
TRANSKULTURELLE ERGOTHERAPIE

IM STETIGEN WANDEL AUF DEM WEG
ZUR ZUSAMMENARBEIT



10. NOVEMBER 2021
DAGMAR HAASE (1965298)
MARIA KOZLOWSKI (1967193)

Transkulturelle Ergotherapie

Im stetigen Wandel auf dem Weg zur Zusammenarbeit

November 2021

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie

Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

Autorinnen:

Dagmar Haase (1965298)

Maria Kozlowski (1967193)

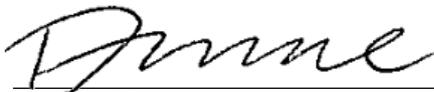
Begleitende Dozentin:

Tanja Klein

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Heerlen, den 10.11.2021



Dagmar Haase



Maria Kozlowski

Corona Passus

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

Danksagungen

Für die hilfreichen Tipps sowie den wissenschaftlichen und thematischen Input möchten wir uns an dieser Stelle bei unserer Bachelorbegleiterin Tanja Klein herzlich bedanken. Die Beratungsgespräche haben uns, vor allem in Zeiten von Schreibblockaden, stets motiviert und weitergebracht!

Vielen Dank auch an die Teilnehmerinnen, für die Zeit und die ausführlichen Erfahrungsberichte! Ohne diese hätten wir die vorliegende Bachelorarbeit nicht wie geplant durchführen können!

Ebenso möchten wir uns bei den Korrekturleser:innen für die kritischen, sehr hilfreichen Rückmeldungen, die investierte Zeit und Mühe bedanken.

Ein großes Dankeschön geht an alle Freund:innen, die Familien und Arbeitskolleg:innen, die uns geduldig und verständnisvoll auf unterschiedlichste Weisen unterstützt und motiviert haben.

Lesehinweise

- Die vorliegende Bachelorarbeit wird in dem nachfolgenden Text als “Forschungsarbeit” bezeichnet
- Die Bezeichnung “Autorinnen” bezieht sich auf die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit
- Verfassende von Studien oder Büchern, auf welche sich in dieser Forschungsarbeit bezogen wird, werden als “Forschende” oder “Forscher:innen” beschrieben
- Im Sinne einer gendergerechten Sprache wird die Verwendung neutraler Wörter angestrebt (z. B. Teilnehmende, Klientel) oder es wird mittels Doppelpunkt “:” (z. B. Ergotherapeut:in) gegendert; durch diese Schreibweise sollen sich auch nicht-binäre Identitäten vertreten fühlen
- Der Begriff “Experte” wird mittels Doppelpunkt “:” gegendert (Expert:in); die Terminologie “Experteninterview” wird, aus Gründen der Lesbarkeit, durchgehend in der maskulinen Form geschrieben; es werden jedoch Personen aller Geschlechter gemeint
- Die Teilnehmenden der Forschungsarbeit, werden neutral (Teilnehmende) oder in der weiblichen Form (Teilnehmerinnen) angesprochen, da ausschließlich Frauen teilgenommen haben
- *Kursiv* werden Fremdwörter oder Namen (z. B. Zeitschriften, Bücher, Studien) geschrieben.
- Im Text werden die Begrifflichkeiten “interkulturell”, “multikulturell” und “transkulturell” verwendet, je nachdem, auf welche Quelle sich die Autorinnen beziehen; eine Erläuterung der Begrifflichkeiten kann dem Glossar entnommen werden
- Im Text werden Begrifflichkeiten, welche im Glossar erläutert werden, bei der ersten Erwähnung mit einem * gekennzeichnet
- Der Deutsche Verband Ergotherapie e.V. (DVE) wurde im Oktober 2020 umbenannt (zuvor: Deutscher Verband der Ergotherapeuten); deshalb wird der DVE* abhängig vom Zeitpunkt der Quelle im Literaturverzeichnis unterschiedlich geschrieben
- Querverweise im Text werden durch einen Pfeil dargestellt:
 - Zu einem Kapitel (→X.X)
 - Aufzählung mehrerer aufeinanderfolgenden Kapitel (z. B. 1.1, 1.2 und 1.3) (→1.1-1.3)
 - Eine Aufzählung einzelner Kapitel (z. B. 1.1, 2.4. und 4.1) (→1.1; 2.4; 4.1)
 - Zu einer Abbildung (→Abb.X)
 - Zu einer Anlage (→Anl.X)

Zitation

In dieser Bachelorarbeit wird nach den Richtlinien der 7ten Auflage *American Psychological Association* (APA) zitiert. Überwiegend wurden folgende Regeln angewandt:

- Mit Anführungsstrichen werden wörtliche Zitate gekennzeichnet und die verwendete Quelle in Klammern angegeben: "Text" (Quelle)
- ein wörtliches Zitat mit mehr als 40 Wörtern wird eingerückt und als freistehenden Textblock dargestellt, dabei werden keine Anführungsstriche verwendet und die Quellenangabe steht hinter dem letzten Punkt
- Auslassungen in wörtlichen Zitaten werden durch drei Punkte gekennzeichnet, welche jeweils durch ein Leerzeichen getrennt werden: " ... "
- Ergänzungen innerhalb wörtlicher Zitate durch die Autorinnen werden in eckigen Klammern angegeben: [XXX]
- Werden Zitate aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt gilt dies als Paraphrase, es wird eine Seitenangabe der entnommenen Textstelle angegeben

Nun noch ein abschließender Hinweis: Diese Bachelorarbeit richtet sich in der verwendeten Terminologie vor allem an (angehende) Ergotherapeut:innen, weshalb typische Fachbegriffe wie z. B. Betätigung oder Klientenzentrierung nicht näher erläutert werden, sondern als Grundwissen vorausgesetzt werden. Es werden aber auch interessierte Personen aus anderen Fachbereichen zum Lesen dieser Forschungsarbeit eingeladen.

Abkürzungsverzeichnis

A	
Abb.	Abbildung
AJOT	American Journal of Occupational Therapy
Anl.	Anlage
APA	American Psychological Association
B	
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
C	
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CMCE	Canadian Model of Client-Centred Enablement
COTEC	Council of Occupational Therapists for European Countries
CPPF	Canadian Practice Process Framework
D	
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie Oktober 2020 gab es eine Namensänderung Vorher: Deutscher Verband der Ergotherapeuten Danach: Deutscher Verband Ergotherapie
E	
EMPR	Ecological Model of Professional Reasoning
ET	Ergotherapeut:in / Ergotherapeut:innen
et al.	et alii
H	
Hrsg.	Herausgeber
I	
i. R.	im Ruhestand
O	
o. D.	ohne Datum
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model

U

u. a.	unter anderem
--------------	---------------

W

WFOT	World Federation of Occupational Therapists
-------------	---

Z

z. B.	zum Beispiel
--------------	--------------

ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
-------------	--

Abstracts

Deutsch

Einleitung

Die Zunahme an nicht-westlich sozialisierten Klient:innen, erfordert eine kritische Auseinandersetzung mit verschiedenen kulturellen Einflüssen in der Ergotherapie. Ziel der Forschungsarbeit ist es, einen Ist-Stand des Erlebens westlich sozialisierter Ergotherapeut:innen in der Zusammenarbeit mit nicht-westlich sozialisierten erwachsenen Klient:innen in Deutschland darzustellen.

Methode

Ein qualitatives Forschungsdesign, angelehnt an die Hermeneutik, wurde gewählt und leitfadengestützte Experteninterviews mit fünf Teilnehmerinnen durchgeführt. Die qualitative Inhaltsanalyse wurde nach Gläser und Laudel (2010) durchgeführt.

Resultate

Teilnehmerinnen erleben die Zusammenarbeit als herausfordernd, anstrengend, aber auch als bereichernd. Vielschichtige Herausforderungen wurden geschildert. Der Einfluss der kulturellen Prägung der Klient:innen und Ergotherapeut:innen auf die ergotherapeutische Zusammenarbeit ist vielfältig. Des Weiteren beschrieben die Teilnehmerinnen weitere Wirkungen der Meso- und Makroebene auf die Zusammenarbeit.

Schlussfolgerung

Das Erleben und die Beschreibungen der Teilnehmerinnen stimmen mit den Darstellungen der internationalen Literatur überein. Mikro-, Meso und Makroebene beeinflussen die transkulturelle Zusammenarbeit. Ergotherapeut:innen sollten alle drei Ebenen beachten, um eine erfolgreiche transkulturelle Zusammenarbeit im ergotherapeutischen Prozess zu ermöglichen.

English

Introduction

The increase of non-western clients requires a critical examination of various cultural influences in occupational therapy. The aim of this research is to present the current experience of western socialized occupational therapists in collaboration with non-western socialized adult clients in Germany.

Methods

Based on hermeneutics a qualitative research design was chosen. Guideline-based expert interviews were carried out with five occupational therapists. The qualitative content analysis was based on Gläser and Laudel (2010).

Results

Participants experience the collaboration as challenging, exhausting, but also enriching. Complex challenges were described. The influence of the client's and occupational therapist's culture on the collaboration was shown, as well as further effects of meso and macro level.

Conclusion

The experiences and the descriptions match the representations of international literature. Occupational therapists should consider the influence on transcultural collaboration on micro, meso and macro level, in order to enable successful transcultural collaboration within the occupational therapy process.

Nederlands

Inleiding

De toename van niet-westerse gesocialiseerde cliënten vraagt om een kritische analyse naar verschillende culturele invloeden in de ergotherapie. Het doel van dit onderzoek is om de stand van zaken weer te geven van hoe westers gesocialiseerde ergotherapeuten het beleven om in Duitsland met niet-westers gesocialiseerde cliënten samen te werken

Methode

Gekozen is voor een op de hermeneutiek gebaseerd kwalitatief onderzoeksdesign. Er zijn op richtlijnen gebaseerde expert-interviews met vijf deelnemers afgenomen. De kwalitatieve inhoudsanalyse is volgens de methode van Gläser & Laudel (2010) uitgevoerd.

Resultaten

Deelnemers beleven de samenwerking als uitdagend, vermoeiend, maar ook als verrijkend. Er zijn complexe uitdagingen beschreven. Culturele invloeden op de samenwerking worden op micro-, meso- en macroniveau waargenomen.

Conclusie

Het beleven en de beschrijvingen door de deelnemers bevestigen de omschrijvingen in de internationale literatuur. Ergotherapeuten zouden met de genoemde niveaus rekening moeten houden, om een succesvolle transculturele samenwerking in het ergotherapeutische proces mogelijk te maken.

Zusammenfassung

Diese Forschungsarbeit befasst sich mit dem Thema der Transkulturalität in der Ergotherapie. Ergotherapeutische Berufsverbände und Forscher:innen der Occupational Science befassen sich zunehmend mit der kritischen Reflektion der kulturellen Prägung von Ergotherapeut:innen, sowie die der Profession. Aufgrund des demografischen Wandels findet eine Dynamik in der Diversität der Klient:innen statt, indem sich vermehrt nicht-westlich sozialisierte Klient:innen in ergotherapeutischer Behandlung befinden. Internationale Literatur beschreibt die transkulturelle Zusammenarbeit bereits ausführlich, jedoch wurde im Rahmen systematischen Literaturrecherche eine Forschungslücke im deutschen Kontext festgestellt.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign, angelehnt an die Hermeneutik, gewählt. Diese Forschungsarbeit wurde nach den Vorgaben von Gläser und Laudel (2010) aufgebaut. Aus der Literaturrecherche ergaben sich internationale Kernstudien, welche transkulturelle Zusammenarbeit in der Ergotherapie beschrieben, und Grundlage für die Erstellung der Variablen waren. Anhand derer, entwickelten die Autorinnen ein hypothetisches Modell, in dem ihre Kausalzusammenhänge dargestellt wurden. Angelehnt an Gläser und Laudel (2010) und Helfferich (2011, 2019) wurden leitfadengestützte Experteninterviews entwickelt, erprobt, online durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die fünf Teilnehmerinnen berichteten, dass sie die beschriebene Zusammenarbeit als herausfordernd und anstrengend, aber auch als bereichernd erlebten. Sie stellten, in den 45 bis 90 Minuten dauernden Experteninterviews, vielschichtige Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit nicht-westlich sozialisierten Klient:innen dar. Unterschiedliche Rollenverständnisse und Sprachbarrieren wurden besonders hervorgehoben. Zudem wurde die Prägung der eigenen Kultur, vor allem aber die kulturellen Einflüsse der Klientel angesprochen. Außerdem wurden fehlende kulturelle Kompetenzen bei Berufsanfängern thematisiert. Neben den Herausforderungen berichteten alle Teilnehmerinnen von schönen Momenten in der transkulturellen Zusammenarbeit.

Die Schlussfolgerungen dieser Forschungsarbeit sind, dass das Erleben und die Beschreibungen der Teilnehmerinnen mit den Darstellungen der internationalen Literatur übereinstimmen. Die Transkulturalität in der Zusammenarbeit zeigt Auswirkungen auf allen Analyseebenen – Mikro-, Meso- und Makroebene – und der Bedarf für bewusste Veränderungsprozesse wurde erkannt. Um den Anforderungen der Diversität der Klient:innen gerecht zu werden sollten Ergotherapeut:innen sich mit ihren kulturellen Kompetenzen auseinandersetzen und reflektieren, sowie sich mit der Schaffung eines kulturell sicheren Ortes in ihrer Praxis befassen. Einrichtungen sollten ihren Ergotherapeut:innen Ressourcen zur Verfügung stellen, damit diese ihre kulturellen Kompetenzen weiterentwickeln können und den ergotherapeutischen Prozess an die Bedürfnisse der Klient:innen adaptieren können. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen schränken die transkulturelle Zusammenarbeit in vielen Fällen ein. Ergotherapeut:innen sollten sich mit der Makroebene beschäftigen, damit sie sich für ihre Klient:innen einsetzen können.

Inhaltsangabe

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG	1
CORONA PASSUS	2
DANKSAGUNGEN	3
LESEHINWEISE	4
Zitation	5
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	6
ABSTRACTS	8
ZUSAMMENFASSUNG	11
INHALTSANGABE	12
1. EINLEITUNG	16
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	19
2.1 Literaturrecherche	19
2.1.1 Stand der Forschung	19
2.1.2 Forschungslücke	21
2.2 Kultur und Sozialisation	21
2.2.1 Transkulturalität	21
2.2.2 Kulturdimensionen nach Hofstede	22
2.2.3 Individualismus und Kollektivismus	23
2.2.4 Definition westlich/nicht-westlich	24
2.2.5 Sozialisation	24
2.3 Berufskultur der Ergotherapie	25
2.3.1 Grundhaltung	25
2.3.2 Professionelles Reasoning	26
2.3.3 Rolle der Kultur in der Ergotherapie	27
2.4 Kontext der Zusammenarbeit	28
2.4.1 Gesellschaftlicher Kontext	28
2.4.2 Praxiskontext	28
2.4.2.1 Kulturelle Sicherheit	29

2.5 Zusammenarbeit von Ergotherapeut:in und Klient:in	30
2.5.1 Ergotherapeut:in	30
2.5.1.1 Kulturelle Kompetenz	31
2.5.2 Klient:in	31
2.5.3 Soziale Interaktion	31
2.5.4 Unausweichliche Interpersonelle Ereignisse	32
3. METHODIK	33
3.1. Forschungsfrage und Leitfragen	33
3.2 Forschungsdesign	34
3.2.1 Hypothetisches Modell	35
3.2.2 Experteninterviews und Fallauswahl	40
3.2.3 Definition der Expert:innen	40
3.2.4 Erweiterung der Ein- und Ausschlusskriterien	41
3.2.5 Sampling & informierte Einwilligung	41
3.2.6 Konstruktion des Interviewleitfadens	42
3.3 Datenerhebung	43
3.3.1 Teilnehmerinnen	43
3.3.2 Durchführung der Interviews	43
3.3.3 Transkription und Member Check	43
3.4 Datenanalyse	44
3.4.1 Vorbereitung der Extraktion	44
3.4.2 Extraktion & Aufbereitung	45
3.4.3 Auswertung & Interpretation	45
3.5 Gütekriterien	46
3.6 Forschungsethik	48
4. RESULTATE	50
4.1 Kontext der Zusammenarbeit	50
4.1.1 Gesellschaftlicher Kontext	50
4.1.2 Praxiskontext	51
4.2 Kultur	52
4.2.1 Kultur westlich	52
4.2.2 Berufskultur	52
4.2.3 Kultur nicht-westlich	53
4.3 Ergotherapeut:in und Klient:in	54
4.3.1 Ergotherapeut:in	54
4.3.1.1 Professionelles Reasoning	55
4.3.1.2 Kulturelle Kompetenz	55
4.3.2 Klient:in	56

4.4 Zusammenarbeit von Ergotherapeut:in und Klient:in	57
4.4.1 Soziale Interaktion	57
4.4.2 Unausweichliche interpersonelle Ereignisse	58
4.4.3 Kulturelle Sicherheit	59
5. DISKUSSION	60
5.1 Leitfrage 1	60
5.2 Leitfrage 2	63
5.3 Leitfrage 3	65
5.4 Stärken & Schwächen	67
5.4.1 Stärken	67
5.4.2 Schwächen	67
6. SCHLUSSFOLGERUNG	69
LITERATURVERZEICHNIS	70
GLOSSAR	82
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	84
TABELLENVERZEICHNIS	84
ANLAGEN	85
Anlage 1: Darstellung der Literaturrecherche	85
Anlage 2: Auszug aus Recherchetabelle	86
Anlage 3: Einteilung der Kernstudien nach Tomlin & Borgetto (2011)	87
Anlage 4: Kulturdimensionen nach Hofstede	89
Anlage 5: Reasoningformen nach Feiler (2019, S 152-153)	90
Anlage 6: Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019)	91
Anlage 7: CMCE	92
Anlage 8: Darstellung der Variablen	93
Anlage 9: Informationsflyer	110
Anlage 10: Auszug aus dem Informationsschreiben	111

Anlage 11: Auszug aus dem Interviewleitfaden	112
Anlage 12: Evaluationsfragen des Pilotinterviews	114
Anlage 13: Gedächtnisprotokolle	115
Anlage 14: Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018)	117
Anlage 15: Schritte der Datenanalyse	118
Anlage 16: Extraktionsregeln	121
Anlage 17: Kurzfassung Resultate	122

1. Einleitung

"9 Minuten, 29 Sekunden" betitelt Denkler (2021) seinen Zeitungsartikel in der *Süddeutschen Zeitung*. George Floyd starb im Jahr 2020, nachdem ein Polizist über neun Minuten auf seinem Nacken gekniet hatte (Denkler, 2021). Dieser Vorfall hat international Debatten über strukturellen Rassismus in Gang gesetzt, so auch in der Ergotherapie. Allen Ergotherapieverbänden voran ging die *World Federation of Occupational Therapists* im Juni 2020 mit der Veröffentlichung eines Positionspapiers, in welchem sie systematischen Rassismus verurteilte (WFOT, 2020).

Das kritische Weißsein in der Ergotherapie wurde wenig später auch in zwei deutschen ergotherapeutischen Fachzeitschriften aufgegriffen indem dargestellt wurde, dass einerseits Ergotherapeut:innen sich selbst kritisch hinterfragen sollten, aber auch der Beruf der Ergotherapie einer kritischen Auseinandersetzung bedarf (Roth, 2021; Sircar et al., 2021). In der englischsprachigen Literatur geschieht dies bereits seit einigen Jahren. Eine dieser kritischen Stimmen ist Dr. Karen Whalley Hammell. Die Honorarprofessorin des *Departments of Occupational Science and Occupational Therapy* der *University of British Columbia* (Kanada), beschreibt in verschiedenen ergotherapeutischen Fachzeitschriften unter anderem die Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung als Grundlagen der Ergotherapie, ebenso wie die gängige Kategorisierung von Betätigungen in Freizeit, Selbstversorgung und Produktivität. Sie hinterfragt jedoch deren Evidenz und Sensibilität bzgl. der kulturell diversen Weltbevölkerung (Hammell, 2009; 2013a; 2014). Denn diese Konzepte und Einteilungen basieren hauptsächlich auf Annahmen einflussreicher, bekannter Ergotherapeut:innen und deren westlicher kultureller Prägung, sowie Weltanschauung. Sie gibt an, dass eine Minderheit der Weltbevölkerung in westlich geprägten Ländern lebt und wirft die Frage auf, wie die Übertragbarkeit der Annahmen auf den viel größeren und kulturell diverseren Rest der Bevölkerung gerechtfertigt werden kann (Hammell, 2009; 2013a; 2015a). Die westlichen Regionen (→2.2.4) umfassten laut *The World Bank* (2021) im Jahr 2019 nur ca. 11% der Weltbevölkerung. Somit sind auch die Konzepte und Modelle der Ergotherapie nicht zwangsläufig mit den Werten, Weltanschauungen oder Lebensphilosophien anderer Kulturen vereinbar. Es fehlen vielmehr entscheidende Inhalte, um kulturübergreifend klientenzentriert arbeiten zu können (Fijal & Beagan, 2019; Iwama et al., 2009; Hammell, 2015a).

Bekanntere ergotherapeutischen Modelle wie das *Model of Human Occupation* (Taylor, 2017) oder das *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (Townsend & Polatajko, 2013) gehen zwar auch auf die Kultur der Klient:innen ein, inwiefern sie kultursensibel sind, ist jedoch kritisch zu hinterfragen. Denn das Konstrukt der Kultur und die Inhalte der Modelle werden überwiegend aus westlicher Perspektive betrachtet (Castro et al., 2014; Köller, 2008; White & Beagan, 2020). Soll im Sinne der Klientenzentrierung gearbeitet werden, ist es notwendig, bestehende Modelle zu überarbeiten (Maroney et al., 2014). Ihr bisheriger Fokus liegt auf dem Individuum und seinen Betätigungen, jedoch werden in kollektivistischen Kulturen die Bedürfnisse der Gemeinschaft oftmals als wichtiger angesehen als die des Individuums (Fijal & Beagan, 2019; Zango Martín et al., 2015a). Auch das Konzept der Selbstständigkeit ist zu überdenken, da mit diesem in westlich geprägten Ländern ein hohes Maß von Unabhängigkeit verbunden wird, wohingegen in anderen Kulturen Abhängigkeiten nicht zwangsläufig negativ konnotiert sein müssen (Fijal & Beagan, 2019; Hammell, 2015a; Pooremamali et al., 2011).

Deutschland gilt als Einwanderungsland, welches auch in der Zukunft aufgrund von globalen Veränderungen wie dem Klimawandel sowie politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umbrüchen von Migration geprägt sein wird (Brodmerkel, 2017; Gerlach, 2015; Nowak-Lehmann et al.,

2020). Ergotherapeut:innen werden in Zukunft mit einer wachsenden Zahl an Klient:innen zusammenarbeiten, die in einer anderen kulturellen Umgebung sozialisiert wurden als sie selbst. Dabei sollen sie dem internationalen Streben der Ergotherapie gerecht werden, für Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit einzutreten, indem die Durchführung von bedeutungsvollen Betätigungen ermöglicht wird (Kinébanian & Stomph, 2010; Thomas et al., 2011). Nach Castro et al. (2014) werden in Betätigungen die Merkmale und Bedeutungen sichtbar, welche durch eine Kultur erzeugt und innerhalb sozialer Gruppen geteilt werden. Für die Ergotherapie bedeutet dies, die ihr zu Grunde liegenden Ansichten und Konzepte, Inhalts- und Prozessmodelle, sowie ergotherapeutische Kompetenzen mitsamt des klinischen und professionellen Reasonings kritisch zu beleuchten (Le Granse, 2020). Denn nicht nur der Ethikkodex des Weltverbandes der Ergotherapie (WFOT, 2016) verpflichtet Ergotherapeut:innen dazu, allen Menschen dieselbe Versorgung zu gewährleisten, sondern auch das Positionspapier des WFOT mit dem Titel *Diversität und Vielfalt* (WFOT, 2006).

