorteilhaft für die Ergotherapie gegenüber der Physiotherapie sehe S3 das ICF-Modell (DIMDI, 2017), mit dem Ziel der Partizipation, das als Inhalt der Handtherapieausbildung genannt werde. Die betätigungsorientierten Module würden in der Handtherapieausbildung fehlen, in der Ergotherapieausbildung seien sie aber schon integriert. (GD2, S3, Z.823-831).

„Und ich finde, der Vorteil der Ergotherapeuten oder was unser Beruf halt ermöglicht, ist, dass wir wirklich den gesamten Menschen und die gesamte Einschränkung biopsychosozial sehen können. Das wir auch mit den Umweltfaktoren den Schienenbau mit drin haben. Aber das alles im Endeffekt ineinander einwirkt und wir da halt auch die Möglichkeit haben auf den verschiedenen Ebenen zu arbeiten.“ (GD2, S3, Z. 838-845)

Der genannte Schienenbau (vgl. Kapitel 4.4 Chancen für BOI) werde zudem als Gebiet der Ergotherapeutin angesehen (GD2, S2, Z.811-812). S1 sehe für den Schienenbau in Zukunft neben wirtschaftlichen Aspekten mehr Möglichkeiten für die Umsetzung von Betätigung (GD2, S1, Z.1352-1356).

Als weiteres Argument für die Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext würden die Kompetenzen der Ergotherapeutin mit einfließen (vgl. Kapitel 4.5 Kompetenzen der Ergotherapeutinnen).

Auch wenn Physiotherapeutinnen und Ergotherapeutinnen ähnliche Mittel und Methoden (Narben-/Faszienbehandlung) nutzen würden, hätten die Ergotherapeutinnen eine andere Zielsetzung. Diese würden versuchen die Mittel und Methoden in den Alltag der KlientInnen zu integrieren. Durch das Erklären von Übungen könnten die Klienten diese

auch zuhause durchführen. In diesem Zusammenhang werde dann der Bezug zur relevanten Betätigung hergestellt.

„Das wir den Patienten erklären wie sie eine Narbenbehandlung selber durchführen können oder auch eine Faszienbehandlung. Und wofür die dann am Ende notwendig ist. Also wenn zum Beispiel einer sagt, ich kann nicht lange am Bügelbrett stehen, weil dann tut mir der Oberschenkel oder die Hüfte weh oder merkt es wird muskulär eng, weil eine Hüftprothese vorhanden ist. Dann raten wir dem Patienten zum Beispiel vorher Dehnübungen oder Faszienübungen durchzuführen, um eben die Zeit zu verlängern, die sie am Bügelbrett stehen können.“ (GD2, S1, Z.675-684).

Durch diese Art von Anleitung gelangten die Klienten in ein Selbstmanagementprogramm (GD2, S3, Z.720-721). Das führe dazu, dass die Therapie mehr zu einer Art Beratung und Coaching werde (GD2, S2, Z.1137).

Wichtig sei zudem, das Wissen aus der Handtherapie und aus der Ergotherapie zu kombinieren und dadurch den Bereich Handtherapie in der Ergotherapie zu professionalisieren (GD2, S1, Z.1160-1161; S3, Z.1185-1189). Dies sei bedeutsam, weil die Handtherapie in der „schnelllebigen Zeit“ aufgrund vieler Unfälle immer wichtiger werde und auch starken Rückhalt durch die Ärzte erhalte (GD2, S1, Z.1288-1291; S3, Z.1297-1299).

Nicht nur alle vier Studienteilnehmerinnen seien zufrieden mit diesem Weg der Betätigungsorientierung als festem Bestandteil der ergotherapeutischen Handtherapie, sondern auch die KlientInnen (GD1, S4, Z.1561-1562; S3, Z.1588-1590; S1, Z.1753; S2, Z.1759).

„Ich bin zufrieden und die Klienten sind zufrieden. Das ist ja das Wichtige. Und diese Rückmeldung bekommst du immer wieder, wenn die ihre Ziele formulieren und wenn die erreicht werden. (GD1, S2, Z.1755-1765).

4.7 Einordnung der sechs Kategorien in die Leitfragen/ der Forschungsfrage

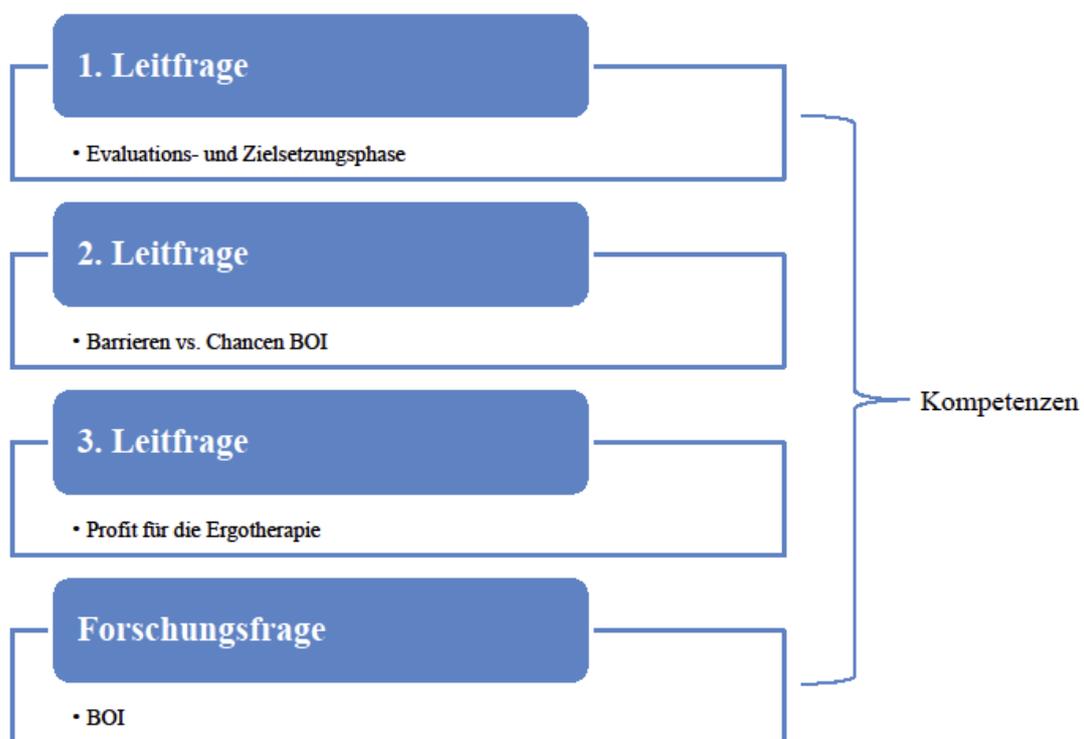


Abb. 12.: Einordnung der Kategorien

5. Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Resultate der beiden Gruppendiskussionen in Verbindung mit dem Theoretischen Hintergrund (vgl. Kapitel 2), sowie weiterer Literatur gebracht. Diese wurde mit Hilfe neuer Suchbegriffe, welche aus den Resultaten extrahiert wurden, gefunden [siehe Anhang 1]. Der Aufbau der Diskussion gestaltet sich so, dass zunächst die drei Leitfragen beantwortet werden, mit den gewonnenen Ergebnissen wird dann die Forschungsfrage beantwortet.

Wie im Kapitel 4. Resultate erwähnt, wurden die erstellten Kategorien genutzt, um die Leit-/ Forschungsfrage(n) zu beantworten (vgl. Abb. 11). Die Kategorie *Kompetenzen* zieht sich durch die Beantwortung aller Fragen. Die Teilnehmerinnen nannten in den beiden Gruppendiskussionen verschiedene Kompetenzen, welche die Therapeutin benötigt, um eine betätigungsorientierte Intervention in der Handtherapie zu gestalten. Diese wurden den Domänen aus dem Kompetenzprofil des DVE (2018) zugeordnet. Die Zuordnung soll durch folgende Abb.12 dem/ der LeserIn transparent gemacht werden:

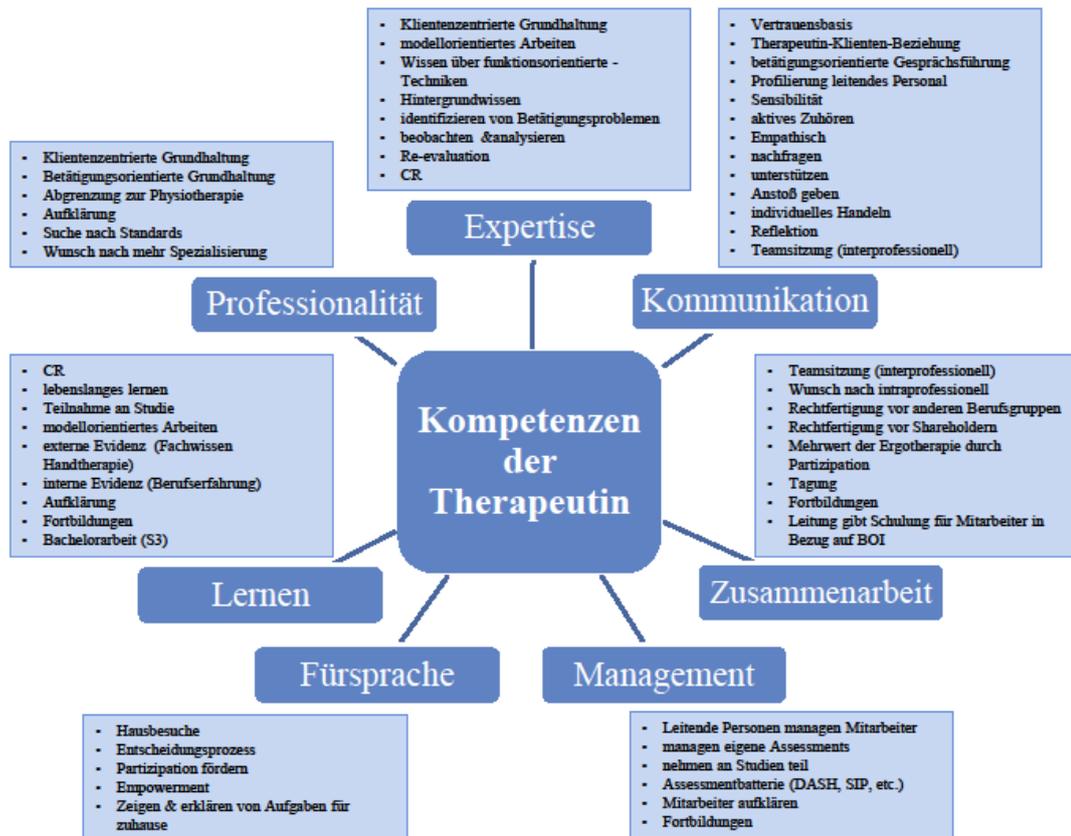


Abb. 13.: Kompetenzen der Teilnehmerinnen eingeordnet in das Kompetenzprofil des DVEs (2018)

5.1 Beantwortung der ersten Leitfrage

Wie beeinflusst die Art der Befunderhebung (betätigungsorientiert/ funktionsorientiert) eine betätigungsorientierte Intervention?

Da wie im Kapitel 2.5 Therapieprozess erläutert, die Intervention auf der Evaluations- und Zielsetzungsphase aufbaut, ist es wichtig die Gestaltung der Befunderhebung zu beschreiben, um den Einfluss auf die Intervention zu verstehen. Auch die Teilnehmerinnen betonten die Wichtigkeit (vgl. Kapitel 4 Resultate).

Die Forscherinnen orientieren sich bei der Darstellung der Diskussion, am Vorgehen des OTIPMs (Fisher, 2014).

Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen

Um diesen Performanzkontext zu erstellen, benötigt die Ergotherapeutin berufsspezifische Kompetenzen. Dazu gehören u.a. eine klientenzentrierte Grundhaltung (GD1, S3, Z.1133-1134), modellorientiertes Arbeiten (GD1, S3, Z.243-245) sowie eine holistische Sicht auf den/ die KlientIn (GD2, S3, Z. 838-845). Alle diese Kompetenzen werden im deutschen Kompetenzprofil der Ergotherapie der Domäne Ergotherapeutische Expertise zugeordnet (DVE, 2018). Zur Erhebung des klientenzentrierten Performanzkontextes wird das Betätigungsprofil genutzt. Hierbei handelt es sich um ein selbst erstelltes Assessment (GD1, S4, Z.426-430). Der Fokus dieses Assessments ist betätigungsorientiert (vgl. Kapitel 2.3.4), speziell *occupation focused* (vgl. Kapitel 2.3. Betätigungsorientierung).

Von dem/der KlientIn benannte und priorisierte Stärken und Probleme der Betätigungsperformanz herausfinden

Hierzu wird das COPM (Law et al., 2015), sowie eigene Assessments genutzt. Die beschriebenen Assessments sind *occupation-focused* (Fisher, 2012). Die eigenen Assessments wurden erstellt, da die Nutzung standardisierter, betätigungsorientierter Befunderhebungsinstrumente Schwächen wie einen hohen Zeitaufwand (GD 2, S3, Z.39-41) und eine nicht ausreichende Spezialisierung in Bezug auf die Handtherapie (GD1, S1, Z.1871-1875) aufweisen. In der Studie von Oxford Grice (2015) beschreibt die Autorin ähnliche Gründe für die Entscheidung gegen die Verwendung betätigungsorientierter Assessments, wie zeitliche Einschränkungen. Ferner seien viele Ergotherapeutinnen

nicht vertraut mit der Anwendung solcher Assessments seien (Oxford Grice, 2015). Auch die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion erleben immer wieder, dass Ergotherapeutinnen aus diesem Grund auf Assessments die sich auf die Körperstrukturen und -funktionen beziehen, zurückgreifen (GD2, S3, Z.424-425; S2, Z.431). Oxford Grice (2015) zitiert Alotaibi et al. (2009) welcher die gleichen Phänomene erforschen konnte.

Performanz des/ der KlientIn bei priorisierten Aufgaben beobachten und Performanzanalyse durchführen

„Intervention kann nur stattfinden, wenn ich sehe wie der Patient die Betätigung ausführt.“ (GD1, S1, Z. 618-620). Hierzu nutzen die Teilnehmerinnen z.B. Videoanalysen. Diese fördern die Awareness, um später mit dem/der KlientIn in die Diskussion gehen zu können (Toglia, Golisz, & Goverover, 2014). Dabei greifen diese auf Kompetenzen, unter Berücksichtigung ihres *Clinical Reasonings*, wie Identifizieren von Betätigungsproblemen durch Beobachten und Analysieren zurück (GD1, S2, Z.188-189). Die genannten Kompetenzen sind der Domäne Ergotherapeutische Expertise zuzuordnen (DVE, 2018). Da bei dieser Art der Befunderhebung die Betätigungsperformanz im Mittelpunkt steht, kann als *occupation-focused* beschreiben werden (Fisher, 2012).

Aktionen, die der/die KlientIn effektiv und solche, die er/sie nicht effektiv ausführt definieren und beschreiben

Diese Aktionen werden von den Teilnehmerinnen auf verschiedene Art und Weise erhoben. Dies resultiert aus der Tatsache, dass sie mit verschieden stark betroffenem Klientel arbeiten (GD2, S1, Z.178-180; S3, Z.266-268). Auch die Kompetenz Zusammenarbeit spielt hier eine wichtige Rolle, da je nach Shareholder das Assessment ausgewählt wird (DVE, 2018). „Wir nutzen den DASH-Bogen nur den Ärzten zu liebe, damit die was mit den partizipationsbezogenen Assessments anfangen können, da sie den kennen.“ (GD2, S3, Z. 424-425). Die Teilnehmerinnen kamen zu dem Schluss, dass die ideale ergotherapeutische Befunderhebung in der Handtherapie, klinisch relevant, funktionsorientiert, klientenzentriert, standardisiert und betätigungsorientiert ist (vgl. Kapitel 4.1 Evaluation- und Zielsetzungsphase). Dies steht im Einklang mit der ICF, die sich auf die Funktion anstatt auf die Beeinträchtigung konzentriert (DIMDI, 2018). Es gibt Studien, die die Beziehung zwischen betätigungsorientierter Assessments und der ICF (DIMDI, 2018) untersucht haben. Drei Assessments, die diese Verbindung besonders

gut herstellen sind DASH, COPM und AMPS (Oxford Grice, 2015, zitiert nach Stamm et al, 2004 & Drumond et al, 2007). Dies stellt für die Forscherinnen eine erste erkennbare Verbindung zwischen den Inhalten der Ergotherapie (betätigungsorientierte Befunderhebung) und den Inhalten der handtherapeutischen Weiterbildung dar. Somit ist die Möglichkeit im Kontext Handtherapie eine betätigungsorientierte Evaluations- und Zielsetzungsphase, welche zu einer betätigungsorientierten Intervention führt, gegeben.

Klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ziele erstellen, abschließen oder neu definieren

Ob Ziele betätigungsorientiert oder funktionsorientiert verfasst werden, hängt nach Aussage einer Studienteilnehmerin mit der Diagnose zusammen (GD1, S2, Z..199-2016). Es fänden sowohl betätigungsorientierte Teile der Befunderhebung, nach dem Top-Down-Ansatz, sowie funktionsorientierte Teile nach dem Bottom-up-Ansatz statt (GD2, S1, Z.178-180; S3, Z. 366-380). Weinstock-Zlonick & Hinojosa (2004) unterstützen die Aussagen der Studienteilnehmerinnen. Die Autorinnen beschreiben die ergotherapeutische Befunderhebung als Screening, welches weder Top-Down, noch Bottom-Up ist. Es gehe primär darum, den/ die KlientIn in seiner/ihrer Situation zu verstehen. Wenn das Hauptproblem ein Gesundheitsproblem ist, z.B. eine akute Beugesehnenverletzung, werden funktionsorientierte Ziele verfasst. Wenn das Hauptproblem bezogen auf die Partizipation ist, dementsprechend betätigungsorientierte Ziele (Weinstock-Zlonick & Hinojosa, 2004). Die Teilnehmerinnen beschreiben sich sowohl bei der Verfassung betätigungs- als auch funktionsorientierter Ziele als klientenzentriert. Laut Fisher (2014) ist hier Vorsicht geboten. "[...], wenn wir wirklich klientenzentriert arbeiten wollen, müssen wir unsere Klienten auf Betätigung aufmerksam machen, die durch die mangelnden Handfunktionen beeinträchtigt sind“ (Fisher, 2014, S.19). Außerdem weißt Fisher (2014) darauf hin, dass das ergotherapeutische Angebot abgebrochen wird, sollte der/ die KlientIn weiter den Fokus auf zugrundeliegende Störungen legen. Hier sei es notwendig auf andere Berufsgruppen, z.B. die Physiotherapie, zu verweisen. Die Teilnehmerinnen verweisen in solch einem Fall nicht auf andere Berufsgruppen, sondern schlagen wie oben beschrieben einen funktionsorientierten Weg ein. Jedoch äußern sie einen Wunsch nach mehr Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen (GD 2, S1, Z. 859-864). Solange dies nicht geschieht leidet aus Sicht der Forscherinnen die Kompetenz der

ergotherapeutischen Expertise, da benannt wird, dass das „ergotherapeutische Handeln kontinuierlich an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Klientin“ zu orientieren ist (DVE, 2018, S. 10).

Ursachen der Probleme der Betätigungsperformanz klären und interpretieren

Dieser Schritt stellt bei den Studienteilnehmerinnen den Übergang von Evaluations- und Zielsetzungsphase zur Interventionsphase dar. Sie ermitteln zunächst Betätigungsanliegen (vgl. Kapitel 4. Resultate), dann klären und interpretieren sie deren Ursachen auf Körperfunktionseben, erstellen passende Übungen und erfragen dann deren Effektivität in Bezug auf das zu Beginn erhobene Betätigungsproblem (GD2, S2, Z.579-588; S2 Z.594-596). Das beschriebene Vorgehen würde Fisher (2014) dem Top-to-Bottom-up-Ansatz zuordnen (vgl. Kapitel 2.5 Therapieprozess). Dies könnte gegebenenfalls eine Barriere für die Umsetzung einer betätigungsorientierten Intervention darstellen, da die Behandlung an den Körperstrukturen ansetzt. Sie hätte die Betätigung zwar als Ziel, also *occupation as end* (vgl. Kapitel 2.2 Betätigung), das therapeutische Mittel sei jedoch funktionsorientiert.

Mit Hilfe dieser Erkenntnisse lässt sich die Frage *Wie beeinflusst die Art der Befunderhebung (betätigungsorientiert/ funktionsorientiert) die betätigungsorientierte Intervention?* beantworten. Zunächst kann festgehalten werden, dass auf eine funktionsorientierte Gestaltung der Evaluations- und Zielsetzungsphase keine betätigungsorientierte Interventionsphase folgen kann. Im Umkehrschluss kann nicht generell gesagt werden, dass auf eine betätigungsorientiert gestaltete Evaluations- und Zielsetzungsphase eine betätigungsorientierte Interventionsphase folgt. Die Art und Weise wie zertifizierte Handtherapeutinnen im Kontext der Ergotherapie den Befund erheben, ist also maßgeblich für den weiteren Verlauf des Therapieprozesses. Die Forscherinnen konnten feststellen, dass alle Studienteilnehmerinnen den Grundgedanken der Betätigungsorientierung verinnerlicht haben. Hierfür ist besonders deren ergotherapeutische Expertise wichtig. Es wurden jedoch auch Barrieren erkennbar, welche den Teilnehmerinnen die Umsetzung erschweren. Auf der einen Seite steht der/die KlientIn, welcher/welche gezielt die funktionsorientierte Behandlung einfordert, auf der anderen Seite stehen die Unwissenheit der Therapeutin über Betätigungsorientierung und die Schwierigkeiten bei der Befunderhebung. Aus diesen Gründen wird auf funktionsorientierte oder selbst-

erstellte, betätigungsorientierte Assessments zurückgegriffen, welche die Ergebnisse der Evaluations- und Zielsetzungsphase ungenau und nicht vergleichbar machen. Somit wird die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention erschwert.

5.2 Beantwortung der zweiten Leitfrage

Welche Rahmenbedingungen unterstützen Ergotherapeuten, betätigungsorientierte Interventionen durchzuführen?

Rahmenbedingungen beschreiben Faktoren und/ oder Gegebenheiten, welche aktiv oder passiv Einfluss auf die Problemstellung nehmen (Bibliographisches Institut GmbH, 2018d). Dieser Einfluss kann sowohl positiv, also eine Chance, aber auch negativ und somit eine Barriere sein. Im für die Forschungsarbeit gewählten Prozessmodell werden die Rahmenbedingungen, welche eine Intervention unterstützen könnten, nicht aufgeführt. Deshalb soll sich für den folgenden Abschnitt auf das Canadian Practice Process Framework (CPPF) (Craik, Davis, & Polatajko, 2007) bezogen werden. Im CPPF beschreiben die Autorinnen, dass eine Therapie immer von verschiedenen Kontexten abhängig ist (Craik, Davis, & Polatajko, 2007). Die beschriebenen Kontexte können mit den von den Forscherinnen erhobenen Rahmenbedingungen gleichgesetzt und diesen zugeordnet werden. Die Rahmenbedingungen lassen sich grob in drei Bereiche (Kontexte) einteilen.

Bei dem ersten Kontext handelt es sich um den *social context*. Sowohl der/ die KlientIn als auch die Therapeutin, befinden sich in ihrem eigenen gesellschaftlichen Kontext. Dieser ist von kulturellen, institutionellen, physischen und sozialen Umweltelementen geprägt und beeinflusst die jeweilige Grundhaltung in Bezug auf die Gestaltung der ergotherapeutischen Intervention (Craik, Davis, & Polatajko, 2007). In der folgenden Abb.13 soll genau dieser Einfluss des *social context* auf die Therapie verdeutlicht werden.

Legende:

P=PatientIn

T=Therapeutin

S=Symptom/
Krankheitsbild

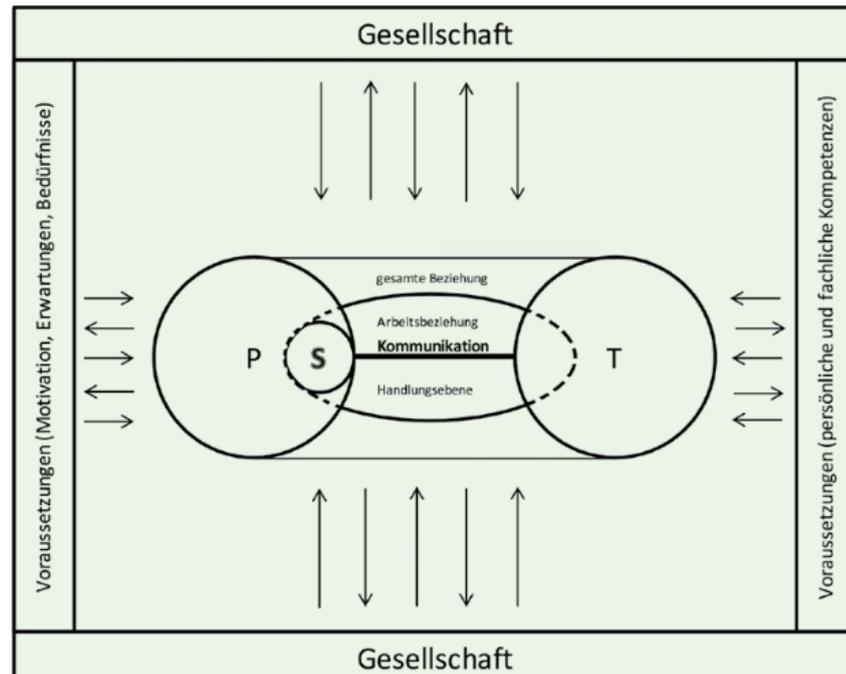


Abb. 14.: Das Konzept der therapeutischen Beziehung in der Sprachtherapie

Aktuell herrscht eine gesundheitspolitische Diskussion, welche die Rolle des/ der KlientIn thematisiert. Der/ die KlientIn als MitgestalterIn von Gesundheitsleistungen und KoproduzentIn seiner Gesundheit rückt in den Mittelpunkt (Dirmaier, & Härter, 2011). Unter den ÄrztInnen wird von einer "patientenorientierten Medizin" gesprochen, im ergotherapeutischen Kontext spricht man von Klientenzentrierung (Dirmaier, & Härter, 2011; DVE, 2018). Auch für die Studienteilnehmerinnen war die Rolle des/ der KlientIn essenziell (GD1, S3, Z.380-385 & Z. 1423). Wie es bei Rahmenbedingungen häufiger der Fall ist, kann die Rolle des/ der KlientIn sowohl förderlich als auch hemmend für die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention sein. Die passive Klientenrolle ist eine Barriere, welche immer wieder in der Diskussion aufkam. Diese wird dadurch definiert, dass einerseits keine Betätigungsprobleme genannt werden, andererseits Unwissenheit über die Ergotherapie an sich vorliegt (GD1, S4, Z.134-139; GD2, S1, Z.1077-1078).

„Die Erfahrung machen wir immer wieder, dass die [die Klienten] kommen und sagen jetzt soll die Hand behandelt werden“ (GD2, S3, Z.347-349).

Hier entsteht nun Konfliktpotential, da der/ die KlientIn eine funktionsorientierte und die Therapeutin eine betätigungsorientierte Haltung einnimmt. Besonders Berufsanfängerinnen würden häufig an diesem Punkt scheitern, da sie sich von den Vorstellungen des/ der KlientIn zu schnell beeinflussen lassen (GD2, Z.1071-1076). In dem Fall findet ein Kompetenzverlust seitens der Therapeutin statt, da sie sich von ihrer ergotherapeutischen Expertise entfernt (DVE, 2018). Durch eine funktionsorientierte Gestaltung der Intervention übernimmt sie Aufgaben, die im Zuständigkeitsbereich andere Berufsgruppen (z.B. Physiotherapeutinnen) liegen (Fisher, 2014). Wie das oben beschriebene Konfliktpotential aus Sicht der Teilnehmerinnen und der aktuellen Literatur zu klären ist, wird im nächsten Kontext, dem *practice context*, beschrieben (Craik, Davis, & Polatajko, 2007). Dem *social context* ist noch die Diagnose des/ der KlientIn zuzuschreiben. In beiden Gruppendiskussionen stellte sich heraus, dass die Therapeutinnen vermehrt zu einer betätigungsorientierten Intervention tendieren, wenn es sich bei der Diagnose des/ der KlientIn um ein chronisches Krankheitsbild, z.B. Rheuma, handelt (vgl. Kapitel 4. Resultate). Auch in der Leitlinie zum Thema Rheuma wird den Ergotherapeutinnen empfohlen eine Beratung zu den krankheitsbedingten Einschränkungen der Handfunktion und deren Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten durchzuführen. Hier steht vor allem die Gelenkschutzunterweisung, sowie die Hilfsmittelberatung im Vordergrund (AWFM, 2011). Beides sind nach Fisher (2014) legitime Mittel für die Behandlung (vgl. Kapitel 2.6 OTIPM) und sind dem kompensatorischen (Hilfsmittelberatung), sowie dem edukativen Ansatz (Gelenkschutzunterweisung) zuzuordnen. Bei Diagnosen, welche akut die Körperfunktionen beeinträchtigen (distale Radiusfraktur, Karpaltunnelsyndrom), arbeiten die Therapeutinnen vermehrt funktionsorientiert und am Gedankengut der Handtherapie (vgl. Kapitel 2.1.3 Handtherapie-Ausbildung) angelehnt. Diday-Nolle (2009) weist darauf hin, dass Tätigkeiten oder Betätigungen in der Handrehabilitation nicht in allen Behandlungsphasen zum Einsatz kommen können. Als Beispiel wird die frühpostoperative Phase, charakterisiert durch eine eingeschränkte Belastbarkeit der Strukturen, genannt. Auch die Leitlinien zum Krankheitsbild empfehlen an dieser Stelle die Rehabilitation durch die Physio- und nicht durch die Ergotherapeutin (AWFM, 2017; AWFM, 2015).

Der *practice context*, welcher die Therapeutin-KlientIn -Beziehung beschreibt, beginnt wenn die Ergotherapeutin die Überweisung vom Arzt erhält und beide Parteien (Thera-

peutin und KlientIn) in den Therapieprozess (vgl. Kapitel 2.5 Therapieprozess) eintreten (Craik, Davis, & Polatajko, 2007). Hier ist es wichtig, auf die im *social context* beschriebene Diskrepanz zwischen den häufig funktionsorientierten Erwartungen des/ der KlientIn und den betätigungsorientierten Gedanken der Therapeutin einzugehen. An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass die Ergotherapeutin aktiv wird. Auch zwei der Studienteilnehmerinnen sehen es als ihre Aufgabe, den/ die KlientIn in solch einem Fall adressatengerecht die Betätigungsorientierung in der Ergotherapie zu erklären und deren Potentiale aufzuzeigen (GD1, S2, Z.548-557). Dadurch kann der/ die KlientIn im Prozess einen aktiven Part der Behandlung übernehmen, denn "wir (die Therapeutinnen) sind nicht die Macher und die Patienten sind nicht die Eingemachten." (GD 1, S3, Z.1093-1094). Dadurch nutzen die Therapeutinnen die Kompetenz der Kommunikation, um eine Therapeutin-KlientIn-Beziehung auf Augenhöhe zu gestalten (DVE, 2018). Auch laut Dirmaier & Härter (2011) drückt sich Patientenautonomie/ Klientenzentrierung nicht nur in der Entscheidungsautonomie, sondern auch in dem Wunsch nach Fürsorge und dem Verlangen nach genauster Beratung und Information, seitens des/ der KlientIn aus. Dadurch sollen diese zu kompetenten PartnerInnen und ExpertInnen werden, die Verantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übernehmen. Den Studienteilnehmerinnen haben hierbei ihre Berufserfahrung, sowie das Wissen aus Fortbildungen mit einem betätigungsorientierten Fokus geholfen (GD1, S2, Z.758-766; S4, Z.845-847). Auch die überwiegend funktionsorientierte Ausbildung zur Handtherapeutin (vgl. Kapitel 2.1.3 Handtherapie-Ausbildung) habe den Teilnehmerinnen geholfen, da diese wertvolles Hintergrundwissen enthalte. Bei jeder Fortbildung sei es wichtig, sich selbst immer wieder die Brücke zum ergotherapeutischen Gegenstandsbereich, der Betätigung, zu schlagen. Hierzu nutzten alle Teilnehmerinnen ihr *Clinical Reasoning* (GD1, S1, Z.917-923).

Der Prozess des *Clinical Reasoning* findet vor allem im Kopf der Therapeutin statt und kann die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention positiv beeinflussen (Feiler, Shell, Fleming, & Marotzki, 2002). Andersrum ist der Kopf der Therapeutin für S3 eines der größten Barrieren.

"Ich glaube die größte Barriere ist der Kopf des Therapeuten"(GD2, S3, Z.992, Z. 998-999)

Bezogen auf die im *social context* beschriebenen Diagnosen der Klienten und deren Folgen für die Intervention war festzustellen, dass es den Therapeutinnen bei akuten Diagnosen schwerer fällt betätigungsorientiert zu arbeiten, als bei chronischen Erkrankungen (GD1, Z.199-206). Bei akuten Erkrankungen muss eine gewisse funktionsorientierte Grundversorgung stattfinden, bevor betätigungsorientiert gearbeitet wird. Wenn hier keine Zusammenarbeit stattfindet, hätten die teilnehmenden Therapeutinnen das Gefühl diese Aufgabe noch mit übernehmen zu müssen.

"Ich finde die Aufgaben sind eigentlich insgesamt zu viel und ich würde mir wünschen der Physiotherapeut würde tatsächlich strukturell manuell so gut arbeiten und vielleicht auch vorbereiten zu Partizipation, damit wir mehr Zeit haben um eben genau die betätigungsorientierte Arbeit zu machen."
(GD2, S1, Z.859-864).

Im multiprofessionellen Interventionskonzept für den/ die KlientIn ist es wichtig, dass die verschiedenen involvierten Berufsgruppen ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich deutlich machen, um effizient und effektiv miteinander zu arbeiten. Hierzu müsste die Kompetenz Zusammenarbeit stärker genutzt werden (DVE, 2018). Es kommt den Teilnehmerinnen zugute, dass sie überwiegend eine leitende Position innehaben und ihr therapeutisches Angebot häufig vor Klienten, deren Familien, den Krankenkassen und anderen Berufsgruppen darstellen müssen (GD2, S3, Z. 998-1002).

Eine weitere Rahmenbedingung, welche die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention in der ergotherapeutischen Handtherapie unterstützt, sei die Möglichkeit einen Hausbesuch durchzuführen, um den/ die KlientIn in seiner/ ihrer realen sozialen und physischen Umgebung zu beobachten (GD1, S1, Z.125-126). Ergotherapie betrachtet den Alltag des Menschen, welcher im häuslichen Umfeld stattfindet (DVE, 2018). Die Vorteile eines Hausbesuches sind zum einen, dass mit realen Bedingungen an der Betätigungsperformanz gearbeitet werden kann, zum anderen sind die für die Therapie benötigten Materialien stets vor Ort und können von dem/ der KlientIn jeder Zeit zum Trainieren verwendet werden (Hutterer, 2017).

„Im sozialen Umfeld arbeiten bringt einen Mehrwert für den Patienten gegenüber handtherapeutisch arbeiten.“ (GD1, S1, Z.273-279).

Dies berichtet S1 im Zusammenhang mit der Verbesserung der Betätigungsperformanz (GD1, Z.273-279). Diese Art von Intervention wird von den Krankenkassen unterstützt, was S1 als Ressource sieht (GD1, Z.279-283).

Da Hausbesuche aus wirtschaftlichen und zeitlichen Gründen jedoch nicht immer möglich sind, findet der Großteil der Therapie im Praxissetting statt (GD2, S3, Z. 289-301). Auch hier versuchen die Therapeutinnen nah am Alltag des/ der KlientIn zu bleiben und lassen sich für die Betätigung relevante Gegenstände mit in die Praxis bringen.

„Deshalb sage ich auch, die [Klienten] sollen ihre Sachen mitbringen. Es gibt so viele verschiedene Messer, die können wir nicht alle dahaben. Und dann soll er sein Lieblingmesser mitbringen, mit dem er normalerweise hantieren kann und das auch wieder möchte. Andersrum auch, es bringt nichts, wenn wir ein tolles Messer haben, er geht nach Hause und hat wieder keine Ahnung mit was er da arbeitet.“ (GD1, S3, Z.1488-1497).

Bezogen auf die vier Kontinua nach Fisher (2014) (vgl. Kapitel 2.6 OTIPM), versuchen die Therapeutinnen damit die Umweltrelevanz so natürlich wie möglich zu gestalten. Dies unterstützt die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention.

Der dritte *context* wird als *Frames of reference* bezeichnet und beinhaltet die Theorien, Modelle und Ansichten, die eine Therapeutin innerhalb des therapeutischen Prozesses verwendet (Craik, Davis, & Polatajko, (2007). Alle Teilnehmerinnen nehmen ihre Grundhaltung aus dem Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend, & Polatajko, 2007) (GD1, S4, Z. 1390-1391). Das modellorientierte Arbeiten wird als Ressource für die Betätigungsorientierung empfunden. Daher soll auch der Austausch mit KollegInnen, gerade auch jüngeren KollegInnen, die damit bereits in der Ausbildung in Kontakt gekommen sind, gefördert werden (GD1, S2, Z.766-771; GD2, S3, Z.951-952).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es viele Chancen und Barrieren gibt, welche die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention im ergotherapeutischen Kontext beeinflussen. Trotz beschriebener Barrieren versuchen die Therapeutinnen innerhalb der Therapie den Bezug zum Alltag des/ der KlientIn relevant und transparent zu

gestalten. Außerdem wird die Umwelt als wichtiger Faktor mit einbezogen und so natürlich wie möglich genutzt. Der/die KlientIn bestimmt die Betätigung. Einzig die Bestimmung des Zwecks eines therapeutischen Mittels (z.B. Narbenbehandlung) liegt auf dem Kontinuum näher bei der Therapeutin als bei dem/ der KlientIn. Diese Diskrepanz versuchen die Teilnehmerinnen durch Gesprächsführungsstrategien transparent zu machen. Trotz einschränkenden Rahmenbedingungen scheint die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention möglich.

5.3 Beantwortung der dritten Leitfrage

Warum ermöglicht die Umsetzung einer betätigungsorientierten Intervention in der Handtherapie die Professionalisierung des Berufes der Ergotherapeutin?

Um diese Frage zu beantworten, muss der Begriff der Professionalisierung genauer betrachtet werden. Hierzu nutzen die Forscherinnen zunächst die Merkmalstheorie nach Goode (1982), welche acht Merkmale einer Profession beinhaltet, wovon einige im Rahmen der beiden Gruppendiskussionen diskutiert wurden. Im Anschluss soll noch die Professionalisierungsstrategie nach Oevermann (1996) in Bezug auf die Ergebnisse der Gruppendiskussionen besprochen werden.

Das erste Merkmal, welches Goode (1982) beschreibt, ist die *gemeinsame berufliche Identität*. Wie bereits in Kapitel 2.1.4 Handtherapie in der Ergotherapie beschrieben, gilt Betätigung als Kernbegriff und Kompetenzbereich der Ergotherapie. Um die *gemeinsame berufliche Identität* der Ergotherapeutinnen in Deutschland zu stärken, wurden vom DVE die benötigten Berufskompetenzen genauer erläutert (vgl. Kapitel 2.7 Kompetenzen). Auch die Teilnehmerinnen nennen einige Kompetenzen, die Voraussetzung für betätigungsorientierte Arbeit sind und welche somit jede Ergotherapeutin haben sollte. Hier nennen sie eine klientenzentrierte Grundhaltung, eine gute Gesprächsführung, sowie Fähigkeiten zu beobachten, zu analysieren aber auch das Zuhören und die Empathie werden genannt (vgl. Kapitel 4. Resultate).

Das zweite Merkmal nach Goode (1982) wird in der Gruppendiskussion kurz angesprochen. *Wenige verlassen die Profession*. Hier äußert S3 die Befürchtung eines extremen Mangels an Ergotherapeutinnen in den nächsten fünf bis zehn Jahren (GD2, Z.1253-1256). Speziell in Bezug auf die Handtherapie im Kontext der Ergotherapie wird hier nicht eingegangen. Umso mehr werden jedoch die beiden nächsten Merkmale *gemeinsame Wertevorstellung* und *Übereinstimmung in Rollendefinition* diskutiert. Die Teilnehmerinnen betonen immer wieder ihre ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen, welche als Vorteil der Ergotherapie gesehen wird (GD2, S3, Z. 838-845). Darauf aufbauend stehen die Kompetenzen, welche die Rolle der Ergotherapeutin klarer machen. Hier besonders die klientenzentrierte, sowie die Betätigungsorientierte Grundhaltung,

welche der Domäne Professionalität zugeordnet werden (vgl. Kapitel 2.7 Kompetenzen). Es gebe jedoch auch Ergotherapeutinnen, welche nicht alltagsorientiert arbeiteten (GD2, S2, Z.814-823). Besonders im Bereich der Handtherapie gehe der Fokus auf die Handlungsfähigkeit und damit die betätigungsorientierte Grundhaltung häufig verloren (GD2, S3, Z.926-927). Für die Merkmalstheorie bedeutet das, dass *gemeinsame Wertevorstellungen* sowie die *Übereinstimmung in Rollendefinition* nicht komplett erfüllt sind.

Ein weiteres Merkmal nach Goode (1982) ist die *Fachterminologie*, über welche bereits in Kapitel 2.2 Betätigung diskutiert wurde. Auch die Teilnehmerinnen wünschen sich klarere Definitionen von, für die Ergotherapie essentiellen Begriffen. „Und ich finde da ist das Problem, das in vielen Köpfen nicht drin ist, was das eigentlich ist, diese Betätigungsorientierung.“ (GD2, S3, Z.948-950). Aus Sicht der Forscherinnen entsteht durch die fehlende Fachterminologie, vor allem die fehlende Einigkeit über Betätigungsorientierung, eine Barriere zur Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention. Wie schon in Kapitel 2.2 Betätigung beschrieben, sagt auch Polatajko et al. (2007), dass sich die Professionalität einer Disziplin durch ein bestimmtes Fachwissen und eine damit verbundene Fachsprache ausdrückt.

Kontrolle des beruflichen Handelns, nennt Goode (1982) das nächste Merkmal. Hier machen die Teilnehmerinnen erste Vorschläge, wie sie ihre leitenden Positionen in der Praxis einsetzen können, um die Betätigungsorientierung als Aspekt der Professionalisierung zu stärken. S1 hat die Idee, als Arbeitgeberin klare Vorgaben bezüglich des Ablaufs einer Intervention in ihrer Praxis zu geben (GD2, Z.933-937). Die Teilnehmerinnen sagen jedoch auch, dass es nicht möglich ist jede Mitarbeiterin zu kontrollieren und, dass im Endeffekt doch häufig jeder anders arbeitet. Dies wird mit fehlenden Standards begründet, welche, wenn sie vorhanden wären, die Qualität der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext anheben würden (GD1, S1, Z. 1896-1897).