White & Beagan (2020) stellten fest, dass Ergotherapeut:innen sich darüber bewusst werden müssen, inwiefern ihr Denken und Handeln durch ihre kulturelle Sozialisation beeinflusst wird (→2.2). Gerade im Kontext der Zusammenarbeit mit Klient:innen, welche in einer anderen Kultur sozialisiert wurde als der/die Ergotherapeut:in selbst. Es ist von großer Bedeutung, die eigene Kultur zu reflektieren, um zu erkennen, in welcher Art und Weise diese sich auf den therapeutischen Prozess und die therapeutische Beziehungsgestaltung auswirkt (White & Beagan, 2020). Pooremamali et al. (2011) beschrieben in einer qualitativen Studie, wie Ergotherapeut:innen, die im psychiatrischen Kontext in Schweden mit Klient:innen aus dem mittleren Osten arbeiteten, sich in verschiedenen Dilemmata wiederfanden. Es zeigte sich, dass auftretende Divergenzen auf verschiedenen Weltanschauungen beruhten. Der Beruf der Ergotherapie wurde jedoch ebenso als Ursache bezeichnet, da den Studienteilnehmenden kultursensible Assessments und Modelle fehlten. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Castro et al. (2016). Sie befragten chilenische Ergotherapeut:innen, welche mit Klientinnen aus anderen Kulturen arbeiteten nach ihren Erfahrungen. Verursacht durch unterschiedliche Werteverständnisse empfanden die Ergotherapeut:innen eine unsichtbare Barriere, was dazu führte, dass sie sich als Fremde in der Kultur der Klient:innen fühlten (Castro et al., 2016).

Da die Autorinnen für den deutschsprachigen Raum keine Studie gefunden haben, welche die Erfahrungen von der Zusammenarbeit zwischen westlich sozialisierten Ergotherapeut:innen und Klient:innen aus nicht-westlichen Kulturen darstellt (→2.1), wurde dieser Fragestellung in der vorliegenden Forschungsarbeit nachgegangen. Um eine theoretische Grundlage (→2) für das Vorhaben zu schaffen, wurde eine systematische Literaturrecherche zu der Thematik der transkulturellen* Zusammenarbeit in der Ergotherapie im nationalen, wie internationalen Bereich durchgeführt und relevante Themen und Konzepte dargestellt. Für die Erhebung der Daten wurde ein qualitatives Design gewählt, angelehnt an die Hermeneutik, um in Form von Experteninterviews die Erfahrungen von Ergotherapeut:innen zu erheben und diese nach der qualitativen Inhaltsanalyse auszuwerten (→3) (Gläser & Laudel, 2010). Gegen Ende der Forschungsarbeit werden die Resultate der Datenerhebung dargestellt (→4), um diese anschließend zu diskutieren sowie Stärken und Schwächen der Forschungsarbeit aufzuzeigen (→5). In einem abschließenden Kapitel wird ein Ausblick mit Vorschlägen gegeben, wie mit den erhaltenen Ergebnissen weitergearbeitet werden kann und was diese für die ergotherapeutische Praxis in Deutschland bedeuten (→6).

Die Thematik der transkulturellen Ergotherapie für diese Forschungsarbeit wurde durch Erfahrungen aus der ergotherapeutischen Tätigkeit der Autorinnen motiviert. Zwar sind diese in unterschiedlichen Fachbereichen tätig, jedoch zeigte sich im Interessenaustausch, dass beide Autorinnen in ihrem Arbeitskontext mit Menschen zusammenarbeiten, welche durch diverse kulturelle Hintergründe geprägt

sind. Es wurden ähnliche Dilemmata oder Herausforderungen deutlich, welche bei beiden Autorinnen Unzufriedenheit im Arbeitssetting hervorrief, da sie ihrem Anspruch nicht gerecht werden können, allen Menschen dieselbe Qualität der ergotherapeutischen Dienstleistung anzubieten. In dem Zeitraum zwischen 2011 und 2020 ist die Anzahl der Menschen in Deutschland mit einer Staatsangehörigkeit aus Drittstaaten von 1,6% auf 4,0% angestiegen (Statistisches Bundesamt, 2021a). Um die Qualität der ergotherapeutischen Versorgung zu sichern und kultursensibel zu arbeiten, haben es die Autorinnen als notwendig empfunden, für Deutschland einen ersten Ist-Stand der transkulturellen Ergotherapie zu erheben.

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden für die Forschungsfrage relevante Themen (→2.2) eingehender beleuchtet, welche auf der Basis der systematischen Literaturrecherche analysiert wurden (→2.1). Zunächst wird darauf eingegangen was unter Kultur verstanden werden kann, um dann deren Bedeutung in der ergotherapeutischen Arbeit darzustellen. Die Inhalte gliedern sich nach dem hypothetischen Modell, welches im Methodik Teil (→3.2.1) detaillierter dargestellt wird.

2.1 Literaturrecherche

Fragestellungen für Forschung können nach Becker (2016) aus dem eigenen Praxisalltag entstehen. Die Autorinnen nutzten folgende PIO-Frage (Roever, 2018) für eine erste orientierende Literaturrecherche: Wie erleben Ergotherapeut:innen kulturelle Unterschiede in der Zusammenarbeit mit erwachsenen Klient:innen?

Basierend auf den erhaltenen Informationen wurden Suchbegriffe und Schlüsselwörter auf Englisch und Deutsch (→Anl.1) bestimmt, anhand derer systematisch in folgenden Datenbanken recherchiert wurde (Döring & Bortz, 2016): *pubmed*; *OTD BASE*, *cochrane*, *Taylor and Francis*, *sage journal*, *AJOT*, *CAOT*, *ZUYD library*, *Wiley online library*, *webofscience*. Zudem wurde via Handsearch in der digitalen Sammlung von Bachelorarbeiten der ZHAW, die Zeitschrift *ergopraxis* und *Ergotherapie und Rehabilitation* nach relevanten Veröffentlichungen durchsucht. Ergänzend wurde das Schneeballverfahren eingesetzt, was bedeutet, dass die Quellenangaben gefundener und relevanter Forschungsergebnisse gesichtet wurden (Döring & Bortz, 2016). Um vor allem aktuelle Studienergebnisse aufzugreifen, wurde der Suchzeitraum der Literaturrecherche auf die Jahre 2011-2021 begrenzt. Je nach Datenbank wurden die Suchbegriffe mit den Boole-Operatoren *AND/UND*, *OR*, *NOT* (Ritschl, Stamm & Unterhumer, 2016) kombiniert, zusammengehörende Suchbegriffe wurden in Anführungszeichen gesetzt (→Anl.2). Wenn es die Suchfilter der Datenbanken zugelassen haben, wurde zudem der Filter *peer review* verwendet.

Da die Autorinnen parallel arbeiteten, wurde eine gemeinsame Suchtabelle, sowie das Literaturverwaltungsprogramm Citavi (<https://www.citavi.com/de>) gemeinsam genutzt, welches dabei half, Doppelungen der Treffer sofort auszusortieren. Zudem wurden gelesene Artikel bzw. Forschungsarbeiten thematisch kategorisiert (z. B. Kultur, kritische Ergotherapie, Occupational Science, Studium/Ausbildung) und Textstellen mit Schlagwörtern versehen (z. B. Dilemma/Herausforderungen, Kultur in der Ergotherapie, Kultur und Betätigung).

2.1.1 Stand der Forschung

Seit mehreren Dekaden setzen sich Ergotherapeut:innen mit der Thematik der Kultur in der Ergotherapie auseinander. McCormack veröffentlichte im Jahr 1987 einen Artikel, in welchem darauf eingegangen wurde, dass ethnische Minderheiten nicht dieselbe Qualität an Gesundheitsversorgung erhalten, wie die weiße Mittelschicht. Dillard et al. (1992) beschäftigten sich mit der kulturellen Kompetenz (→2.5.1.1) von Ergotherapeut:innen im psychiatrischen Setting. Die westliche und individualistische (→2.2.4) Prägung der Ergotherapie stellte unter anderem der in Japan geborene und nun in den USA lebende Ergotherapeut und Dekan der *MGH Institute of Health Professions* in Boston (USA) Dr. M. Iwama fest. Er entwickelte mit einem japanisch-kanadischen Forscherteam das Kawa-

Modell als Grundlage für ein kultursensibles*, kontextbasiertes methodisches Handeln in der Ergotherapie (Iwama et al., 2009). Insgesamt zeigte sich, dass ein Großteil der internationalen ergotherapeutischen Veröffentlichungen, die sich mit der Zusammenarbeit verschiedener Kulturen in der Ergotherapie beschäftigt, aus Australien, Neuseeland, Kanada, Brasilien und Chile stammt (White & Beagan, 2020). Diese Länder wurden von westlichen Kolonialmächten besetzt und die indigene Bevölkerung marginalisiert. Gerlach (2012) zeigt Differenzen zwischen der indigenen Bevölkerung und den Kolonialmächten hinsichtlich der Konzeptionen von Gesundheit, Krankheit, Gemeinschaft oder Betätigungen auf. Im Buch *Enabling Occupation II* macht unter anderem Iwama (Townsend et al., 2013) deutlich, dass Ergotherapeut:innen dazu angehalten wurden, sensibel auf die kulturellen Eigenschaften der Klient:innen zu reagieren. Jedoch wurde laut ihm wenig hinterfragt, inwiefern die kulturelle Prägung der Praktiker:innen und das ergotherapeutische Konzept der Kultur, sich auf die Interaktion zwischen Klient:innen und Ergotherapeut:innen und den therapeutischen Prozess auswirkt. Zudem reicht laut Agner (2020) das reine Wissen über kulturelle Kompetenz nicht aus, um eigene Verhaltensweisen zu ändern, und somit tatsächlich eine kulturell sichere (→2.4.2.1) (*cultural safe*) Intervention anzubieten. In verschiedenen Studien wurde herausgearbeitet, dass die Anwendung der bisher verbreiteten, westlich geprägten ergotherapeutischen Modelle, Konzepte und Assessments in der Zusammenarbeit mit Menschen aus unterschiedlichen Kulturen einerseits zu Dilemmata der Ergotherapeut:innen, aber auch zu Unzufriedenheit sowohl auf Klient:innenseite, als auch auf der der Ergotherapeut:innen führen kann (Castro et al., 2016; Humbert et al., 2011; Pooremamali et al., 2011). Neuere Strömungen der ergotherapeutischen Forschung sind unter anderem im Bereich der Occupational Science* (→2.3.3) zu finden. Eine bedeutende Vertreterin dieser Schule ist die kanadische Ergotherapeutin Karen Whalley Hammell, welche die westliche Sichtweise der ergotherapeutischen Grundannahmen kritisch evaluiert. Sie fordert ein politischeres Denken und Auftreten der Ergotherapie hinsichtlich sozialer Gerechtigkeit und Betätigungsgerechtigkeit mit deren Unterkonzepten (2013a, 2013b, 2015a, 2016, 2019).

Im deutschsprachigen Raum wurden verschiedene Bachelorarbeiten gefunden, welche sich mit der Zusammenarbeit mit kulturell diversen Kindern beschäftigten (Amacher & Schulthess, 2017; Bayer & Schlegel, 2017; Stalder, 2010) oder mit Themen der Occupational Justice* in Verbindung mit Menschen mit Migrations- bzw. Fluchthintergrund (Dürrenberger & Spycher, 2018; Gerber & Nastasi, 2017; Gisler & Wolfensberger, 2011; Gygax & Inauen, 2011). Marxer & Mettler (2012) untersuchten im Rahmen eines Literaturreviews das Konzept der Selbstständigkeit in verschiedenen Kulturen. Aktuell zeichnet sich ein Trend in den deutschen Zeitschriften *ergopraxis*, *ergoscience* und *Ergotherapie & Rehabilitation* ab, die kulturelle Sensibilität der Ergotherapie zu hinterfragen. So zeigte die niederländische Ergotherapeutin Mieke le Granse (2020), dass es einer Anpassung der ergotherapeutischen Modelle bedarf, um der kulturellen Vielfalt gerecht zu werden. Diesen Bedarf stellte Köller bereits 2008 für Deutschland und die Schweiz fest. Auch Schüler:innen der Ergotherapie haben Bedarf, sich interkulturelle Kompetenzen anzueignen (Völz, 2014). Ziel ist es, das eigene Denken und Handeln gegenüber Klient:innen verschiedener Kulturen aktiver zu reflektieren und kultursensibler zu arbeiten.

In der deutschsprachigen Literatur wurde in dem Suchzeitraum 2011-2021 keine Forschungsarbeit gefunden, welche die Perspektive von Ergotherapeut:innen bezüglich der Zusammenarbeit mit erwachsenen Klienten mit Migrationserfahrung* untersuchte.

2.1.2 Forschungslücke

Humbert et al. (2011) stellten fest, dass es weiterer Forschung bedarf, um zu erfahren, wie Ergotherapeut:innen interkulturell arbeiten und welche Reasoningformen (→2.3.2) und Fähigkeiten sie nutzen. Im Rahmen einer Meta-Synthese bezüglich der erlebten Herausforderungen im ergotherapeutischen Arbeitsalltag stellten Murray et al. (2015) fest, dass nicht nur der umgebende Praxiskontext und eigenes Wissen, sondern auch die Kultur von Ergotherapeut:in und Klient:in sich auf die Qualität der Arbeit und des professionellen Reasonings auswirken. Auch Pooremamali et al. (2011) kamen zu der Erkenntnis, dass es an Literatur bezüglich der Zusammenarbeit mit Klient:innen aus dem Nahen Osten mangelt, um kulturell kompetent auf diese einzugehen. Da keine derartige Studie für den deutschsprachigen Raum gefunden wurde (→2.1.1), wird in der vorliegenden Arbeit darauf eingegangen, wie westlich sozialisierte Ergotherapeut:innen die Zusammenarbeit mit Klient:innen erleben, die in einer nicht-westlichen Kultur (→2.2.4) sozialisiert wurden.

Im nächsten Abschnitt werden für die Untersuchung relevante Themen und Konstrukte sowie deren Verknüpfung dargestellt.

2.2 Kultur und Sozialisation

Kultur und Sozialisation werden in dieser Arbeit gemeinsam betrachtet. Dr. Peter Zimmermann, stellt in seinem Lehrbuch für Soziologie (2006) eine mögliche Theorie der Sozialisation dar. Sozialisation beschreibt er als Aneignungsprozess. Demnach wird in einer Generation Wissen, Fertigkeiten und Erfahrungen, als sichtbare und unsichtbare Kultur, von einer Generation an die nächste weitergegeben. Um die Komplexität der Themenfelder vereinfacht darzustellen, wird zunächst auf die Thematik der Kultur (→2.2.1-2.2.4) eingegangen, anschließend auf die Sozialisation (→2.2.5). Für diese Forschungsarbeit wurden Kulturen in westlich und nicht-westlich unterteilt; was darunter verstanden wird, werden die Autorinnen in →2.2.4 darstellen.

2.2.1 Transkulturalität

Kultur ist eine komplexe Thematik. Wissenschaftler:innen verschiedenster Fachbereiche, wie zum Beispiel die Anthropologie, Ethnologie oder Soziologie, haben sich mit diesem komplexen, vielschichtigen, jedoch alltäglichen Thema auseinandergesetzt. Im Verlauf der Jahre haben sich verschiedene Ansichten und Definitionen von Kultur entwickelt. Der 2008 verstorbene, renommierte US-amerikanische Professor der Politikwissenschaften an der *Harvard University* und Autor Samuel P. Huntington, publizierte 1993 den viel diskutierten Artikel *The Clash of Civilizations?*. Huntington äußert darin die Vermutung, dass die Ursache für Spaltungen und Konflikte der Menschheit nach dem Kalten Krieg kulturell bedingt sein werden – vor allem zwischen verschiedenen Zivilisationen. Zivilisation definiert er hierbei als eine kulturelle Entität. "*Villages, regions, ethnic groups, nationalities, religious groups, all have distinct cultures at different levels of cultural heterogeneity*" (Huntington, 1993, S. 22-23). Ursprünglich vom lateinischen *cultura* (Bearbeitung, Anbau, Pflege) stammend, beinhaltet das Konzept Kultur laut Bendel (2021) das, was von Menschen geschaffen wurde. Als Gegensatz hierzu sieht er die Natur. In dieser Studie wird auf immaterielle Kultur – das Zwischenmenschliche – eingegangen.

Johann G. Herder, ein Geschichts- und Kulturphilosoph, definierte Ende des 18. Jahrhunderts Kulturen als Inseln bzw. Kugeln, welche in sich homogen und zur Außenwelt abgeschlossen sind (Kohl, 2013).

Demnach können einzelne Kugeln nicht miteinander in Verbindung treten, zwischen den in sich geschlossenen Systemen findet kein Austausch statt. Zu Beginn der 1990er Jahre bemängelte Wolfgang Welsch, ein deutscher Philosoph, der sich auch intensiv mit Kulturphilosophie auseinandergesetzt hat, diese Kulturkonzeption (Welsch, 2020). Durch die globale Mobilität der Menschen und einer damit einhergehenden Hybridisierung von Kulturen war für ihn das traditionelle, nationale Kulturbild veraltet (Welsch, 2020). Kultur macht seiner Arbeit nach nicht an den Ländergrenzen halt. Individuelle Lebensformen unterscheiden sich voneinander, obgleich zwei Menschen in demselben Land wohnen oder nicht (Welsch, 2020). In seinem Konzept der Transkulturalität wird davon ausgegangen, dass Kulturen nicht abgekapselt voneinander existieren, sondern sich gegenseitig beeinflussen, ineinander übergehen und miteinander vernetzt sind. Kulturen sind also in sich heterogen und Einzelpersonen legen ihre Kultur wiederum individuell aus (Mae, 2019). Diese Einzelpersonen sind auf der Mikroebene bereits transkulturell geprägt, da Eindrücke aus Filmen, Nachrichten, Büchern usw. die Identität formen (Welsch, 2020). In der Konzeption der Transkulturalität sollen die Gemeinsamkeiten von Kulturen betont werden und nicht ihre Unterschiede (Welsch, 2020). Dies hebt die Transkulturalität von der Multikulturalität* und der Interkulturalität* ab, da in diesen Konzeptionen Kulturen weiterhin als Kugeln angesehen werden (Welsch, 2020). Der Multikulturalismus geht davon aus, dass innerhalb einer Gesellschaft, diverse Kulturen nebeneinander leben. Der Ansatz der Interkulturalität hingegen sieht die Möglichkeit des interkulturellen Dialogs, wobei die Unterschiede fokussiert werden (Welsch, 2020).

Wie bereits im Forschungsstand (→2.1.1) dargestellt, spielt auch in der Ergotherapie das Konzept der Kultur eine wichtige Rolle. Eine Vorreiterin und kritische Stimme innerhalb der Profession ist Dr. Karen Whalley Hammell. Sie beschreibt sechszehn Jahre nach der Veröffentlichung von Huntington's *The Clash of Civilizations?* das Konzept der Kultur als das Wissen, Verhaltensweisen, Moral, Normen und Gewohnheiten, welche sich Menschen durch die Mitgliedschaft in einer bestimmten Gesellschaft oder Gruppe aneignen (Hammell, 2009, S. 7). Diese Definition nutzten die Autorinnen als Arbeitsdefinition für die vorliegende Forschungsarbeit.

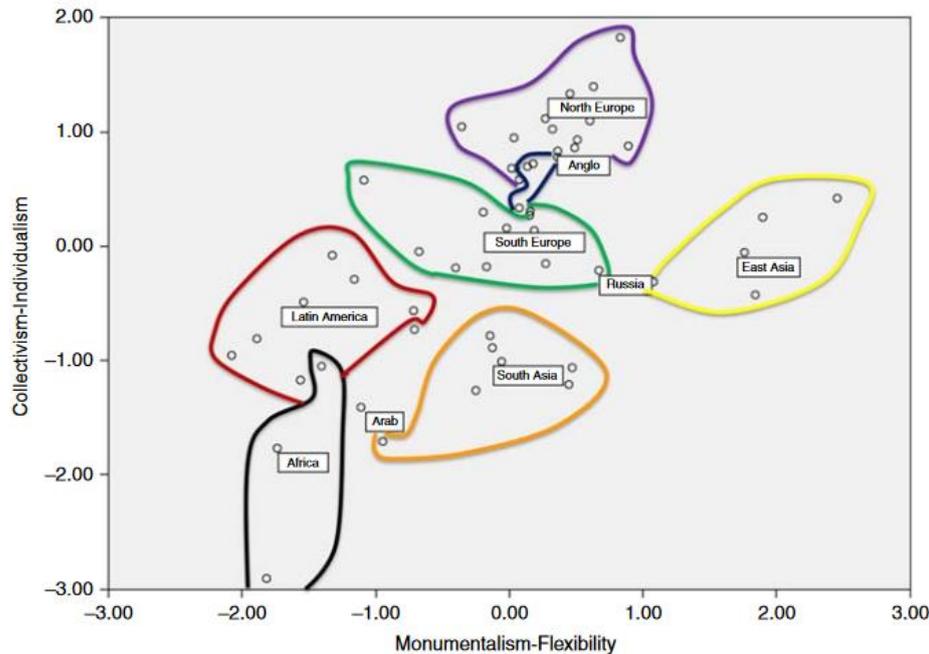
2.2.2 Kulturdimensionen nach Hofstede

Trotz der ineinander übergehenden Kulturen lässt sich für bestimmte Regionen eine Tendenz zu gewissen Einstellungen, Verhaltensweisen und Traditionen feststellen (Hofstede et al., 2010). Geert Hofstede, ein niederländischer Kulturforscher, teilte Gesellschaften in eher individualistisch geprägte und eher kollektivistisch geprägte Gesellschaften auf. Zur genaueren Betrachtung unterteilte er sechs Kulturdimensionen (Hofstede et al., 2010). Das Modell von Hofstede war auch viel Kritik ausgesetzt (McSweeney, 2002; Jackson, 2020), dennoch wurde es in dieser Ausarbeitung als Vereinfachung des komplexen Konstrukts der Kultur genutzt, um einzelne Aspekte westlicher und nicht-westlicher Kulturen miteinander vergleichen zu können. Hofstede arbeitete im Verlauf der Jahre sechs Dimensionen heraus, anhand derer Kulturen beurteilt werden können und die je nach Ausprägung die Einordnung als eher kollektivistische oder individualistische Kultur bedingen: Machtdistanz, Individualismus vs. Kollektivismus, Weiblichkeit vs. Männlichkeit, Vermeiden von Unsicherheiten, Langzeitfokus vs. Kurzzeitfokus, Genuss vs. Zurückhaltung (Hofstede et al., 2010; Janssen, 2019). Eine Kurzbeschreibung der einzelnen Dimensionen kann →Anl.4 entnommen werden.

Eine überarbeitete Version von Hofstedes Modell der nationalen Kulturen wurde 2017 von Michael Minkov, einem bulgarischen Linguisten, veröffentlicht: Er erhob Daten aus 56 Ländern, überprüfte Hofstedes Dimensionen und führte Anpassungen durch, auf welche in dieser Arbeit nicht eingegangen

wird. Die Anordnung seiner erfassten Daten zeigten jedoch die regionalen Tendenzen zu einer kollektivistischen oder individualistischen Gesellschaft auf (→Abb.1).

Abbildung 1: Eine kulturelle Weltkarte zeigt die vorherrschenden Kulturregionen eingeordnet in Maßstäbe Kollektivismus/Individualismus und Monumentalism/Flexibilität (Minkov, 2017), eigene Erstellung



2.2.3 Individualismus und Kollektivismus

Eine Kulturdimension des *Model of national culture* (Hofstede et al., 2010) ist „Individualismus vs. Kollektivismus“. Auch wenn die Dimensionen hypothetisch sind, ist ein Unterschied zwischen individualistischen und kollektivistischen Gesellschaften in unterschiedlichen Regionen und Kulturen sichtbar (Hofstede et al., 2010). Dies bedeutet nicht, dass die Autorinnen davon ausgehen, dass eine Person, die sich einer Kultur zugehörig fühlt, ausschließlich eine individualistische oder kollektivistische Lebenseinstellung und Weltanschauung verinnerlicht hat.

Individualistische Gesellschaften kennzeichnet die Erwartung an Individuen, für sich selbst und die Kernfamilie zu sorgen (→Anl.4). Diese Einstellung ist in westlichen Regionen (→2.2.4) weit verbreitet (Minkov, 2017).

In kollektivistischen Gesellschaften sehen sich Menschen als Teil einer Gruppe an, welche im Gegenzug zu der uneingeschränkten Loyalität des Einzelnen gegenüber der Gruppe Schutz und Sicherheit bietet. In vielen Regionen der Welt wird das Wohlergehen der Gemeinschaft oder der Gruppe über das eigene Wohlbefinden gestellt (→Anl.4).

In einer qualitativen Studie von Castro et al. (2016) sollten chilenische Ergotherapeut:innen ihre persönlichen und professionellen Erfahrungen bezogen auf die Komplexität von Kultur reflektieren. Es stellte sich heraus, dass die Ergotherapeut:innen Kultur als einen durchgehenden Verhandlungsprozess wahrnehmen. Kultur scheint sich stetig zu ändern, weshalb Verhandlungen unausweichlich sind (→2.5.4).

Die Dynamik ist laut den befragten Ergotherapeut:innen in der Diversität und Vernetzung der Kontinua manifestiert:

- Individualismus und Kollektivismus
- Ändern und Aufrechterhalten der Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart
- Festhalten an Traditionen und Innovationen
- Starrheit und Flexibilität
- Globale und lokale Betrachtungsweise

Castro et al. (2016, S. 429)

In der vorliegenden Studie wird der Unterschied in der Sozialisation unter anderem auf individuelle und kollektivistische Sichtweisen festgelegt.

2.2.4 Definition westlich/nicht-westlich

Sozialisation findet in jeder Gesellschaft statt. Wie jemand sozialisiert ist, welche soziale Interaktion als angemessen angesehen wird und welche soziale Persönlichkeit ein Individuum entwickelt, ist jedoch von vielen Faktoren abhängig. In dieser Studie wird westliche von nicht-westlicher Sozialisation unterschieden.

Die in Schweden durchgeführte Studie von Pooremamali et al. (2011) bestätigt, dass therapeutische Interventionen oft nicht mit der Realität von Klient:innen aus dem Nahen Osten kongruieren. Es zeigten sich Anhaltspunkte, dass die Ergotherapeut:innen eher eine individualistische und die Klient:innen eher eine kollektivistische Weltanschauung innehatten.

Daraufhin unterscheiden die Autorinnen westlich und nicht-westlich anhand der vorherrschenden Weltanschauung der Region.

Westlich wird mit dem Fokus auf Individualismus und den westlichen Regionen definiert. Zu den westlichen Regionen gehören, angelehnt an Minkov (2017): USA, Kanada, Europäische Union, Norwegen, Schweiz, Australien und Neuseeland. Nicht-westlich mit dem Fokus auf Kollektivismus und nicht-westliche Regionen. Diese wurden aufgrund der Zunahme an Migrant:innen und dem von Pooremamali et al. (2011) festgestellten Bedarf (→1.1) auf den Nahen-, Mittleren Osten und den Kontinent Afrika eingeschränkt. Mit der nicht-westlichen Sozialisation werden Personen, die in diesen Regionen geboren und aufgewachsen sind gemeint.

2.2.5 Sozialisation

Wie bereits unter →2.2 angedeutet, ist Sozialisation nicht alleinstehend, sondern sie entsteht durch ständige und andauernde Wechselwirkungen zwischen Gesellschaft, Kultur und Persönlichkeit (Abels, 2019). Ein elementarer Bestandteil der Sozialisation einer Person ist der Prozess, welchen Individuen durchlaufen, und durch den sie sich eine Kultur aneignen und vertraut machen. Hofstede et al. (2010, S. 522) definieren Sozialisation als die Aneignung von Werten und Bräuchen einer Kultur, mittels der Teilhabe an dieser Kultur. Der deutsche Professor der Soziologie (i. R.)

Heinz Abels teilt Sozialisation in drei Prozesse ein:

“Darunter kann man alle Prozesse verstehen, in denen die Individuen

1. mit den Werten und Normen der Gesellschaft, ihrer Kultur und ihren Institutionen vertraut gemacht werden,
2. sich aber auch in sozialen Interaktionen die Gesellschaft selbst aneignen und ihre Sozialisation durch ihr Handeln mitbestimmen und
3. eine soziale Persönlichkeit ausbilden, die sich ihrer eigenen Identität bewusst ist und sie auch gegen gesellschaftliche Zumutungen behauptet.

Sozialisation ereignet sich im Spektrum von Vergesellschaftung und Individuation.” (Abels, 2019, S.58)

Der Philosoph und Soziologe Jürgen Habermas umschreibt diesen Prozess in seinem Konzept *lifeworld* (Fiorati, 2021). Die brasilianische Professorin der Ergotherapie – Fiorati – (2021) stellt Habermas Konzept als die Dimension der gesamten menschlichen Existenz dar, in dem die drei Elemente Gesellschaft, Kultur und Persönlichkeit mittels Sprache verflochten sind. Für die ergotherapeutische Zusammenarbeit mit Klient:innen ist auch die Darstellung von Abels (2019, S. 59) interessant, der sich in seiner Aussage auf den Philosophen Georg Simmel bezieht: “Sozialisierung heißt, dass Individuen ihre Handlungsziele verlässlich aufeinander abstimmen. Das können und das tun sie im Bewusstsein, in einer sozialen Wechselwirkung zu stehen, für die sich objektive Formen ausgebildet haben.” Bezogen auf die Ergotherapie bedeutet dies nämlich, dass Ergotherapeut:in und Klient:in sich auch beim Durchlaufen des ergotherapeutischen Prozesses gegenseitig beeinflussen und ihr Handeln aufeinander abstimmen müssen, um ein gemeinsames Ziel erreichen zu können.

Die Relevanz der Sprache und sozialen Interaktion wird im weiteren Verlauf (→2.5.3) vertieft.

Das weitgefassete Thema der Sozialisation muss im Rahmen dieser Forschungsarbeit eingeschränkt werden. Die Autorinnen fokussieren sich zur Einschränkung auf eine der Dimensionen aus Hofstedes Modell.

2.3 Berufskultur der Ergotherapie

Vor sieben Jahren veröffentlichten Castro et al. (2014) im *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* ein qualitatives *literature review*. Das Ziel der Studie war es zu identifizieren und beschreiben, wie das Phänomen Kultur in der ergotherapeutischen Literatur zwischen 2006 und 2011 dargestellt wurde. 37 englischsprachige Studien wurden berücksichtigt. Es stellte sich heraus, dass der Beruf der Ergotherapie an sich auch als Kultur angesehen werden kann. Der Beruf der Ergotherapie kann auch als Kultur beschrieben werden, da er eine berufsspezifische Kommunikation, Verhaltensregeln, Werte und Bedeutungen, sowie Machtbeziehungen aufweist (Castro et al., 2014, S. 407).

2.3.1 Grundhaltung

Die humanistische Grundhaltung der Ergotherapie – also ihre Werte – spiegeln sich auf internationaler und nationaler Ebene im Ethikkodex wider. Der WFOT (2016) erkennt in seinem *Code of Ethics* die UN-Menschenrechtskonvention an und unterstützt diese in vollem Umfang. Ergotherapeut:innen nehmen ihre Klient:innen in ihrer Einzigartigkeit und Kultur wahr, respektieren sie und diskriminieren nicht

(WFOT, 2016). Der *Council of Occupational Therapist for the European Countries* (COTEC, 2009) beschreibt im europäischen Rahmen zudem, dass die Rangfolge der einzelnen Werte in einem nationalen Ethikkodex stark von den kulturellen Unterschieden der Nationen geprägt ist. In manchen Gesellschaften wird die Gruppe oder Familie priorisiert, in anderen steht das Individuum an erster Stelle.

Im DVE wurde die Broschüre *Ethik in der Ergotherapie* zuletzt April 2020 überarbeitet. Die ethischen Prinzipien werden als moralische Verpflichtungen beschrieben und fungieren als moralischer Kompass in ethisch herausfordernden Situationen. Die beschriebenen Prinzipien, basierend auf Beauchamp und Childress (2013), werden als gleichwertig, ohne Rangfolge präsentiert (DVE, 2020):

- Autonomie
- Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit
- Kollegialität
- Professionalität
- Soziale Gerechtigkeit
- Verfahrensgerechtigkeit
- Vertraulichkeit
- Wohltun und Nicht-Schaden

(DVE, 2020, S. 8-9)

Soziale Gerechtigkeit bedeutet, dass Ergotherapeut:innen ihre Leistungen den Klient:innen gerecht und angemessen anbieten. Klient:innen werden gleichwertig behandelt. Die Verfahrensgerechtigkeit beinhaltet unter anderem das Handeln nach ethischen Prinzipien und das Befolgen der gesetzlichen und betriebsinternen Vorgaben (DVE, 2020, S. 9).

Die in der DVE-Broschüre enthaltenen *COTEC-Standards zur beruflichen Praxis* von 1996 gehen auf die Sicherheit ein: "Ergotherapeuten verhalten sich so, dass Gesundheit und Sicherheit des Klienten gewährleistet sind." (DVE, 2020, S. 31). Dieser grundlegende Standard der Sicherheit kann auch im interkulturellen Kontext übertragen werden (→2.4.2.1).

2.3.2 Professionelles Reasoning

Das professionelle Reasoning ist ein mehrdimensionaler Denkprozess, der von Ergotherapeut:innen durchlaufen wird, um die Interventionsplanung gemeinsam mit den Klient:innen zu erstellen, durchzuführen und zu reflektieren (Márquez-Álvarez et al., 2019; Schell & Schell, 2019). Schell & Schell (2019) beschreiben den Einfluss persönlicher Grundannahmen auf das professionelle Reasoning. Auch Hammell (2009) sieht einen Zusammenhang zwischen persönlichen, aber auch ergotherapeutischen Grundannahmen und den daraus resultierenden Schlussfolgerungen, vor allem, wenn diese als selbstverständlich angesehen werden. Diese Grundannahmen werden auf der Basis der eigenen kulturellen Prägung (→2.2.6) gebildet. Dass die eigene Weltanschauung sich auf das Reasoning von Ergotherapeut:innen auswirkt, hat Unsworth (2004) dargestellt. Wie bereits in →2.1.1 erwähnt, stellte Iwama (Townsend et al., 2013) fest, dass Ergotherapeut:innen die Einflüsse der eigenen Kultur auf das professionelle Reasoning mitbedenken sollten. Da es in dieser Forschungsarbeit um das Erleben der Zusammenarbeit aus der Perspektive von Ergotherapeut:innen geht, wurde von der Definition des professionellen Reasonings aus dem von der Ergotherapeutin Barbara Boyt Schell entworfenen *Ökologischen Modell des Professionellen Reasonings* (EMPR) (Schell & Schell, 2019) ausgegangen. "Anders als Theorien der Ergotherapie, die zum Verständnis der Situation des Klienten entwickelt

wurden, richtet das EMPR das Augenmerk auf die Ergotherapeuten und die Reflexionsprozesse während der Therapie“ (Schell & Schell, 2019, S.36). Es wird also davon ausgegangen, dass sowohl Klient:innen, als auch Ergotherapeut:innen den ergotherapeutischen Prozess gleichermaßen, bewusst oder unbewusst, beeinflussen können, wobei der Praxiskontext das Handeln, aber auch die Reasoningprozesse unmittelbar beeinflusst. Für die Beschreibung der Formen des professionellen Reasonings (→Anl.5) beziehen sich die Autorinnen auf die Definitionen von Maria Feiler (2019).

2.3.3 Rolle der Kultur in der Ergotherapie

Die Ergotherapie ist begründet auf der Annahme, dass die Gesundheit und das Wohlbefinden von einzelnen Personen durch die Partizipation an Betätigungen, welche zum einen kulturell, zum anderen persönlich von Bedeutung sind, unterstützt werden (Polatajko et al., 2013).

In der Ergotherapie wird von einem Zusammenhang zwischen dem Eingebundensein in bedeutungsvolle, zielgerichtete Betätigungen und der menschlichen Gesundheit ausgegangen (Wilcock, 2007). Diese Annahmen beruhen auf Erkenntnisse aus Bezugswissenschaften. Es wurde im Zuge der Professionalisierung der Ergotherapie der Wissenschaftszweig der Betätigungswissenschaft (Occupational Science) begründet.

Ann Wilcock, die diesen mitgründete, um eine internationale Bezugswissenschaft für die Ergotherapie zu schaffen, interessierte sich für und forschte an einem Zusammenhang zwischen Betätigung und Gesundheit. Sie stellte die Theorie auf, dass der Mensch ein sich betätigendes Wesen sei. Diese Annahme stützte sie auf die menschliche Biologie und die soziokulturellen Faktoren, in denen sich eine Person befindet und in welchen diese sozialisiert wurde (Wilcock, 1993). Das Konzept der Occupational Science beinhaltet und vereint, ihrer Darstellung nach, Erkenntnisse verschiedener Disziplinen, sowohl um eine ganzheitliche Sicht darauf zu bekommen, was Menschen tun müssen oder benötigen, um ihre überlebensnotwendigen Bedürfnisse zu stillen, als auch, um Gesundheit und Wohlbefinden zu erlangen. Sie merkt weiterhin an, dass das Konzept der Betätigung nicht kulturübergreifend anwendbar sei, da nicht in jeder Kultur das gleiche unter Betätigung verstanden wird (Wilcock, 2007).

Im Laufe der Jahre beschrieb Wilcock vier Kernkonzepte, die Betätigung ausmachen, nämlich das *doing**, *being**, *becoming** und *belonging**, welche sie jedoch nicht klar definierte (Wilcock, 2007). Hitch et. al. (2014a, 2014b) versuchten deshalb, diese Konzepte im Rahmen von zwei Veröffentlichungen provisorisch zu definieren, sowie deren Wechselwirkungen zu beschreiben, da sie feststellten, dass die Inhalte zwar von wissenschaftlichem Interesse, jedoch in der Praxis kaum angekommen waren.

Das Kawa-Modell (japanisch für Fluss) wurde von Dr. Michael Iwama entwickelt. Anfangs wirkte es zwar so, als würde das Kawa-Modell hauptsächlich im japanischen Raum anwendbar sein, jedoch sollte es nicht als kulturell exklusiv wahrgenommen werden. Ergotherapeut:innen sollten sich dazu ermutigt fühlen, das Modell strukturell und konzeptuell an die Diversität und den spezifischen soziokulturellen Kontext der Klient:innen anzupassen (Lim & Iwama, 2021).

Kultur und Ergotherapie sind unmittelbar miteinander verbunden, da 'sich betätigen' unmittelbar mit dem kulturellen Kontext, in dem sich der Mensch befindet, zusammenhängt (Iwama, 2007; Beagan 2015). Iwama (2007, S. 184) definiert Kultur grob als " ... *shared spheres of experience and the ascription of meaning to objects and phenomena in the world ...* " .

In den dominanten ergotherapeutischen Inhaltsmodellen steht nach Hammell (2014) aktuell das *doing* mit den drei Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit im Vordergrund. Sie kritisiert, dass

das fundamentale menschliche Bedürfnis des *belonging*, Verlangen nach Verbundenheit und das Beitragen zum Wohlbefinden anderer wird damit ausgeschlossen. Betätigungen, welche auf dem Verlangen beruhen, für und mit anderen etwas zu tun, sollen laut ihr vermehrt beachtet werden, um angemessener auf die Diversität der Klient:innen eingehen zu können.

Nicht das Tun, sondern das Dazugehören soll laut Hammell (2014) vermehrt im ergotherapeutischen Prozess priorisiert werden. Der Theorie-Praxis-Transfer der ergotherapeutischen Modelle im Praxiskontext kann aufgrund der genannten Diskrepanzen schwerfallen.

2.4 Kontext der Zusammenarbeit

Alle zwischenmenschlichen Interaktionen, die Sozialisation und das Leben der Kultur finden in einem Kontext statt. Dieser Kontext besteht aus einer Mikroebene, Mesoebene und Makroebene. Letztere zwei werden im folgenden Abschnitt bezogen auf die ergotherapeutische Zusammenarbeit (→2.5) beschrieben.

2.4.1 Gesellschaftlicher Kontext

Im *Canadian Practice Process Framework* (CPPF), wird der Kontext eines ergotherapeutischen Prozesses klar dargestellt. Der gesellschaftliche Kontext (*societal context*) stellt die Makroebene dar, welche kulturelle, institutionelle, physische und soziale Umweltelemente umfasst (Craik et al., 2013, S. 235).

Diese beinhalten alle gesetzlichen Vorgaben, unter anderem zur Inanspruchnahme von Heilmitteln und zur Finanzierung einer medizinischen Behandlung, sowie auch aufenthaltsrechtliche Bestimmungen. Zudem wird unter dem gesellschaftlichen Kontext der demografische Wandel – Zunahme und Änderung von Migrationsströmen (→2.1) oder auch eine älter werdende Gesellschaft – verstanden. Zur Makroebene zählt außerdem die Beziehung und der Austausch zwischen einzelnen Ämtern/Organisationen/Institutionen.

2.4.2 Praxiskontext

Der Praxiskontext stellt die Mesoebene dar. Diese beinhaltet grundsätzlich alle Abläufe innerhalb einer Organisation, Institution, Klinik oder Praxis. In der vorliegenden Studie wird mit dem Praxiskontext, das direkte Umfeld der ergotherapeutischen Behandlung gemeint.

Schell & Schell (2019) beschrieben, dass im Praxiskontext Ergotherapeut:in und Klient:in aufeinandertreffen und gemeinsam die Behandlung durchlaufen: Die Therapie ist zwangsläufig in einen Praxiskontext integriert, da sie an einem spezifischen Ort und zu einer spezifischen Zeit stattfindet. Die physischen und soziokulturellen Aspekte, aus welchem sich der Praxiskontext zusammensetzt, beeinflussen die Therapiemöglichkeiten (Schell & Schell, 2019).

Laut Van Hartingsveldt et al. (2015) findet im niederländischen Kontext eine Transition des Arbeitsplatzes der Ergotherapeut:innen statt. Eine Verschiebung vom individuellen Praxiskontext, beispielsweise in einer Ergotherapiepraxis oder Klinik, findet in Richtung gemeinwesenorientierter Ergotherapie statt, in der hauptsächlich dort gearbeitet wird wo Klient:innen sich betätigen (Van Hartingsveldt et al., 2015). Auch in Deutschland wird der Fokus auf die neuen Arbeitsfelder an

Bedeutung zunehmen, wobei das Hauptaugenmerk hierbei auf der gesellschaftlichen Perspektive liegt (Junge et al., 2019). Der Wandel von Ergotherapie im individualisierten Praxiskontext bis hin zu gemeinwesenorientierter Ergotherapie hat laut Junge et al. (2019) und Kamps et al. (2015) bereits angefangen; nachdem aktuell jedoch ein Großteil der Ergotherapeut:innen in klassischen Behandlungssettings arbeitet, fokussieren sich die Autorinnen auf diese Zielgruppe (→3.2.2). Schwierigkeiten – aufgrund zwischenmenschlicher Faktoren (→2.5.4) und/oder weiterer kontextbezogener Faktoren – können trotz jeglicher Vorbereitung und Erfahrung auftreten. Um diese zu minimieren, sollten Ergotherapeut:innen im Praxiskontext auf sichere Rahmenbedingungen achten. Dieses Thema wird im Folgenden vertieft.

2.4.2.1 Kulturelle Sicherheit

Castro et al. (2016) beschrieben Herausforderungen in der therapeutischen Begegnung zwischen Ergotherapeut:in und Klient:in unterschiedlicher Kulturen:

In therapeutischen Begegnungen fühlen Ergotherapeut:innen sich als Fremder (*stranger*) in der Kultur der Klient:innen. Gleichzeitig nehmen sie diese Person jedoch als Andere (*other*) wahr. Die Ergotherapeut:innen versuchen in dieser fremden Kultur zurechtzukommen und überschreiten sichtbare und unsichtbare Grenzen zwischen den Ergotherapeut:innen und Klient:innen, um therapeutische Ergebnisse zu erzielen. Durch die Perzeption der Innenstehenden- und Außenstehenden-Rolle bauen sich bei den Ergotherapeut:innen Spannungen auf. Daraus folgt die Notwendigkeit, dass Ergotherapeut:innen die kulturellen Werte der Klient:innen und deren Bedeutungen verstehen, nachdem diese auch deren Betätigungsperformanz beeinflussen (Castro et al., 2016).

Die geografische Beschränkung der Studie von Castro et al. negiert nicht die Anwendbarkeit der Ergebnisse in einem breiteren therapeutischen Kontext. Jedoch lässt sich vermuten, dass gleiche Herausforderungen in der therapeutischen Begegnung jeglicher Kulturen entstehen.

Das Konzept der kulturellen Sicherheit wurde ursprünglich in Neuseeland entwickelt, um eine Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen den britischen Siedlern und den Maori zu schaffen (Gray & McPherson, 2005). Sie geht über die Sensibilität für und das Bewusstsein von kulturellen Unterschieden hinaus und analysiert Machtungleichgewichte, Diskriminierung und die anhaltenden Auswirkungen der Kolonialisierung auf soziale, wirtschaftliche, politische und gesundheitliche Ungleichheiten (Gerlach, 2012). Ein kulturell sicherer Ort wird durch das Verhalten von Gesundheitsfachkräften geschaffen, indem diese ihre Kommunikation anpassen und sensibel auf politische, soziale, spirituelle Belange und Wünsche der Klient:innen eingehen. Um dies zu ermöglichen, bedarf es einer kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen kulturellen Identität (Gerlach, 2012; McGough et al., 2018).

Das Konzept *othering* hält eine Spaltung unterschiedlicher Kulturen aufrecht. In diesem Konzept wird das eigene als normal angesehen, wodurch es zu Trennung zwischen dem Eigenen und Fremden kommt, was zu Konflikten und Fehlern u. a. in der Gesundheitsversorgung verschiedener Kulturen führen kann (Coors & Neitzke, 2018; Santos & Spesny, 2016). Aufgrund dessen ist es von wesentlicher Bedeutung, dass Kulturen nicht separat dargestellt werden, sondern die Transkulturalität (→2.2.1) in den Vordergrund gelangt.

2.5 Zusammenarbeit von Ergotherapeut:in und Klient:in

Der Begriff Zusammenarbeit wurde bisher mehrfach verwendet. In diesem Abschnitt wird näher darauf eingegangen, was die Autorinnen in dieser Forschungsarbeit konkret unter Zusammenarbeit verstehen.

Connectedness ist eines der drei Themen, welche ebenfalls in der qualitativen Studie von Humbert et al. (2011) hervorgehoben wurde. Die Verbundenheit (*connectedness*) wird wie folgt definiert: “*as the process of forming relationships with others while engaging in cross-cultural experiences and bonding at some emotional level*” (Humbert et al., 2011, S. 302).

In der Zusammenarbeit spielt Verbundenheit eine zentrale Rolle. Laut Townsend et al. (2013, S. 120) basiert Zusammenarbeit auf Empathie, Vertrauen und kreativer Kommunikation und zielt darauf ab, gleichwertige Machtverhältnisse zwischen Klient:in und Ergotherapeut:in herzustellen, indem die Expertise beider auf dieselbe Ebene gestellt werden. Zusammenarbeit bedeutet, dass mindestens zwei Personen “... gemeinsam für bestimmte Ziele arbeiten, zur Bewältigung bestimmter Aufgaben gemeinsame Anstrengungen unternehmen” (Dudenredaktion, o. D.-d). All diese Aspekte können und sollten im ergotherapeutischen Prozess, in der Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut:in und Klient:in vorhanden sein. Verbundenheit ist der Prozess, in dem man auf Beziehungen mit anderen Personen eingeht, während man in interkulturellen Erfahrungen eingebunden ist beziehungsweise man sich im interkulturellen Kontext befindet (Humbert et al, 2011).

Im Praxiskontext treffen primär Ergotherapeut:in und Klient:in aufeinander, wobei jede Person persönliche und die Ergotherapeut:innen auch berufliche Eigenschaften mit sich bringen.

2.5.1 Ergotherapeut:in

Die Beschreibung der ergotherapeutischen Expertise im Modell *Kompetenzprofil Ergotherapie* des DVE (2019) (→Anl.6) hebt die Vernetzung der Berufskultur (→2.3) mit ihren Kerndomänen und den ergotherapeutischen Kompetenzen hervor. Der Kontext der Zusammenarbeit auf Makroebene soll explizit miteinbezogen werden. (DVE, 2019)

Ergotherapeut:innen besitzen neben ihren professionellen ergotherapeutischen Kompetenzen verschiedene persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese in Kombination mit ihren persönlichen Annahmen und Werten, welche u. a. durch die Kultur in der sie leben vermittelt wurden (→2.2.5), beeinflussen die Weltanschauung und Entscheidungsprozesse der Ergotherapeut:innen. Daraus lässt sich schließen, dass die Kultur der Ergotherapeut:innen sich vermutlich auch auf ihr professionelles Reasoning (→2.3.2) und die Gestaltung des ergotherapeutischen Prozesses auswirkt.