Das siebte Merkmal, *Abgrenzung*, wird von den Teilnehmerinnen besonders in Bezug auf die Physiotherapie genannt. Wie in Kapitel 2.1.4 Handtherapie in der Ergotherapie, beschrieben, ist die Weiterbildung zur Handtherapeutin eine der wenigen, welche Ergo- sowie Physiotherapeutinnen gleichermaßen abschließen können. Laut Waldner-Nilsson (2009) sind jedoch 85% der Handtherapeutinnen ihrer Grundausbildung nach Ergotherapeutinnen. „Handtherapeutisch nur mit der Hand arbeiten das kann auch ein Physio-

therapeut“ sagt S4 (GD1, Z.144-145), wodurch klar wird, wieso hier durch die Kernkompetenzen der Ergotherapeutin eine *Abgrenzung* zur Physiotherapie stattfinden muss, um die Professionalisierung des Berufs zu unterstützen. Die Teilnehmerinnen nennen als klare Unterschiede zur Physiotherapie die Betätigungsorientierung und den Fokus auf die Partizipation der Klienten (GD1, S3, Z.1582-1587). So können die Forscherinnen sagen, dass die betätigungsorientierte Intervention den Unterschied zur Physiotherapie ausmacht und somit in Hinblick auf das Professionalisierungsmerkmal *Abgrenzung* ganz klar zur Professionalisierung beiträgt (Goode, 1982). Um die *Abgrenzung* aber noch deutlicher zu machen, bedarf es aus Sicht der Forscherinnen eine Stärkung der Merkmale *Gemeinsame Wertevorstellung* und *Übereinstimmung in Rollendefinition*, was z.B. durch einheitliche *Fachterminologie* und *Kontrolle des beruflichen Handelns* unterstützt werden kann.

Als letztes Merkmal nach Goode (1982) steht der *Sozialisationsprozess*. Dieser Aspekt wurde von den Teilnehmerinnen in Bezug auf die Ausbildung zur Ergotherapeutin, sowie den aktuell in Deutschland noch stattfindenden Paradigmenwechsel diskutiert (GD1, S3, Z.999-1001; GD2, S3 Z.951-952). Die eben beschriebene ganzheitliche Sicht auf den Menschen, sowie die klientenzentrierte und betätigungsorientierte Grundhaltung werden also vermehrt Teil der beruflichen Sozialisierung von Ergotherapeutinnen. Dadurch entstehen Handlungsräume in der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext (GD2, S1, Z.1268-1270). Trotzdem sind aus Sicht der Forscherinnen die Merkmale einer Profession nach Goode (1982) nicht ausreichen erfüllt und werden durch die Handtherapie in der Ergotherapie nur bedingt unterstützt. Die Forscherinnen schauten sich aus diesem Grund zusätzlich die Professionalisierungsstrategie nach Oevermann (1996) an und setzten diese ebenfalls in Bezug zu ihren Resultaten der Gruppendiskussionen, sowie dem Theoretischen Hintergrund.

Oevermann (1996) nennt die Beziehung zum Klienten als ein zentrales Merkmal für Professionalisierung. Diese wird im Hinblick auf Klientenzentrierung auch immer wieder von den Teilnehmerinnen genannt (GD1, S3, Z.1133-1134; S2, Z.657-568; S3, Z. 570). Auf dieses Thema wurde bereits genauer bei der Beantwortung der zweiten Leitfrage eingegangen. Die Forscherinnen konnten hier herausfinden, dass eine förderliche KlientIn-Therapeutin-Beziehung wichtig ist, um eine gute Basis für den gemeinsam zu gestaltenden Therapieprozess zu schaffen.

Als nächsten zentralen Punkt nennt Oevermann (1996) die Verknüpfung von generellem Wissen mit dem konkreten Fallverstehen. „Durch das Wissen ist die Entscheidung für oder gegen den betätigungsorientierten Weg klarer“ so beschreibt S4 den Nutzen ihres Wissens in Bezug auf die Handtherapie sowie den betätigungsorientierten Ansatz (GD1, Z.850-854). Im Austausch untereinander, so berichten die Teilnehmerinnen, besprechen sie immer wieder mit dem/ der KlientIn, was manuelle Techniken und Therapien aus der Handtherapie ihm/ ihr für seine/ ihre Betätigungsanliegen und seine/ ihre Partizipation bringen. Dies unterstützt ihre Reasoningprozesse (GD1, S2, Z.1393-1394; S3, Z.1403; GD2, S1, Z.1169-1174). Genau dieses Reasoning ist ein weiterer Teil von Oevermanns (1996) Professionalisierungsstrategie. Die Teilnehmerinnen sagen, dass die Reflexion die Voraussetzung für eine gute Intervention ist, genau wie die eben genannte Klientenzentrierung, aus denen dann die Betätigungsorientierung folgt (GD2, S3, Z.1203-1207; GD1, S3 (Zustimmung durch alle), Z.1157-1174). Betrachten die Forscherinnen das Vorgehen der Teilnehmerinnen auf dem Hintergrund von Oevermanns (1996) Professionalisierungsstrategie, unterstützt es die Professionalisierung des Berufes der Ergotherapeutin.

Zusammengefasst können die Forscherinnen sagen, dass schon einige Aspekte der Professionalisierung der Disziplin Ergotherapie von den Teilnehmerinnen beschrieben wurden. Es lassen sich jedoch auch Schwachstellen aufzeigen. Positiv für eine Professionalisierung des Berufes der Ergotherapeutin stellt sich deutlich die betätigungsorientierte Intervention dar. Sie setzt Klientenzentrierung, ein gutes Reasoning und den Theorie-Praxis-Transfer voraus, was nach Oevermann (1996) eine Profession ausmacht. Außerdem dient sie der Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, weil, wie auch die Teilnehmerinnen es beschrieben haben, Betätigung und das Ziel Betätigungsperformanz zu verbessern den Kern der Ergotherapie darstellen. Womit auch die Wertevorstellung, sowie die Rollendefinition klar sein sollten. Hierdurch lässt sich auch anhand der Merkmalstheorie nach Goode (1982) feststellen, dass die betätigungsorientierte Intervention im Bereich der Handtherapie eine Professionalisierung des Berufes der Ergotherapeutin ermöglicht.

5.4 Beantwortung der Forschungsfrage

Wie gestalten zertifizierte Handtherapeuten eine betätigungsorientierte Intervention im ergotherapeutischen Kontext?

Die Intervention wird im ergotherapeutischen Therapieprozess von der Evaluations- und Zielsetzungsphase und der Re-Evaluationsphase eingegrenzt (vgl. Kapitel 2.5 Therapieprozess). Bei der Beantwortung der ersten Leitfrage sind die Forscherinnen bereits genauer auf die Evaluations- und Zielsetzungsphase eingegangen und konnten hier schlussfolgern, dass nur eine betätigungsorientiert gestaltete Befunderhebung eine betätigungsorientierte Intervention ermöglichen kann. In den Resultaten wurde dargestellt, wie die Teilnehmerinnen eine solche Intervention gestalten (vgl. Kapitel 4.2 BOI). Bei der Beantwortung der zweiten Leitfragen wurden die Rahmenbedingungen für eine betätigungsorientierte Intervention diskutiert und die Forscherinnen stellten die Barrieren und Chancen, welche intrinsisch, sowie extrinsisch vorhanden sind, einander gegenüber. Sie konnten hier feststellen, dass trotz teils einschränkender Rahmenbedingungen die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention in der ergotherapeutischen Handtherapie möglich ist.

Nun soll unter Berücksichtigung des Theoretischen Hintergrundes (Kapitel 2.) und ergänzender Literatur, diskutiert werden, wie die Teilnehmerinnen eine betätigungsorientierte Intervention in der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext gestalten.

Die Teilnehmerinnen hatten zunächst Schwierigkeiten den Begriff der Intervention für sich einzugrenzen. Sie definierten ihn dann jedoch sehr ähnlich zu der Definition, die die Forscherinnen in Kapitel 2.4 Intervention formulierten: Intervention als ein dem/der KlientIn individuell angepasstes Eingreifen in sein/ihr Betätigungsverhalten mit dem Ziel die Betätigungsperformanz zu verbessern. Die Definition der Teilnehmerinnen lautet: „Intervention ist, wenn ich in eine Handlung eingreife, sie verändere und damit direkt im Prozess bin“ (GD1, S1, Z.612-614). Außerdem nennen sie das Hauptziel der Intervention: Partizipation (GD2, S3, Z.647-663; GD2, S1, Z.1153-1157). Die Forscherinnen sehen hier klare Parallelen innerhalb der Definitionen.

Auch die beschriebenen Arten der betätigungsorientierten Interventionen, welche die Teilnehmerinnen durchführen, lassen sich mit denen, welche im Theoretischen Hintergrund (Kapitel 2.4 Intervention) beschrieben werden, vergleichen.

Die Forscherinnen konnten herausfinden, dass die Teilnehmerinnen Betätigung verschieden einsetzen. Zum Einen als Mittel (*occupation as means*) zum Anderen als Ziel (*occupation as end*).

Mit *occupation as mean* (vgl. Kapitel 2.2 Betätigung) meint Fisher (2014) Betätigung als Mittel der Intervention einzusetzen. Auch die Teilnehmerinnen berichten davon mit ihren KlientInnen Betätigungen konkret zu „beüben“ (GD1, S3, Z.103-105). Es werden Betätigungen in der Praxis nachgestellt oder Hausbesuche durchgeführt. Das Vorgehen der Teilnehmerinnen lässt sich größtenteils dem restitutiven Ansatz, welchen Fisher (2014) im OTIPM beschreibt, zuordnen (vgl. Kapitel 2.6). In der Beantwortung der zweiten Leitfrage erläuterten die Forscherinnen bereits genaueres über den Reasoningprozess im Hinblick auf Fishers (2014) Kontinua.

Häufig wird auch der edukative Ansatz genutzt (Fisher, 2014). Die Teilnehmerinnen klären ihre KlientInnen individuell über Krankheitsbilder und die damit verbundenen Do's und Dont's auf (GD2, S1, Z.1077-1078). Dieser Ansatz wird laut Fisher jedoch in einem Gruppenangebot umgesetzt werden (Fisher, 2014).

Andererseits nutzen die Teilnehmerinnen im Kontext der Handtherapie *occupation as end*. Hier verfolgen sie zunächst einen Bottom-Up-Ansatz (Fisher, 2014). Dieser geht, wie sie beschreiben, dann jedoch vermehrt in Richtung Top-Down (GD2, S3, Z.630-638). Ein Beispiel dafür kam von S2, als sie beschrieb, dass sie dem/der KlientIn Übungen zusammenstelle durch die die Funktionen trainieren, die für die Betätigung nötig seien (GD1, Z.188-198; GD2, Z.594-596). Eine weitere Form der Intervention, welche die Teilnehmerinnen als betätigungsorientiert beschrieben, ist der Schienenbau (GD1, S2, Z.199-206; GD1, S3, Z.216-223). Das Herstellen von Schienen wird mit einer Unterstützung im Alltag verbunden, ähnlich wie eine Hilfsmittelberatung. Diese Erkenntnis ist nach Meinungen der Forscherinnen neu. Fisher (2014) ordnet den Schienenbau der Interventionsart Vorbereitung zu, welche nach Betrachtung der Kontinua nicht legitim für die betätigungsorientierte Ergotherapie ist. Nach der Argumentation der Teilnehmerinnen und deren offengelegten *Clinical Reasoning* in Bezug auf den Schienenbau und dessen Ziel den Alltag zu verbessern, ordnen die Forscherinnen diese Art der

Intervention in die Kategorie *occupation as end* ein (GD1, S2, Z.199-206; GD1, S3, Z.216-223; GD1, S3, Z. 1595-1597).

Eine weitere Möglichkeit, welche die Teilnehmerinnen beschreiben, um die Intervention betätigungsorientiert zu gestalten, sind Gespräche über Betätigung. Das bedeutet auch während der Anwendung manueller Techniken, welche die Funktionen und Strukturen der Hand verbessern sollen, kann der Fokus auf der Betätigung liegen (GD2, S3, Z.647-663; GD2, S1, Z.1153-1157). Somit lässt sich sagen, dass die Teilnehmerinnen *occupation-centred* sind, da sie ihr Handeln rund um das Zentrum Betätigung aufbauen (Fisher, 2012). Die beschriebenen Gespräche setzen gute Kompetenzen im Bereich der Gesprächsführung voraus, sagen die Teilnehmerinnen (GD1, S1, Z.1261-1266; S3, Z.1275-1283; GD2, S2, Z.484-486). Sie sind besonders wichtig, um den Transfer in den Alltag zu schaffen. Im Verlauf der Therapie verschiebe sich der Schwerpunkt immer mehr in Richtung Top-Down (GD2, S3, Z.630-638). Das Vorgehen, was die Teilnehmerinnen beschreiben, nennt Fisher (2014) einem Top-to-Bottom-up-Ansatz (vgl. Kapitel 2.5 Therapieprozess).

Die Forscherinnen konnten herausfinden, dass die Teilnehmerinnen betätigungsorientierte Interventionen mit Hilfe verschiedener Voraussetzungen gestalten. Zunächst ist die betätigungsorientierte Befunderhebung ein wichtiges Element und ein Grundstein für eine betätigungsorientierte Intervention. Hinzu kommt die Nutzung verschiedener Kompetenzen, welche die Therapeutin haben sollte, um den Therapieprozess in der ergotherapeutischen Handtherapie betätigungsorientiert zu gestalten. Die Ergotherapeutin hat die Möglichkeit verschiedene Wege der Intervention zu wählen und dabei Betätigung auf unterschiedliche Art und Weise einzusetzen. Die Teilnehmerinnen berichteten eher von Interventionen in denen *occupation as end* eingesetzt wurde. Sie halten jedoch ihren Blick durchgehend auf der Betätigung, da ihnen allen der Transfer in den Alltag und die damit zu erreichende Partizipation des/der KlientIn wichtig sind *occupation-centred*. Die Forscherinnen können also sagen, dass um die Betätigungsperformanz der KlientInnen zu verbessern eine betätigungsorientierte Intervention in der Handtherapie im ergotherapeutischen Kontext angewandt wird.

6. Schlussfolgerung

In der Schlussfolgerung soll eine evaluierende Zusammenfassung der Arbeit stattfinden. Hier wird die Forschungsfrage beantwortet, welche in der Einleitung (vgl. Kapitel 1. Einleitung) dargelegt wurde. Des Weiteren wird die Arbeit in den Forschungskontext eingeordnet, Stärken und Schwächen werden aufgedeckt und folglich ein Resümee gezogen, welches Vorschläge für weitere Forschungen einschließt und einen Ausblick in die Zukunft gibt.

Wie gestalten zertifizierte Handtherapeutinnen eine betätigungsorientierte Intervention im ergotherapeutischen Kontext?

Aus dem Theoretischen Hintergrund (vgl. Kapitel 2. Theoretischer Hintergrund) dieser Arbeit geht hervor, dass die Betätigung als Kern der Ergotherapie einen Profit darstellt. Auch die Teilnehmerinnen berufen sich hierauf in Verbindung mit der Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, hier speziell die Physiotherapie. Da die Handtherapie multiprofessionell ausgebildet und ausgeführt wird, stellt die Betätigung ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal der Ergotherapie dar. Die Nutzung dieses Kernelements des Berufes macht sich im praktischen Arbeiten durch die betätigungsorientierte Ausrichtung des therapeutischen Handelns bemerkbar.

„The use of an occupation-based approach can assist the occupational therapist practicing in a hand therapy setting to clarify the distinctiveness of the role of occupational therapy among physicians, other team members, insurers and clients.” (Colaianni, Provident, DiBartola & Wheeler, 2015).

Die Aufklärung des/ der KlientIn über die Arbeitsweise ist hier essenziell. In anderen Ländern, gerade im englischsprachigen Raum, fanden hierzu bereits erste Forschungen statt, welche die Handtherapie und deren betätigungsorientierte Umsetzung als Profit für die Ergotherapie untersuchten (Che Daud, Yau, Barnett, & Judd, 2016, Colaianni, Provident, DiBartola, & Wheeler, 2015; Nagayama et al., 2016). Die Ergebnisse sind mit den Erkenntnissen der vorliegenden Forschungsarbeit kongruent und somit auf den deutschsprachigen Raum übertragbar.

Die von den Forscherinnen erhobenen Ergebnisse in Bezug auf die Evaluations- und Zielsetzungsphase zeigen Parallelen zu genannten Studien aus dem Ausland. Diese Pha-

se des Prozess ist ausschlaggebend für den weiteren Verlauf und wird von den meisten Therapeutinnen bereits betätigungsorientiert ausgeführt, wobei Uneinigkeit und Diversität bei der Nutzung von standardisierten Assessments auftreten. Wie auch in der Studie von De Klerk et al. (2016) erkennbar, sind viele Therapeutinnen nicht firm in der Nutzung dieser Assessments. Auch die Teilnehmerinnen konnten dieses Phänomen beobachten. Daraus resultieren zahlreiche verschiedene, teils selbstgestellte Methoden der Befunderhebung, welche im Kern zwar zu der für die Arbeit genutzten Definition von Betätigungsorientierung passen, jedoch evidenzbasierte Vergleichbarkeit unmöglich machen. Den Aussagen der Teilnehmerinnen ist zu entnehmen, dass die Evaluations- und Zielsetzungsphase immer occupation-centred und in Teilen occupation-focused, z.B. durch die Nutzung des COPM's, gestaltet wird. Weitaus schwerer fällt eine betätigungsorientierte Umsetzung der erhobenen Erkenntnisse aus der Befunderhebung in die Intervention. Dies stellt auch die Studie von Merklein de Freitas et al. (2015, S.25) dar: „Die bestimmende Denkrichtung ist klientenzentriert, betätigungsorientiert und kontextbasiert, aber bei der Umsetzung wird wieder im klinischen bzw. Praxissetting gearbeitet anstatt im Kontext Lebenswelt auf Partizipationsebene.“

Trotzdem nannten die Teilnehmerinnen viele Ansatzmöglichkeiten und Ideen für die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention. Diese findet bereits ihren Platz wird jedoch eher als Ziel anstatt als Mittel eingesetzt.

Da immer wieder der Wunsch nach Strukturen und Standards aufkommt, sollen die Erkenntnisse in Form einer Richtlinie dargestellt werden.

- 1) Die größte Barriere und gleichzeitige Chance für betätigungsorientiertes Arbeiten ist die Grundeinstellung der Therapeutin. Die Teilnehmerinnen empfehlen jedem, sich mit dem Gegenstandsbereich der Ergotherapie, der Betätigung und dem daraus resultierenden Zuständigkeitsbereich innerhalb des Gesundheitssystems, vertraut zu machen. Durch die Ergotherapeutische Expertise wird die Professionalität gestärkt (vgl. Kapitel 2.7 Kompetenzen).
- 2) Nicht jede Intervention muss von Anfang an occupation-based sein. Es ist aber wichtig, dass alle genutzten Methoden und Techniken das Ziel haben, die Betätigungsperformanz des/ der KlientIn zu stärken, also occupation-focused sind. Hierzu zählen auch in der Ausbildung zur Handtherapeutin erlernte Techniken, wie beispielsweise die manuelle Therapie oder Narbenbehandlung.