In den kanadischen *enablement skills* des CMCE (→Anl.7) (Townsend et al., 2013) wird der Begriff auch nicht direkt erwähnt. Jedoch wird die Rolle der Kultur deutlich, wenn Townsend et al. (2013) die Wichtigkeit des Konzeptes der Befähigung in der Sprache der Ergotherapeut:innen darstellen: “*In documenting and communicating what occupational therapists do, we want to use the language of enablement with awareness that language is embedded in cultural meanings*“ (S. 90). Es werden im *Enabling Occupation II* Imperative für die Ergotherapie aus der Occupational Science dargestellt, wodurch auf Forderungen von Iwama bezüglich kultureller Kompetenzen von Ergotherapeut:innen eingegangen wird (Polatajko et al., 2013). Die Literaturrecherche (→2.1) bestätigt Iwamas Forderungen und die Relevanz kultureller Kompetenz in der Ergotherapie. Aufgrund dessen stellen die Autorinnen dieser Forschungsarbeit die kulturelle Kompetenz explizit dar.

2.5.1.1 Kulturelle Kompetenz

Zu den beruflichen Eigenschaften in der transkulturellen Zusammenarbeit gehört die kulturelle Kompetenz, welche ein stetiger, aktiver, nicht endender Prozess ist (Muñoz, 2007; Talero, 2017). Von zentraler Bedeutung sind hier das Bewusstsein für die Komplexität und Diversität der Klient:innen, das Anerkennen der eigenen persönlichen Grenzen sowie die Notwendigkeit sich stets weiterzuentwickeln (Talero, 2017). Sie verlangt, die eigene Kultur aktiv zu überdenken. Kulturell kompetente Ergotherapeut:innen versuchen sich aktiv und ohne zu urteilen, mit der Weltanschauung der Klient:innen auseinanderzusetzen und sie entwickeln im Prozess angemessene, relevante und sensible Interventionsstrategien und Fähigkeiten/Fertigkeiten in der Zusammenarbeit mit Klient:innen die einen anderen kulturellen Hintergrund haben (Iwama, 2003; Talero et al., 2015).

2.5.2 Klient:in

Nach Townsend et al. (2013) können Klient:innen in der Ergotherapie sowohl einzelne Personen als auch Familien, Gruppen, Gemeinschaften, Organisationen oder Populationen sein. In der vorliegenden Arbeit wurde die Zusammenarbeit mit Einzelpersonen und eventuell deren Angehörigen im Sinne der erweiterten Klient:innen betrachtet. Wie auch die Ergotherapeut:innen, bringen Klient:innen gewisse Lebenserfahrungen, persönliche Werte und Eigenschaften mit in den ergotherapeutischen Prozess, welche sie auf Basis ihrer kulturellen Sozialisation (→2.2.5) entwickelt haben (Schell & Schell, 2019). Schell & Schell (2019) bezeichnen dies als das "individuelle Ich" (S. 36), welches auch durch persönliche Ansichten bezüglich der aktuellen Performanzproblematik, Gesundheit, Krankheit, sowie bereits gemachten Therapieerfahrungen und der eingenommenen Klient:innen-Rolle geprägt ist.

2.5.3 Soziale Interaktion

Im Abschnitt der Sozialisation (→2.2.5) ist die soziale Interaktion bereits zur Sprache gekommen. Diese ist Teil der übergeordneten Thematik Kommunikation. Kommunikation ist laut Nunez et al. (2017) der Austausch von Bedeutung und Teil der sozialen Interaktion. Wenn jemand Informationen weitergeben möchte, ist diese Person die Quelle. Mittels angemessener Sprache, Gesten oder nonverbaler Ausdrücke, wird diese Information verschlüsselt geäußert. Der Empfänger dekodiert die Nachricht und antwortet oder gibt Feedback, wiederum individuell kodiert (Nunez et al., 2017, S. 18).

Ein Individuum wird laut Abels (2020) durch Kommunikation anderer nicht nur beeinflusst, sondern beeinflusst mit seiner Kommunikation auch andere Personen. Soziale Interaktion wird definiert als die reziproke Wirkung des Handelns verschiedener Personen (Abels, 2020; Schmidt, 2018).

Jegliche Kommunikation findet in einem Kontext statt (Abels, 2020; Nunez et al., 2017). Abhängig vom Kontext – im Freundeskreis oder in der Arbeit, in der vertrauten Kultur oder interkulturell – wird die soziale Interaktion anders stattfinden.

In Rahmen dieser Studie spielt die soziale Interaktion eine Rolle in der Begegnung und der erzielten Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut:in und Klient:in unterschiedlicher Kulturen. Abels (2020) zeigt auf, dass Personen sich bei direkten sozialen Interaktionen wahrnehmen und daraufhin ihr Handeln ständig aneinander anpassen.

Es werden jedoch nicht alle Handlungen der anderen Person als positiv wahrgenommen. Eine Reaktion des Gegenübers kann falsch verstanden werden – wenn beispielsweise etwas Trauriges erzählt wird

und das Gegenüber lacht, kann dies zu Unverständnis und möglicherweise zu einem Konflikt führen. In der sozialen Interaktion zwischen Personen unterschiedlicher Kulturen, können gut gemeinte Handlungen in der eigenen Kultur eine negative Bedeutung in der anderen Kultur haben. Diese Ereignisse werden im nächsten Abschnitt näher erläutert (Abels, 2020).

2.5.4 Unausweichliche Interpersonelle Ereignisse

Soziale Interaktionen sind ein Kreislauf wechselseitiger Handlungen. In dem dynamischen, zirkulären Prozess kommen Ereignisse – meist unabsichtlich – durchgehend zustande. Im interkulturellen Kontext kann es häufiger zu Ereignissen kommen als im monokulturellen* Kontext. "Interpersonelle Ereignisse sind Teil des im Therapieprozess stattfindenden ständigen Gebens und Nehmens. Sie unterscheiden sich insofern von anderen Ereignissen und Prozessen, als sie unmittelbar bei Eintreten des Ereignisses oder späterer Reflexion mit dem Potenzial einer emotionalen Reaktion, aufgeladen sind" (Taylor, 2008, S. 28).

Humbert et al. (2011) fanden mit ihrer qualitativen Studie heraus, dass *cultural awareness* (Kulturbewusstsein) ein zentrales Thema in der interkulturellen Zusammenarbeit ist. Die Teilnehmenden der Studie, in den USA ausgebildete Ergotherapeut:innen, hatten Praxiserfahrungen auf anderen Kontinenten. Im Rahmen von halb-strukturierten Interviews wurden die Perspektiven dieser Ergotherapeut:innen erfragt.

Kulturbewusstsein ist die Anerkennung und das Verstehen einer anderen Kultur, diese Erkenntnisse mit der eigenen Kultur zu vergleichen, um dann auf die Unterschiede zu reagieren (Humbert et al., 2011, S. 300). Ein Teil der Teilnehmenden äußerte, keine Unterschiede in der mono- oder interkulturellen Zusammenarbeit wahrzunehmen. Ein weiterer Teil identifizierte jedoch Spannungen und Konflikte zwischen der eigenen Kultur und die des Gegenübers. Kulturbewusstsein wurde in Verbindung gebracht mit unterschiedlichen Auffassungen und Überzeugungen über Krankheit, Behinderung und die Rolle der Ergotherapie.

In Rahmen dieser Forschungsarbeit möchten die Autorinnen herausfinden, inwieweit die soziale Interaktion zwischen Ergotherapeut:in und Klient:in im transkulturellen, deutschen Kontext zu unausweichlichen interpersonellen Ereignissen führt. Diese müssen erkannt werden, damit Ergotherapeut:innen in Zukunft angemessen an die Ereignisse herangehen können. Nur so kann eine zufriedenstellende, zielführende Zusammenarbeit zustande kommen.

3. Methodik

In →2.1.2 wurde eine Forschungslücke aufgezeigt. Nach dem Wissensstand der Autorinnen existiert bisher keine deutschsprachige Literatur, welche das Erleben der Zusammenarbeit von westlich sozialisierten Ergotherapeut:innen mit nicht-westlich sozialisierten Klient:innen aus der Perspektive der Ergotherapeut:innen beleuchtet. Dies bedingte die Wahl eines empirischen qualitativen Forschungsansatzes für die Beantwortung der Forschungsfrage (Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016). In der qualitativen Forschung geht es um das Erleben, “ ... wie kulturelle Bedeutungen, Überzeugungen und Muster das Verhalten beeinflussen ... ” (Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016, S. 54).

In den nachfolgenden Kapiteln werden zunächst die den Forschungsprozess leitende Forschungsfrage und deren drei Leitfragen vorgestellt. Das Forschungsdesign, die angewendete Form der Datenerhebung und Datenanalyse werden näher erläutert. Aufbauend auf der begründeten Wahl des Forschungsdesigns und der Klärung, was empirische Sozialforschung ausmacht, wird das weitere methodische Vorgehen hinsichtlich vorbereitender Schritte, Durchführung, Aufbereitung und Auswertung der Experteninterviews veranschaulicht werden. Zuletzt wird sowohl auf die Forschungsethik als auch auf die Gütekriterien der qualitativen Forschung eingegangen.

3.1. Forschungsfrage und Leitfragen

In →2.1 mit seinen Unterkapiteln wurde bereits die Vorgehensweise der systematischen Literaturrecherche, der Stand der Forschung und die Forschungslücke beschrieben. Die Literaturrecherche zeigte in Deutschland eine deutliche Forschungslücke zum Forschungsthema transkulturellen Ergotherapie. Die vorliegende Forschungsarbeit wurde konzipiert, um folgende Forschungsfrage zu beantworten:

Wie erleben westlich sozialisierte Ergotherapeut:innen, die in Deutschland tätig sind, die Zusammenarbeit mit Klient:innen, die in einer nicht-westlichen Kultur sozialisiert wurden?

Der Forschungsprozess wurde dabei durch die folgenden drei Leitfragen gesteuert:

Leitfrage 1:

Welche Rolle wird dem Konzept "Kultur" in der Zusammenarbeit mit Klient:innen eines nicht-westlichen kulturellen Hintergrundes von den behandelnden Ergotherapeut:innen zugewiesen?

Leitfrage 2:

Welche Reasoningformen setzen westlich sozialisierte Ergotherapeut:innen während des ergotherapeutischen Prozesses ein, wenn sie mit Klient:innen, die in einem nicht-westlichen Kulturkreis sozialisiert wurden, zusammenarbeiten?

Leitfrage 3:

Welche Ressourcen setzen westlich sozialisierte Ergotherapeut:innen ein, um kulturelle Dilemmata vorzubeugen oder mit diesen umzugehen?

Genauer beschrieben sind die Klient:innen in Deutschland lebende erwachsene Personen, die im Nahen-, Mittleren Osten, oder Afrika geboren und aufgewachsen sind bzw. sozialisiert wurden. Ein

Grund für diese Einschränkung der nicht-westlichen Länder ist der von Pooremamali et al. (2011) genannte Forschungsbedarf bzgl. der ergotherapeutischen Zusammenarbeit mit Klienten aus dem Mittleren und Nahen Osten. Da von den zehn Ländern, aus welchen 2020 die Mehrheit der Geflüchteten stammte, sieben zu den afrikanischen Ländern gezählt werden (Statistisches Bundesamt, zitiert nach de.statista.com, 2021b), wurden diese zudem ausgewählt.

Bezüglich der zugehörigen Länder des Nahen und Mittleren Ostens beziehen sich die Autorinnen sich auf die Angaben der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb, 2016):

Naher und Mittlerer Osten: Bahrain, Irak, Iran, Israel, Jemen, Jordanien, Katar, Kuwait, Libanon, Oman, Palästina, Saudi-Arabien, Syrien, Türkei, Vereinigte Arabische Emirate

Afrika: Ägypten, Algerien, Angola, Äquatorialguinea, Äthiopien, Benin, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Demokratische Republik Kongo, Dschibuti, Eritrea, Gabun, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Kap Verde, Kenia, Komoren, Kongo, Lesotho, Liberia, Libyen, Madagaskar, Malawi, Mali, Marokko, Mauretanien, Mauritius, Mayotte, Mosambik, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sambia, São Tomé und Príncipe, Senegal, Seychellen, Simbabwe, Sierra Leone, Somalia, St. Helena, Südafrika, Sudan, Süd-Sudan, Swasiland, Tansania, Togo, Tschad, Tunesien, Uganda, Westsahara, Zentralafrikanische Republik.

3.2 Forschungsdesign

Mit der Wahl des Forschungsdesigns beginnt die Planung der Untersuchung. Das Erleben der Ergotherapeut:innen beziehungsweise auf die Zusammenarbeit mit Klient:innen, die in einem nicht-westlichen Kontext sozialisiert wurden steht in dieser Forschungsarbeit im Vordergrund. Das Dorsch Lexikon der Psychologie definiert das Erleben " ... als ein wesentliches Merkmal der menschlichen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung" (Dorschredaktion, 2021b). Zu verarbeitende Informationen entstehen, indem sich Menschen mit sich selbst, aber auch mit ihrer Umwelt auseinandersetzen. Aufbauend auf die Verarbeitungsprozesse zeigt sich ein bestimmtes Verhalten oder eine Verhaltensanpassung (Dorschredaktion, 2021b).

Aus diesem Grund wurde das Forschungsdesign an die Hermeneutik angelehnt, da sich diese dem Verstehen von menschlichen Erfahrungen widmet, indem z. B. in Texten enthaltene Bedeutungen analysiert werden (Chapparo, 2016). Das Erleben von Erfahrungen findet subjektiv statt und hängt von vielen Faktoren ab. Ziel der Hermeneutik ist es jedoch nicht, eine allgemeingültige Wirklichkeit herauszuarbeiten, sondern ausführliche Beschreibungen von ausgewählten Personen zu einem bestimmten Themenkomplex zu sammeln (Chapparo, 2016). In der hermeneutischen Herangehensweise wird anerkannt, dass die Forscherinnen bewusst und reflektiert ihre Vorkenntnisse und persönlichen Annahmen in die Studie mit einbringen, welche sich schlussendlich auch auf die Interpretationen auswirken (Chapparo, 2016).

Die Vorkonzeptionen der hermeneutischen Forschung stimmen mit den theoretischen Vorüberlegungen einer empirischen, qualitativen Sozialforschung nach den Soziologen Gläser und Laudel (2010) ebenso überein, wie die Annahme, dass Menschen zu einem gewissen Sachverhalt oder einer Thematik über ein umfassendes Wissen verfügen. Bei Gläser und Laudel (2010) werden diese Menschen als Expert:innen (→3.2.2-3.2.3) bezeichnet. In der empirischen Sozialforschung sollen ausgewählte Ausschnitte sozialer Welten untersucht werden, wobei darauf abgezielt wird, die Ursachen und Wirkungen von Handlungen zu erklären und dadurch bereits bestehende Theorien zu erweitern, auf welchen die Forschung basiert (Gläser & Laudel, 2010). Sowohl in der Hermeneutik als auch in der Methodik von Gläser und Laudel (2010) geht es also um das Verstehen von Handlungen. Die

Datenerhebung wurde deshalb in Form von leitfadengestützten Experteninterviews gestaltet und die Datenauswertung im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) durchgeführt.

Forschungen erzeugen neues Wissen mit dem Ziel, dieses anderen Forscher:innen und Interessierten zur Verfügung zu stellen. Für die Produktion dieses Wissens nennen Gläser und Laudel (2010, Kapitel 2.1.2) vier Prinzipien, um die Zuverlässigkeit und Vertrauenswürdigkeit des gewonnenen Wissens zu gewährleisten:

- Das Prinzip der Offenheit

Während dem gesamten Forschungsprozess sollen Forscher:innen offen mit gewonnenen Informationen umgehen, auch wenn sie nicht zu den theoretischen Vorüberlegungen passen, bzw. Konträres darstellen (Gläser & Laudel, 2010). Zudem ist es wichtig, gewonnene Daten nicht übereilt in das angefertigte Kategoriensystem einzufügen (Gläser & Laudel, 2010). Für die Realisierung dieses Prinzips werden von Gläser und Laudel (2010) keine Vorgaben gemacht.

- Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens

Gläser und Laudel (2010) beschreiben ein gewisses Spannungsfeld zwischen dem Prinzip der Offenheit und dem Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens. Denn einerseits soll an existierendes Wissen angeknüpft werden, um einen Wissenszuwachs zu garantieren, andererseits sollen die Forscher:innen offen für unvorhergesehene Informationen bleiben (Gläser & Laudel, 2010). Auch hierfür werden keine Vorgaben gemacht.

- Das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens

Dieses Prinzip fordert die Transparenz der Regeln, welche die Forschung geleitet haben und der einzelnen Schritte im Forschungsprozess, die durchlaufen wurden, um eine Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit zu ermöglichen (Gläser & Laudel, 2010).

- Das Prinzip des Verstehens

Die Forscher:innen müssen die Gründe des Handelns der untersuchten Personen verstehen, ebenso wie deren Interpretationen ihrer Erlebnisse und deren Sinnzuschreibungen (Gläser & Laudel, 2010). Es ist zu beachten, dass dieses Verstehen bereits eine Interpretation ist, jedoch ist das Verstehen durch die Forscher:innen ein unumgänglicher Schritt, " ... es ist ein unverzichtbares *Mittel* sozialwissenschaftlicher Forschung und nicht ... deren *Ziel*" (Gläser & Laudel, 2010, S. 33).

3.2.1 Hypothetisches Modell

Auch Gläser und Laudel (2010) betonen die Wichtigkeit der ausführlichen und systematischen Literaturrecherche als Basis für die Formulierung der Forschungsfrage und um begründet eine Forschungslücke aufzuzeigen (→2.1.2). Zudem stellen sie dar, dass das Wissen aus dem Stand der Forschung dazu beiträgt, für die Forschungsfrage wichtige Kausalmechanismen und Kausalzusammenhänge, sowie diese beeinflussenden Faktoren, Vermittlungsprozesse und Wirkungsmechanismen zu erkennen (Gläser & Laudel, 2010). Um die gefundene Literatur einzugrenzen und auszuwerten, wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien formuliert und die Evidenzstärke der verbleibenden sechs Studien nach Tomlin und Borgetto (2011) (→Anl.3) beurteilt. Diese sechs Studien wurden von den Autorinnen als Kernstudien für die Erarbeitung des hypothetischen Modells genutzt. Bei fünf Studien handelt es sich um qualitative Studien des Evidenzlevels eins oder zwei, eine wurde als deskriptive Studie des Evidenzlevels eins identifiziert.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien (eigene Erstellung)

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
thematisch	Untersuchung der Perspektive von ETs in westlichen Ländern bzgl. der Zusammenarbeit mit Klienten aus unterschiedlichen Kulturen	Untersuchung der Perspektive von Student:innen oder Schüler:innen bzgl. Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Kulturen
thematisch	Untersuchung der Perspektiven von ETs in nicht-westlichen Ländern, die versuchen ergotherapeutische Konzepte auf ihre Kultur anzupassen	Untersuchung der Perspektive von Klient:innen aus unterschiedlichen Kulturen bzgl. Ergotherapie als Konzept und therapeutisches Angebot
thematisch	Untersuchungen bezüglich entstandener Herausforderungen von Ergotherapeut:innen, welche in der Zusammenarbeit mit Klient:innen verschiedener Kulturkreise erfahren wurden	Es wird nicht auf die Thematik der Zusammenarbeit eingegangen
Sprache und Publikationszeitraum	Englische und deutsche Studien zw. 2011 und 2021	
Dokumententyp & Qualität:	Artikel in Fachzeitschrift Peer-review	Einschlusskriterien treffen nicht zu
Verfügbarkeit:	Volltext	

Da mechanismenorientierte Erklärungsstrategien darauf abzielen, soziale Prozesse aufzuklären, ist es nach Gläser und Laudel (2010, S. 78) zu empfehlen, " ... die theoretischen Vorüberlegungen auf die interessierenden Ursachen und Effekte, intervenierende Einflüsse und die gesuchten Kausalmechanismen zuzuspitzen." Um diese also zu sortieren und den gesuchten Kausalmechanismus darzustellen, ist es notwendig, ein hypothetisches Modell zu erarbeiten (Gläser & Laudel, 2010).

Hierfür wurden die Kernstudien zusammengefasst und anschließend Kerninhalte herausgearbeitet. Die Autorinnen verglichen die Kerninhalte dieser sechs Studien und identifizierten soziale Handlungen, deren Ursachen und Wirkungen, sowie vermittelnde Handlungen (Gläser & Laudel, 2010). Anschließend wurden aus diesen die Variablen für das hypothetische Modell abgeleitet. Diese deduktive Vorgehensweise, ermöglicht es auf der Basis vielfältiger, internationaler Literatur eine Theorie (das hypothetische Modell) zu erstellen, welches im deutschen Kontext angewendet wird (Döring & Bortz, 2016).

Gläser und Laudel (2010, S. 81) benennen verschiedene Arten von Variablen:

- unabhängige Variable: hier liegt das Interesse auf der Wirkung dieser Variable auf andere Variablen, sie stellt also die Ursache dar.
- abhängige Variable: bei dieser Variablenart liegt der Interessenfokus darauf, was und wie sie beeinflusst werden.
- intervenierende Variable: wirkt sich auf den Kausalmechanismus aus, sie liegen nicht im Hauptfokus des Forschungsinteresses.
- die vermittelnde Handlung: hier werden vermittelnde Handlungsprozesse beschrieben, welche teilweise durch Variablen dargestellt werden können.

Die einzelnen Variablen werden laut Gläser und Laudel (2010, S. 82) durch eine Definition möglichst exakt beschrieben, denn dadurch wird festgelegt, welches soziale Phänomen sie darstellen. Aus der Definition ergeben sich verschiedene Dimensionen der Variable (z. B. Zeit- und Sachdimension) (Gläser & Laudel, 2010, S. 82). In der Sachdimension werden Einzelelemente der Definition ausführlich, auf Literatur bezogen, beschrieben. Die Indikatoren sind Hinweise dafür, wie eine Variable in der Datenerhebung – Experteninterview – erkannt werden kann; hier sind reelle Sätze, die Teilnehmende sagen könnten eingefügt (Gläser & Laudel, 2010, S. 83). Die Indikatoren, aber auch die Sachdimensionen können im Forschungsprozess stets erweitert oder angepasst werden, in der Zeitdimension ist schlussendlich ersichtlich, in welchem Zeitraum die Variable Einfluss nimmt. (Gläser & Laudel, 2010, S. 82)

Anhand dieser Unterscheidungen werden die für diese Forschungsarbeit genutzten Variablen und vermuteten Kausalmechanismen als forschungsleitendes hypothetisches Modell dargestellt und anschließend erläutert. Die Darstellung erfolgte mit Hilfe der Grafikdesign-Plattform *Canva* (https://www.canva.com/de_de/).

Abbildung 2: Hypothetisches Modell (eigene Erstellung)

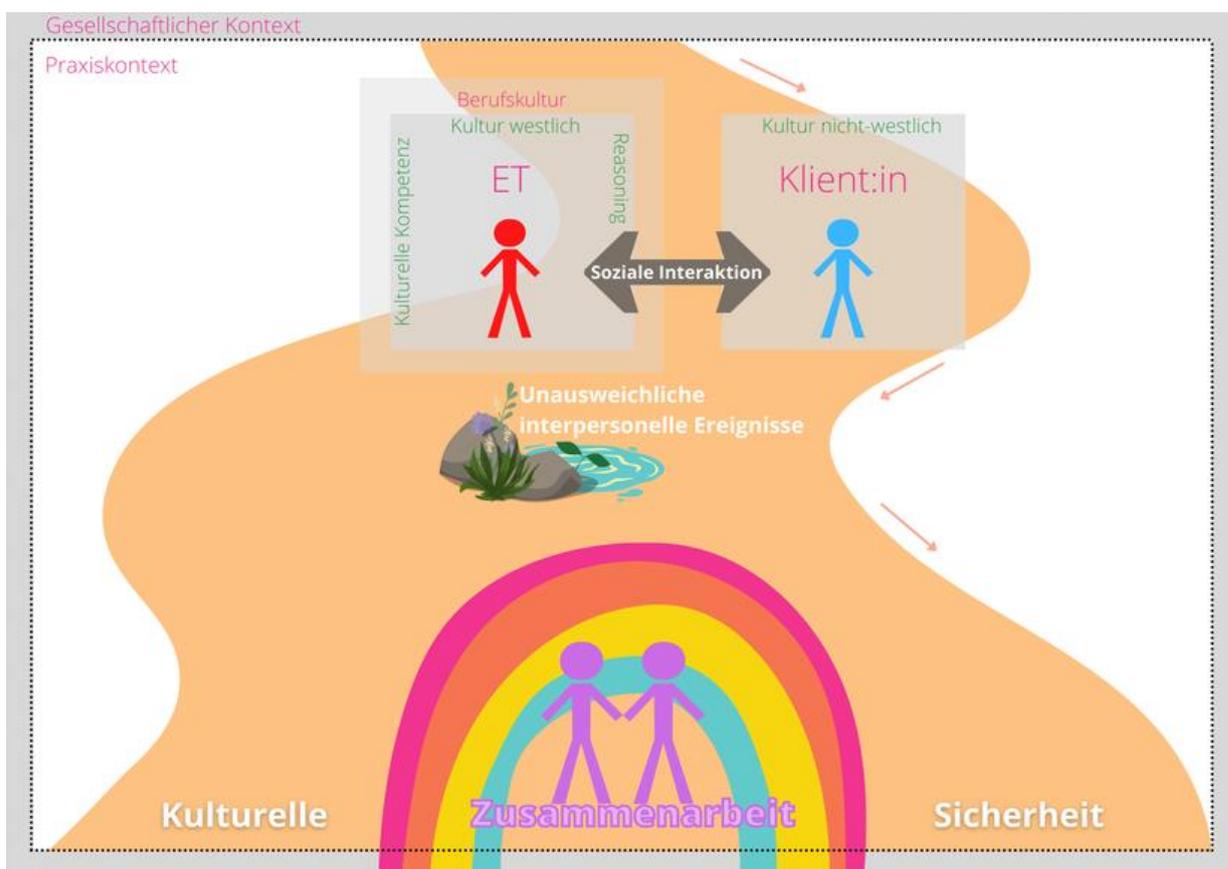


Abbildung 3: Legende zum hypothetischen Modell (eigene Erstellung)



In der Ergotherapie gibt es verschiedene Prozessmodelle, welche die Schritte beleuchten, die während der Zusammenarbeit von Ergotherapeut:in und Klient:in durchlaufen werden (Reid et al., 2019). Die Autorinnen orientierten sich bei der grafischen Darstellung des hypothetischen Modells sowie bezüglich der Terminologie an dem CPPF (Craig et al., 2013), dem Kawa-Modell (Iwama, 2003) sowie dem Modell der intentionalen Beziehung nach Taylor (2008).

Die Zusammenarbeit (→2.5) von Ergotherapeut:in und Klient:in während dem ergotherapeutischen Prozess wurde als abhängige Variable identifiziert, da diese von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird und dadurch von diesen abhängt. Zudem zielt die Forschungsfrage darauf ab, das Erleben der Zusammenarbeit aus der Perspektive der Ergotherapeut:innen darzustellen.

Im CPPF wird der ergotherapeutische Prozess in einen gesellschaftlichen Kontext (→2.4.1) und einen Praxiskontext (→2.4.2) eingebettet (Craik et al., 2013). Diese Darstellung und Terminologie wurde von den Autorinnen übernommen und als unabhängige Variablen bestimmt, da diese Faktoren auch in den Kernstudien immer wieder aufgegriffen wurden (Castro et al., 2016; Humbert et al., 2011; Malkawi et al., 2020; Murray et al., 2015; Pooremamali et al., 2011; White & Beagan, 2020). Auch die Berufskultur (→2.3) der Ergotherapie, u. a. mit ihren Grundannahmen, der Terminologie, den Säulen der Ergotherapie, dem methodischen Handeln und der Kerndomänen, wird in dem hypothetischen Modell ebenso zu den unabhängigen Variablen gezählt. Auch wenn die Handlungen der Ergotherapeut:innen (→2.5.1) genauso wie die der Klient:innen (→2.5.2) von dem gesellschaftlichen Kontext und dem Praxiskontext abhängen, liegt in diesem Modell der Fokus auf dem unabhängigen Charakter dieser Variablen, da sie als Ursachen für das Zustandekommen der Zusammenarbeit betrachtet werden.

Damit es zur Zusammenarbeit kommt, bedarf es gewisser Vermittlungsprozesse. In der Begegnung aus Ergotherapeut:in und Klient:in kommt es zu einer sozialen Interaktion (→2.5.3), welche sich unter anderem in Form von Kommunikation äußert. Nach Taylor (2008) kommt es während dem ergotherapeutischen Prozess auch immer wieder zu unausweichlichen interpersonellen Ereignissen (→2.5.4). Diese können sich beispielsweise in Form von Zielkonflikten, ethischen Dilemmata oder verschiedenen kulturbedingten Verhaltensweisen zeigen und sich auf die Zusammenarbeit auswirken (Castro et al., 2016; Humbert et al., 2011; Malkawi et al., 2020; Murray et al., 2015; Pooremamali et al., 2011; White & Beagan, 2020). Als weitere vermittelnde Handlung wurde die kulturelle Sicherheit (→2.4.2.1) identifiziert. Durch das Verhalten des/der Ergotherapeut:in kann ein kulturell sicherer Ort geschaffen werden. Dieses Verhalten beeinflusst deshalb maßgeblich die Zusammenarbeit mit den Klient:innen (Gerlach, 2012; McGough et al., 2018).

Moduliert werden die in dem vorhergehenden Absatz beschriebenen vermittelnden Handlungen durch die intervenierenden Variablen, welche sich in diesem hypothetischen Modell aus der westlichen Kultur (→2.2.4) des/der Ergotherapeut:in und der nicht-westlichen Kultur (→2.2.4) der Klientel ergeben. Denn die Verhaltensweisen, beispielsweise aufbauend auf Werten und Gewohnheiten, welche sich Menschen im Zuge der kulturellen Sozialisation (→2.2.5) angeeignet haben, prägen ihre Art der sozialen Interaktion und können zu Konflikten oder Dilemmata führen. Die kulturelle Kompetenz (→2.5.1.1) und die Fähigkeiten des professionellen Reasonings (→2.3.2) des/der Ergotherapeut:in sind entscheidend dafür, dass es Ergotherapeut:innen gelingt, einen Ort zu schaffen, an welchem sich eine kulturell diverse Klientel sicher fühlt.

Die Darstellung des Modells als Weg (→Abb.2) wurde gewählt, um den Prozess der transkulturellen Zusammenarbeit deutlich erkennbar zu machen. Ergotherapeut:in und Klient:in sind anfangs einzeln, rot und blau abgebildet; zum Schluss, beim Erreichen der transkulturellen Zusammenarbeit in einem kulturell sicheren Setting, sind beide gemeinsam und lila dargestellt, um die Vernetzung im Sinne der Transkulturalität hervorzuheben. Der Regenbogen steht als Symbol für das Überwinden der intrapersonellen Herausforderungen und den unausweichlichen interpersonellen Ereignissen.

Eine ausführliche Beschreibung der Variablen, mit ihren einzelnen Definitionen und Dimensionen kann der Anlage (→Anl.8) entnommen werden.

3.2.2 Experteninterviews und Fallauswahl

Expert:innen sind laut Gläser und Laudel (2010) alle Menschen, die über ein spezifisches Wissen verfügen. Dieses Wissen muss nicht unbedingt einem Berufskontext entspringen, in der vorliegenden Forschungsarbeit stellen jedoch Ergotherapeut:innen die Expert:innen dar. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut:in und Klient:in prägt den gesamten ergotherapeutischen Prozess und trägt zu einer im besten Falle erfolgreichen und zufriedenstellenden Erreichung der Betätigungsziele bei (Cole & McLean, 2003). "Die Gedankenwelt, die Einstellungen und Gefühle der Expert[:inn]en interessieren uns nur insofern, als sie die Darstellungen beeinflussen, die die Expert[:inn]en von dem uns interessierenden Gegenstand geben" (Gläser & Laudel, 2010, S. 12).

Da die Autorinnen das Erleben der Zusammenarbeit untersuchen wollen, eignet sich also die Forschungsmethode der Experteninterviews nach Gläser und Laudel (2010). Denn herausgearbeitet werden soll nicht eine reine Beschreibung der Zusammenarbeit, sondern vielmehr, wie und durch was diese beeinflusst wird, also die mentalen und kognitiven Prozesse der Ergotherapeut:innen.

Als Fall, wird für diese Forschungsarbeit die jeweilige Zusammenarbeit und daraus resultierende Erfahrungen der einzelnen Interviewteilnehmer:innen definiert. Dabei wird bewusst der Arbeitskontext (Praxis, Klinik, Reha, Psychiatrie) offengelassen, um keine wichtigen Interviewteilnehmer:innen im Vorhinein auszuschließen (Gläser & Laudel, 2010, Kapitel 3.3.2). Angestrebt wurde, Interviewteilnehmer:innen aus verschiedenen Arbeitskontexten zu akquirieren, um Erlebnisse aus diversen Kontexten zu erheben und somit eine Datentriangulation (Höhl, 2016) zu erwirken.

3.2.3 Definition der Expert:innen

Für die vorliegende Forschung und die Rekrutierung der Teilnehmer:innen wurden die Expert:innen durch folgende Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Die Auswahl der Teilnehmer:innen ist entscheidend für " ... die Art und die Qualität der Informationen, die man erhält." (Gläser & Laudel, 2010, S. 117):

Einschlusskriterien

1. Die Ergotherapeut:innen verfügen über mindestens zwei Jahre ergotherapeutische Berufserfahrung in der Zusammenarbeit mit erwachsenen Klient:innen in Deutschland und sind derzeit berufstätig als Ergotherapeut:in (Unsworth, 2001; DVE, 2018)
2. Die Ergotherapeut:innen haben während ihrer ergotherapeutischen Tätigkeiten in Deutschland mit mindestens vier erwachsenen Klient:innen aus einem nicht-westlichen Kulturkreis im Einzelsetting zusammengearbeitet (DVE, 2018)
3. Die Ergotherapeut:innen verfügen über Kenntnisse betätigungsbasiert und klientenzentriert arbeiten zu können und versuchen dies in der alltäglichen Arbeitspraxis umzusetzen (WFOT, 2010)
4. Die Ergotherapeut:innen sind westlich sozialisiert, das heißt in einem europäischen Land, USA, Kanada, Australien oder Neu-Seeland aufgewachsen (ab spätestens dem 1. Lebensjahr). Bevorzugt sind beide Elternteile/ das erziehende Elternteil auch westlich sozialisiert (Trommsdorff, 2008)

Ausschlusskriterien

1. Angemeldete Personen beherrschen die deutsche Sprache nicht (informierte Einwilligung wäre fraglich →Weigl, 2016; fraglich wäre ob Erlebnisse detailliert genug dargestellt werden könnte →Gläser & Laudel, 2010, S.117)
2. Angemeldete Personen haben einen ausländischen Ergotherapie-Abschluss, welcher in Deutschland nicht anerkannt wird §2 Abs. I ErgThG

3.2.4 Erweiterung der Ein- und Ausschlusskriterien

Aufgrund einer geringen Rückmeldequote mussten die Autorinnen überwiegend auf Ergotherapeutinnen aus dem Bekannten- und Freundeskreis zurückgreifen, was zu einer höheren Wahrscheinlichkeit eines Bias führen kann (Gläser & Laudel, 2010). Diese erfüllten nicht alle zuvor formulierten Kriterien, weshalb das Kriterium "derzeit berufstätig als Ergotherapeut:in" flexibler gehandhabt wurde. Auf T4 traf das Einschlusskriterium 2 nicht zu, T3 berichtete von Erfahrungen aus der Vergangenheit.

3.2.5 Sampling & informierte Einwilligung

Für ein strukturiertes Vorgehen wurde eine Tabelle erstellt, zu der beide Autorinnen Zugang hatten und in welcher Kontaktdaten, Art und Weise der Kontaktaufnahme und der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme notiert wurden. Um Rückmeldungen per Mail gesammelt verwalten zu können, wurde eine E-Mail-Adresse (studie-transkulturelle-ergotherapie@outlook.de) für das Sampling erstellt. Über die Grafikdesign-Plattform *Canva* (https://www.canva.com/de_de/) wurde ein Informationsflyer (→Anl.9) entworfen, welcher in knapper Form relevante Informationen bezüglich einer Interviewteilnahme enthielt. Dieser wurde gemeinsam mit dem Informationsschreiben (→3.6) an 84 Praxen, orthopädische und neurologische Rehabilitationseinrichtungen, psychiatrische Kliniken und Tageskliniken, sowie Forensiken in ganz Deutschland geschickt. Die Rekrutierung wurde nach einer heterogenen Zielgruppe ausgerichtet, mit dem Ziel, insgesamt sechs Interviewteilnehmer:innen anzuwerben, die jeweils in unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitssettings (Praxis/Klinik) tätig sind (Döring & Bortz, 2016). Das Sampling der Teilnehmenden fand hauptsächlich online statt, wobei Praxen und Kliniken auch entweder vor oder nach dem Versenden der E-Mails angerufen wurden, um einerseits die richtigen Ansprechpartner:innen zu ermitteln und andererseits die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen (Gläser & Laudel, 2010, Kapitel 4.1.3). Für das Anschreiben der Ergotherapiepraxen wurde das Praxenverzeichnis des DVE (<https://dve.info/service/therapeutensuche> - Stand 22.07.2021) verwendet. Wegen der Vielzahl an Praxen (334 Seiten) wurde die Auswahl eingegrenzt, indem die resultierenden Praxen bei der Suche "Erwachsene" (21 Ergebnisse, wovon zweimal ein Inhaber zwei Standorte/Praxen hat) und bei der Suche "Klient" (10 Ergebnisse, wovon ein Inhaber zwei Praxen/Standorte hat) kontaktiert wurden. Eine Praxis erschien bei beiden Suchvorgängen. Der Suchbegriff "Kultur" ergab keine Ergebnisse. Da sich im Verlauf eine geringe Rückmeldezahl abzeichnete, wurde via Internetsuche auch speziell nach Ergotherapiepraxen gesucht, welche auf ihren Homepages darüber informieren, spezielle Angebote für Menschen mit diversen kulturellen Hintergründen anzubieten. Des Weiteren wurde mit Funktionsträger:innen des DVE und zu drei Berufsfachschulen Kontakt aufgenommen, die den Flyer weiterverbreiten sollten. Parallel zur direkten Kontaktaufnahme der Kliniken und Praxen wurde der Flyer online über Social Media (Instagram und Facebook) über Privatkanäle und die Seite *Thieme liebt Ergos* (→Anl.9) geteilt.

Aufgrund der weiterhin geringen Rückmeldungen über das telefonische und online Sampling wurden zwei Wochen nach dem Verschicken Reminder-E-Mails versandt. Zudem wurden Teilnehmende mittels Mundpropaganda geworben. Hierdurch wurden Personen erreicht, die den Autorinnen näherstanden. Die Kontaktaufnahme wurde geleitet durch die unter →3.6 beschriebenen forschungsethischen Grundsätze, worunter auch das Prinzip der informierten Einwilligung basiert (Gläser & Laudel, 2010). Mit dem Unterzeichnen des Informationsschreibens (*informed consent*) (→Anl.10) wird die Freiwilligkeit der Teilnahme seitens Teilnehmenden bestätigt, sowie unter anderem der Datenschutz und Möglichkeit zum Abbruch der Teilnahme akzeptiert. Das *informed consent* wurde ebenso von den Autorinnen unterzeichnet. Nach Weigl (2016) werden potentiellen Teilnehmenden idealerweise im Rahmen eines Gesprächs relevante Inhalte und Vorgehensweisen dargelegt, mindestens jedoch die Möglichkeit gegeben, im Vorhinein Fragen zu stellen. Dies erfüllten die Autorinnen, indem sie den direkten telefonischen Kontakt suchten und in den E-Mails auf eine unverbindliche Kontaktaufnahme hingewiesen haben.

3.2.6 Konstruktion des Interviewleitfadens

Für die Erhebung qualitativer Daten schlagen Gläser und Laudel (2010, S.41) “ ... ‘teilstandardisierte Interviews’ [vor]. Damit wird ausgedrückt, dass es auch bei nichtstandardisierten Interviews gewisse Vorgaben für den Interviewer geben kann”. Eine Form dieser Vorgehensweise stellt das Leitfadeninterview dar, bei dessen Konstruktion sich die Autorinnen an den Vorschlägen der Soziologin Prof. Dr. Cornelia Helfferich (2011; 2019) orientierten. Der Leitfaden stellt eine Struktur für das Interview dar, welche im Vorfeld bewusst und systematisch erstellt wurde (Helfferich, 2019). Der Einsatz eines einzigen Leitfadens in verschiedenen Einzelinterviews führt dazu, dass die Vergleichbarkeit aufgrund der Abfrage derselben Inhalte steigt (Helfferich, 2019). Um den Fluss des Gespräches nicht zu unterbrechen, steht es den Interviewer:innen dabei jedoch frei, die Fragen umzuformulieren oder auszulassen, wenn die Teilnehmenden gewisse Themen bereits von sich aus angesprochen haben (Gläser & Laudel, 2010). Da in Experteninterviews Informationen zu bestimmten Themen und Aspekten gesammelt werden sollen, stellt Helfferich (2011) fest, dass die Leitfäden eine stärkere Struktur haben können. Für die Erstellung des Leitfadens wurde nach dem “*SPSS-Prinzip*” (Helfferich, 2011, S.182-189) vorgegangen. Zu Beginn wurden Fragen zu den einzelnen Variablen des hypothetischen Modells (→3.2.1) gesammelt (S) und jeweils mit Literaturquellen belegt. Im zweiten Schritt wurde die Fragensammlung geprüft (P), wodurch die Anzahl der Fragen verringert wurde. Dabei orientierten sich die Autorinnen an den Vorschlägen von Helfferich (2011, S. 182-185). Anhand der Leitfragen wurden die verbleibenden Fragen sortiert (S) und “subsummiert” (S) (Helfferich, 2011, S. 185). Die Autorinnen strebten in allen Fragen das Prinzip der größtmöglichen Offenheit an (Helfferich, 2019). Ein Auszug aus dem Interviewleitfaden kann eingesehen werden (→Anl.11).

Um den Fragebogen zu erproben, wurde mit einer Teilnehmerin (T0), bei der alle Einschlusskriterien zutrafen, via Microsoft Teams ein Pilotinterview durchgeführt, wobei Bild und Ton aufgezeichnet wurden. Anhand eines knappen Evaluationsfragebogens (→Anl.12) wurde von T0 ein Feedback bezüglich des Informationsschreibens und des Interviews eingeholt. Von T0 kam die Anmerkung, dass darauf geachtet werden sollte, dass immer nur eine Frage gestellt wird. In einer anschließenden Reflektion stellten die Autorinnen fest, dass der Interviewleitfaden zu ausführlich, strikt und somit unübersichtlich dargestellt war, wodurch der Fluss des Gesprächs gestört wurde. Daraufhin wurde der Leitfaden angepasst, und konkrete Fragen in Memos umgewandelt. Des Weiteren wurde festgestellt, dass die Erhebung einzelner wichtiger Daten fehlte, da die interviewende Autorin T0 kannte.

3.3 Datenerhebung

In den folgenden Kapiteln werden zunächst die Teilnehmerinnen sowie die Durchführung der Interviews beschrieben. Daran anschließend wird auf die Art und Weise der Transkription sowie den Member Check eingegangen.

3.3.1 Teilnehmerinnen

Alle fünf Teilnehmenden der Hauptstudie waren Frauen, vier kamen aus dem Bekannten- und Freundeskreis der Autorinnen, Eine konnte über einen E-Mail-Kontakt akquiriert werden. Die Berufserfahrung der Teilnehmerinnen lag zwischen 2 und 12 Jahren und die Arbeitsbereiche neurologischen/orthopädische Fachklinik, Frührehabilitation und ambulante Reha waren vertreten, sowie die Tätigkeit in einer ergotherapeutischen Praxis, welche auf die Arbeit mit Klientinnen mit psychiatrischen Diagnosen spezialisiert ist. Eine Teilnehmerin studierte aktuell berufsbegleitend, eine weitere ist derzeit nicht als Ergotherapeutin tätig, da sie 2020 ein Masterstudium begann, eine dritte hat bereits ihr Masterstudium absolviert.

3.3.2 Durchführung der Interviews

Im Anschluss an das Pilotinterview wurden fünf weitere Einzelinterviews online via Microsoft Teams durchgeführt. Aufgrund der pandemischen Lage wurde diese Form bevorzugt, den Teilnehmenden wurde aber die Wahlmöglichkeit gelassen, auch per Telefon oder im persönlichen face-to-face Kontakt an dem Interview teilzunehmen (Gläser & Laudel, 2010). Da bei jeder Interviewdurchführung beide Autorinnen anwesend waren wurde eine Rollenaufteilung festgelegt. Um eine Beeinflussung bei der Fragestellung und Informationserhebung zu minimieren, übernahm diejenige Autorin die Rolle der Hauptinterviewerin, die die teilnehmende Person nicht persönlich kannte. Die zweite Autorin war für die (eingewilligte) Ton- und Bildaufnahme über Microsoft Teams gemäß den Datenschutzrichtlinien der Zuyd Hogeschool zuständig und behielt den Überblick über noch fehlende relevante Informationen. Diese Forscher-Triangulation ermöglicht eine objektivere Betrachtungsweise der erhobenen Daten, sowie die gemeinsame Reflexion der Interviews im Nachhinein (Höhl, 2016). Die Dauer der Interviews lag zwischen 45-90 Minuten.

Nach dem Interview mit T1 wurde eine weitere Anpassung des Interviewleitfadens unternommen, da T1 rückmeldete, sich bei der Frage "Was verstehen Sie unter Kultur?" (→Anl.11) überrumpelt gefühlt zu haben. Die Frage wurde umformuliert in "Welche Elemente machen eine Kultur aus oder definieren Ihrer Meinung nach einer Kultur?", angelehnt an Castro et al. (2016).

Im Anschluss an die Interviews empfehlen Gläser und Laudel (2010, S.192) " ... Gedächtnisprotokolle und Interviewberichte so bald wie möglich anzufertigen". In diesen Protokollen (→Anl.13) hielten die Autorinnen fest, inwiefern die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt wurden, wie der Kontakt zu der teilnehmenden Person hergestellt wurde, die Dauer des Interviews sowie Kommentare zur Interviewdurchführung und Rückmeldungen/Informationen aus einem informellen Gespräch im Anschluss an das jeweilige Interview.

3.3.3 Transkription und Member Check

Um eine Grundlage für die Auswertung der Interviews zu bekommen, wurden die aufgezeichneten Interviews transkribiert. Da beide Autorinnen in diesem Prozess involviert waren und um ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wurde in Anlehnung an die Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2018) (→Anl.14) gearbeitet. Die Transkriptionen wurden in Word Dokumenten gespeichert, und mit Zeilenzahlen versehen. Die Teilnehmenden wurden in der Reihenfolge der Teilnahme T1, T2,

T3, T4, T5 genannt. Um gemeinsam auf die Dokumente zugreifen zu können, wurden diese in einem One Drive Ordner der Hochschulaccounts der Autorinnen gespeichert. Nicht verständliche Passagen oder Wörter wurden markiert und die jeweils andere Autorin versuchte diese zu verstehen. Im Sinne der qualitativen Gütekriterien wurde das fertige Transkript an die jeweilige Interviewteilnehmerin zurückgesendet, um dieser die Möglichkeit zu geben, Aussagen zu ändern, zu ergänzen oder zu entfernen (*Member Check*) (Döring & Bortz, 2016). Ein beispielhafter Auszug einer Transkription kann in eingesehen werden (→Anl.15).

3.4 Datenanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) basiert auf der Idee “ ... den Texten inhaltliche Informationen zu entnehmen, diese Informationen in ein geeignetes Format umzuwandeln und sie in diesem Format ... weiterzuverarbeiten ... ” (Gläser & Laudel, 2010, S. 197). In dieser Forschungsarbeit stellen die angefertigten Transkripte das auszuwertende Material dar, aus welchem für die Forschungsfrage relevante Informationen analysiert werden. Die wesentlichen Schritte stellen die Vorbereitung der Extraktion, die Extraktion selbst sowie die Aufbereitung und anschließende Auswertung der Daten dar (Gläser & Laudel, 2010). Durch das Darlegen der einzelnen Schritte soll eine größtmögliche Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Vorgehens geschaffen werden (Meyer & Meier zu Verl, 2014). Nach Gläser und Laudel (2010) ist der Vorteil der qualitativen Inhaltsanalyse, dass alle Transkripte gleichbehandelt werden und durch ein systematisches Vorgehen komplette Texte auf relevante Textstellen überprüft werden. Hinzu kommt der Wert der theoretischen Vorüberlegungen des hypothetischen Modells, denn durch dieses deduktive Vorgehen (Döring & Bortz, 2016) – Ableiten von Variablen aus bereits bestehenden Theorien und Literatur – wurde bereits eine Basis für die Auswertungskategorien geschaffen (Gläser & Laudel, 2010). Die Datenanalyse nach Gläser und Laudel wird aber auch ein induktives Vorgehen (Döring & Bortz, 2016) eingebracht. Denn das Kategoriensystem unterliegt einer gewissen Offenheit, indem Kategorien im Verlauf der Analyse ergänzt oder verändert werden können. Ebenso bringen die Autorinnen durch die Extraktion ihre Interpretationen ein (Gläser & Laudel, 2010). Die Variablen aus dem hypothetischen Modell werden zu Kategorien des Auswertungssystems (Gläser & Laudel, 2010).