- 3) Während die genannten funktionsorientierten Methoden genutzt werden, ist es wichtig den Alltag und die bedeutungsvolle Betätigung des/ der KlientIn nicht außer Acht zu lassen. Dies geschieht meist auf Ebene der Kommunikation. Die Teilnehmerinnen versuchen von der funktionsorientierten Bewegung einen Transfer auf die Betätigung zu verdeutlichen. Wird z.B. der Pinzettengriff durch das Aufsammeln kleiner Kügelchen trainiert, kann die Therapeutin abfragen, wann der/ die KlientIn in seinem/ ihrem Alltag sonst diesen Griff benötigt und die Übungen hier individuell anpassen. Statt Kügelchen können nun für den/ die KlientIn relevantere Gegenstände z.B. Büroklammern aufgesammelt werden. Die Umweltrelevanz, welche Fisher (2014) beschreibt, sollte nach Möglichkeit innerhalb der Therapie natürlich gestaltet werden.
- 4) Punkt Vier baut auf Punkt Drei auf. Der/ die KlientIn soll aktiv in die Gestaltung der Intervention mit eingebunden werden. Die oben erwähnte Umweltrelevanz ist am natürlichsten, wenn der/ die KlientIn die Gegenstände, welche er/ sie zum Ausführen der priorisierten Betätigung benötigt direkt von Zuhause/ vom Arbeitsplatz mit in die Therapie bringt.
- 5) Handtherapie muss nicht immer das Trainieren einer Körperfunktion als Mittel der Intervention beinhalten. In der ergotherapeutischen Handtherapie muss die Therapeutin nicht stets als Trainier fungieren, auch die Rolle der Beraterin und Coachin sind legitim. Hier wird sich der edukative Ansatz zu Nutze gemacht (Fisher, 2014). Dafür ist die Gesprächsführung elementar (vgl. Kapitel 2.7 Kompetenzen).
Bei beschriebenen Videoanalysen ist es innerhalb der Evaluations- und Zielsetzungsphase die Aufgabe der Therapeutin die Betätigungsperformanz zu analysieren. Innerhalb der Interventionsphase kann diese jedoch auch als Mittel genutzt werden, um den/ die KlientIn selbst in der Analyse seiner/ ihrer Betätigungsperformanz zu schulen.
- 6) Aufklärung ist ein weiterer Aspekt, welcher von den Teilnehmerinnen genannt wird. Hier ist es speziell in der Handtherapie wichtig den/ die KlientIn über sein/ ihr Krankheitsbild, besonders nach Operationen der Hand, aufzuklären. Die Teilnehmerinnen nutzen hier ihr Wissen aus der Weiterbildung zur Handtherapeutin und beziehen dies auf dem Alltag des/ der Klientin. Das Wissen darüber, welche Bewe-

- gungen und Belastungen der/ die Klientin in seinem/ ihren individuellen Alltag ausführen darf und welche nicht kann entscheidend für die Betätigungsperformanz sein.
- 7) Speziell für das Arbeitsfeld Handtherapie ist die Schienenversorgung eine weitere Möglichkeit die Intervention betätigungsorientiert zu gestalten. Dies ist jedoch nur der Fall, wenn eine Betätigung durch die Schiene ermöglicht wird.
 - 8) Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen stärker nutzen. Hier wird besonders auf die Berufsgruppe der Physiotherapeutinnen verwiesen. Manche Diagnosen, besonders akute wie z.B. eine distale Radiusfraktur, machen es notwendig, dass eine funktionsorientierte Grundversorgung stattfindet, bevor betätigungsorientiert gearbeitet werden kann. Hier ist es von besonderer Relevanz, dass die Ergotherapeutin ihre Kompetenz Managen (vgl. Kapitel 2.7 Kompetenzen) nutzt und den/ die KlientIn dahingehend berät, dass neben Ergotherapie auch Physiotherapie stattfinden sollte. Im Weiteren ist es dann wichtig, sich über Therapieziele und -erfolge mit anderen Berufsgruppen abzusprechen und ggf. die Therapien aneinander anzupassen oder aufeinander aufzubauen. Hier findet sich die Kompetenz Zusammenarbeit wieder (vgl. Kapitel 2.7 Kompetenzen).

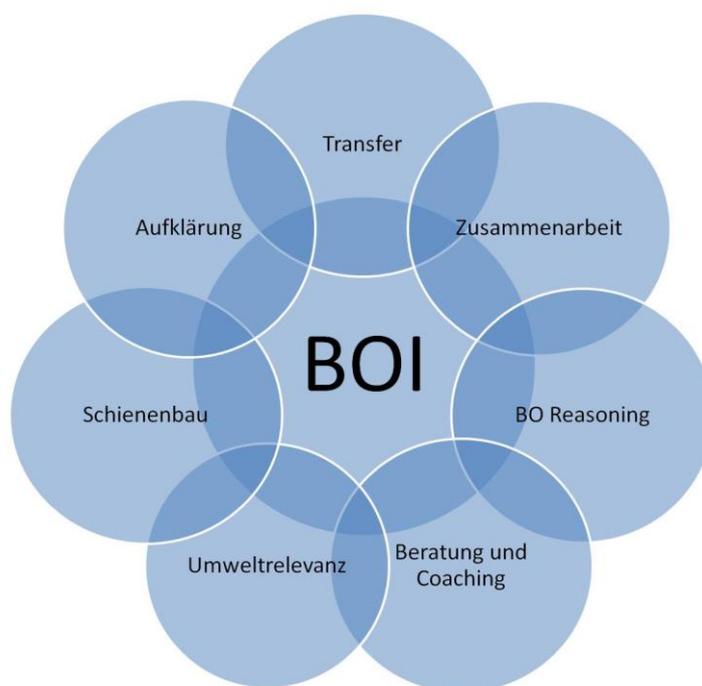


Abb. 15.: Ergebnisse

6.1 Stärken und Schwächen

Forschungsthema

Handtherapie an sich ist ein Thema, welches schon seit der Antike Relevanz zeigt und seit dem immer weiter an Wichtigkeit gewonnen hat, auch in Zukunft wird diesem ein hohen Stellenwert zugeordnet werden. Mit Beginn des Contemporary Paradigm zog die Betätigungsorientierung in die Ergotherapie ein, da die Handtherapie ein Arbeitsfeld dieser ist, muss auch hier diese Art zu Arbeiten an Bedeutung gewinnen. Die Wirksamkeit dieses Ansatzes darstellt in vielen anderen Arbeitsfeldern, wie in der Arbeit mit Suchterkrankten oder bei Menschen mit Multipler Sklerose (vgl. Kapitel 1.1 Relevanz für die Ergotherapie), bereits bewiesen und viele Therapeutinnen möchten demnach arbeiten. Häufig scheitert es jedoch an der Umsetzung. Deshalb ist das gewählte Forschungsgebiet von hoher Aktualität und das Ergebnis kann als Hilfsmittel dienen die Betätigungsorientierung in die ergotherapeutische Handtherapie zu implementieren.

Theoriegeleitetes Vorgehen

Die Forscherinnen befolgten das theoriegeleitete Vorgehen nach Mayring (2010, 2016). Hierbei einigten sie sich vor Durchführung der Studie auf die beschreibenden 13 Säulen (vgl. Kapitel 3.1.1 13 Säulen qualitativen Denkens) anhand welchen Standards für die qualitative Forschung aufgestellt wurden.

Es wurde sich bei der Forschungsmethode für eine Gruppendiskussion entschieden. Dies hatte den Vorteil, dass verschiedene Möglichkeiten zur Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention kritisch betrachtet werden konnten, aber auch ein Austausch unter den Teilnehmerinnen stattfand. Dieser wurde als Mehrwert und Bereicherung seitens der Teilnehmerinnen für das eigene therapeutische Handeln empfunden. Für die Beurteilung von wissenschaftlichen Artikeln orientierten sich die Forscherinnen an der Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2011).

Die Einschätzung der Ergebnisse wurde anhand der sechs Gütekriterien nach Mayring (2016) sowie nach Cope (2014), Lincoln und Guba (1985) vorgenommen.

Rekrutierung

Die Rekrutierung hat breit gefächert stattgefunden, die Rückmeldung fiel jedoch gering aus. Potenzielle Teilnehmerinnen meldeten Unbehagen aufgrund der Forschungsmetho-

de zurück, da sie ihren Standpunkt zu Betätigungsorientierung in der Handtherapie nicht offen diskutieren wollten oder sich nicht sicher waren, ob sie dieses Kriterium erfüllen. Das Schneeballverfahren führte dazu, dass drei der vier Teilnehmerinnen aus dem Umfeld der Forscherinnen stammten.

Teilnehmer

Für die Studie wurden vier Teilnehmerinnen gewonnen. Für eine Gruppendiskussion wird eine Teilnehmerzahl von mindestens fünf empfohlen. Da bei der zweiten Gruppendiskussion zusätzlich eine Teilnehmerin ausfiel, wirkte sich die geringe Gruppenanzahl negativ auf das aktive Diskussionsgespräch aus.

Bei der Gruppe handelte es sich um drei Frauen und einen Mann. Alle hatten innerhalb ihres Berufes eine leitende Position inne. Dies ist bei der Auswertung der Ergebnisse zu beachten, da in vergleichbaren Studien häufig der Arbeitgeber als Barriere benannt wurde. Die Forschung bietet somit die Möglichkeit, die Thematik noch einmal aus einer anderen Perspektive, mit anderen Chancen und Barrieren zu betrachten. Spannend wäre auch ein Austausch zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern bezüglich der genannten Chancen und Barrieren gewesen, dieser konnte auf Grund des homogenen Teilnehmerfeldes nicht stattfinden. Zu benennen ist, dass die Teilnehmerinnen den Forscherinnen teilweise bekannt waren, alle beteuerten dennoch, dass sie sich dadurch nicht in ihren Aussagen beeinflussen ließen. Außerdem kannten sich die Teilnehmerinnen teilweise untereinander, was den Forscherinnen zuvor nicht bekannt war. Die Therapeutinnen nahmen an gleichen Fortbildungen teil und hatten somit ähnliche Sichtweisen auf die zu Grunde liegende Problemstellung. Dies führte dazu, dass sich in der Diskussion viel zugestimmt wurde und homogene Interessensgebiete stark beleuchtet wurden. Auf der einen Seite ist dies eine Stärke, da auf wichtige Themengebiete detailliert eingegangen wurde. Zum anderen führte dieses gemeinsame Interesse dazu, dass häufig nur Gedankengut aus einer Sichtweise (z.B. die modellgeleitete Sichtweise des CMOP-E) angesprochen wurde und weitere Sichtweisen ausgeklammert blieben.

Zudem hatten alle Teilnehmerinnen ihre Handtherapeutinnen-Ausbildung zwischen 2010/ 2011 abgeschlossen und konnten somit über keine Entwicklung innerhalb der Weiterbildungen berichten. Auch die Ausbildung zur Ergotherapeutin fand bei drei Therapeutinnen innerhalb des mechanistischen Paradigmas statt, sodass ähnliches Hinter-

grundwissen gegeben war. Lediglich eine Teilnehmerin wurde zur Zeit des Contemporary Paradigm ausgebildet und konnte dessen Einflüsse in die Diskussion einbringen.

Beachtung der Forschungsethik

Die Forscherinnen beachteten zu jedem Zeitpunkt des Forschungsprozesses die ethischen Aspekte qualitativer Forschung im Gesundheitswesen (Kruse, 2015). Die zertifizierten Handtherapeutinnen nahmen freiwillig an der Studie teil.

Gruppendiskussion

Die für die Gruppendiskussion gewählten Fragen führten zu Antworten, welche sich gleichmäßig auf die drei Leitfragen, sowie die Forschungsfrage aufteilen ließen. Das gesteckte Forschungsgebiet wurde somit durch die Methode abgedeckt. Die Überprüfung der Diskussionsleitfäden ist in den Augen der Forscherinnen nicht geglückt, da nur einzelne Personen nach Verständlichkeit gefragt wurden und nicht nach der Diskutierbarkeit der einzelnen Fragen. Dies wird zwar auch in der verwendeten Literatur von Mayring (2016) nicht beschrieben hätte den Forscherinnen jedoch bei der Gestaltung der Fragen geholfen. Denn häufig wurden Fragen von der Gruppe lediglich beantwortet und nicht weiter diskutiert. Ein Faktor, welcher hier nicht außer Acht gelassen werden darf, ist die hohe Kongruenz innerhalb der befragten Gruppe. Aussagen, die zu einer Frage oder einem angeschnittenen Thema getroffen wurden, erfuhren häufig große Zustimmung von den Teilnehmerinnen untereinander und wurden so zwar weiter ausgeführt, jedoch nicht kritisch beleuchtet oder diskutiert. Die Forscherinnen hätten sich im Nachhinein gewünscht mehr mit Reizen aus vergangenen Studien und Literatur gearbeitet zu haben, statt mit konkreten Fragestellungen, um dem Frage-Antwort-Prozedere zu entgehen und eine breitere Basis für freies Denken und Ideen seitens der Teilnehmerinnen zu schaffen.

Datenerhebung

Die Forscherinnen entschieden sich zwei Gruppendiskussionen durchzuführen, um einen Ist-Soll-Abgleich der Handtherapie in der Ergotherapie zu beschreiben. Zudem diente die zweite Gruppendiskussion dazu, Themen aus der ersten Gruppendiskussion zu vertiefen. Die erhobenen Daten wurden mittels „member-checking“ verifiziert.

Datenanalyse

Die Analyse der erhobenen Daten fand in Zusammenarbeit aller Forscherinnen statt. Sie bedienten sich der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010), um ein methodisch kontrolliertes Vorgehen zu nutzen. Hier wurde mit hoher Gründlichkeit gearbeitet, um ein objektives Bild zu erhalten. Die Säule zwei, Offenheit, der 13 Säulen qualitativen Denkens, spielte hier eine große Rolle (vgl. Kapitel 3.1.1 13 Säulen qualitativen Denkens). Für die Erstellung der Kategorien hätten die Forscherinnen auch vorgefertigte Programme nutzen können. Dies hätte die Objektivität noch einmal gestärkt. Um das theoriegeleitete Vorgehen nach Mayring (2010) zu erproben, entschieden sich die Forscherinnen an dieser Stelle dagegen.

Forschertriangulation

Zu jeder Zeit fand eine Forschertriangulation statt. Dies wirkte sich zwar negativ auf die zeitliche Planung aus, trug für die Forscherinnen aber zu einem Mehrwert der Arbeit bei. Viele Themen und insbesondere die Auswertung der Ergebnisse mussten mehrfach diskutiert und überarbeitet werden, wodurch es zu einer Auseinandersetzung mit dem Forschungsgebiet auf höherer Ebene kam.

6.2 Ausblick

Im Verlauf dieser Arbeit ergaben sich weitere Forschungsmöglichkeiten, welche in Verbindung mit den vorliegenden Ergebnissen oder aufbauend durchgeführt werden können.

Generell ist ein Vorantreiben ergotherapeutischer Forschungsarbeit im Sinne der Weiterentwicklung und Professionalisierung des Berufes notwendig. Aus Sicht der Forscherinnen wären best-practice Beispiele ein Profit, für im Arbeitsfeld der Handtherapie tätige Ergotherapeutinnen. Diese können Praktikern Möglichkeiten der betätigungsorientierten Intervention anhand von Fallbeispielen aufzeigen und somit zur Orientierung für die eigene Arbeit dienen. Aus den Gruppendiskussionen ergab sich der Wunsch nach einem Leitfaden in Form eines Fragenkatalogs, welcher die Evaluations- und Zielsetzungsphase unterstützt. Dieser soll Struktur geben und ein einheitliches Vorgehen ermöglichen. Die Anwendung eines solchen Leitfadens kann die Grundlage für eine betätigungsorientierte Intervention bilden. Dieser Leitfaden kann mit Hilfe des OTIPMs als Bezugsrahmen erstellt werden. Das Modell bietet Strategien für eine betätigungsorientierte Vorgehensweise im ergotherapeutischen Therapieprozess (vgl. Kapitel 2.6 OTIPM).

Im multiprofessionellen Feld der Handtherapie bietet die Betätigungsorientierung eine Profilierung und professionelle Abgrenzung der dort tätigen Ergotherapeutinnen. Multiprofessionelle Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der Handtherapie sollten daher mit einer betätigungsorientierten Grundhaltung besucht werden. *Clinical Reasoning* erscheint den Forscherinnen hierzu als ein geeignetes Mittel. So können die Inhalte der Handtherapie mit der betätigungsorientierten Grundhaltung der Ergotherapeutin Hand in Hand gehen.

Literaturverzeichnis

Bücher

- Becker, H. (2015). Betätigungen, Aktivitäten und Mittel der Ergotherapie. In H. Becker & U. Steding-Albrecht, *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 214.
- Bickenbach, J., & Jerosch-Herold, C. (2009). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. Hack, & P. Weber, *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 46-48). Springer.
- Breier, S., Diday-Nolle, A., Saur, I., & Reiter Eigenheer, A. (2013). *Handrehabilitation: Für Ergotherapeuten und Physiotherapeuten* (2.Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Boyt Schell, B. A., Gillen, G. & Scaffa, M. E. (2014). Glossary. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. E. Scaffa, *Willard & Spackman's Occupational* (12th Ed., S.1229-1243). Philadelphia: Wolters Kluwen.
- Chrisholm, D., & Boyt Schell, B. A. (2014). Occupatinal Therapy Process. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. E. Scaffa. *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th Ed., S. 265-382). Philadelphia: Wolters Kluwen.

- Christiansen, C. H., & Hammecker, C. L. (2001). Self care. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.). *Functional performance in older adults* (pp. 155–175). Philadelphia: F. A. Davis.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. (2007). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In E. Townsend, & H. Polatajko. *Enabling Occupation II*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Diday-Nolle, A. P. (2009). Behandlungsgrundlagen der Ergotherapie in der Handrehabilitation. In B. Waldner-Nilsson. *Handrehabilitation* (S. 88-144). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Feiler, M., Shell, B., Fleming, M., & Marotzki, U. (2002). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Berlin, Deutschland: Springer
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM – Occupational Therapy Intervention Process Model*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung - Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- George, S. (2014). Nur „alter Wein in neuen Schläuchen“? Oder macht klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ergotherapie einen spür- und messbaren Unter-

schied? In E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz. *Ergotherapie sucht Topmodelle. Theorie und Praxis aktuell* (1. Aufl.). (S. 17-30). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Goode, W. J. (1982). Experten und Scharlatane. Eine Warnung vor der falschverstandenen Professionalisierung der Soziologie. *Berufssoziologie*, 402-418.

Götsch, K. (2012). Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn. *Ergotherapie Vom Behandeln zum*

Helfferich, C. (2009). *Qualität qualitativer Daten – Manual zur Durchführung qualitativer Einzelinterviews* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Herriger, N. (2006). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Hessenauer, M. (2014). Alltagsbetätigungen standardisiert evaluieren und klientenzentriert therapieren: Das Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). In E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz. *Ergotherapie sucht Topmodelle. Theorie und Praxis aktuell* (1. Aufl.). (S. 47-64). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Höhl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm. *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Stubner, B., Weber, P. (2009). *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis*. (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th Ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company

Knutzen, A. (2017). *Strategien zur Umsetzung der Betätigungsorientierung. Eine Studie in Anlehnung an die Grounded Theory*. Masterarbeit. HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst. Hildesheim/Holzminde/Göttingen.

Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung – Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz und Juventa.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H.J., Pollock, N., Harth, A. (2015). *COPM: Canadian Occupational Performance Measure* (5th Ed.). Idstein: Schulz-Kirchner.

Marotzki, U., Reichel, K. (2018). *Das Framework der AOTA*. Bern: Hogrefe

- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. (11. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Oeverman, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper, *Pädagogische Professionalität. Historische Hypothesen und aktuelle Entwicklungstendenzen*. (S. 70-181). Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Perkhofer, S., Gebhart, V., & Tueck, G. (2016). Qualitative Forschung. In: V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm. *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, D., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmermann, D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. Townsend, & H. Polatajko, *Enabling occupation II* (S. 9-32). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Saar, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4. Aufl.). München: Oldenbourg Verlag.

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

Ritschl, V., Ritschl, H., Höhsl, B., Prinz-Buchberger, B., & Stamm, T. (2016). Qualitative Datensammlung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm. *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

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

Ritschl, V., Stamm, T., & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch – evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm. *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Schröder, B. (2008). Allgemeines zur Handtherapie. *Handtherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Söderback, I. (2015). *International Perspective on Occupational Therapy: The Past-The Present-The Future* (2nd Ed.). Switzerland: Springer International Publishing.
doi:10.1007/978-3-319-08141-0

Toglia, J., Golisz, K., & Goverover, Y. (2014). Cognition, Perception, an Occupational Performance. In B. Boyt Schell, G. Gillen, & M. Scaffa, *Willard & Spackmann's Occupational Therapy* (12 Aufl., S. 779-815). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Von der Heyden, R. (2014). *Ergotherapeutische Kompetenzen entwickeln*. Berlin, Deutschland: Logos.

Waldner-Nilsson, B. (2009a). Einführung. In B. Waldner-Nilsson, *Handrehabilitation: Für Ergotherapeuten und Physiotherapeuten*, Band 1: Grundlagen, Erkrankungen (2. Aufl., S. 1-6). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Waldner-Nilsson, B. (2009b). *Handrehabilitation: Für Ergotherapeuten und Physiotherapeuten*, Band 1: Grundlagen, Erkrankungen (2. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Waldner-Nilsson, B. (2013). *Handrehabilitation: Für Ergotherapeuten und Physiotherapeuten*, Band 2: Verletzungen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Journals

American Occupational Therapy Association. (2014). OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK: Domain & Process 3rd Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1-48.

Bell, J., Gray, M., & Gail, K. (2011). The longer term functional impact of traumatic hand injury on people living. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 370-382.

Che Daud, A. Z., Yau, M., Barnett, F., & Judd, J. (2016). Occupational-based intervention in hand injury rehabilitation: Experiences of occupational therapists in Malaysia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, S. 57-66.

Che Daud, A. Z., Yau, M. K., Barnett, F., Judd, J., Jones, R. E., & Nawawi, R. F. M. (2016). Integration of occupation based intervention in hand injury rehabilitation: A randomized Trial. *Journal of Hand Therapy*, 29(1), 30-40.