3.4.1 Vorbereitung der Extraktion

Das hypothetische Modell dient als Suchraster bei der Extraktion. Da sich die Autorinnen aber während des gesamten Forschungsprozesses ein größeres Wissen aneignen, gilt es zunächst, die Zweckmäßigkeit der Variablen und Dimensionen zu überprüfen oder zusätzliche Variablen zu ergänzen. Ebenso können die Definitionen der Variablen angepasst sowie Indikatoren und Kausalbeziehungen ergänzt werden (Gläser & Laudel, 2010). Die Autorinnen handhabten diesen Schritt, indem eine Kopie des Variablen-Dokumentes erstellt und Ergänzungen in dieser Kopie farbig markiert wurden. Für die Auswertung wurde auf Excel zurückgegriffen. In Excel wurde für jede Variable ein Folder angelegt, in welchem jeweils die extrahierte Textstelle, deren Quellenangaben, eine Paraphrasierung sowie Sach-, Zeit-, Ursache- und Wirkungsdimension in je einer Spalte eingefügt wurden. Als kleinste Analyseeinheit wurde ein Satz festgelegt (Gläser & Laudel, 2010), auszuwertendes Material lag ausschließlich in Textform (Transkripte) vor. Da beide Autorinnen an dem Extraktionsprozess beteiligt waren wurden Extraktionsregeln festgelegt, um eine möglichst hohe Interkoder-Reliabilität* zu gewährleisten (Gläser & Laudel, 2010). Hierfür extrahierten die Autorinnen getrennt die ersten zehn Minuten des Transkriptes der Teilnehmerin T1, anschließend wurden die Extraktionen verglichen, Zuordnungen diskutiert und anschließend Regeln für die Zuordnung formuliert.

3.4.2 Extraktion & Aufbereitung

Die Extraktion der einzelnen Transkripte führten die Autorinnen parallel durch, wobei die Extraktionsregeln (→Anl.16) durch einen stetigen Austausch immer wieder ergänzt wurden. Die extrahierten Stellen wurden den entsprechenden Sachdimensionen zugeordnet, im Falle von der Nennung von Kausalketten durch die Teilnehmenden wurden diese jeweils der Ursache- bzw. Wirkungsdimension zugeordnet.

Für den ersten Schritt der Datenaufbereitung wurden Kopien der Extraktionstabellen genutzt, um eine Transparenz der Auswertung zu schaffen (Meyer & Meier zu Verl, 2014). In diesen Kopien wurden die Extraktionsabschnitte nach Sachebenen sortiert. So erhielten die Autorinnen einen geordneten Überblick über die erhaltenen Informationen der einzelnen Teilnehmerinnen und es konnte die Zuordnung von ähnlichen Aussagen der Teilnehmerinnen zu den einzelnen Kategorien bzw. Sachebenen abgeglichen werden. Wenn Extraktionsabschnitte in den Exceltabellen zu einer besser passenderen Kategorie verschoben wurden, wurde dies mit einem Kommentar gekennzeichnet, hinzugefügte Informationen wurden orange markiert. Daran anschließend wurden zusammengehörende Informationen und Redundanzen zusammengefasst (Gläser & Laudel, 2010) und in Word Tabellen überführt (→Anl.15).

3.4.3 Auswertung & Interpretation

Zu dem letzten Schritt der Datenanalyse gehört die Auswertung. Ziel ist es laut Gläser und Laudel (2010), die Forschungsfrage zu beantworten, indem Fälle rekonstruiert werden, wobei man Kausalmechanismen identifiziert, " ... die zwischen den uns interessierenden Ursachen und Effekten vermitteln." (S. 246). Gläser und Laudel beschreiben, dass es kaum Regeln zur Durchführung der Auswertung gibt, und Forscher:innen sich hauptsächlich an der Beantwortung der Forschungsfrage orientieren sollen; damit konnten die Autorinnen keinem vorgegebenen Verfahren folgen, sondern ausschließlich von Gläser und Laudel beschriebene Analysestrategien zur Herangehensweise an das Datenmaterial beachten.

In dieser Forschungsarbeit wird mit wenigen Fällen – 5 Teilnehmerinnen – gearbeitet. Aufgrund dessen kann laut Gläser und Laudel (2010) zuerst der Kausalmechanismus jedes einzelnen Falles identifiziert werden und dann die Analyse aller Kausalmechanismen stattfinden. Die Auswertung nach Gläser und Laudel (2010) findet in drei Abstraktionsebenen (→Anl.15) statt:

- Abstraktionsebene 1: Hier werden von den Teilnehmerinnen selbst berichtete – subjektive – Kausalzusammenhänge dargestellt. Diese sind meist unvollständig und können sich widersprechen (S. 247).
- Abstraktionsebene 2: Die Autorinnen rekonstruieren den Fall, indem sie alle Informationen des Falles miteinbeziehen. Diese Abstraktionsebene ist objektiver; Kausalzusammenhänge, die von den Teilnehmenden nicht direkt benannt oder erkannt wurden, können von den Autorinnen dargestellt werden; den Mechanismus so "beschreiben 'wie es wirklich war', das heißt, welche Ursachen in diesem konkreten Fall auf welche Weise welche Wirkungen hervorgebracht haben" (S. 248).
- Abstraktionsebene 3: Die dritte Abstraktionsebene stellt die Quint-Essenz der zweiten Ebene dar: "Kausalmechanismus' der Klasse von Fällen, auf die sich Forschungsfrage bezieht" (S. 248); in dieser letzten Abstraktionsebene müssen unterschiedliche Verläufe, wegen Fehlen

oder Auftreten verschiedener Bedingungen erklärt werden. Nachdem die Kausalmechanismen aufgeklärt wurden, wird eine vergleichende Analyse durchgeführt.

Im Rahmen der vergleichenden Fallanalyse (Gläser & Laudel, 2010, S. 249) werden “ ... Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen [erklärt] ... “. Die Autorinnen beachtetten dazu folgende Fragen:

- Welche Faktoren treten in allen Fällen auf, welche nur in einigen?
- Welche Faktoren treten überraschend auf ... welche erwarteten Faktoren fehlen?
- Wenn unterschiedliche Bedingungen zu gleichen Wirkungen geführt haben: Welche der Ursachen sind funktional äquivalent? ...
- Wenn gleiche Bedingungen zu unterschiedlichen Wirkungen geführt haben: Welche versteckten, das heißt bisher nicht in die Analyse einbezogenen Aktoren sind für die Unterschiede verantwortlich? (Gläser & Laudel, 2010, S. 249)

Die Auswertung der drei Abstraktionsebenen fand mit Hilfe selbst erstellter Tabellen in Word Dokumenten statt, in welchen die Autorinnen Daten aus den Excel-Tabellen der Aufbereitung eingaben, und die Daten sortiert nach Kategorien und Kausalzusammenhänge einordnen konnten (→Anl.15). Es fand während der Auswertung, in allen Abstraktionsebenen eine ständige Überprüfung der enthaltenen Informationen mit den Rohdaten (Transkriptionen der einzelnen Interviews) statt (→3.5). Die Ergebnisse der Experteninterviews werden unter Resultate dargestellt (→4).

Die Interpretation der Ergebnisse führt zur Beantwortung der Forschungsfrage (→6).

3.5 Gütekriterien

Für die qualitative Forschung gibt es eine Reihe von Autor:innen, welche eine Zusammenstellung von Kriterien angefertigt haben. Sowohl um die wissenschaftliche Strenge von Studien zu bewerten als auch um als Leitlinien für Forschende bei der Planung und Durchführung von Studien zu dienen (Höhl, 2016). Höhl (2016) stellt eine Zusammenfassung von Gütekriterien nach Cope (2014) und Lincoln und Guba (1985) dar, welche nachfolgend beschrieben werden. Ebenso werden die Strategien, welche die Autorinnen in dieser Forschungsarbeit angewendet haben, dargelegt.

a. Authentizität

Sie bezieht sich auf die realistische Darstellung der Emotionen und Wahrnehmungen der Studienteilnehmer:innen.

Umsetzungsstrategien der Forschungsarbeit:

- Genauere Beschreibung: Die Resultate der Aussagen der Interviewteilnehmerinnen werden möglichst ausführlich beschrieben und mit wörtlichen Zitaten belegt (→4). Die methodischen Schritte der Datenanalyse werden dargelegt (→3.4) und können so mit Hilfe der Darstellung in Form von Tabellen beispielhaft nachvollzogen werden (→Anl.15).
- Reflexion: Während der gesamten Datenanalyse, wurden die einzelnen Informationen ständig von beiden Forscherinnen mit den Rohdaten überprüft, um unbewusste Interpretationen seitens Autorinnen zu minimieren; zudem konnten die Autorinnen sich gegenseitig auf vorschnelle Interpretationen aufmerksam machen, indem beide in alle Analyseschritte eingebunden waren.

b. Glaubwürdigkeit

Hierbei geht es um die korrekte Darstellung der Ergebnisse aus der Sicht der Interviewteilnehmer:innen. Umsetzungsstrategien der Forschungsarbeit:

- Member Check: Im Anschluss an die Transkription der jeweiligen Interviews wurden die entsprechenden Interviewteilnehmerinnen darum gebeten, diese zu überprüfen, bei Bedarf zu ergänzen, etwas zu ändern oder auch Stellen zu streichen. Durch die Überprüfung sollte sichergestellt werden, dass Aussagen korrekt verschriftlicht wurden. Aus Zeitgründen wurde ein erneuter Member Check nach der Datenanalyse nicht durchgeführt. Zwei Teilnehmerinnen haben den Member Check ihrer Transkripte abgelehnt.
- Längerfristige Beschäftigung: Indem die Autorinnen den Teilnehmerinnen vor den Interviews die Möglichkeit gaben, Fragen zu stellen sollte eine offene Atmosphäre geschaffen werden. Direkt vor den Interviews wurden die Teilnehmerinnen darauf hingewiesen, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, sondern es rein um ihre Erfahrungen geht. Hierdurch sollte das Vertrauen zu den Autorinnen gestärkt und die Darstellung detaillierter Informationen gefördert werden.
- Beständige Beobachtung: Während den Interviews wurde darauf geachtet, mögliche aufkommende Emotionen oder Unwohlsein der Teilnehmerinnen wahrzunehmen und aufzufangen, um die ausführlichen Beschreibungen beizubehalten.
- Forschertriangulation: Durch die Anwesenheit beider Autorinnen während der Interviews konnten die jeweiligen Wahrnehmungen im Anschluss diskutiert werden. Dies war auch bei den Transkriptionen hilfreich, da so Aussagen, die für die Eine unverständlich waren, die Andere jedoch verstanden hatte, diskutiert und erklärt werden konnten. Auch die Datenextraktion, Datenaufbereitung und Datenanalyse wurde von beiden Forscherinnen durchgeführt oder zumindest durch die jeweils andere überprüft.
- Datensättigung: Durch die begrenzte Zeit und die wenigen Interviewteilnehmerinnen konnte keine Datensättigung erreicht werden. Jedoch haben sich bei der Auswertung viele Aussagen der Teilnehmerinnen gegenseitig bestätigt.

c. Nachvollziehbarkeit

Die Einhaltung dieses Kriteriums soll sicherstellen, dass die erhobenen Daten den Aussagen der Interviewteilnehmerinnen entsprechen.

Umsetzungsstrategien in der Forschungsarbeit:

- Forschungstagebuch: Dieses soll die einzelnen Gedankengänge und Entscheidungen während des Forschungsprozesses darstellen. Die Autorinnen führten ein Protokoll sowie einen Zeitplan, in welchem die durchgeführten Schritte der Forschung festgehalten wurden.
- Triangulation: Eine Forschertriangulation angewendet, indem die Eindrücke aus den Interviews und die Schritte und Ergebnisse der Datenanalyse diskutiert wurden. Da alle Interviewteilnehmerinnen in unterschiedlichen Arbeitskontexten tätig sind und sich untereinander nicht kennen, fand eine Datentriangulation statt. Im Rahmen der Diskussion (→5) werden die erhaltenen Ergebnisse mit den Informationen aus dem theoretischen Hintergrund (→1) erläutert und abgeglichen, wodurch eine Theorientriangulation sichergestellt werden soll.
- Besprechung mit Kolleg:innen: In regelmäßigen „Forschungswerkstätten“ fand eine fachliche Diskussion im Kreise von Kolleg:innen bezüglich der einzelnen Schritte des Forschungsprozesses statt. Zudem fanden im regelmäßigen Turnus Treffen mit der begleitenden Dozentin statt.

d. Übertragbarkeit

Durch eine genaue Beschreibung des Forschungsprozesses soll die Möglichkeit eröffnet werden, dass die Forschungsarbeit in andere Kontexte übertragen und mit anderen Teilnehmer:innen durchgeführt werden kann.

Umsetzungsstrategien in der Forschungsarbeit:

- Forschungstagebuch: Durch die schrittweise Darstellung des Forschungsprozesses soll eine wiederholte Durchführung ermöglicht werden (→c)
- Genaue Beschreibung: Das Sampling sowie die Interviewteilnehmer (→3.2) wurden so detailliert wie möglich beschrieben. Durch das methodengeleitete Vorgehen nach Gläser & Laudel (2010) wurden die einzelnen Schritte des Forschungsprozesses eingehalten und begründet (→3).
- Reflexion: Im Anschluss an jedes Interview (einschließlich dem Pilotinterview) reflektierten die Autorinnen gemeinsam, inwiefern sie durch bestimmte Fragestellungen oder die Art der Fragestellung die Antworten beeinflusst haben. In dem Kapitel der Diskussion (→5.4) werden die Stärken und Schwächen der vorliegenden Forschungsarbeit dargestellt.

e. Zuverlässigkeit

Die Zuverlässigkeit bezieht sich auf die erzielten Resultate der Datenerhebung. Diese sollen im Falle einer Wiederholung des beschriebenen Forschungsprozesses in einem ähnlichen Setting möglichst gleich ausfallen. Um die Ergebnisse auf ihre Wissenschaftlichkeit zu prüfen kann ein externer Gutachter die Datenerhebung und Datenauswertung beurteilen. Dieses Gütekriterium wurde in der vorliegenden Forschungsarbeit nicht angewendet.

3.6 Forschungsethik

Gläser und Laudel (2010) stellen die Wichtigkeit der Forschungsethik fest, mit der Begründung, dass die direkte Forschung mit den Teilnehmenden Auswirkungen auf deren Leben hat, indem sie befragt werden und erhaltene Informationen veröffentlicht werden. Durch die Befragung und direkte Interaktion mit den Teilnehmenden ist es möglich, dass bestimmte wunde Punkte getroffen werden.

Die folgenden Punkte sollen nach Gläser und Laudel (2010) unbedingt beachtet werden:

- Allen an der Untersuchung beteiligten Menschen darf kein Schaden entstehen
- Die Teilnahme muss freiwillig geschehen, wobei die Teilnehmenden fähig sein müssen, die erhaltenen Informationen bezüglich der Teilnahme zu verstehen
- Die Informationen sollen auch beschreiben, in welcher Form die Teilnehmenden mitwirken

Als Schwierigkeit in der umfassenden Aufklärung der Teilnehmenden nennen Gläser und Laudel (2010), dass zwar einerseits über das Ziel der geplanten Untersuchung aufgeklärt werden muss, andererseits ist dieses so zu formulieren, dass keine Beeinflussung möglicher Antworten der Befragten stattfindet.

Um die Teilnehmenden der vorliegenden Forschungsarbeit über die relevanten Informationen, insbesondere über Thematik und Ablauf zu informieren, wurden diese in Form eines Informationsschreibens (→Anl.10) gemeinsam mit der Einladung zur Teilnahme an den Experteninterviews (→Anl.9) versendet. Die Freiwilligkeit der Teilnahme sollte so sichergestellt werden, denn die Teilnehmenden wurden erst dann als solche geführt, wenn sie das unterschriebene Informationsblatt an die Autorinnen zurückgesendet hatten (Weigl, 2016). Im Rahmen dieses Informationsschreibens wurden die Teilnehmenden auch über die Speicherung forschungsrelevanter Daten gemäß den Datenschutzrichtlinien der Zuyd Hogeschool und die vollständige Anonymisierung, sowohl ihrer selbst, als auch ihrer Aussagen aufgeklärt. Im Zuge der Anonymisierung wurden personenbezogene Angaben abgeändert, so dass ein Rückschluss von der Information auf die Person

nicht mehr möglich ist (Weigl, 2016). Die Namen der Teilnehmenden wurden durch T0, T1, T2,...,T5 unkenntlich gemacht, Namen von Wohn-, Ausbildungs- oder Arbeitsorte wurden durch die allgemeine Angabe (z. B. *Tätigkeit in einer Fachklinik*) umschrieben. Personenbezogene Daten werden von den erhobenen Daten getrennt abgespeichert (Weigl, 2016). Die Autorinnen hielten sich zudem an das Versprechen der Verschwiegenheit, bekannte personenbezogene Informationen nicht in die Öffentlichkeit zu tragen (Weigl, 2016).

Zu Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden zudem noch einmal mündlich aufgeklärt, dass sie Fragen nicht beantworten müssen und jederzeit die Möglichkeit haben, das Interview ohne Angaben von Gründen abzuberechen.

Da durch die Untersuchung auch keine gesellschaftliche Gruppe zu Schaden kommen soll, wurde bei der Ausdrucksweise der Autorinnen darauf geachtet, keine Stereotypen* oder negative Voreinstellungen zu reproduzieren.

Auch gegenüber Fachkollegen haben die Autorinnen eine ethische Verpflichtung: Verwendete Quellen sind zuverlässig anzugeben und die erhaltenen Ergebnisse werden nicht verfälscht. Zudem werden alle an der Untersuchung beteiligten Personen benannt. Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde ausschließlich auf eine fachliche Qualifikation geachtet, unabhängig von Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Herkunft oder körperlicher Behinderungen (Gläser & Laudel, 2010).

4. Resultate

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Forschungsarbeit dargestellt. Es wird eine kurze Übersicht des Praxiskontextes der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Zusammenarbeit mit den nicht-westlich sozialisierten Klient:innen gegeben. Hiermit soll zugleich die Anonymität gewährleistet bleiben und der Praxiskontext der Teilnehmenden nachvollziehbar sein.

Tabelle 2: Praxiskontext der Teilnehmenden (eigene Erstellung)

T1	Rehaklinik
T2	Rehaklinik
T3	Ambulante Reha
T4	Praxis für Ergotherapie und Frühförderung
T5	Praxis für Ergotherapie

Die Ergebnisse werden anhand des hypothetischen Modells (→3.2.1) beschrieben. Es wurden keine neuen Variablen hinzugefügt. Die Kurzfassung sowie die Darstellung relevanter Kausalzusammenhänge können eingesehen werden (→Anl.17).

4.1 Kontext der Zusammenarbeit

Im Folgenden werden die Kategorien Gesellschaftlicher Kontext und Praxiskontext, beide unabhängige Variablen, beschrieben.

4.1.1 Gesellschaftlicher Kontext

Bei allen Teilnehmerinnen ist aufgrund der Einschlusskriterien der übergeordnete gesellschaftliche Kontext – tätig in Deutschland – gleich. Der gesellschaftliche Kontext wurde von vier Teilnehmerinnen (T2, T3, T4, T5) als unabhängige Variable dargestellt – die Wirkung des gesellschaftlichen Kontextes auf verschiedene Kategorien wurde benannt.

Die Hälfte der Einflüsse waren bedingt durch die Finanzierung über verschiedene Kostenträger, woraus eine unterschiedliche Dauer der Finanzierung resultierte. So ist beispielsweise die Behandlungsdauer bei arabischen Patienten, die nur für spezielle Behandlungen in Deutschland sind, bedingt durch ein privates Abrechnungssystem, deutlich länger mit einer höheren Frequenz an Maßnahmen als bei GKV-Versicherten, wobei die Dokumentationspflicht für die Therapeuten zudem anders geregelt ist (T2). Durch die Möglichkeit der höheren Therapiefrequenz bemerkt T2 einen Unterschied in ihrem ergotherapeutischen Handeln. Ebenso hängt u. a. von der Finanzierung ab, wer für einen Reha Aufenthalt mit aufgenommen wird. Bei GKV-Versicherten werden in der Regel keine Angehörigen mit aufgenommen. In Deutschland lebende Klient:innen, welche sich in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber:innen befinden, haben deutlich mehr Schwierigkeiten die benötigte Behandlung aufgrund gesetzlicher Regelungen finanziert zu bekommen, weshalb es teilweise zu Therapieabbrüchen kommt, auch wenn Ziele noch nicht erreicht wurden (T5). Dies wird von T5 als frustrierend empfunden, zumal es eines hohen freiwilligen Engagements bedarf, eine möglichst kontinuierliche Finanzierung zu sichern (T5). Zudem wurde der demografische Wandel von den Teilnehmerinnen wahrgenommen. T3 und T4

stellten einen Zuwachs an nicht-westlich sozialisierten Klient:innen fest, welches sich ihrer Meinung nach auch auf die Berufskultur (→4.2.2) auswirkt. Die Autorinnen erkannten den Bedarf die Sachdimension *Netzwerke* hinzuzufügen, da in der Arbeit mit nicht-westlich sozialisierten Klient:innen mit Asylstatus mit Organisationen und Vereinen außerhalb des eigenen Praxiskontextes zusammengearbeitet wird (T5).

“Also mir ist dadurch bewusst geworden, durch diese arabische und nicht arabische, oder deutsche GKV Patienten und internationale Patienten, wie sehr unser Vorgehen und unsere Denkweise durch tatsächlich auch Vorgaben von Kostenträgern geprägt ist. Und wie sehr sich das dann aber auch im therapeutischen Alltag ausschlägt.” T2 Z781-784

4.1.2 Praxiskontext

Der Praxiskontext wirkte sich deutlich auf die Kategorie Klient:in aus (T1, T2, T3, T5). So begegnen Ergotherapeut:innen in urbanen Gegenden mehr Klient:innen der Zielgruppe, als auf dem Land. T1 zeigte auf, dass bei türkischen Klient:innen meist mehrere Angehörige auch während den Therapien mitanwesend waren (erweiterter Klient). T3 und T5 hatten in ihrem ambulanten Arbeitssetting mit selbstständig mobilen Klient:innen zu tun, weshalb sie vorwiegend im Einzelsetting – ohne Anwesenheit des erweiterten Klienten – mit den Klient:innen zusammenarbeiteten. Des Weiteren wurden unter anderem (in)direkte Wirkungen auf die soziale Interaktion (T2, T3), Zusammenarbeit (T2, T3, T5) und kulturelle Sicherheit (T2, T5) ersichtlich. Durch das Fehlen von Dolmetschern setzt T1 Google Translator ein, um mit Klient:innen zu kommunizieren, hierbei beschreibt sie, dass es immer wieder zu lustigen Übersetzungen kommen kann. Aufgrund fehlenden männlichen Personals kann den Wünschen von männlichen arabischen Klienten nach einer gleichgeschlechtlichen Versorgung nicht nachgekommen werden (T2). Das Herstellen eines kulturell sicheren Ortes strebt T5 an, indem für jede Klientin ein möglichst passender Therapieraum zur Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung ausgewählt wird, T2 nutzt Dolmetscher u. a. auch bei der Durchführung von Assessments. Um eine Zusammenarbeit mit nicht-deutschsprachigen Klient:innen zu erreichen versucht T3 langsam und in einfacher Sprache zu reden, was jedoch aufgrund des Zeitdruckes des Praxissettings von ihr als schwierig empfunden wird. T2 berichtet, dass es teilweise schwierig sei, die Korrektheit der Übersetzungen durch Dolmetscher einzuschätzen. Wenn keine professionellen Dolmetscher zur Verfügung stehen, wird meist auf Englisch über Angehörige kommuniziert (T2).

“Jetzt ... war ich in einer ländlichen Region auf eine winzig kleine Rehaklinik. Da kommt es nicht so oft vor, dass man Flüchtlinge da hat. Bin ich in einer größeren Stadt, in der Uniklinik, kommt es schon öfter mal vor, dass man fremdsprachige Patienten auch tatsächlich hat. Dann hätte ich das damals nicht so gebraucht, wie jetzt vielleicht.” T1 Z400-403

“ ... im Reha Setting ... dadurch, dass da ja dieser geschützte Raum ist, war das natürlich auch immer relativ einfach, wenn wir dann gemerkt haben, oh in der Therapie, der hat jetzt eben Probleme oder ein Trauma, dann konnten wir den halt auch einfach parallel dann bei uns bei dem Psychologen noch mit anmelden. Das ist natürlich der Vorteil, wenn alles im Haus ist. Das ist natürlich etwas Anderes, wenn ich jetzt in der Praxis oder so arbeite, dann geht das natürlich nicht so einfach und schnell.” T3 Z394-399

4.2 Kultur

Alle Teilnehmerinnen wurden gefragt, was sie unter Kultur verstehen. Folgende Elemente nannten sie: Traditionen, Sprache, Gegebenheiten in einem Land, Gewohnheiten, Brauchtümer, Essen und Feste. (T1 Z53; T3 Z83-84; T4 Z94)

“Also ich glaube auf jeden Fall, dass Kultur aus unterschiedlichen Elementen besteht, ein Teil ist auf jeden Fall die Sprache, also die verbale Sprache. ... Mimik und Gestik, was gerade in so größeren Situationen sehr sehr wichtig ist auch. Und so sage ich mal, so gewisse Gepflogenheiten.” T2 Z187-190

“ ... für meine Werte auch eintreten zu können.” T5 Z115

4.2.1 Kultur westlich

Alle Teilnehmerinnen fühlten sich der deutschen, teils besonders der bayerischen Kultur (T3) zugehörig. Von den Teilnehmerinnen konnten keine direkten Aussagen gemacht werden, an welchen Dingen sie festmachen, dass ihre Kultur die Zusammenarbeit mit der Zielklientel beeinflusst. Im weiteren ergotherapeutischen Prozess wird der Einfluss der Kategorien Berufskultur (T2) und Ergotherapeut:in (T3) auf weitere Kausalmechanismen erkennbar gemacht (→4.2.2; 4.3.1).

“ ... wenn ich es auf mich beziehe, dann ist es natürlich nochmal mehr, dass ich mich mit dem bayerischen identifiziere, genau.” T4 Z104-105

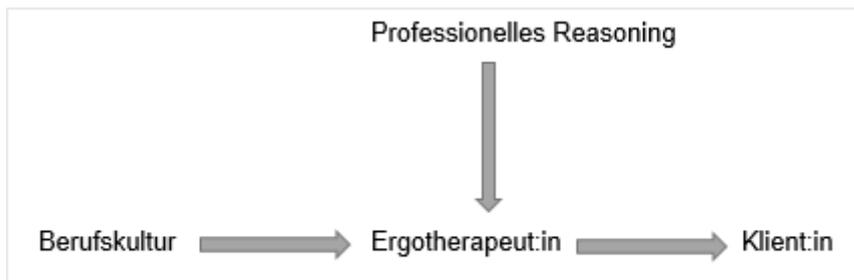
4.2.2 Berufskultur

In der Berufskultur wird eine westliche Prägung von T2 festgestellt, diese erkennt sie in dem Aufbau der ergotherapeutischen Modelle und den Grundannahmen der Ergotherapie bezüglich der Betätigungen, weshalb deren Einsatz in der Zusammenarbeit mit Klient:innen der Zielgruppe reflektiert werden sollte (T2). Die Berufskultur prägt wiederum das Handeln der Ergotherapeutinnen, indem professionelles Reasoning angewendet wird, um sich selbst fundiert zu reflektieren (T3). Drei Teilnehmerinnen stellten

die Wirkungen der Berufskultur dar. Das Hauptaugenmerk lag auf der kulturellen Kompetenz der Ergotherapeut:innen (T1, T2, T3). Alle drei nennen das Fehlen der Vermittlung kultureller Kompetenzen im Rahmen der Berufsfachausbildung. In der Diskussion der Ergebnisse wird vertieft auf die Berufskultur eingegangen (→5.1). T3 beschreibt, dass die offene Grundhaltung der Ergotherapie zusammen mit einer guten Selbstreflexion der Ergotherapeutin dabei hilft, allen Menschen offen gegenüberzutreten.

Des Weiteren wurde folgender Kausalmechanismus ersichtlich:

Abbildung 4: Kausalmechanismus Berufskultur (eigene Erstellung)



Während der Analyse der Interviews stellte sich heraus, dass eine neue Sachdimension zur Kategorie hinzugefügt werden musste: Methodisches Handeln. Dies wurde erkennbar in der Beschreibung der Teilnehmerinnen (T2, T3) wie sie u. a. prozessorientiert und bewusst Vorgehen.

“ ... mit dem Ergebnis, dass es halt eigentlich sehr viele westlich geprägte Modelle gibt und dass es eigentlich schwierig ist jetzt zu sagen, ob die sich auch gut auf andere Kulturkreise übertragen lassen. Man da auf jeden Fall immer reflektieren sollte, wenn man mit Patienten aus anderen Kulturkreisen arbeitet, ob überhaupt diese Denkweise angemessen ist. Ob die zu dem kulturellen Hintergrund passt.”

T2 Z728-732

4.2.3 Kultur nicht-westlich

Der Einfluss der nicht-westlichen Kultur auf die Klient:innen der Zielgruppe wurde vielschichtig beschrieben (T1, T2, T3, T5). Die Teilnehmerinnen benannten in den Interviews Einflüsse der Sozialisation (T1, T2, T3, T5), der Machtdistanz (T2) und Männlichkeit vs. Weiblichkeit (T1, T2, T4). So wurde bei den Klient:innen der Zielgruppe zum einen festgestellt, dass diese intensiver von Angehörigen betreut und besucht werden (T1) und den Ergotherapeut:innen eine größere Gastfreundschaft entgegengebracht wird, wobei gleichzeitig ein entspannterer Umgang mit der Therapiezeit gezeigt wird (T2). Die Erwartungen an die Ergotherapie hingen davon ab, was die Klient:innen aus ihrem Herkunftsland bereits kannten, aber auch von persönlichen Einstellungen (T2). Von T5 wurde festgestellt, dass sich psychiatrische Symptome, zum Beispiel in Folge eines Traumas, eher somatisch bemerkbar machen, wobei eine beschriebene Klientin das Konzept Trauma nicht kannte und deshalb auch ihre Symptome nicht erkennen konnte, was zu Irritation ihrerseits geführt hat.

Die nicht-westliche Kultur beeinflusst indirekt den Praxiskontext (T1, T2, T4), da von nicht-westlichen Klient:innen eine Versorgung durch gleichgeschlechtliches Personal bevorzugt wird. In der sozialen

Interaktion wurde festgestellt, dass die Ergotherapeutin mehr als Expertin wahrgenommen wird (T2), Männer verglichen zu Frauen schneller Deutsch lernen (T4) und die Klient:innen insgesamt eine eher passive Rolle im ergotherapeutischen Prozess einnehmen (T3), wobei Schmerzen schnell und verbal beschrieben werden (T3).

Abbildung 5: Kausalmechanismus Kultur nicht-westlich (eigene Erstellung)



„Ganz spannend ist auch so ein anderes Zeitempfinden, glaube ich, also dass ich, ich habe schon den Eindruck, denen ist es wichtig, dass man pünktlich ist, und dass sie quasi ihre Therapiezeit erhalten, auf die sie ihr Anrecht haben, aber dass an sich nicht alles so schnell schnell gehen muss, wie es halt manchmal in so einem Klinikalltag schnell zu Stande kommt.“ T2 Z216-219

4.3 Ergotherapeut:in und Klient:in

Die Kategorien Ergotherapeut:in und Klient:in sind beide unabhängige und abhängige Variablen. Der Fokus liegt im ursprünglichen hypothetischen Modell jedoch auf der Unabhängigkeit.

4.3.1 Ergotherapeut:in

Alle Teilnehmerinnen beschreiben ihre eigene Rolle im Prozess der Zusammenarbeit mit nicht-westlich sozialisierten Klient:innen. Es wird hervorgehoben, dass Ergotherapeut:innen selbst einen erheblichen Einfluss auf ihre kulturelle Kompetenz haben (T1, T2, T4, T5):

“Learning by doing.” T4 Z362

“Und jetzt auch erst immer mehr durch Kontakte, durch Erfahrungen, durch, genau, Austausch mit anderen Personen in den Helferkreisen.” T5 Z583-584

Beeinflusst werden Ergotherapeut:innen von dem gesellschaftlichen (T5) und Praxiskontext (T1), der westlichen Kultur (T3) und Berufskultur (T3) (→4.2.2). Die Sachebene ‘professionelles Ich’ hebt hervor, dass für alle Teilnehmerinnen die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Klient:innen im Vordergrund steht.

“Also mir ist es zuerst einmal wichtig, dass der Mensch wirklich im Mittelpunkt steht, dass ich wirklich am Anfang analysiere, was sind wirklich seine Alltagsbeschwerden oder wo hat er seine Einschränkungen im Alltag und woran liegt das ... auf funktioneller Ebene ... Deswegen ist mir eben erstmal ganz wichtig, dass ich meinen Patienten in seiner Gesamtheit zu erfassen ... ”

T3 Z44-50

“Na klassisch so Handlungsfähigkeit stärken, so etwas. Aber hier speziell in der Praxis: Empowerment von Frauen, die Empowerment und Selbstbestimmung nur wenig erfahren durften und da viel auf Augenhöhe arbeiten, ja.” T5 Z22-24

4.3.1.1 Professionelles Reasoning

Wie bereits bei der Kategorie Berufskultur (→4.2.2) dargestellt wurde, zeigt das professionelle Reasoning seine Wirkung auf die soziale Interaktion zwischen Ergotherapeut:in und Klient:in, indem die Ergotherapeutin über die Auswahl der Therapiemethoden reflektiert (T5). Alle Reasoningformen (→Anl.5) wurden von den Teilnehmenden eingesetzt: diagnostisches Reasoning (T2), pragmatisches Reasoning (T2, T4, T5), prozedurales Reasoning (T1, T2, T4), interaktives Reasoning (T3), narratives Reasoning (T2), ethisches Reasoning (T4, T5), konditionales Reasoning (T1, T3, T5).

Das pragmatische Reasoning wurde von den Teilnehmenden eingesetzt in Situationen, in welchen körperliche oder sprachliche Hindernisse der Klient:innen oder Einschränkungen des Praxiskontextes den fließenden Verlauf des Therapieprozesses beeinflussten (T1, T4, T5).

“Also man muss halt die Therapie in dem Sinne anpassen, damit sie vielleicht nicht so mitbekommen, dass man gerade Therapie macht.” T1 Z138-139

4.3.1.2 Kulturelle Kompetenz

Alle Teilnehmerinnen gaben die Wirkung der kulturellen Kompetenz auf die Zusammenarbeit mit den Klient:innen an. Als kulturelle Kompetenzen wurden folgende genannt: Offenheit (T1, T4, T5), Empathie (T3, T5), Eigeninitiative (T4, T5), Frustrationstoleranz (T1), Wissen & Bewusstsein bzgl. Unterschiedlichen Werten & Gewohnheiten (T2), Unvoreingenommenheit & Geduld (T3), Toleranz & gesunder Menschenverstand & Zeit (T4), Transparenz(T5). Der Einsatz dieser Kompetenzen führt dazu, dass eine Zusammenarbeit als “bereichernd” (T5), gelungen (T4), gerecht (T3), erfolgreich (T2) empfunden wird oder überhaupt erst ermöglicht wird (T1).

Während der Datenanalyse, wurde die neue Sachdimension Sprachkenntnisse gebildet. Hiermit werden Sprachkenntnisse im weiten Sinne gemeint: verbale und non-verbale Kommunikation, aber auch die Anpassung der gemeinsamen Sprache und des Sprachniveaus (meist Englisch oder Einsatz eines Dolmetschers) (T1, T2, T3). T2 hätte es in der transkulturellen Zusammenarbeit mit Klient:innen geholfen, Informationen über Verhaltensweisen, Begrüßungs- und Abschiedsrituale zu haben, um darauf antizipieren zu können.

Die kulturelle Kompetenz kann dazu genutzt werden, die ergotherapeutische Zusammenarbeit kulturell sicher zu machen, indem Ergotherapeut:innen sich selbst und ihre Kultur reflektieren (T3, T2), professionelles Reasoning einsetzen und das Setting entsprechend anpassen (T3). Damit soll erreicht werden, dass sich Ergotherapeut:innen eigener Vorurteile bewusstwerden und kein Schubladendenken stattfindet (T2, T3), aber auch Klient:innen der Raum gegeben wird, sich frei auszudrücken (T3).

“ ... hauptsächlich den gesunden Menschenverstand. Auch die Kommunikationsfähigkeit. Und auch viel Offenheit, dass man grundsätzlich sich nicht verschließt, wenn man merkt, hier ist es anders als ich gewohnt bin ... “
T4 Z468-470

4.3.2 Klient:in

Unter Berufskultur (→4.2.2) wurde bereits ein Kausalmechanismus, welcher die Kategorie Klient:in beeinflusst, dargestellt. Es wurde deutlich, dass die Sachdimension ‘persönliche Eigenschaften’ (bspw. die Herkunft der Person) eine Wirkung auf die Sachdimension ‘klientenbezogenes Ich’ hat. Klient:innen nehmen beispielweise eine passive Rolle ein. Mittels sozialer Interaktion zwischen Klient:in und Ergotherapeut:in, kann sich das ‘klientenbezogene Ich’ in Bereitschaft zur aktiven Teilnahme wandeln (T4).

Die Kategorie Klient:in wurde um eine weitere Sachdimension erweitert: die/der erweiterte:r Klient:in. Bei nicht-westlich sozialisierten Klient:innen, stellte sich in den Experteninterviews hinaus, dass bei diesen häufig Angehörige anwesend sind, welche sich im ergotherapeutischen Prozess miteinbeziehen (T1, T4).

" ... Patienten habe ich auf jeden Fall gehabt aus Syrien, aus der Türkei, aus den vereinigten Arabischen Emiraten und aus Ägypten und aus Marokko ... Und auch andere afrikanische Länder ... " T3 Z66-68

“Es war zu Beginn schon ein: ‘Ich bin krank, helft mir!’ So. Aber das hat sich sehr schnell gewandelt in: ‘Ok, ich erkenne, wenn ich umschreibe, was tatsächlich in mir vorgeht, oder wo ich etwas merke, dann kann ich ganz anders unterstützt werden.’” T5 Z304-306

4.4 Zusammenarbeit von Ergotherapeut:in und Klient:in

In den Experteninterviews wurde beschrieben, was die Zusammenarbeit beeinflusst. Nur die westliche Kultur und die kulturelle Sicherheit wurden nicht als Ursachen genannt. Die Teilnehmerinnen bestätigten, dass der Praxiskontext (T2, T3 T5) (→4.1.2), die soziale Interaktion (T1, T2, T3, T4) (→4.4.1), die unausweichlichen interpersonellen Ereignisse (T1, T2, T3, T5) (→4.4.2) und wie bereits unter →4.3.1.2 beschrieben, die kulturelle Kompetenz die Zusammenarbeit beeinflusst.

Für die Zusammenarbeit mit den nicht-westlich sozialisierten Klient:innen, spielt unter anderem der Faktor Zeit eine wesentliche Rolle (T3) (→4.2.3). Ergotherapeut:innen benötigen teils länger, um eine Vertrauensbasis aufzubauen, und die Taktung der Therapieeinheiten sorgt für erschwerte Bedingungen (→4.4.1). Die Zusammenarbeit wird in →5 vor den Informationen aus dem theoretischen Hintergrund diskutiert.

“Ich glaube, weil das Vertrauensverhältnis da war und ich ... finde, das ist immer das Schöne, wenn man halt Patienten wirklich länger betreut. Vor allem wahrscheinlich auch eben, von der Zielgruppe, dass je länger man die betreut, desto mehr geben die auch von sich Preis. Und desto mehr kann man, finde ich auch so kulturelle Aspekte noch einmal mehr in die Therapie miteinfließen lassen.”

T3 Z266-270

4.4.1 Soziale Interaktion

Die soziale Interaktion ist im ergotherapeutischen Prozess primär von Klient:in und Ergotherapeut:in bedingt. Ein Kausalmechanismus ist unter Kultur nicht-westlich (→4.2.3) dargestellt, woraus deutlich wird, dass soziale Interaktion stark kulturell beeinflusst wird. Der Praxiskontext (T2, T3) zeigt auch eine Wirkung auf die soziale Interaktion, z. B. indem die Klinik auf Mesoebene Strukturen für Dolmetschertätigkeiten festlegt (T2). Oder da wegen der vorgegebenen Kliententaktung und dem damit verbundenen Zeitdruck, die Sprachbarriere schwieriger zu überwinden ist und über längere Zeit bestehen bleibt (T3). Um Sprachbarrieren zu überwinden, setzen die Teilnehmerinnen neben den genannten Dolmetscher:innen Bildkarten (T4) und Übersetzungsprogramme (T1) ein. Bedingt durch Sprachbarrieren kommt es seitens T2 zu Unsicherheiten bezüglich ihres Verhaltens und dessen Angemessenheit, weshalb die Sprachbarriere als negativer Einfluss auf die Zusammenarbeit gesehen wird. Von T3 wird die Sprachbarriere ebenso als Schwierigkeit empfunden, da mehr Zeit für die Interaktion benötigt wird, was mit dem Praxissetting nicht vereinbar ist. Zudem wird es als anstrengend empfunden, genauer auf seine Ausdrucksweise zu achten, damit die Klient:innen einen verstehen (T3).

Abbildung 6: Kausalmechanismus Praxiskontext (eigene Erstellung)

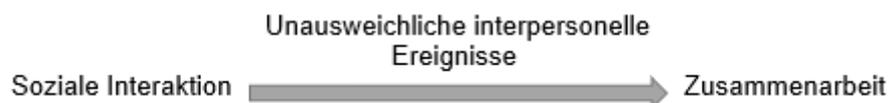


“ ... diese ganze zwischenmenschliche Interaktion ... wie ist das, wenn ich in den Raum hineinkomme, wie begrüßt man sich irgendwie, man nimmt doch nochmal was zum Essen mit am Ende, ... Anfang erst dachte, es ist so ein bisschen das darum herum. Und was ich für gar nicht so wichtig erachtet habe am Anfang, aber was mir dann immer mehr und mehr deutlich wurde, dass es natürlich den Personen sehr wichtig ist, aber auch, dass ich dadurch, ja, etwas lernen kann. Und dass es auch irgendwie für die Gesamtsituation irgendwie sehr positiv ist.” T2
Z625-631

4.4.2 Unausweichliche interpersonelle Ereignisse

Alle Teilnehmerinnen beschrieben das Auftreten der unausweichlichen interpersonellen Ereignisse. Diese beeinflussen die Zusammenarbeit (T1, T2, T3, T5) und die kulturelle Sicherheit (T4). Ursachen dieser Kategorie sind: Der Praxiskontext (T1, T2) – Vorhandensein und Einsatz von Technologie, sowie Personalangel – und die soziale Interaktion (T2, T5) – unterschiedliche Erwartungen, Verhaltensweisen und Sprachbarrieren – führen unter anderem zu Irritationen bei Klient:innen oder Gefühle der Unsicherheit und Überforderung bei Ergotherapeut:innen. Kulturell bedingte Rollenbilder können dazu führen, dass Klienten der Zielgruppe sich schwertun, Ratschläge von Therapeutinnen anzunehmen (T1, T3), es wurde außerdem bemerkt, dass Klient:innen der Zielgruppe mehr bezüglich der Bedingungen und Dauer von ergotherapeutischen Einheiten verhandeln (T1). T3 benennt ein empfundenes Dilemma bezüglich ihrer Kompetenz, als ein Klient ihr von seiner traumatischen Fluchtgeschichte erzählt.

Abbildung 7: Kausalmechanismus Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (eigene Erstellung)



“Wenn gerade die Patienten, die davon ausgehen, dass er mal nichts macht wieder gesund wird, man muss einfach nur warten, dann macht der Körper das schon selber. Dann ist das wirklich sehr anstrengend ... Und die, wenn sie dann auch noch nicht die Sprache verstehen und wir auch niemand da haben die übersetzen kann und die Angehörigen genauso ticken, dann wird es schon extrem schwierig ... das ist dann schon sehr zäh ... Und das ist für alle Beteiligten sehr anstrengend.” T1 Z263-273

4.4.3 Kulturelle Sicherheit

Die kulturelle Sicherheit wird vom Praxiskontext (T2, T5), der Berufskultur (T3) und der kulturellen Kompetenz (T2, T3) der Ergotherapeut:innen beeinflusst. Kolleg:innen welche Fremdsprachen beherrschen werden um Hilfe gebeten, wenn keine professionelle Dolmetscher:innen zur Verfügung stehen (T2). Die Sachdimension *othering* wird von mehreren Teilnehmerinnen angesprochen. Als Berufsanfängerinnen wirkten bestimmte kulturelle Aspekte der Klient:innen als befremdlich; man kennt das von sich selber nicht, dass so viele Personen unterschiedlicher Generationen allgemein und in der Therapie zusammen sind (T1 Z93-Z96). Mit zunehmender Berufserfahrung hat sich das Befremdliche gelegt. *Othering* wird bewusst vermieden, indem Klient:innen gleichbehandelt werden und davon ausgegangen wird, dass nicht-westlich sozialisierte Klient:innen nicht anders behandelt werden wollen (T4). Das Konzept der Transkulturalität wurde hervorgehoben, indem benannt wurde, dass jeder Person, unabhängig ihrer Sozialisation, als eigenständiges Individuum begegnet werden soll, da jede/r Kultur unterschiedlich lebt (T2, T3, T4). T5 gibt an, dass eine Begegnung auf Augenhöhe mit Klient:innen die Zusammenarbeit kulturübergreifend ermöglicht. Mit genügend Zeit für die Zusammenarbeit kann erreicht werden, dass Klient:innen sich wohl fühlen. Auch die sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten der Ergotherapeut:innen werden hier angesprochen (T3, T5)

“ ... ich glaube, was ... wichtig ist ... dass man ... so kulturelle Aspekte berücksichtig, aber dass man trotzdem eben, ich sage mal, man muss da ein bisschen aufpassen, dass man nicht gleich alle so in eine Schublade steckt ... ”
T3 Z615-618

5. Diskussion

Die vorliegende Forschungsarbeit setzt sich damit auseinander, wie westlich sozialisierte Ergotherapeut:innen die Zusammenarbeit mit nicht-westlich sozialisierten Klient:innen im Kontext Deutschland erleben. In diesem Kapitel geht es um den Abgleich der erhaltenen Daten der Experteninterviews mit den zuvor angestellten theoretischen Vorüberlegungen. Zudem werden diese bezugnehmend auf die Informationen des theoretischen Hintergrundes im Sinne einer Theorietriangulation (Höhl, 2016) diskutiert. Durch die Beantwortung der drei Leitfragen wird eine Schlussfolgerung für die Beantwortung der Forschungsfrage angestellt.

5.1 Leitfrage 1

Welche Rolle wird dem Konzept "Kultur" in der Zusammenarbeit mit Klient:innen eines nicht-westlichen kulturellen Hintergrundes von den behandelnden Ergotherapeut:innen zugewiesen?

Im theoretischen Hintergrund wurde dargestellt, dass Individuen im Zuge ihrer Sozialisation Werte und Normen einer Gesellschaft kennenlernen und sich diese aktiv aneignen, wodurch die eigene Identität geformt wird (Abels, 2019). Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung spielt für die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Klient:in und Ergotherapeut:in eine entscheidende Rolle, jedoch wird das Zustandekommen multifaktoriell (Horton et al., 2021) und von unausweichlichen interpersonellen Ereignissen (Taylor, 2008) beeinflusst. White und Beagan (2020) stellen dar, dass auch die Kultur von Klient:in und Ergotherapeut:in sich auf die Zusammenarbeit auswirkt.