Colaiani, D. J., Provident, I., DiBartola, L., & Wheeler, S. (2015). A phenomenology of occupation-based hand therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, S. 177-186. doi:10.1111/1440-1630.12192

Colaiani, D., & Provident, I. (2010). The Benefits of and Challenges to the Use of Occupation in Hand Therapy. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(2), 130-146. doi:10.3109/07380570903349378

- De Klerk, S., Badenhorst, E., Buttle, A., Mohammed, F., & Oberem, J. (2016). Occupation-based hand therapy in South Africa: challenges and opportunities. *South African Journal of Occupational Therapy*, 46(3), 10–15.
<https://doi.org/10.17159/2310-3833/2016/v46n3a3>
- DGUV. (2015). Arbeitsunfälle an der Hand - Spezielle handtherapeutische Rehabilitation. *Trauma und Berufskrankheit*, S. 116-119.
- Dirmaier, J., & Härter, M. (2011). Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 411-419.
- Fisher, A. G. (2012). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(20), 162-173.
- Germann, G., Harth, A., Wind, G., & Demir, E. (2006). Der DASH-Fragebogen. University of Heidelberg.
- Golledge, J. (1998). Distinguishing between Occupation, Purposeful Activity and Activity, Part 1: Review and Explanation. *British Journal of Occupational therapy*, 61(3), 100-105. doi.org/10.1177/030802269806100301

- Göldner, J., Hansen, H., & Wanetschka, V. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie Strukturierte Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes. *Forum Logopädie*, (31), 12-19.
- Hülsemann, W. (2016). Strategien in der Behandlung von angeborenen Handfehlbildungen. *Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie*, 48, 2-9. Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Jackson, J. P., & Schkade, J. (2000). Occupational Adaptation Model Versus Biomechanical-Rehabilitation Model in the Treatment of Patients with Hip Fractures. *The American Journal of Occupational Therapy*, S. 531-537.
- McLaughlin Gray, J. (1998). Putting Occupation Into Practice: Occupation as Ends, Occupation as Means. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 354–364.
- Merklein de Freitas, C., Pott, U., Weber, B., Wendel, E., Zillhardt, C. (2015). Wie Ergotherapeuten den Handlungsprozess gestalten, Teil 1: Qualitative Befundaufnahme. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 54, 11, 23-26
- Nagayama H, Tomori K, Ohno K, Takahashi K, Ogahara K, Sawada T, et al. (2016) Effectiveness and Cost-Effectiveness of Occupation-Based Occupational Therapy Using the Aid for Decision Making in Occupation Choice (ADOC) for Older

Residents: Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 11(3): e0150374. doi:10.1371/journal.pone.0150374

Nielson C. (1998). The issue is: How can the academic culture move toward occupation-centered education. *American Journal of Occupational Therapy*, 52

Oxford Grice, K. (12. Januar 2015). The use of occupation-based assessments and intervention in the hand therapy setting - a survey. *Journal of Handtherapy*, S. 300-306.

Powell, R. K., & von der Heyde, R. (2014). The inclusion of activities of daily living in flexor tendon rehabilitation: A survey. *Journal of Hand Therapy*, S. 23-29.

Reilly, S., & Hynes, S. M. (2018). A Cognitive Occupation-Based Program for People with Multiple Sclerosis: A Study to Test Feasibility and Clinical Outcomes. *Hindawi*, 2018, 1-9. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/1614901>

Robinson, L. S., Brown, T., & O'Brien, L. (2016). Embracing an occupational perspective: Occupation-Based interventions in hand therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63, 293-296.

Schuntermann, M. (2005). Einführung in die ICF. Landsberg: ecomed MEDIZIN

- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt „ET-Fachterminologie“ – Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie. *ergoscience*, 100-106.
- Thomann, K. D. (2007). Die trügerische Sicherheit der "harten" Daten. *Deutsches Ärzteblatt*, S. A2778-82.
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, S.189-196.
- Wasmuth, S. PhD, Pritchard, K., & Kaneshiro, K. (2016). Occupation-Based Intervention for Addictive Disorders: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 62, 1-9.
- Weinstock-Zlonick, G., & Hinojosa, J. (September 2004). Bottom-Up or Top-Down Evaluation: Is One Better Than the Other? *American Journal of Occupational Therapy*, S. 594-599.
- Woick, G., Larsen-Vefring, L., Litwa, T., & Zillhardt, C. (2014). Rollenfindung von Berufseinsteigern in der Ergotherapie - Anpassungsstrategien, Ressourcen und Barrieren. *ergoscience*. S. 108-117

Internetquellen

Akademie für Handrehabilitation. (2002). Akademie für Handrehabilitation. Abgerufen 15. März, 2018, von <https://www.akademie-fuer-handrehabilitation.de/ueberuns/die-afh-stellt-sich-vor/wer-ist-die-afh.php>

Akademie für Handrehabilitation. (2018). Fortbildungsangebot 2018. Abgerufen 24. Mai, 2018, von <https://www.akademie-fuer-handrehabilitation.de/downloads/programmheft-afh-2018.pdf>

AWMF. (2011). Interdisziplinäre Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis. Abgerufen 6. August, 2018, von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060002l_S3_Management_fruehe_rheumatoide_Arthritis_2011-abgelaufen.pdf

AWMF. (2015). Distale Radiusfraktur. Abgerufen 6. August, 2018, von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012015l_S2e_Distale_Radiusfraktur_2015-02.pdf

AWMF (2017). Kapaltunnelsyndrom. Abgerufen 6. August, 2018, von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/005-009l_S3_Kubitaltunnelsyndrom-Diagnostik-Therapie_2018-02.pdf

BG ETEM. (2015). www.bgetem.de. Abgerufen 17. August, 2018, von <https://www.bgetem.de/presse-aktuelles/presse-meldungen/2015/PM-2015-05-31>

Bibliographisches Institut GmbH. (2018a). Intervention. Abgerufen 30. April, 2018, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Intervention>

Bibliographisches Institut GmbH. (2018b). Duden Bedeutungsübersicht: das Modell. Abgerufen 30. April, 2018, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Modell#Bedeutung1c>

Bibliographisches Institut GmbH. (2018c). Duden Bedeutungsübersicht: der Ansatz. Abgerufen 30. April, 2018, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Ansatz#Bedeutung7>

Bibliographisches Institut GmbH. (2018d). Rahmenbedingungen. Abgerufen 5. August, 2018, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Rahmenbedingung>

Bibliographisches Institut GmbH. (2018e). Duden Bedeutungsübersicht: der Patient. Abgerufen 23. August, 2018, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Patient#Bedeutung1c>

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie. (1995). Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie e.V. Abgerufen am 15. März, 2018, von <https://www.dahth.de/der-verein/>

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie. (2018). <https://www.dahth.de/derverein/>

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie. (2018). Häufig gestellte Fragen. Abgerufen am 17. Juli, 2018, von <https://www.dahth.de/handtherapeut/#faq>

Deutsches Cochrane-Zentrum (2013). Cochrane-Glossar. Abgerufen 3. August, 2018 von <http://www.cochrane.de/cochrane-glossar>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2017). ICF. Abgerufen 3. August, 2018, von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>

Deutscher Verband für Physiotherapeuten (ZVK) e.V.. (2018). Definition Physiotherapie. Abgerufen 31. Juli, 2018, von <https://www.physio-deutschland.de/patienteninteressierte/physiotherapie/definition.html>

DGUV. (2017). Statistik – Arbeitsunfallgeschehen 2016. Abgerufen 16. Februar, 2018, von <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/12643-au-statistik-2016.pdf>

DVE. (2018). Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e. V. Abgerufen 17. Juli, 2018, von <https://dve.info/>

DVE Projektgruppe „Kompetenzprofil und Modularisierung“. (2018). KOMPETENZ-PROFIL ERGOTHERAPIE – ein Diskussionspapier. Abgerufen 17. Juli, 2018, von <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3302-kompetenzprofil-final/file>

Hutterer, B. (2017). Ein Plädoyer für den Hausbesuch in der Ergotherapie. Abgerufen 6. August, 2018, von <https://www.handlungsplan.net/ein-plaedoyer-fuer-den-hausbesuch-in-der-ergotherapie/>

Gieseke, W. I. L. T. R. U. D. Prof. Dr.. (2012). Professionalität und Erwachsenenbildung. Abgerufen 7. Mai, 2018, von https://wba.or.at/pdfs/Keynote_Gieseke_ProfessionalittundEB.pdf

MAGMA e.V. (2017). Transkriptionsregeln und Transkriptionssysteme für die Qualitative Inhaltsanalyse. Abgerufen 25. Mai, 2018, von <https://www.qualitativeinhaltsanalyse.de/documents/Kuckartz-Qualitative-Inhaltsanalyse-2016-Transkription.pdf>

Occupational Therapy Australia. (2010). Abgerufen 18. Juli, 2018, von www.otaus.com.au:
https://www.otaus.com.au/sitebuilder/aboutus/knowledge/asset/files/16/australian_minimum_competency_standards_for_new_grad_occupational_therapists.pdf

Wolters & Sohns. (o. D.). FCE-System. Arbeitstherapeutische Leistungsanalyse ALa® -
nach Wolters & Sohns zur objektiven Erfassung der arbeitsbezogenen funktionellen
Leistungsfähigkeit für ABMR und MBOR. Abgerufen am 15. August
2018 von: [http://www.wolters-sohns.de/FCE%20Verfahren%20ALa%20
Website.pdf](http://www.wolters-sohns.de/FCE%20Verfahren%20ALa%20Website.pdf)

Glossar

ADL – Activities of daily living	Diese Aktivitäten sind "grundlegend für das Leben in einer sozialen Welt; Sie ermöglichen grundlegendes Überleben und Wohlbefinden"(Christiansen & Hammecker, 2001, S. 156).
AMPS – Assessment of Motor and Process Skills	„Ein standardisiertes und klientenzentriertes Assessment, das die Qualität der Ausführung von persönlichen oder instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) erfasst.“ (Hessenauer, 2014, S.47).
Assessment	„Prozess der Sammlung und Interpretation von Informationen über Funktionen und Umgebung eines Menschen durch Beobachten, Testen und Messen, um Entscheidungen zu begründen und Veränderungen zu erfassen.“ (Stadler-Grillmaier, 2007, S. 102).
betätigungsorientierte Intervention	„Gemeinsamer Prozess und praktische Aktion von Ergotherapeuten und Klienten, um das Beteiligten an Betätigung in Bezug auf die Gesundheit und Partizipation anzubahnen. Eingeschlossen darin sind der Plan, dessen Umsetzung und Überprüfung.“ (AOTA, 2010, zitiert nach Marotzki & Reichel, 2018, S. 159).
biophysiologicalen Bezugsrahmen	"Der Begriff "biopsychosozial" zeigt die Abwendung von einer mechanistischen Sichtweise hin zu einer Sichtweise, die den ganzen Menschen betrachtet, also biologische, psychische und soziale Faktoren berücksichtigt." (Götsch, S.58, 2012).

biomechanischer Bezugsrahmen	"Bei diesem Ansatz sieht der Therapeuten den Menschen als Maschine an, meist um flüssige Bewegungen, Kraft, Stabilität oder Ausdauer und damit auch die Funktion insgesamt zu verbessern."
Bottom-up-Ansatz	Beim Bottom-Up-Ansatz beginnt die Ergotherapeutin bei der Erhebung des Befundes mit dem Fokus auf personenbezogenen Faktoren, Körperfunktionen oder Umweltfaktoren des Klienten (Fisher, 2014).
Betätigungsperformanz	Betätigungsperformanz ist die Durchführung einer Betätigungsform (Kielhofner, 2002, S.109) und beinhaltet eine große Bandbreite an einzelnen Aktivitäten, die an die unterschiedlichen, verinnerlichten Rollen eines Menschen geknüpft sind. Somit handelt es sich bei der Betätigungsperformanz um den nächsten Konkretisierungsgrad nach der Betätigungspartizipation. In der Regel ist die Betätigungsperformanz eng gebunden an unsere Betätigungsgewohnheiten und die Umweltbedingungen.
COPM – Canadian Occupational Performance Measure	„Ist ein für Ergotherapeuten entwickeltes Messinstrument, mit dem über einen bestimmten Zeitraum die Veränderung der Eigenwahrnehmung eines Klienten bezüglich seiner Betätigungsperformanz festgestellt werden kann.“ (Law et al., 2009, S. 15).
Contemporary Paradigm	Das Contemporary Paradigm vereint sowohl Sichtweisen der beiden früheren Paradigmen miteinander als auch Ideen, deren Ursprünge abseits der Ergotherapie zu finden sind. Die Kernaussagen beziehen sich auf die Betätigungsorientierung. Betätigung als ein-

	gesetztes therapeutisches Mittel führt zu Gesundheit und Wohlbefinden (Kielhofner, 2009).
DASH – Disabilities of the Arm, Shoulder and and Hand	Ein Fragebogen, der sich sowohl mit den Beschwerden als auch mit den Fähigkeiten bestimmter Ausführungen von Tätigkeiten beschäftigt bezogen auf die obere Extremität (Germann, Harth, Wind & Demir, 2006).
Empowerment	„Empowerment zielt auf die (Wieder-)Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags.“ (Herriger 2006, S. 20).
ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health	„Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie „dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen“ (DIMDI, 2017).
Klient	„Person oder Personen (einschließlich derjenigen, die den Klienten versorgen), Gruppe (Ansammlung von Einzelpersonen, z. B. Familien, Arbeitnehmer, Studenten oder Gemeindemitglieder) oder Populationen (Ansammlung von Gruppen oder Einzelpersonen, die in einer ähnlichen Gegend wohnen, z. B. Stadt, Land oder Staat, oder die die gleichen oder ähnlichen Anliegen haben).“ (Marotzki & Reichel, 2018, S. 160).

klientenzentriert

„Praxis, die zwischen Klient und Therapeut eine kooperative Beziehung herstellt. Der Therapeut bezieht den Klienten in die Entscheidung ein, respektiert seine Entscheidung, erkennt seine Erfahrung und sein Wissen an und versucht, ihn dazu zu befähigen, seine persönlichen Ziele zu erreichen.“ (Jerosch-Herold, 2009, S. 41).

Leitlinien

Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte und Therapeutinnen, zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin. Sie sollen dabei aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Leitlinien sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung (AWMF, 2018).

Mechanistic Paradigm

„The [...] paradigm resulted in a substantially increased technology for remediating impairments. The paradigm also resulted in a deeper understanding of how bodily structures and process facilitated or limited performance. The technology for adapting devices and environments to the needs of persons with motor impairment improved. The psychodynamic perspective increased understanding of how emotional problems might interfere with competent performance.“ (Kielhofner, 2009, S.38).

OTIPM – Occupational Therapy Intervention Process Model	"Das OTIPM ist ein Modell, mit dem das berufliche Reasoning so geleitet wird, dass wir den klientenzentrierten, betätigungsbasierten Top-down-Ansatz bei Assessments und Intervention hervorheben." (Fisher, S.15, 2014).
occupation as end	"I believe occupation as ends need [...] can be the over-arching goal of all occupational therapy interventions outcome." (McLaughlin Gray, 1998).
occupation as means	"I propose that occupation as means refers to the use of therapeutic occupation as the treatment modality to advance someone toward an occupational outcome." (McLaughlin Gray, 1998).
Paradigma	„Konsens über die grundlegendsten Überzeugungen und Annahmen auf einem Gebiet. Das Paradigma eines Berufs bietet eine vereinheitlichte Struktur und ein Muster für die Praxis.“ (Jerosch-Herold, et al., 2009, S. 42).
Paradigm of Occupation	„Occupational therapy’s early paradigm focused on occupation, it’s role in human life and in health, and its potential as a therapeutic tool. The core constructs, focal view point, and values of this paradigm shaped early occupational therapy practice. This practice approaches people largely in terms of their motivation, emphasizing the therapeutic media. As a result of this early paradigm occupational therapy identified itself as a field that appreciated the importance of occupation in human life, addressed problems of occupational disengagement, and used occupation as a

Partizipation	<p>therapeutic media. “(Kielhofner, 2009, S.27).</p> <p>„Teilhabe ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Im Konzept der Teilhabe wird der Mensch als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt betrachtet. Das Teilhabe-konzept steht daher nicht nur im Zusammenhang mit der Umsetzung der Menschenrechte in einer Gesellschaft, sondern auch damit, wie eine Person mit einer funktionalen Problematik in dieser Gesellschaft ihre Situation erlebt.“ (Schuntermann, 2005, S. 55).</p>
Patient	<p>Von einem Arzt, einer Ärztin oder einem Angehörigen anderer Heilberufe behandelte oder betreute Person. In der Handtherapie wird von Patient gesprochen (Bibliographisches Institut GmbH, 2018e).</p>
PICO-Schema	<p>„Hilfsschema für die Formulierung einer klinischen Frage zur Wirkung von Interventionen: Patient, Intervention, Vergleichsintervention (Comparison), Zielgröße (Outcome).“ (Deutsches Cochrane-Zentrum, 2013).</p>
Reasoning	<p>Reasoning, professionelles / klinisches bezeichnet und beschreibt auf einer metakognitiven Ebene die Denk- und Entscheidungsprozesse von Ergotherapeut*innen während der Planung, Durchführung, Evaluation und Reflexion der Therapie (Boyt Schell, 2014). Die begriffliche Veränderung vom klinischen zum professionellen Reasoning (Boyt Schell, 2014) oder therapeutischen Reasoning (Kielhofner 2009) resultiert aus der Veränderung der Settings, in denen</p>

Top-down-Ansatz	<p>Ergotherapeutinnen arbeiten. Diese beschränken sich nicht mehr ausschließlich auf medizinisch-klinische Settings, sondern umfassen auch gemeindenahе und Alltagskontexte (Schulen, Kindergärten, Betriebe).</p> <p>"Bei einem Top-Down-Ansatz beginnt die Ergotherapeutin mit offener Sicht auf den Klienten: Wer ist der Klient, was sind seine Bedürfnisse und Wünsche, welche Alltagsaufgaben möchte der Klient erledigen können, um seine erwünschten Lebensrollen, die ihm die gewünschte Partizipation ermöglichen, zur Zufriedenheit auszufüllen."(Fisher, S.19, 2014).</p>
Top-to-Bottom-up-Ansatz	<p>Beim Top-to-Bottom-up-Ansatz "geht die Ergotherapeutin direkt vom Bericht des Klienten (d.h. top) über die Feststellung, welche personenbezogenen Faktoren, Körperfunktionen oder Umweltfaktoren (d.h. bottom) die Ursache für die Probleme bei der Alltagsperformanz des Klienten sein könnten (d.h. wieder zurück zu top)." (Fisher, S.22, 2014).</p>

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab.	Bezeichnung	Quelle	Seite
1	Englische Suchbegriffe	Eigene Darstellung der Forscherinnen	6
2	Auszug 1 der Suche in der Datenbank DiZ	Eigene Darstellung der Forscherinnen	7
3	Auszug 2 der Suche in der Datenbank DiZ	Eigene Darstellung der Forscherinnen	7

Abb.	Bezeichnung	Quelle	Seite
1	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung	DGUV. (2018, 16 Februar). Statistik – Arbeitsunfallgeschehen 2016. Abgerufen von: http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/12643-au-statistik-2016.pdf	2
2	Schnittmenge	Eigene Darstellung der Forscherinnen	8
3	Performanzfertigkeiten	Fisher, A. G. (2014). <i>OTIPM - Occupational Therapy Intervention Process Model</i> . Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag, S.157	18
4	Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)	Fisher, A. G. (2014). <i>OTIPM - Occupational Therapy Intervention Process Model</i> . Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag, S.29	30
5	Vier Kontinua	Fisher, A. G. (2014). <i>OTIPM - Occupational Therapy Intervention Process Model</i> . Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag, S.40	31
6	Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2013). Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF. Abgerufen von http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/	34
7	Kompetenzprofil Ergotherapie	DVE Projektgruppe „Kompetenzprofil und Modularisierung“. (2018, 1. Juni). KOMPETENZPROFIL ERGOTHERAPIE – ein Diskussionspapier. Abgerufen 17. Juli, 2018, von https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3302-kompetenzprofilfinal/file	38
8	Säulen qualitativen Denkens	Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung (6. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag, S.26	44
9	Beschreibung der Teilnehmerinnen	Eigene Darstellung der Forscherinnen	52
10	Ablauf der ersten Gruppendiskussion	Eigene Darstellung der Forscherinnen	58
11	Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring	Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. (11. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag, S.68	61
12	Einordnung der Katego-	Eigene Darstellung der Forscherinnen	88

	rien		
13	Kompetenzen der Teilnehmerinnen eingeordnet in das Kompetenzprofil des DVEs (2018)	Eigene Darstellung der Forscherinnen	90
14	Das Konzept der therapeutischen Beziehung in der Sprachtherapie	Göldner, J., Hansen, H., & Wanetschka, V. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie - Strukturierte Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes. Forum Logopädie, (31), 12-19	97
15	Ergebnisse	Eigene Darstellung der Forscherinnen	113

Anhang

1. Literaturrecherche

Englische Suchbegriffe

occupational therapists	occupational therapist			
	occupational therapy			
hand therapy	hand rehabilitation	hand injury	upper extremity injury	
		hand injured	upper extremity injured	
intervention	best practice	strategies	occupation based	occupation as end
			occupation centred	occupation as means
			occupation focused	

Suchbegriffe für neue Literatur

Klient	klientenzentriert	Aktive Patientenrollen
		Aktive Klientenrolle
Professionalisierung	Profession	Physiotherapie
		Ergotherapie
Schienenversorgung	Splinting	
Hausbesuche	Home visit	
Assessments	occupation based	
	occupation centred	
	occupation focussed	

2. Schriftliches Anschreiben

ZU
YD

Mönchengladbach, März 2018

Zertifizierte Handtherapeuten im Bereich Ergotherapie für Studie gesucht

Sehr geehrte KollegInnen,

für unsere Studie zum Thema „**Betätigungsorientierte Intervention in der Handtherapie**“ suchen wir ErgotherapeutInnen, die im Bereich Handtherapie arbeiten und sich für Betätigungsorientierung interessieren und hier schon Informationen oder sogar Erfahrungen sammeln konnten.

Wir, Anna Hanitzsch, Ellen Raber und Barbara Venten, sind drei Studentinnen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie der Zuyd Hogeschool in Heerlen (Niederlande). Im Rahmen unserer Bachelorarbeit suchen wir StudienteilnehmerInnen, die sich für zwei Gruppendiskussionen zur Verfügung stellen.



Da sowohl Ergo- als auch Physiotherapeuten die Ausbildung zum Handtherapeuten absolvieren können, ist eine **betätigungsorientierte Intervention** bezogen auf die Handtherapie ein Alleinstellungsmerkmal der Ergotherapie.

Uns interessiert also was Sie zum Thema „Betätigungsorientierte Intervention in der Handtherapie“ denken. Ihre Ideen, Erfahrungen und was Sie in der praktischen Arbeit als ErgotherapeutIn im Bereich der Handtherapie tun steht im Mittelpunkt der Gruppendiskussion, denn:

Wir stellen uns die Frage, wie die **Umsetzung einer betätigungsorientierten Intervention** von zertifizierten HandtherapeutInnen im ergotherapeutischen Kontext gestaltet wird bzw. werden kann.

Als potenzielle StudienteilnehmerInnen sollten Sie:

- ✓ ErgotherapeutIn sein,
- ✓ seit mindestens zwei Jahren als zertifizierte(r) HandtherapeutIn arbeiten,
- ✓ sich für betätigungsorientierte Handtherapie interessieren.

Treffen die Einschlusskriterien auf Sie zu? Dann unterstützen Sie uns aktiv, durch Ihre Teilnahme an der Studie. Melden Sie sich hierzu bis spätestens zum 17.04.2018 unter folgender E-Mail Adresse: bachelorarbeit-zuyd@web.de

Betreff: Studienteilnahme

Textfeld: Name, Berufserfahrung (Ergotherapie/Handtherapie)

Darauffin erhalten Sie weitere Informationen zu unserem Forschungsvorhaben und geplanten Terminen.

An dieser Stelle bereits Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen,

Anna Hanitzsch

Ellen Raber

Barbara Venten

3. Vereinbarung über die Teilnahme an der Studie

Vereinbarung über die Teilnahme an der Handtherapie-Studie

Grundsätzliche Vereinbarungen

1. Die Teilnahme an der Gruppendiskussion ist freiwillig. Das Thema der Diskussion ist: „*Betätigungsorientierte Intervention in der Handtherapie*“.
2. Für die Durchführung und wissenschaftliche Auswertung der Gruppendiskussion sind verantwortlich: Anna Hanitzsch, Ellen Raber und Barbara Venten (im Folgenden „Verantwortliche“ genannt).
3. Ort und Termin für die Durchführung der Gruppendiskussion werden gemeinsam von Studienteilnehmer/In und Verantwortlichen abgestimmt. Anwesend, während der Gruppendiskussion, sind eine Verantwortliche, eine Moderatorin und vier Studienteilnehmer/Innen.
4. Die Gruppendiskussion wird auf Audio- und Videomaterial aufgezeichnet und anschließend von den Verantwortlichen transkribiert (verschriftlicht).
5. Die Zeit, die Sie als Studienteilnehmer/In investieren, wird Ihnen finanziell nicht vergütet. Das Gleiche gilt für etwaige Erlöse aus Publikationen.
6. Der/ die Studienteilnehmer/In willigt mit der Unterzeichnung dieses Vertrages in die Veröffentlichung der Studie ein.

Datenschutz

7. Die Verantwortlichen tragen Sorge dafür, dass alle erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet werden.
8. Zur Wahrung des Datenschutzes (§40 Bundesdatenschutzgesetz) wird durch die Verantwortlichen sichergestellt, dass personenbezogene Daten in der Forschungsarbeit anonymisiert werden, sodass die Identifikation des Studienteilnehmers/ der Studienteilnehmerin nicht möglich ist.
9. Der/ die Studienteilnehmer/In erklärt Ihr Einverständnis für die Tonaufnahme sowie für die wissenschaftliche Auswertung der Gruppendiskussion.
10. Die Verantwortlichen verpflichten sich dazu, nach Abschluss der Studie, alle personenbezogenen Daten, die zu einer Identifizierung führen könnten, sprich Audio- und Videomaterial, zu vernichten/ zu löschen.

Besondere Rechte der Studienteilnehmer/Innen

11. Als Studienteilnehmer/In haben Sie das Recht, ohne dies begründen zu müssen, auf einzelne Fragen nicht zu antworten.
12. Als Studienteilnehmer/In haben Sie das Recht, zu jedem Zeitpunkt das Interview ohne Begründung abzubrechen.
13. Den Studienteilnehmern/Innen wird der fertiggestellte Forschungsbericht als Datei an ihre E-Mailadresse zugesandt.

14. Der/ die Studienteilnehmer/In erhält eine unterschriebene Kopie dieses Vertrages.

Informierte Einwilligung

15. Aufgrund der erhaltenen Informationen über das Forschungsvorhaben fühle ich mich umfassend informiert. Mit meiner Unterschrift stimme ich der Vereinbarung in allen Punkten ausdrücklich zu.

Ort, Datum Unterschrift Studienteilnehmer/In

Ort, Datum Unterschrift der Verantwortlichen

4. Datenblatt zur Person



Datenblatt zur Person der TeilnehmerInnen an der Studie
„Betätigungsorientierte Intervention in der Handtherapie“

Persönliche Angaben

Teilnehmer/in: Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich: weiblich:

Alter (in Jahren): _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Beruflicher Werdegang

Abschluss der ET-Fachausbildung: _____

Abschluss der Handtherapie-zertifizierung: _____

Sonstige Abschlüsse und Fortbildungen:

5. Ablauf und Diskussionsleitfäden

**ZU
YD**

Ablauf und Diskussionsleitfaden 1. Gruppendiskussion

Herzlichen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, an der heutigen Gruppendiskussion teilzunehmen. Mein Name ist (Name der Diskussionsleiterin) und ich habe das Vergnügen sie heute durch die Diskussion zu leiten. Das Thema dieser Diskussion wird die Gestaltung einer betätigungsorientierter Intervention von Ihnen als zertifizierten Handtherapeutinnen im ergotherapeutischen Kontext sein.

-Klärung Du oder Sie

Als erstes würde ich gerne mit einer kleinen Vorstellungsrunde beginnen. Ich würde sie bitten kurz zu Ihrer Person: **Name, Alter, Wohnort, wo sie die Ausbildung zum Handtherapeuten gemacht haben, Erfahrung im Bereich Handtherapie und ihre aktuelle Einrichtung** zu nennen.

Vorab noch eine Anmerkung, damit das Gesagte gut auf den Aufnahmen zu verstehen ist, bitten wir sie sich nicht zu unterbrechen.

1. **Beschreiben sie eine betätigungsorientierte Intervention aus ihrem Berufsalltag!**
2. **Wie sieht der Entscheidungsprozess für oder gegen eine betätigungsorientierte Intervention aus?**
3. **Was hat Sie getriggert sich mit Betätigung als Mittel auseinander zu setzen und was hat Ihnen geholfen? Was gab Ihnen den Anreiz sich mit Betätigungsorientierung auseinander zu setzen und was mussten Sie dafür mitbringen?**
4. **Wie beeinflusst die Fortbildung zum Handtherapeuten Ihre betätigungsorientierte Arbeit?**
5. **Was unterstützt sie aktuell in der Einrichtung in der Sie arbeiten eine betätigungsorientierte Intervention durchzuführen?**

Weitere Möglichkeit:

- **Welche Rückmeldung bekamen Sie von Klienten zu betätigungsorientierten Interventionen?**

Wir kommen langsam zum Ende unserer Diskussion. Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen, Wünsche, Anmerkungen?

Ansonsten würde ich im Namen der Forscherinnen nochmal kurz nachfragen, wie Ihre Bereitschaft wäre an einer zweiten Diskussion teilzunehmen, um die Ergebnisse aus dieser Gruppendiskussion zu vertiefen?

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr aktives Mitarbeiten.

Ablauf und Diskussionsleitfaden 2. Gruppendiskussion

Schön euch heute hier wieder zu sehen. Leider kann S4 heute nicht dabei sein, aber ich bin mir sicher, dass wir auch zu 4. Bzw. ihr zu 3. diese Diskussion gut bewältigen.

Gibt es vorab noch Fragen, die wir klären sollten?

Ansonsten würde wir direkt mit der 2. Runde starten und die Tonaufnahmegeräte jetzt einschalten.

1. In Bezug auf die Evaluations- und Zielsetzungsphase habt ihr beim letzten Mal erwähnt, dass der Befund essenziell für die Intervention ist. Für den Befund im handtherapeutischen Bereich würden jedoch betätigungsorientierte Assessments fehlen. **Welche Kriterien müsste ein einheitliches betätigungsorientiertes Assessment für die ergotherapeutische Handtherapie eurer Meinung nach haben?**
 2. Um jetzt nochmal genauer auf die Intervention einzugehen, also der Schritt nachdem der Befund und Assessments erhoben wurden, stellt sich die Frage: **Wie würdet ihr euch eine perfekte betätigungsorientierte Intervention vorstellen?**
 3. **Woran misst/bewertet/reflektiert ihr eure betätigungsorientierte Intervention? Woran macht ihr eure betätigungsorientierte Intervention fest?**
 4. Als Profit der Betätigungsorientierung in der ergotherapeutischen Handtherapie wurde die Abgrenzung von der Physiotherapie genannt, gibt es noch weitere Profite?
 5. Es wurden zahlreiche Barrieren für die betätigungsorientierte Intervention genannt. Hier die zwei häufigsten: mangelnde Zeit und die Umsetzung betätigungsorientierter Ziele in der Praxis. **Habt ihr Ideen wie man diese Barrieren lösen/umgehen kann?**
 6. Ihr habt erzählt, dass man nach der Handtherapie-Ausbildung erstmal die erlernten Techniken anwenden möchte. **Wie lässt sich also das Wissen aus der Handtherapie-Ausbildung mit dem ET-Wissen in der Intervention kombinieren, um betätigungsorientiert zu arbeiten?**
- Weitere Möglichkeit wenn noch Zeit ist
7. Es wurde berichtet, dass gerade ein Wandel durch die Handtherapie geht, **wie denkt ihr wird dieser Wandel aussehen, wo seht ihr die ergotherapeutische Handtherapie in 5/10/15 Jahren? Was würdet ihr euch wünschen?**

Wir kommen langsam zum Ende unserer Diskussion. Gibt es von Eurer Seite noch Fragen, Wünsche, Anmerkungen?

Ansonsten würde ich im Namen der Forscherinnen nochmal einen riesen Dank aussprechen und die Tonaufnahmen jetzt stoppen.

6. Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln wurden in Anlehnung der Marburger Arbeitsgruppe für Methoden & Evaluation (MAGMA e.V., 2017), sowie selbst benannten Regeln u.a. zur Bestimmung der Anonymisierung aufgestellt.

- Die Moderatorin wird durch ein M: und die Studienteilnehmer entsprechend der Codierung S1:, S2:, S3: oder S4: im jeweiligen Absatz gekennzeichnet.
- Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert.
- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
- Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „so nem“ - „so einem“.
- Die Setzung von Satzzeichen erfolgt weitgehend nach rhetorischen Gesichtspunkten zur Markierung von Pausen, der grammatische Verwendungszweck ist untergeordnet.
- Pausen werden entsprechend der Sekundendauer (Sek.) mit (.)=1-2 Sek., (..)=2-3 Sek., oder (...) 4 Sek. oder länger gekennzeichnet.
- Verständnissignale und Füllwörter werden mit „mhm, ja, aha, ähm“ notiert, wenn sie von Bedeutung sind.
- Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Moderatorin (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert.
- Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der Moderatorin wie auch der Studienteilnehmer werden in Klammern notiert, z. B. (lacht), (stöhnt) und Ähnliches.
- Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
- Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht
- Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine Person erlauben, werden anonymisiert.

7. Auszug Transkription

7.1 Erste Gruppendiskussion

925 M: Hat denn in euren Handtherapie Fortbildungen auch die
926 Betätigungsorientierung eine Rolle gespielt?

927

928 S1: Sehr wenig, fand ich. Also bei mir, sehr wenig. Bei der
929 AFH war es wirklich so, dass ich sagen muss, das waren viele,
930 viele manuelle Techniken oder ja so vegetative Techniken die
931 einem beigebracht wurden. Eben halt auch Schienenbau, oder
932 Taped, oder Kastverbände. Also ganz viel Augenmerk auf
933 Patienten, die aber auch akut betroffen sind. Weil wir da
934 schon ein Stritt weit. Also als Handtherapeut hast du
935 eigentlich schon die Aufgabe trotzdem erst mal manuell zu
936 arbeiten, ein Stück weit. Also mit dem Patienten zu gucken,
937 wie geht es dem nach einer Operation. Also das war in der
938 Hand-Ausbildung schon eher im Fokus. 80% mindestens.

939

940 S4: Also bei uns finde ich, war es so in der Befunderhebung
941 war es auch betätigungsorientiert, viel fand ich. Und aber so
942 in der, (.) wirklich dann nachher was macht man dann so, da war
943 es weniger, finde ich auch. Also da war es auch mehr so
944 funktionell schon.

945

946 S2: Ja, es war weniger. Also in der Ausbildung was es weniger,
947 weil wir haben jedes Jahr eine Tagung. Und die hatten wir
948 schon im schönen Düsseldorf, aber wir hatten sie auch schon im
949 wunderschönen Frankfurt. Und da war das Thema der Tagung
950 betätigungsorientiertes Arbeiten. Da haben wir auch die Ellen
951 Romain kennen gelernt und haben sie direkt auch hier her
952 geschickt.

953

954 S4: Also es kommt jetzt auch mehr, kann man sagen. Also es ist
955 jetzt in den. Ich finde, also mir kommt das zumindest so vor,
956 dass es jetzt in den letzten Jahren nochmal besonders so (.)
957 so einen Aufschwung genommen hat. Und jetzt auch so in der
958 Handtherapie mehr wird vielleicht, dann auch so allgemein.

959

960 S2: Aber ich hatte da, wo ich diesen Kurs bei der Ellen Romain
961 belegte, da haben wir auch zu zweit überlegt wie machen wir
962 einen Befund? Und dann..
963
964 S3: Genau
965
966 S2: Und dann hat jeder über Patienten Beispiel gebracht. Und
967 mit dem ich das gemacht habe, der wusste von seinem Patienten
968 noch nicht mal was er arbeitet. Und dann dachte ich, was macht
969 der denn für einen Befund? Also der muss doch wissen was der
970 Mensch arbeitet, um zu wissen, was muss der an der Hand
971 machen.
972
973 (Zustimmendes mhm von allen)
974
975 S3: Genau.
976
977 S2: Und das war für mich so ein Aha-Moment bei diesem Kurs.
978
979 S3: Ich glaube halt, dass es ein bisschen was mit der Rolle
980 der Ergotherapeuten und dem Selbstverständnis der
981 Ergotherapeuten, die gerne Hände behandeln, zu tun hat. Ich
982 weiß auch, dass ich die ersten zehn Jahre wie wild dahinter
983 war wirklich Techniken zu lernen. Na klar, weil das gehört
984 dazu, dass man eine Hand auch mobilisieren kann oder ein
985 Gelenk auch mobilisieren kann. Und dass man die Hintergründe
986 versteht. Das finde ich, ist auch ganz wichtiges Wissen. Was
987 man auch überhaupt bei der Arbeit mit Handpatienten, ob man
988 jetzt den großen Schwerpunkt auf Betätigungsorientierung oder
989 nur nebenherlaufen hat, also was man einfach braucht. Und ich
990 finde, erst mit den letzten Jahren, also ich denke deshalb hat
991 sich ja auch, haben sich ja auch diese Handgemeinschaften
992 gebildet. Sind ja immer Physios und Ergos zusammen. Aber was
993 man halt sieht, die Physios können halt eine
994 Betätigungsorientierung einfach nicht so gut. Es gibt

995 Ausnahmen, wo man echt sagt wow, das sind Physioergos. Aber
996 die meisten sind, also da find ich, sieht man so den
997 Unterscheid. Die kriegen halt diesen, diesen Schritt in die
998 Partizipation halt nicht. Und ich finde zum Glück auch, wie
999 ihr das auch gesagt habt, dass in den letzten Jahren da so
1000 eine kleine Wende oder so ein Paradigmenwechsel vielleicht
1001 schon fast gegeben hat, oder der zumindest am Vorbereiten ist
1002 noch. Das man einfach auch mal versteht, dass die Hände dazu
1003 da sind um was zu tun. Und nicht nur, damit sie schön
1004 beweglich sind. Dass das einfach im Kopf von Handtherapeuten
1005 drin ist. Und wenn bestimmte Maßnahmen, ich meine wie viele
1006 Patienten haben wir auch, wo man denkt wow nein der
1007 Faustschluss der muss noch besser werden, der ist noch so
1008 eingeschränkt, wo die Patienten aber sagen, nein aber ich
1009 komme gut zurecht. Ja gut, dann ist doch gut. (unv.) noch
1010 darüber aufklärt, was das auch heißen würde wenn man jetzt
1011 nicht mehr an der Mobilisation arbeitet, aber wenn der sagt
1012 nein das ist genau richtig für mich so, ich kann meine
1013 Kartoffel halten, fertig.

1014

1015 S4: Ja, das finde ich auch. Das ist auch sowas wesentliches,
1016 so von diesem was ich hier auch aus dieser Fortbildung
1017 mitgenommen habe damals, dass man halt wirklich dann auch wenn
1018 also, dass passt dann aber auch zu dieser Klientenzentrierung,
1019 finde ich. Also dass, wenn der Patient sagt, so ich komme
1020 damit zurecht dann ist es wirklich ja auch gut für ihn. Und
1021 ja, das ist, finde ich auch eine schöne Sache daran.

1022

1023 S3: Ja

1024

1025 S4: Das man auch so selber, eigentlich ja, so dass man sich
1026 halt zurück stellt auch so und das man ja wirklich, eigentlich
1027 hat man gar nichts damit zu tun, mit der ganzen Angelegenheit.
1028 Also der, eigentlich finde ich, ja erarbeitet der Patient sich

1029 das ja selber und man unterstützt ihn jetzt nur da wo er so
1030 ein bisschen einen Anstoß braucht, ja.
1031
1032 S3: Genau.
1033
1034 S1: Aber es gibt auch einen umgekehrten Fall. Es gibt auch den
1035 umgekehrten Fall, dass der Patient sagt ich kann aber immer
1036 noch keine Faust machen und für sich gar nicht erkennen kann,
1037 dass es für seine Betätigung aber schon ausreichend ist. Weil
1038 er tatsächlich, auf den Faustschluss fixiert ist. Und wo ich
1039 einfach denke, es ist unsere Aufgabe ganz ganz sensibel und
1040 durch viele Betätigungsaufgaben ihn heranzuführen, dass es in
1041 Ordnung ist.
1042
1043 S4: Aber da kommt es ja letztlich darauf an was er, was sein
1044 Ziel ist. Also die Frage ist ja dann, warum ist er nicht damit
1045 zufrieden? Also gibt es jetzt immer noch vielleicht
1046 Betätigungsprobleme, die er jetzt noch nicht genannt hat.
1047 Also..
1048
1049 S1: Das muss man ja erforschen. Auf jeden Fall.
1050
1051 S4: Also das muss man ja dann herausfinden. Und oft ist es
1052 wahrscheinlich dann auch so. Und dann ist ja die andere Frage
1053 wenn es nicht so ist, wenn er jetzt sagt er kann alles aber er
1054 ist nicht damit zufrieden? Dann ist die Frage was macht man,
1055 finde ich. Also soll man dann sagen, nein sie haben kein Recht
1056 mehr zu kommen?
1057
1058 S1: Das meine ich ja mit der Sensibilität, man muss da schon
1059 sehr sensibel sein.
1060
1061 S4: So es ist abgeschlossen. Oder kann man auch sagen man kann
1062 dann auch eben mal an der Funktion arbeiten. Das finde ich
1063 halt schon, das man das kann dann auch.

1064
1065 S3: Ganz klassisch ist der knöchernen Strecksehnenabriss am
1066 kleinen Finger, nicht dominante Hand.
1067
1068 S4: (lacht) ja, ja der Finger ist immer noch ein bisschen
1069 krumm.
1070
1071 S3: Der hängt noch.
1072
1073 S4: Ja.
1074
1075 S3: Der hängt der Finger. Ich bin noch nicht fertig.
1076
1077 S1: Das ist aber trotzdem eine psychologische Geschichte. Und
1078 ich finde..
1079
1080 S3: Genau.
1081
1082 S1: Das ist ja auch unsere Aufgabe. Dafür haben wir so eine
1083 Ausbildung gemacht. Dass wir dann sagen, okay es ist eine
1084 psychologische Geschichte und ich muss dem Patienten jetzt
1085 irgendwo vermitteln, dass er vielleicht doch eine
1086 Zufriedenheit erreicht über irgendwas. Und nicht über eine
1087 drei Jahre lange Mobilisation des kleinen Fingers.
1088
1089 S3: Ja.
1090
1091 S4: Mhm.
1092
1093 S1: So, also mit drei Jahren ist übertrieben, aber es ist
1094 halt, weil sonst geht der Patient irgendwann sowieso und dann
1095 geht er trotzdem unzufrieden bei uns raus.
1096
1097 S3: Ja. (..)
1098

1099 M: Okay, was denkt ihr denn was, also wir haben eben schon
1100 gehört, okay Fortbildungen haben geholfen, und so einzelne
1101 Erlebnisse aus dem Berufsalltag, und die schweizerische
1102 Kollegin hat geholfen. Aber was muss denn von dem
1103 Ergotherapeuten selber, was muss der denn mitbringen damit der
1104 betätigungsorientiert arbeiten kann?

1105 (...)

1106

1107 S4: Ich finde, er muss sich halt gut auch in den Patienten
1108 hineinversetzen können. Also das finde ich halt eine sehr
1109 wichtige Sache. Und muss sich halt auch selber so
1110 zurücknehmen, also das weiß ich, dass wir das hier sehr oft
1111 diskutiert haben so, das zum Beispiel manche Kollegen gesagt
1112 haben, wieso ich weiß doch was der Patient nicht kann. Aber
1113 das ist halt genau der Punkt, das weiß ich ja nicht. Ich weiß
1114 was ich nicht können würde, wenn ich diese Verletzung hätte.
1115 Aber davon kann ich ja nicht auf den Patienten schließen. Und
1116 ich sag mal, wenn der Patient das fragt, sagen auch die
1117 Patienten manchmal. Wenn ich sage, was können sie denn nicht?
1118 Und dann sagen die ja auch oft, ja das ist doch klar ich kann
1119 nicht mit Messer und Gabel essen oder so. Gut das ist
1120 vielleicht klar, aber ich sage dann immer so das Beispiel,
1121 aber es gibt zum Beispiel Patienten die haben ja keinen
1122 Führerschein. Dann würde ich sagen, okay sie können nicht
1123 Autofahren. Dann sagen die, ja mach ich ja sowieso nicht, weil
1124 ich ja gar keinen Führerschein habe. Das ist also gar nicht
1125 mein Interesse das zu können. Also das finde ich halt, dass
1126 man nicht so von sich jetzt ausgeht, sondern man ist im Grunde
1127 genommen da ganz außen vor, und derjenige sagt im Grunde, ja
1128 was ihn betrifft natürlich und was er macht.

1129

1130 M: Mhm. Habt ihr noch andere Dinge die der Ergotherapeut
1131 mitbringen sollte?

1132

1133 S3: Ich würde zusammenfassen eine klientenzentrierte
1134 Grundhaltung.
1135
1136 S4: Ja.
1137
1138 S3: Ja, das was du gesagt hast ja.
1139
1140 S4: Ja.
1141
1142 S3: Und ich denke dann, also gut das stelle ich mir jetzt
1143 wieder vor. Ich denke dann funktioniert es von alleine. Eben
1144 wenn nicht ich mich in den Mittelpunkt stelle..
1145
1146 S4: Ja.
1147
1148 S3: Und sage ich habe eben meine Therapieziele, sondern der
1149 Klient im Mittelpunkt ist. Und man ihn, die ganzen Merkmale
1150 die dazugehören, ihn wahrnimmt mit seinen Ressourcen und mit
1151 seinen Schwierigkeiten, seine Interessen wahrnimmt, seine
1152 Ziele wahrnimmt. So die klassischen Merkmale von
1153 klientenzentriertem arbeiten.
1154
1155 S4: Ja.
1156
1157 S3: Dann kommt die Betätigungsorientierung denke ich
1158 logischerweise eigentlich von alleine.
1159
1160 S4: Ja.
1161
1162 S3: Würde ich so denken.
1163
1164 (zustimmendes mhm von mehreren)

7.2 Zweite Gruppendiskussion

422 S2: Nutzt ihr auch den DASH-Bogen?

423

424 S3: Ja, das machen wir, aber ehrlich gesagt nur den Ärzten zu
425 liebe. Damit die auch was mit den partizipationsbezogenen
426 Assessments anfangen können. Denen braucht man von
427 Zufriedenheit, wir schreiben es zwar immer fleißig mit in die
428 Berichte, aber sagen dann auch immer der DASH-Wert ist so und
429 so. Weil den kennen die ja wenigstens auch.

430

431 S2: Also den machen wir auch vor allem bei den BG Patienten.

432

433 S3: Ja also wir versuchen den bei allen zu machen, aber ich
434 finde für die Therapie ist der halt nicht so.

435

436 S2: Ja, ja.

437

438 S3: So basisbringend.

439

440 S2: Okay.

441

442 M: Okay. So jetzt haben wir also wenn wir uns den
443 therapeutischen Prozess vorstellen, haben wir jetzt im Prinzip
444 die Anfangsphase abgehakt. Also wir haben Assessments erhebt/
445 genutzt, wir haben einen Befund erhoben, wir haben Ziele
446 festgelegt mit dem Patienten. Die nächste Frage geht jetzt
447 wirklich auf das danach ein, also was nach dem Befund passiert
448 eben die Intervention, die ihr durchführt und zwar: Wie würdet
449 ihr euch eine perfekte betätigungsorientierte Intervention
450 vorstellen? Wenn es so richtig gut läuft? (...)

451

452 S1: Ich muss auch kurz denken

453

454 M: Denken ist erlaubt

455

456 S2: Perfekt ist ja schon mal so ein Wort, da muss man
457 überlegen. (..)
458
459 S3: Es ist ja auch immer die Frage, wann ist perfekt
460 betätigungsorientiert. Wir sind in der Handtherapie. Was ist
461 perfekt betätigungsorientiert, ich glaube, da hat jeder ja
462 andere Ideen.
463
464 M: Okay, ersetzen wir "perfekt" durch "hilfreich". (..)
465
466 S3: Also ich finde eine Behandlung ist perfekt
467 betätigungsorientiert, wenn einfach die
468 Betätigungsorientierung dabei ist. Also wenn es verbal ist,
469 hatte ich ja das letzte Mal schon gesagt, oder eben, von mir
470 aus kann man auch irgendwas umsetzen aber das machen wir halt
471 selten. Oder die Patienten berichten davon, wie sie etwas
472 umgesetzt haben. Oder sagen, ja oh das ist besser geworden,
473 jetzt würde ich das noch irgendwie überlegen. Also perfekt
474 betätigungsorientiert ist immer dass die Grundhaltung der
475 Behandlung und des Therapeuten mit dabei ist.
476
477 S1: Und des Patienten.
478
479 S2: Ja, der Klient muss eben die Dinge von zuhause mitbringen,
480 die er nicht kann und das versuchst du dann in der Therapie zu
481 trainieren und ihm Hilfeleistungen vielleicht zu geben, wenn
482 er nicht selber drauf kommt. Oder mit ihm zu überlegen, die
483 und die Übung müssen sie jetzt machen, dann werden sie das in
484 zwei Wochen können. Also es hat auch wieder viel mit
485 Gesprächsführung zu tun. Und zeigen lassen, was genau geht
486 nicht.
487
488 S1: Ja und auch das Verständnis des Patienten zu bekommen,
489 wenn man z.B. eine Betätigung durchführen lässt, mit ihm
490 zusammen zu erarbeiten, welche Bewegung ist denn jetzt grade

491 die Störende oder welche nicht-Bewegung. Was geht jetzt grade
492 nicht? Und zusammen vielleicht Übungen zu erarbeiten, die eben
493 zur Verbesserung der Bewegung führen oder der Belastungsform.
494 Das dieses Runterbrechen auf die Belastungsform oder die
495 Bewegung die dafür notwendig ist, dass er das versteht, was da
496 nämlich falsch läuft. Und das er dementsprechend eben die
497 Übungen machen kann, die dazu führen, dass es sich verbessert.
498 Also das ist für mich das Wichtigste. Wenn ich jetzt sage ich
499 mal die Bewegung einleite oder die Bewegung durchführe, das
500 ist auch wichtig sicherlich bei einer Bewegungseinschränkung.
501 Aber was jetzt für mich als Ergotherapeut wichtig ist, ist
502 dass der Patient versteht, welche Bewegung da nicht
503 funktioniert und die auch in Verbindung bringt mit der
504 Betätigung, die er nicht kann. Und wenn ich das erreicht habe,
505 dann ist das für mich wirklich das Perfekte.

506

507 S3: (unv.) nicht nur dass er es versteht, sondern dass er es
508 selbst erkennt.

509

510 S1: Genau, genau.

511

512 S3: Und sagt, ah stimmt, warum mache ich das denn so? Und das
513 finde ich, geht ja so gut über die Videoanalysen. Ich hatte
514 ein Beispiel dazu. Eine Patientin, die war bestimmt schon ein
515 Jahr in Behandlung und sie hat gesagt, sie würde so gern
516 wieder mit Messer und Gabel essen können. Aber konnte es nicht
517 und wo ich so gedacht habe, warum nicht. Die müsste es
518 theoretisch können. Und das haben wir aufgenommen und es
519 zeigte sich dabei, dass sie, obwohl sie eine Handverletzung
520 hatte, sie hat einfach ihre Schulter nicht mehr bewegt. Sie
521 hat ihre Gabel hochgenommen und kam dann aber nicht dran, weil
522 sie einfach nicht den Arm nach vorne gebracht hat. Und ich
523 meine, das hätte ich ihr sagen können, aber mir war es halt
524 wichtig, sie hat danach das Video angeguckt, es hat lange
525 gedauert, bis sie es gesehen hat. Und irgendwann hat sie

526 gesagt, das sieht aber komisch aus, was mache ich da
527 eigentlich? Da habe ich es echt mal geschafft nichts zu sagen.
528 „Okay, probieren sie es nochmal, ich nehme es direkt wieder
529 auf.“ Und sie hat es sofort geschafft. Also man hat gesehen
530 sie konzentriert sich total und hat dann wie so ein Roboter
531 versucht die Schulter mal vorzunehmen. „Ach ja, geht ja.“
532 Deshalb meine ich ja, am liebsten ist mir das, wenn die
533 Patienten selber merken, das ist es. Aber das ist halt diese
534 CMOP-Grundhaltung auch.

535

536 M: Und ich meine mich erinnern zu können, das beim letzten
537 Mal auch der Hausbesuch ein wichtige Thema war. Also in
538 Richtung perfekt geht auch wenn man wirklich in die Lebenswelt
539 des Patienten mitgehen kann und das nicht nur im Kontext
540 Praxis stattfinden kann oder?

541

542 S1: Das war für mich so wichtig, auf jeden Fall.

543

544 S2: Das stimmt.

545

546 S1: Es ist natürlich so, dass es tatsächlich, wie ihr auch
547 schon gesagt hattet, dass es wirtschaftlich und auch zeitlich
548 oft schwierig ist, aber ich erlebe es auch dass es schon geht.
549 Nicht bei allen Patienten, das ist utopisch, aber bei denen wo
550 es nötig ist, wo ich das Gefühl habe es ist nötig, geht das
551 schon. Da funktioniert es.

552

553 S3: Ich finde das nicht so wichtig, also außer für
554 Rheumapatienten, da fände ich das wichtig.

555

556 M: Warum findest du das bei denen wichtig?

557

558 S2: Ja bei den normalen Handpatienten nicht, distale
559 Radiusfraktur nicht, wie du sagst, aber bei denen die S1 hat,
560 da ist natürlich so ein Hausbesuch schon sinnvoll.

561
562 S3: Ja eben, ich finde auch, es hängt, was du ja auch gesagt
563 hast, es hängt ja auch von den Patienten ab. Und eher bei
564 Leuten wo es um lang..
565
566 S1: ..chronische Geschichten geht.
567
568 S3: Das sind die Rheumapatienten halt für uns.
569
570 S2: Und wo man weiß es erholt sich nicht mehr.
571
572 S3: (unv.) und wenn das nicht klappt, ja auf jeden Fall.

8. Auszug Inhaltsanalyse nach Mayring

8.1 Erste Gruppendiskussion

Auszug 1. Gruppendiskussion zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)

Sprecher	Zeile	Paraphrase/Generalisierung	Reduktion	Kategorie
S1	928-929	Betätigungsorientierung hat kaum eine Rolle in der Handtherapie Fortbildung bei der AFH gespielt.	BO kaum Rolle in Handtherapie Fortbildung	Barriere BOI
S1	930-939	In der Hand-Ausbildung lag der Fokus auf Funktions- und Strukturorientierten Techniken.	Fokus auf Techniken in Hand-Ausbildung	Barriere BOI
S4	941-942	In der Befunderhebung war die Handtherapie Fortbildung bei der DAHTH betätigungsorientiert.	BO in Evaluation in Hand-Ausbildung	Chancen BOI
S4	943-945	Was man nachher macht, war mehr funktionell.	Trotz BO Evaluation Funktion in Intervention	Barriere BOI
S2	947-953	Wir haben jedes Jahr eine Tagung und da war das Thema betätigungsorientiertes Arbeiten.	Tagung zum Thema BO Arbeiten	Chancen BOI
S2 S4	947-959	Die Handtherapie hat in den letzten Jahren einen Aufschwung in Richtung betätigungsorientiertes Arbeiten gemacht.	BO Arbeiten rückt mehr in den Fokus	Chancen BOI
S2	970-972	Man muss wissen, was der Mensch arbeitet um zu wissen wie man die Hand behandelt.	Holistisch Denken	Kompetenz des Therapeuten
S3	984-987	Es gehört dazu, dass man eine Hand mobilisieren kann und die Hintergründe dazu versteht.	Funktionsorientierte Techniken	Kompetenz des Therapeuten
S3	993-995	Die Physios können keine Betätigungsorientierung, sie kriegen den Schritt in die Partizipation nicht.	Abgrenzung Physio durch Betätigung und Partizipation	Profi Ergo
S3	999-1002	In den letzten Jahren findet ein Paradigmenwechsel statt.	Paradigmenwechsel	Profi Ergo
S3	1003-1005	Die Hände sind dazu da um etwas zu tun und nicht nur um beweglich zu sein.	Hände für Betätigung bei BOI, Betätigungsverständnis	BOI Profi Ergo
S3	1006-1014	Wenn der Patient zurechtkommt ist die Therapie fertig.	Ende bei Zielerreichung	Outcome
S4	1026-1031	Man stellt sich selbst zurück und unterstützt den Patienten nur da wo er einen Anstoß braucht.	Anstoß geben, unterstützen, Hilfe zur Selbsthilfe	Kompetenz des Therapeuten
S1	1035-1042	Bei Patienten, die auf das Funktionsziel fixiert sind, ist es unsere Aufgabe sie sensibel und durch Betätigungsaufgaben dorthin zu führen, dass es für sie so in Ordnung ist	Sensibel führen	Kompetenz des Therapeuten

S4	1052-1064	Nennt der Patient keine Betätigungsprobleme mehr, ist aber trotzdem noch nicht zufrieden, ist es auch okay nur an der Funktion weiter zu arbeiten.	Kein Betätigungsproblem, kein BOI	Barriere BOI
S1	1078-1083	Auch psychologische Geschichten gehören dazu, so wie eine Zufriedenheit vermitteln/erreichen anstatt weiter zu mobilisieren.	Psychoedukation	BOI
S4	1107-1111	Der Therapeut muss sich selbst zurückstellen und in den Patienten hineinversetzen können.	Empathie und Zurücknehmen	Kompetenz des Therapeuten
S3	1133-1144	Eine klientenzentrierte Grundhaltung, dann funktioniert es von alleine	Klientenzentrierte Grundhaltung	Kompetenz des Therapeuten
S3	1148-1153	Den Klienten im Mittelpunkt mit seinen Ressourcen, Schwierigkeiten, Interessen und Zielen, das macht klientenzentriertes Arbeiten aus.	Klientenzentrierung, holistische Sichtweise	Kompetenz des Therapeuten
S3 (alle)	1157-1174	Aus klientenzentriertem Arbeiten folgt logischerweise Betätigungsorientierung.	Klientenzentrierung führt zu BO	Chancen BOI

8.2 Zweite Gruppendiskussion

Auszug 2. Gruppendiskussion zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)

Sprecher	Zeile	Paraphrase/Generalisierung	Reduktion	Kategorie
S3	408-412	Was auch wichtig ist, dass die auch Dinge aufschreiben, mit denen die zufrieden sind um zu sagen es ist nicht immer alles kaputt.	Kriterium Assessment Ressourcen berücksichtigen	Evaluation
S3	424-425	Ja (wir nutzen den DASH-Bogen) nur den Ärzten zu liebe, damit die was mit den partizipationsbezogenen Assessments anfangen können., da sie den kennen.	Assessmentauswahl abhängig von Shareholder	Evaluation
S2	431	Den (DASH-Bogen) machen wir auch besonders bei BG Patienten.	Assessmentauswahl abhängig von Klienten	Evaluation
S3	433-438	Wir versuchen den (DASH-Bogen) bei allen Patienten zu machen, er ist aber für die Therapie nicht basisbringend.	Assessmentauswahl abhängig von Shareholder	Evaluation
S3	459-462	Jeder hat andere Ideen, was perfekt betätigungsorientiert ist in der Handtherapie.		
S3	466-468	Ich finde, dass die Betätigungsorientierung bei einer perfekten Behandlung mitschwingt.	BO jederzeit	BOI
S3	468-471	BO kann auf verschiedene Arten umgesetzt werden, ich mache es häufig verbal und selten im Tun.	Verschiedene Arten von BO, BO verbal	BOI
S3	471-473	Patienten berichten von ihren Umsetzungen der Betätigung und den empfundenen Verbesserungen.	Pat. Bringt Betätigung mit in die Therapie	BOI
S3	473-475	BOA hängt von der Grundhaltung des Therapeuten in der Therapie ab	BOI hängt von Grundhaltung des Th. ab	Kompetenz ET
S1	477	BOA hängt auch von der Grundhaltung des Patienten ab.	BOI hängt von Grundhaltung des Pat. ab	Entscheidungsprozess
S2	479-482	Der Klient bringt die Dinge, die er für die Betätigung braucht mit in die Praxis. Dann wird damit trainiert und ggf. Hilfestellung gegeben.	Alltagsrelevante Dinge zur Therapie mitbringen und benutzen	BOI
S2	482-484	Gemeinsam mit dem Patienten überlegen, welche Übungen für die Betätigung sinnvoll sein könnten	sinnvolle Übungen für Betätigung	Occupation as End
S2	484-486	Wichtig ist dabei (482-484) die Gesprächsführung und sich genau zeigen zu lassen was nicht geht	Gesprächsführung und Beobachtungsgabe des Th.	Kompetenz ET
S1	488-493	Von der Betätigung ausgehend gemeinsam mit dem Patienten schauen, welche (Nicht-)Bewegungen sind wichtig für die	Top-to-Bottom-up Vorgehen	Occupation as End

S1	493-398	Für mich ist das Wichtigste, dass die Betätigung auf die Bewegungen oder Belastungsformen runter gebrochen werden, damit der Patient versteht, was momentan falsch läuft und welche Übungen dafür wichtig sind.	Top-to-Bottom-up Vorgehen	Occupation as End
S1	498-505	Bewegungen einleiten und durchführen ist auch wichtig, aber der Fokus der ET sollte darauf liegen, dass der Patient versteht, welche Bewegungen nicht funktionieren und wie diese mit der Betätigung in Verbindung stehen, wenn das erreicht ist, ist das perfekt.	Aufklärung von Pat. Über Verbindung von Bewegung mit Betätigung	Kompetenz ET
S3/S1	507-510	Der Patient sollte die Bewegungen, die für die Betätigung notwendig sind nicht nur verstehen, sondern auch selber erkennen.	Verständnis von Pat. Über Verbindung von Bewegung mit Betätigung	BOI
S3	512-513	Das Erkennen und Verstehen geht gut über die Videoanalyse.	Videoanalyse als Mittel der Wahl	BOI
S3	513-531	Beispiel		
S3	531-533	Den Patienten Probleme selbst identifizieren lassen, kommt von der CMOP Grundhaltung.	Betrachtung des Klienten anhand eines Modells	Kompetenz ET
S2/S1	535-543	In Richtung Perfekt geht auch wenn man wirklich in die Lebenswelt des Patienten mit geht und das nicht nur im Kontext Praxis stattfindet, z.B. über Hausbesuche.	In den Kontext des Pat. gehen	BOI
S1	545-550	Es ist wirtschaftlich und zeitlich oft schwierig, aber bei den Patienten, bei denen ich es für nötig halte funktioniert es.	Trotz wirtschaftlicher und zeitlicher Barriere möglich in den Kontext des Pat. Zu gehen	Chance BOI
S3	552-553	Ich finde HB außer bei Rheumapatienten nicht so wichtig.	Art der Erkrankung für HB	Entscheidungsprozess
S2	557-559	Ich finde HB bei "normalen Handpatienten" (distale Radiusfraktur) nicht wichtig, bei dem Klientel schon.	Art der Erkrankung	Entscheidungsprozess
Alle	561-571	HB eher bei Patienten mit chronischen Erkrankungen.	Art der Erkrankung für HB eher bei chronischen	Entscheidungsprozess

9. Member Check

9.1 Erste Gruppendiskussion

Member Check 1. Gruppendiskussion

In der Gruppendiskussion vom 28. Mai 2018 zur betätigungsorientierte Intervention (BOI), wurde das Thema von verschiedenen Therapeuten aus diversen Sichtweisen betrachtet. Folgende Kategorien wurden damit in Verbindung gebracht.

1. Evaluations- und Zielsetzungsphase

Da die Intervention ein Teil des Therapieprozesses sei, könne diese nicht isoliert betrachtet werden. Alle Teilnehmer waren sich einig, dass eine betätigungsorientierte Evaluation einer betätigungsorientierten Intervention voraus stehe, bzw. diese erst ermögliche. Die Evaluation starte damit, dass die Anliegen und Ziele des Klienten erfragt werden würden. Es wurde betont, dass diese essenziell für den weiteren Therapieverlauf seien. Hierbei würden die Therapeuten darauf achten, nicht nur funktionsorientierte Ziele zu erfassen, sondern auch Betätigungsprobleme zu erfragen. Dazu werden zum einen selbsterstellte Formblätter wie das "Betätigungsprofil" genutzt, zum anderen auch modellorientierte und standardisierte Assessments, wie das Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Einige Therapeuten finden, dass ein gut geführtes Anamnesegespräch die Nutzung eines Assessments ersetze. Hier bedarf es einer betätigungsorientierten Gesprächsführung durch den Therapeuten. Durch diese Techniken orientiere sich bereits der Befund am Alltag des Klienten. Die erhobenen Betätigungsprobleme werden in einem nächsten Schritt priorisiert. Für das priorisierte Betätigungsproblem wird eine Analyse durchgeführt. Diese geschieht entweder durch ein Gespräch mit dem Klienten, in dem er die Betätigung beschreiben soll oder mittels einer Videoanalyse. Aus der Analyse ergeben sich die Ziele für die Therapie.

2. Entscheidungsprozess

Nach der Evaluations- und Zielsetzungsphase folgt im Therapieprozess die Interventionsphase. Diese kann sowohl funktionsorientiert, als auch betätigungsorientiert erfolgen. Für welchen Weg sich entschieden wird hänge von den Ergebnissen des Anamnesegespräch und der Zielsetzung ab. Denn die individuellen Bedürfnisse des Klienten beeinflussen den Entscheidungsprozess, da die Klientenzentrierung für die teilnehmenden Therapeuten an oberster Stelle steht. Die handtherapeutische Fortbildung habe hier die Entscheidungsmöglichkeiten erweitert. Sollte der Klient keine Betätigungsprobleme nennen können, wird die Intervention funktionell gestaltet, hierbei sei es aber weiterhin wichtig den Blick auf den Alltag zu halten und immer wieder zu hinterfragen wofür die trainierte Funktion im Alltag benötigt wird. Hausbesuche werden in diesem Fall, je nach Diagnose des Klienten, angewendet, um sich eine neue Perspektive auf die Betätigung zu verschaffen.

3. Betätigungsorientierte Intervention

Wurde sich für eine betätigungsorientierte Intervention entschieden, kann diese auf unterschiedliche Arten stattfinden. Der am häufigsten genutzte Ansatz, ist der, die Intervention als Gespräch stattfinden zu lassen. Im Austausch mit dem Klienten kann auf der einen Seite ein Maßnahmenplan erstellt werden, welcher den Vorgang in der Therapie strukturiert. Auf der anderen Seite kann das Gespräch zur Lösungsfindung diverser Betätigungsprobleme beitragen. Hierzu wurden unter anderem die Aufklärung über das Krankheitsbild und die Beratung zum Thema Ergonomie genannt. Wichtig ist hier auch im Gespräch den Fokus auf dem Alltag zu halten und ins besondere auf der priorisierten Betätigung des Klienten. Ein anderer Ansatz ist die Betätigung konkret zu trainieren. Hierbei war es mehreren Therapeuten wichtig, dass dazu Gegenstände aus dem realen Lebensalltag des Klienten genutzt werden, um den Transfer zu gewährleisten. Diese soll der Klient auch eigenverantwortlich mit in die Therapie bringen, dadurch wird er mit einbezogen und es entsteht eine aktive Klientenrolle. Die Hilfsmittelversorgung, unter welche auch der Schienenbau fällt, wurde als eine weitere Form der Intervention genannt, welche nach Aussagen der teilnehmenden Therapeuten betätigungsorientiert ist, da diese den Klienten in der Bewältigung seines Alltags unterstützt. Besonders bei Langzeitklienten ist der Hausbesuch eine Form der Intervention, welche große Zustimmung erfährt. Dieser dient dazu sich den Kontext der Klienten aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und diese Abzugleichen.

4. Re-Evaluationsphase

Die Re-Evaluationsphase schließt sich der Interventionsphase an und beginnt bei Zielerreichung. Die Zufriedenheit des Klienten wird als wichtigstes Indiz Ende bei Zielerreichung genannt. In dieser Phase werden die Ergebnisse gemessen und der Therapieprozess wird beendet.

5. Kompetenzen des Therapeuten

Um eine Intervention durchzuführen benötigt der Therapeut verschiedene Kompetenzen. Abgesehen davon, ob diese einen betätigungsorientierten oder einen funktionsorientierten Fokus hat, schwebt die klientenzentrierte Grundhaltung nach Meinung der Teilnehmer über allem. Generell ist es ihnen wichtig eine Vertrauensbasis für die Therapeuten-Klienten-Beziehung zu schaffen und den Klienten Sicherheit zu geben. Kompetenzen wie "aktives Zuhören" und "Empathie" stehen hier im Fokus. Während der Evaluations- und Zielsetzungsphase spielen "beobachten" und "analysieren" eine wichtige Rolle, um Betätigungsprobleme zu identifizieren und den Klienten zu "unterstützen". Auch dem Wissen über funktionsorientierte Techniken wird von den Therapeuten eine große Wichtigkeit zugeschrieben, da man diese entweder aktiv in der Therapie oder passiv als Hintergrundwissen nutzen kann. Speziell für die betätigungsorientierte Intervention ist eine holistische Sichtweise wichtig. Modellorientiertes Arbeiten unterstützt die Therapeuten in der Durchführung einer betätigungsorientierten Intervention. Im Bezug auf den Klienten ist es wichtig diesen über betätigungsorientiertes Arbeiten Aufzuklären, hier ist es wichtig sensibel zu sein und unterstützend zu wirken, um Hilfe zur Selbsthilfe zu gewährleisten. Alle Kompetenzen stehen in ständiger Selbstreflexion des Therapeuten.

6. Barrieren für betätigungsorientierte Intervention

Für die Durchführung einer betätigungsorientierten Intervention gibt es zahlreiche Chancen und Barrieren. Es soll zuerst auf die von den teilnehmenden Therapeuten genannten Barrieren eingegangen werden. Zum einen gäbe es Diagnosen, die funktionell behandelt werden müssen und bei denen der Klient kein Betätigungsproblem nennt, worauf eine Intervention aufbauen könnte. Dies wurde von vielen als stärkste Barriere empfunden. Zudem reiche die kurze Therapiedauer häufig nicht aus, um betätigungsorientierte Ziele zu erfassen und diese in der Intervention zu behandeln, da die ein zusätzlicher Zeitaufwand wäre. **Drei von vier der befragten Therapeuten haben in ihrer Ausbildung kein Wissen über Betätigungsorientierung erhalten und auch die handtherapeutische Fortbildung lege ihren Schwerpunkt vermehrt auf die Funktion.** Zudem brauche es Zeit die erlernten Techniken zu erlernen. Dies sei Zeit, in der das betätigungsorientierte Arbeiten in den Hintergrund gerate. Die bereits erwähnten Hausbesuche, welche das Arbeiten im Alltag des Klienten ermöglichen, seien häufig ein zeitliches und ökonomisches Minusgeschäft und würden sich daher für die Praxis nicht rentieren. Zudem wäre es häufig schwierig die theoretisch formulierten Ziele aus der Evaluation praktisch in der Intervention umzusetzen. Das mag daran liegen, dass es keine Assessments speziell für den handtherapeutischen Bereich mit betätigungsorientiertem Fokus gibt. Dies führt dazu dass sich jeder selber Formulare für diesen Zweck erstelle, welche dann keine Evidenz haben. Außerdem arbeiten im Bereich der Handtherapie wenige Therapeuten betätigungsorientiert, mit denen man sich über solche Schwierigkeiten austauschen könnte.

7. Chancen für betätigungsorientierte Intervention

Im Gegensatz zu den Barrieren gibt es auch einige Chancen, die die Therapeuten für den Einsatz von betätigungsorientierter Intervention nennen. So wird eine lange Therapiedauer als förderlicher Faktor empfunden. Gerade bei Klienten mit chronischen Erkrankungen bietet sich der betätigungsorientierte Ansatz besonders an. Hier sei auch das Arbeiten im häuslichen und sozialen Umfeld, beispielsweise durch einen Hausbesuch, wichtig. Dies wird durch die Heilmittelverordnung unterstützt. Auch der Klient selbst sei eine Chance für das betätigungsorientierte Arbeiten, da dieser von sich aus schon Betätigung einfordert und auch häufig Betätigungsprobleme nennen kann. Hierfür sei eine Veränderungsbereitschaft auf Seiten des Klienten förderlich, genauso wie eine aktive Klientenrolle. In einem solchen Falle führe die Klientenzentrierung von sich aus zur Betätigungsorientierung. Weitere förderliche Faktoren werden im Bereich von Fortbildungen, z.B. zum COPM oder zum Rehatheapeuten genannt. Auch das Wissen junger Kollegen, welche mit Modellen und Betätigung, in der Ausbildung in Kontakt gekommen sind, wird als förderlich empfunden. Hier steht vor allem der Austausch im Vordergrund. Dieser sei aber auch in anderen Kontexten bereichern, z.B. auf Fachtagungen oder mit internationalen Kollegen. In den Augen der teilnehmenden Therapeuten haben Handverletzungen immer Auswirkungen auf die Betätigung des Klienten, darauf wird vor allem in der Evaluation der Fokus gesetzt. In der Ausbildung zum Handtherapeuten wurde hierauf Wert gelegt, z.B. durch die Nutzung des COPM's. Auch die in der Praxis gegebenen Räumlichkeiten können das betätigungsorientierte Arbeiten hemmen oder fördern. Positiv wirken sich Räume aus, die es ermöglichen verschiedene Betätigungen zu erproben. Betätigungsorientiertes Arbeiten wirke sich generell positiv auf die Berufszufriedenheit der Teilnehmer aus.

8. Profit für die Ergotherapie

In der Ergotherapie herrschen momentan wenige Abgrenzungen zu anderen Berufsgruppen. Hier wird die Betätigungsorientierung als Chance gesehen das Berufsbild zu schärfen. Im Gegensatz zur Physiotherapie steht der Alltag in der Ergotherapie im Fokus. Die Betätigungsorientierung als fester Bestandteil der ergotherapeutischen Handtherapie hat von Klienten positive Rückmeldung erfahren, da sie sich aktiv in ihrer Rolle fühlen. Auch die Berufszufriedenheit der Teilnehmer sei dadurch gestiegen.

9.2 Zweite Gruppendiskussion

Member Check 2. Gruppendiskussion

In der Gruppendiskussion vom 25. Juni 2018 zur betätigungsorientierten Intervention (BOI), wurde das Thema von verschiedenen Therapeuten aus diversen Sichtweisen betrachtet. Folgende Kategorien wurden damit in Verbindung gebracht.

1. Evaluations- und Zielsetzungsphase

Wie auch in der ersten Gruppendiskussion, sind sich die TeilnehmerInnen einig, dass einer betätigungsorientierten Intervention eine betätigungsorientierte Evaluations- und Zielsetzungsphase voraus geht. In diesem Zusammenhang sollte die Nutzung von Assessments näher beleuchtet werden. Zur Befunderhebung in der ergotherapeutischen HT werden betätigungsorientierte Assessments verwendet, die TeilnehmerInnen greifen jedoch selten auf standardisierte Assessments, wie das COPM zurück, da diese auf Grund des hohem Zeitaufwands unpraktikabel seien. Häufig werden selbsterstellte praxisinterne Assessments verwendet, welche speziell an das Klientel angepasst sind. Das gewählte Assessment sollte den Klienten die Möglichkeit bieten Schwierigkeiten im Alltag zu benennen, diese sollten nicht nur am Anfang des Therapieprozesses erhoben werden, sondern jeder Zeit ergänzt und re-evaluiert werden. Zudem soll zu jeder Schwierigkeit ein Performanz- und Zufriedenheitswert erhoben werden, diese Form der Evaluation ist an das COPM angelehnt, soll aber Zeit sparen, dadurch, dass der Alltag nicht in die Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit aufgefächert wird. Der Klient in der Handtherapie bräuchte diese Auffächerung nicht, da er voll in seinem Alltag und den damit verbundenen Schwierigkeiten stecke und diese gut benennen könne. Daher soll das Assessment auch möglichst wenig eigene Vorgaben machen, damit der Klient von sich aus individuelle Schwierigkeiten benennt. Auf der anderen Seite wird über die Nutzung von Vorgaben nachgedacht, damit sowohl Klient, als auch Therapeut keine alltagsrelevanten Schwierigkeiten aus den Augen verlieren. Das Assessment soll die Uhrzeiten, zu denen die Betätigungen ausgeführt werden mit erheben, da Schwierigkeiten in der Performanz abhängig von der Tageszeit auftreten könnten. Neben den Schwierigkeiten, sollten auch Ressourcen, die der Klient mitbringt miterhoben werden. Durch diese benannten Faktoren soll eine möglichst ganzheitliche Sicht gewährleistet werden. Wenn es zum Einsatz standardisierter Assessments (COPM, Arbeitsleistungsanalyse, DASH-Bogen) kommt, wird die Assessmentauswahl von dem jeweiligen Klienten, bzw. von der jeweiligen Institution für die das Assessment bestimmt ist beeinflusst.

2. Entscheidungsprozess

Der Entscheidungsprozess wird von den gleichen Reasoningprozessen wie in der ersten Gruppendiskussion geleitet, jedoch stellen die TeilnehmerInnen noch einmal klar heraus, dass chronifizierte Erkrankungen ein starkes Indiz für eine betätigungsorientierte Intervention seien, da hier Anpassungen im Alltag vorgenommen werden müssten

3. Betätigungsorientierte Intervention (BOI)

Die Phase der betätigungsorientierten Intervention kann über verschiedenste Wege stattfinden. Deshalb haben wir uns, um das Gesagte zu strukturieren für zwei Unterkategorien entschieden.

occupation as means:

Die Betätigung wird als therapeutisches Mittel in der Therapie genutzt. In diesem Fall sollen Klienten ihre Erfahrungen aus realen Betätigungen mit in die Therapie nehmen, hierfür wird eine aktive Klientenrolle gefordert und gefördert. Um an den beschriebenen Schwierigkeiten zu trainieren, sollen Klienten die Gegenstände aus ihrer Lebenswelt mit in die Therapie bringen, um an der konkreten Betätigung unter den realsten Umständen ansetzen zu können. Während dieser Trainingsphasen soll der Klient über die Betätigung ein Verständnis dafür entwickeln auf Grund welcher Bewegungseinschränkungen die Schwierigkeiten zu Stande kommen. Hierfür nutzen die teilnehmenden TherapeutInnen neben gezielten Gesprächsführungstechniken die Videoanalyse. Dadurch wird die Rolle des Therapeuten mit dem eines Beraters oder Coachs gleichgesetzt, welcher die Betätigungsorientierung stets bei allem was er tut im Hinterkopf behält.

occupation as end:

Betätigung und Partizipation ist Ziel der Therapie, wird aber nicht als therapeutisches Mittel eingesetzt. Bei dieser Art der Interventionsausführung beschreiben die TeilnehmerInnen vor allem eine handthe-

rapeutische Grundhaltung, welche von der Bottom-Up-Sichtweise geprägt ist. Der Therapeut überlegt sich Übungen, die sinnvoll sind, um eine Betätigung wieder bestmöglich auszuführen. Es wird beschrieben, dass die meisten Therapieverläufe in der ergotherapeutischen Handtherapie Bottom-Up beginnen und erst im Verlauf die Top-Down-Sichtweise stärkere Gewichtung erhält. Wichtig sei bei dieser Art der Intervention, dass der Transfer von funktionsorientierten Übungen auf den Alltag noch innerhalb der Therapie stattfindet und dass dieser Transfer auch immer wieder verbal Platz finden müsse, damit er nicht verloren gehe.

4. Kompetenzen

Um die oben beschriebenen Interventionen durchzuführen, benötigen die Therapeuten verschiedene Kompetenzen. Zum einen setzen sie sich als Aufgabe den Klienten über Ergotherapie und Betätigungsorientierung aufzuklären, um so eine aktive Klientenrolle zu fördern. Hierfür ist zum einen eine emphatische Gesprächsführung und zum anderen eine betätigungsorientierte Grundhaltung auf Seiten des Therapeuten wichtig. Durch gezieltes Nachfragen und einer guten Beobachtungsgabe versucht der Therapeut sich ein ganzheitliches Bild vom Klienten zu machen, dabei hilft ihm, laut Aussage der TeilnehmerInnen, den Klienten durch die Brille eines Modells zu betrachten. Das Ziel der Therapeuten ist es, dass der Klient nicht abhängig vom Therapeuten ist, dies soll unter anderem durch die Anwendung von Schienen geschehen.

5. Barrieren BOI

Für Berufsanfänger sei es häufig schwieriger betätigungsorientiert zu arbeiten, da viele Patienten sich in einer passiven Rolle sehen und funktionsorientierte Behandlung einfordern. Hier würden sich Berufsanfänger schnell verunsichern lassen und funktionell arbeiten, statt den Klienten aufzuklären. Auch Therapeuten, die ein mangelndes Wissen über die ET und deren Gegenstandsbereich haben, würden eher diesen Weg der Intervention einschlagen. So gäbe es viele ETs die nicht betätigungsorientiert arbeiten oder dieses durch das Erlernen handtherapeutischer Techniken vernachlässigen, da diese im Gegensatz zur Betätigungsorientierung eine sehr klare Struktur bieten würden. Die größte Barriere sei demnach im Kopf des Therapeuten. Auch die mangelnde Zusammenarbeit zwischen ETs und PTs wurde als Barriere benannt. Bevor betätigungsorientiert gearbeitet werden könne, müsse eine gewisse funktionsorientierte Grundversorgung stattfinden. Wenn hier keine Zusammenarbeit stattfindet, haben die teilnehmenden TherapeutInnen das Gefühl diese Aufgabe noch mit übernehmen zu müssen. Mitarbeiter hätten häufig trotz Unterstützung Probleme bei der Umsetzung der Betätigungsorientierung, da ihnen die Ideen dafür fehlen würden. Zudem würden wenige bis keine Assessments aus diesem Bereich genutzt werden. Häufig würden Mitarbeiter den Druck verspüren etwas tun zu müssen und würden dann auf funktionsorientierte Anwendungen zurückgreifen. Außerdem wurde benannt, dass "Betätigungsorientierung" an sich nicht klar definiert wäre und dass somit viele behaupten würden betätigungsorientiert zu arbeiten, obwohl sie es nicht tun. Es gäbe zu wenig Therapeuten die sich spezialisieren.

6. Chancen BOI

In der vorherigen Gruppendiskussion wurde erwähnt, dass betätigungsorientiertes Arbeiten in Form von Hausbesuchen auf Grund zeitlicher und ökonomischer Barrieren schwer umzusetzen sei. In dieser Gruppendiskussion wurde diese Barriere widerlegt, es sei nicht wichtig bei allen Klienten einen Hausbesuch zu machen, sondern bei den richtigen. Dadurch würde sich die Barriere auflösen. Außerdem würden sich viele Praxisinhaber zur Aufgabe machen, durch Aufklärung der Mitarbeiter, die Betätigungsorientierung zu unterstützen, da sie ihre Arbeit immer wieder vor und von anderen Instanzen abgrenzen und rechtfertigen müssen. Auch die aktuelle Ausbildung, in der viele Schüler und Studenten bereits Assessments und Reasoningprozesse kennenlernen würden, fördere diese Entwicklung. Auch der schon häufig erwähnte Schienenbau unterstütze betätigungsorientiertes Arbeiten.

7. Profit für die Ergotherapie

Durch die Betätigungsorientierung kann sich die ET von der PT abgrenzen. Auch wenn PT und ET ähnliche Mittel und Methoden (Narben-/Faszienbehandlung) nutzen, hätten die ETs eine andere Zielsetzung. Die ETs würden versuchen die Mittel und Methoden in den Alltag der Klienten zu integrieren, sodass diese ein Selbstmanagementprogramm entwickeln können, z.B. über die Schulung zum fachgerechten Umgang mit der Hand. Weil die HT auf dem ICF-Modell aufbaue, hätten die ETs einen Vorteil (Ziel der ICF ist Partizipation), die betätigungsorientierten Module fehlen in der HT-Ausbildung, in

der ET Ausbildung sind sie aber schon integriert. Wichtig sei es, das Wissen aus der Handtherapie und aus der ET zu kombinieren und dadurch den Bereich HT in der ET zu professionalisieren. Dies sei besonders wichtig, weil die HT in der schnelllebigen Zeit auf Grund vieler Unfälle immer wichtiger werde und auch starken Rückhalt durch die Ärzte erhalte.

10. Zeitplan

Geplantes Vorgehen Stand 05.03.2018

Zeit	To Do
06.09.2018	Abgabe Bachelorarbeit
23.08.2018	3. Prozessbericht
August 2018	Korrektur Glossar Anhang
Juli 2018	Transkription Auswertung Formulierung der Durchführung/Ergebnisse/Schlussfolgerung
08.06.2018	10. BC-Beratung
07.06.2018	2. Prozessbericht
04.06.-09.06.2018	2. Gruppendiskussion
01.06.2018	9. BC-Beratung
Juni 2018	Transkription Auswertung Formulierung neuer Leitfragen
18.05.2018	8. BC-Beratung
07.05.-13.05.2018	1. Gruppendiskussion
20.04.2018	Termine für Gruppendiskussion fix
20.04.2018	7. BC-Beratung
13.04.2018	6. BC-Beratung
05.04.2018	1. Prozessbericht
April 2018	Verfassung theoretischer Hintergrund Leitfragen
23.03.2018	5. BC-Beratung
16.03.2018	Anschreiben für Teilnehmer raus
09.03.2018	4. BC-Beratung
09.03.2018	Methodik Theoretischer Hintergrund Stichpunkte
02.03.2018	3. BC-Beratung
März 2018	Literaturrecherche, Verfassung theoretischer Hintergrund Teilnehmer Ein-/Ausschlusskriterien
22.02.2018	2. BC-Beratung
09.02.2018	1. BC-Beratung
Februar 2018	Literaturrecherche, Inhaltsverzeichnis, Kapitel bilden
26.01.2018	Abgabe Proposal