Alle Teilnehmerinnen gaben an, einen Einfluss von Kultur auf den ergotherapeutischen Prozess wahrgenommen zu haben, hauptsächlich wurde der Einfluss der nicht-westlichen Kultur der Klient:innen dargestellt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass im Sinne des Konzeptes des *othering* die eigene Kultur als "normal" wahrgenommen wird, weshalb ungewohnte Verhaltensweisen und Einstellungen irritierend wirken (T1, T2). Inwiefern sich das Konzept der Kultur in der Zusammenarbeit gezeigt hat, wird anhand von fünf Kategorien dargestellt:

a. Klient:innen-Rolle und erweiterte:r Klient:in

Die Interviewteilnehmerinnen stellten eine Tendenz fest, dass sich nicht-westliche Klient:innen im ergotherapeutischen Prozess eher passiv beteiligen (T2, T3). T2 ergänzte jedoch, dass die Passivität auch auf Persönlichkeit, Alter und Therapieerfahrung zurückzuführen sei. Aufgrund des hauptsächlich neurologisch/orthopädisch ausgerichteten Praxissettings (T1-T4) wurde kein bedeutender Unterschied bezüglich der Zielsetzung erkannt, jedoch wurde festgestellt, dass bei nicht-westlichen Klient:innen die Angehörigen deutlich mehr in den ergotherapeutischen Prozess miteingebunden sind (T1, T2, T3). Von den Angehörigen werden pflegerische Tätigkeiten übernommen, sie dienen teilweise als Dolmetscher:in oder unterstützen einfach die Klient:innen (T1, T2). Die ständige Anwesenheit der Angehörigen wurde mit weniger Berufserfahrung als unangenehm wahrgenommen und führte teilweise zu Dilemmata, wenn Erwartungen nicht erfüllt oder Gebete während ergotherapeutischer Einheiten durchgeführt wurden (T1, T2). Hier zeigt sich ein Unterschied zwischen der individualistischen und kollektivistischen

Krankenversorgung und stellt ein Beispiel dar, warum eine u. a. von Hammell (2015b) und Malfitano et al. (2021) geforderte Überarbeitung der ergotherapeutischen Konzepte und Modelle auch in Deutschland notwendig ist.

b. Soziale Interaktion

Die im Rahmen der Experteninterviews beschriebenen Klient:innen kamen überwiegend aus der Türkei und den Vereinigten Arabischen Emiraten (T1, T2, T3). Die Teilnehmerinnen stellten Sprachbarrieren in der Zusammenarbeit fest, da Klient:innen einerseits aufgrund ihrer Krankheitsbilder sprachmotorisch eingeschränkt waren und andererseits über keine oder nur sehr basale Deutschkenntnisse verfügten (T1, T2, T3, T4, T5). Es wurde geäußert, dass auch der englische Begriff *occupation* zu Irritationen seitens der Klient:innen kam, wenn diesem Begriff die Bedeutung *Berufstätigkeit* zugeschrieben wurde (T2). Für die Zusammenarbeit mit nicht-westlich sozialisierten Klient:innen wurde das Wissen bezüglich kulturell unterschiedlichen Begrüßungsformen oder was als höfliche Verhaltensweisen erachtet wird, aber auch über religiöse Handlungen als hilfreich empfunden (T2). Es wurde beschrieben, dass bei der Sammlung erster Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Klient:innen Unsicherheiten bestanden haben. Hier zeigt sich das Konzept des *othering*, da ungewohnte Situationen zu Verunsicherungen führen. Der ergotherapeutische Ethikkodex (WFOT, 2016) stellt fest, dass allen Menschen dieselbe ergotherapeutische Versorgung zugutekommen soll. Im Sinne der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung ist es also wichtig, individuelle Betätigungsbedürfnisse zu erheben. Mirza und Harrison (2018) beschreiben den Bezug zwischen Sprachbarrieren und einer gerechten ergotherapeutischen Versorgung. Sie stellen dar, dass es aufgrund von Sprachbarrieren zu einer schlechteren Klientenversorgung und Unzufriedenheit auf Seiten der Klienten kommen kann. Die Teilnehmerinnen beschrieben, dass während des Klientenkontaktes nicht immer ein/e Dolmetscher:in zur Verfügung stand, oft nur bei wichtigen Gesprächen oder für die Durchführung von Assessments (T1, T2, T3, T5). Im Sinne der Qualitätssicherung, der Betätigungsgerechtigkeit und der gesundheitlichen Chancengleichheit, ist es in Deutschland anzustreben, während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses schnell und zuverlässig Dolmetscher:innen zurückgreifen zu können.

c. Männlichkeit vs. Weiblichkeit

Im Rahmen der Experteninterviews äußerten T1 und T2, dass nicht-westlich sozialisierte Klient:innen die Versorgung durch gleichgeschlechtliche Ergotherapeut:innen bevorzugten. Sowohl T1 als auch T2 gaben an, mehr Männer als Frauen nicht-westlicher Kulturen zu betreuen. Da das Personal des Arbeitssettings von beiden Teilnehmerinnen überwiegend weiblich war, konnte diesem Wunsch der Klienten meist nicht entsprochen werden. Konfliktsituationen traten auf, wenn männliche Klienten therapeutische Ratschläge von den weiblichen Ergotherapeutinnen nicht annehmen wollten (T2, T3). Wenn in Deutschland eine kulturell sichere ergotherapeutische Versorgung ermöglicht werden soll, sehen die Autorinnen den Bedarf, einerseits den ergotherapeutischen Beruf für Männer interessanter zu machen, andererseits auch eine größere kulturelle Vielfalt der Ergotherapeut:innen anzustreben. Konrad et al. (2016) stellte für die Ergotherapie einen Frauenanteil von 86,3% fest.

d. Verständnis von Krankheit/Gesundheit

Die Teilnehmerinnen stellten Unterschiede zwischen dem westlichen und dem nicht-westlichen Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis fest und wie mit Krankheit umgegangen wird (T1, T2, T3, T5). So äußerte T1, dass der Eindruck gewonnen wurde, dass nicht-westliche Klient:innen eher die

Einstellung vertraten, dass sie durch Ausruhen und das Vermeiden von Anstrengung schneller gesund werden würden. Von T2 hat festgestellt, dass die Klient:innen eine eher funktionell ausgerichtete ergotherapeutische Intervention erwarteten und eher weniger auf einen Alltagsbezug Wert legten. Geht es um das Abschließen von Behandlungsverträgen, wurde von T1 bemerkt, dass, im Gegensatz zu westlichen Klient:innen, die nicht-westlichen mehr über die Behandlungsdauer und die Inhalte verhandeln wollen (T1). T3 hat die Erfahrung gemacht, dass Klient:innen aus nicht-westlichen Kulturen Schmerzen schneller zum Ausdruck bringen und diese verbal sehr ausführlich darstellen (T3). Außerdem stellte T5 fest, dass sich bei einer Klientin aus einem afrikanischen Land psychische Probleme sehr stark somatisch bemerkbar machten. Der Kontakt und Austausch mit Angehörigen wurde von T2 als wertvoll empfunden, um zu erfahren, wie in dem Heimatland eines Klienten mit Krankheit umgegangen wird und wie sich diese auf seine Partizipation auswirken wird (T2). Die Erlebnisse der Teilnehmerinnen bestätigen die Erkenntnisse der qualitativen Studie von Malkawi et al. (2020), in welcher der Einfluss der jordanischen Kultur in ergotherapeutischen Interventionen untersucht wurde. Auch hier zeigte sich, dass betätigungs-basierte Interventionen von den Klientinnen als weniger hilfreich angesehen wurden; Kranke werden eher umsorgt, als sie in Aktivität zu bringen (Malkawi et al., 2020). Die Passivität im Umgang mit der Krankheit wird unter anderem auch dadurch verstärkt, dass Krankheit als etwas Gottgegebenes betrachtet wird (Reda, 2014; Malkawi et al., 2020). Es zeigen sich also durchaus einige Unterschiede, welche auch in Fachbüchern, unter anderem *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin* (Gillissen et al., 2020) aufgezeigt werden. Alle Teilnehmerinnen beschrieben den Bedarf, sich in Richtung transkultureller Zusammenarbeit fortzubilden, in den Berufsfachschulausbildungen sei die Thematik der Zusammenarbeit mit verschiedenen Kulturen nur angeschnitten oder so vermittelt worden, dass es nicht in Erinnerung geblieben sei. Nach dem Wissensstand der Autorinnen gibt es derzeit keine speziellen ergotherapeutischen Fortbildungen zu diesem Thema. Jedoch wird dies als sehr wichtig erachtet, da Klient:innen unterschiedlicher kultureller Herkunft nur ganzheitlich erfasst werden können, wenn die Ergotherapeut:innen deren kulturellen Hintergründe kennen und so auf verschiedene Verhaltensweisen oder Einstellungen sensibel reagieren können.

e. Transkulturalität

Auch wenn die Teilnehmerinnen nicht die Begrifflichkeit *Transkulturalität* benannten, umschrieben sie dennoch das, was darunter verstanden wird. So betonten T3 und T4 die Wichtigkeit, das Schubladendenken während des ergotherapeutischen Prozesses durch Selbstreflektion zu verhindern, da sich Individuen, auch wenn sie sich mit derselben Kultur identifizieren, diese unterschiedlich ausleben. Wie bereits unter →d. beschrieben sind Fortbildungen zu dem Thema der Transkulturalität in der Ergotherapie wünschenswert, unter anderem auch deshalb, weil gerade die Betätigungsauswahl, die Art und Weise, wie und mit wem Betätigungen durchgeführt werden, sowie welche Betätigungen überhaupt von Bedeutung sind, stark von der Kultur einer Gesellschaft beeinflusst werden (Hammell, 2020).

5.2 Leitfrage 2

Welche Reasoningformen setzen westlich sozialisierte Ergotherapeut:innen während des ergotherapeutischen Prozesses ein, wenn sie mit Klient:innen, die in einem nicht-westlichen Kulturkreis sozialisiert wurden, zusammenarbeiten?

Der mehrdimensionale Denkprozess des professionellen Reasonings der Ergotherapeut:innen dient der Interventionsplanung, -durchführung und Reflektion (Márquez-Álvarez et al., 2019; Schell & Schell, 2019). Im theoretischen Hintergrund wird der Einfluss der Berufskultur, sowie die kulturelle, westliche Prägung der Ergotherapeut:innen auf die Entscheidungsprozesse dargestellt (Hammell, 2009; Schell & Schell, 2019; Unsworth, 2004). Die Wirkung der eigenen Kultur auf die Reasoningprozesse sollte laut Iwama (Townsend et al., 2013) beachtet werden, ebenso wie es bereits mit der Kultur von Klient:innen geschieht.

Die Teilnehmerinnen bestätigten den Einsatz aller beschriebenen Reasoningformen aus dem hypothetischen Modell. Im Folgenden werden einzelne Reasoningformen, sowie der Kausalzusammenhang zur Berufskultur dargestellt.

a. Diagnostisches und Prozedurales Reasoning

Alle Teilnehmerinnen arbeiteten – aufgrund der Einschlusskriterien – in klassischen ergotherapeutischen Arbeitsfeldern, wobei erkennbar war, dass das diagnostische Reasoning, vor allem in der Frührehabilitation und bei traumatisierten Personen (T1, T3, T5) eine wesentliche Rolle in der ergotherapeutischen Behandlung einnimmt. Die Auswahl der Evaluations- und Interventionsmaßnahmen im Sinne des prozeduralen Reasonings, werden im Kontext der Frührehabilitation an die Diagnosen der Klient:innen angeglichen (T1), sowie auch orientiert an ergotherapeutischen Grundannahmen bestimmt, indem Modelle teils kulturübergreifend eingesetzt wurden (T2).

b. Pragmatisches Reasoning

Die Hindernisse und Einschränkungen, welche hauptsächlich den Einsatz des pragmatischen Reasonings bewirkten (T1, T4, T5), sind teils bedingt durch Finanzierungen der Heilmittel. An die Finanzierung gebunden sind abweichende Vorschriften sowie Dauern der Behandlung. Dies erfordert mehr Flexibilität seitens der Ergotherapeut:innen.

c. Narratives und interaktives Reasoning

Die Teilnehmerinnen stellen in der Zusammenarbeit die Lebensgeschichte und Ziele der Klient:innen (narratives Reasoning) in den Vordergrund. So wurden bei einem Klienten, der nach dem Reha-Aufenthalt vollständig von der Familie gepflegt wurde, Ziele, die sich nicht auf die selbstständige Körperpflege beziehen, in den Vordergrund gestellt (T2). Interaktives Reasoning wurde durch den Einsatz von Empathie, Kommunikation und Offenheit in der therapeutischen Zusammenarbeit hervorgehoben, um eine ganzheitliche Wahrnehmung der Klient:innen zu erzielen (T3). Das Aufbauen einer Beziehung zu dem/der Klient:in, sowie die Geschichte der Person kennenzulernen und zu verstehen, sind Grundlage für das konditionale Reasoning, auch *enablement* Reasoning genannt. Die Relevanz dieser Reasoningformen wird unter anderem im Kompetenzprofil des DVE (2019) (→Anl.6)

mit der Kompetenz Kommunikation und im CMCE nach Townsend et al. (2013) (→Anlage 7) mit den *enablement skills coach* und *collaborate* wiedergeben.

d. Konditionales Reasoning

Abhängig vom Praxiskontext wurde konditionales Reasoning angewendet, indem Teilnehmerinnen klientenzentriert und betätigungsorientiert arbeiteten. Beispielsweise konnten Klient:innen im Rahmen der Zusammenarbeit mit Angehörigen (erweiterter Klient) vermehrt motiviert werden (T1), es wurde Rücksicht genommen auf mögliche Traumata (T3), und Interventionen wurden nach dem aktuellen Befinden und Wünschen der Klient:innen angepasst (T5). Es konnte teilweise nicht klientenzentriert oder betätigungsorientiert gearbeitet werden, da Klient:innen diese Rolle nicht einnehmen konnten oder wollten (T1, T3) und kulturell bedingte Barrieren einheitliches Verständnis der Ergotherapie (T1, T2, T4) sowie sprachliche Barrieren die Verständigung erschwerten (T2, T5). Zudem war kontextbasiertes Arbeiten einerseits aufgrund des klinischen Settings (T1, T2, T3) eingeschränkt, andererseits aufgrund soziokultureller Faktoren (T5) – Klientinnen im Asylverfahren leben in einer Gemeinschaftsunterkunft – welche die Zusammenarbeit in der Umwelt der Klient:innen verhinderten.

e. Ethisches Reasoning

Ethisches Reasoning wurde weniger direkt angesprochen. Es war jedoch erkennbar, dass die Teilnehmerinnen ihre persönlichen Werte in der ergotherapeutischen Zusammenarbeit mit Klient:innen miteinbeziehen und diese holistisch betrachten (T1, T2, T3, T4, T5). Verantwortungsbewusstes Handeln im Sinne von ethischem Reasoning (Feiler, 2019) sollte in der Zusammenarbeit mit Personen einer vulnerablen Gruppe (bspw. Personen mit Fluchterfahrung) oder bei einem bestehenden Machtungleichgewicht aufgrund soziokultureller Bedingungen hervorgehoben werden.

f. Berufskultur

Die Begrifflichkeit des Reasonings wurde in den Experteninterviews nur von T3 erwähnt. In der Ergebnisdarstellung (→4.2.2) wird hervorgehoben, dass die Inhalte der Berufsausbildung nicht genügend kulturelle Kompetenzen vermitteln. T2 stellte dar, wie ein Modul namens "interkulturelle Kompetenzen" im Rahmen des dualen Studienganges Ergotherapie stattgefunden hat. Im Allgemeinen wird jedoch ersichtlich, dass die Teilnehmerinnen sich den Großteil ihrer kulturellen Kompetenzen, welche das professionelle Reasoning beeinflussen, nicht während der Berufsausbildung (→5.1), sondern erst im Arbeitskontext angeeignet haben.

In den Experteninterviews wurde verdeutlicht, dass sich die Teilnehmerinnen bemühen mit Hilfe der vielfältigen Reasoningformen Verbundenheit (Humbert et al., 2011) zu erleben. Das war aber, als sie noch Berufsanfängerinnen waren, aufgrund fehlender Kenntnisse, nicht möglich. Die Teilnehmerinnen mussten sich die kulturellen Kompetenzen und damit die Verbesserung des eigenen professionellen Reasoning selbstständig aneignen, um in der Zusammenarbeit gleichwertige Machtverhältnisse aufzubauen (Townsend et al., 2013).

Um die Gesamtheit der Klient:innen zu erfassen, müssen mit dem Hauptaugenmerk auf Kultur- und vielfaltsensibles Reasoning, die soziokulturellen Aspekte der Person immer berücksichtigt werden (Costa & Jäger, 2019). Costa und Jäger (2019) sprechen die Herausforderung der Vermittlung und Implementierung dieser Reasoningform an. In den Experteninterviews festgestellte Herausforderungen bezogen auf die Berufsausbildung komplizieren den angemessenen Einsatz des Kultur- und

vielfaltsensibles Reasoning. Die Einflüsse der Kultur auf das Betätigen sind wesentlich und sollten zunehmend bewusst in den Reasoningsprozessen miteinbezogen werden, um, wie Hammell (2014) darstellte, angemessener auf die Diversität der Klient:innen eingehen zu können. Das Erreichen sozialer und Betätigungsgerechtigkeit (→2.3.1) erfordert Berücksichtigung aller Analyseebenen*, mit dem Fokus auf Menschenrechte auf Makroebene.

Die Menschenrechte spielen beim ergotherapeutischen Reasoning eine bedeutende Rolle. Artikel 22 der UN-Menschenrechtskonvention (Vereinte Nationen, 1948) besagt, dass "jeder als Mitglied der Gesellschaft ... Anspruch darauf hat, ... in den Genuss der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zu gelangen, die für seine Würde und die freie Entwicklung seiner Persönlichkeit unentbehrlich sind." Der Weltverband der Ergotherapie (WFOT, 2016) orientiert sich an den UN-Menschenrechtskonvention und hat deshalb als Grundstein in ihrem Ethikkodex die kulturelle Relevanz von Betätigungen aufgenommen. Um als Profession der selbst anerkannten UN-Menschenrechtskonvention und dem eigenen Ethikkodex nachzukommen, und dementsprechend kultursensibel arbeiten zu können, sind diesbezüglich Reasoningformen erforderlich: Kultur- und Vielfaltsensibles und ethisches Reasoning. Diese kulturbezogene Reasoningform betrifft Ergotherapeut:innen in ihrer alltäglichen Arbeit, unabhängig vom Setting und Klient:innen (Kinébanian & Stomph 2010).

5.3 Leitfrage 3

Welche Ressourcen setzen westlich sozialisierte Ergotherapeut:innen ein, um kulturelle Dilemmata vorzubeugen oder mit diesen umzugehen?

Im theoretischen Hintergrund werden die Konzepte der kulturellen Kompetenz, kultureller Sicherheit und Reasoning besprochen.

In der transkulturellen Zusammenarbeit ist es erforderlich, dass Ergotherapeut:innen kulturell kompetent sind (Iwama, 2003, Talero et al., 2015, Talero, 2017) und kulturbezogenes Reasoning (→5.2) anwenden.

Die kulturelle Sicherheit, als Teil des Praxiskontextes, analysiert kulturelle Unterschiede und deren Folgen auf soziale, wirtschaftliche, politische und gesundheitliche Ungleichheiten (Gerlach, 2012). Ergotherapeut:innen schaffen mittels ihres Verhaltens, Umsetzung ihrer kulturellen Kompetenzen, einen kulturell sicheren Ort für ihre Klient:innen. Die Transkulturalität soll im Gegenzug zum *othering*, hervorgehoben werden, um kulturelle Dilemmata im besten Fall vorzubeugen oder zu umgehen.

Eine Vielfalt an Ressourcen in der Bewältigung kultureller Dilemmata, in fünf Kategorien:

a. Sprache

Zur Überwindung sprachlicher Barrieren, wurden Dolmetscher:innen eingesetzt. Die Verhältnisse waren unterschiedlich: Dolmetscher:innen waren in der Einrichtung angestellt (T2, T5), Kolleg:innen wurden zum Übersetzen eingesetzt (T1, T2, T4, T5), sie wurden extern zur Verfügung gestellt (T5), Klient:innen kümmerten sich um die Anwesenheit von Dolmetscher:innen (T1, T2, T3). Zudem waren häufig durchgehend Angehörige (erweiterter Klient:in) bei der Therapie anwesend, die Übersetzungsaufgaben übernommen haben (T1, T2).

Nicht immer war es möglich, dass Personen zum Übersetzen vor Ort waren, unter anderem hat die Coronapandemie die Zusammenarbeit mit der Zielgruppe erschwert. Teilnehmerinnen haben vermehrt Technologie eingesetzt, um die Kommunikation mit den (erweiterten) Klient:innen zu erleichtern (T1). Während der Behandlung wurde Google Translator eingesetzt (T1, T2,) oder mit Bildkarten gearbeitet (T4).

Sprachliche Barrieren konnten auch mittels des Findens einer gemeinsamen Sprache gelöst werden, in den meisten Fällen englisch (T2, T3). Außerdem beherrschten Teilnehmerinnen oder Kolleg:innen im direkten Arbeitsumfeld auch Grundlagen weiterer Fremdsprachen, wie arabisch und französisch (T2, T5). In vielen Fällen half eine Anpassung der Ausdrucksweise und des Sprachtempos (Verwenden einfacher Sprache) und das Suchen aktiver Kommunikation mit den Klient:innen und Angehörigen, um Unsicherheiten beidseits zu überwinden und sich über angemessenes Verhalten bewusst zu werden.

b. Professioneller Austausch

Der Austausch im Team unterstützte die Teilnehmerinnen vor allem als Berufsanfängerinnen (T2, T5). Kontakte mit Netzwerken (Vereine, Organisationen, Ämter) ermöglichen es, einen besseren Überblick über die institutionelle, physische und soziale Umwelt der Klient:innen zu bekommen (T5).

c. Wissen

Auf Eigeninitiative haben die Teilnehmerinnen sich Wissen über die Kultur der Klient:innen angeeignet, indem sie bei Kolleg:innen, Klient:innen oder Angehörigen nachfragten oder Informationen lasen (T2, T4, T5). „Learning by doing“ (T4); viel Disziplin, Motivation und Zeit hat das Aneignen des fehlenden Wissens gekostet.

d. Praxiskontext

Die Teilnehmerinnen haben, soweit dies noch nicht geschehen und möglich war, den Praxiskontext an die Bedürfnisse der nicht-westlich sozialisierten Klient:innen angepasst. Passende Therapieräume wurden ausgewählt (T2, T5), Behandlungsverträge wurden auf Englisch übersetzt und in adaptierter Form umgesetzt (T1), Hausaufgabenhefte wurden ebenfalls in verschiedene Sprachen übersetzt (T1). Flexibilität wurde gezeigt, indem erweiterte Klient:innen länger und teils durchgehend anwesend sein durften (T1, T2).

e. Reasoning und Selbstreflektion

Die eingesetzten Ressourcen bezogen auf das professionelle Reasoning (→5.2) und Selbstreflektion, um transkulturelle Zusammenarbeit zu gewährleisten (→5.1), werden in der Beantwortung der ersten beiden Leitfragen aufgeführt.

Die Implementierung neuerer ergotherapeutischer Inhalts- und Prozessmodelle, welche sensibler auf die kulturellen Hintergründe von Klient:innen eingehen, wie das *Transactional Model of Occupation* von Fisher und Marterella (2019) und das zugehörige Prozessmodell *Occupational Therapy Intervention Process Model* (OTIPM*) von Fisher (2018) oder das populationsbasierte, von Whiteford und Townsend entwickelte *Participatory Occupational Justice Framework* (Whiteford et al., 2017) können den Einsatz der bereits vorhandenen Ressourcen stärken.

5.4 Stärken & Schwächen

Abschließend zeigen die Autorinnen in diesem Kapitel die Stärken und Schwächen der vorliegenden Forschungsarbeit, indem die angewandte Methodik kritisch betrachtet wird.

5.4.1 Stärken

Die vorliegende Forschungsarbeit wurde unter Einhaltung der vier methodologischen Prinzipien nach Gläser und Laudel (2010) durchgeführt:

Das Prinzip der Offenheit wurde erfüllt, indem beide Autorinnen in allen Schritten der Datenerhebung sowie -auswertung involviert waren und so vorschnelle Interpretationen gegenseitig aufgezeigt werden konnten. Für die Planung der Datenerhebung und die anschließende qualitative Inhaltsanalyse hielten sich die Autorinnen an die von Gläser und Laudel beschriebenen Schritte (Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens) und legten ihr eigenes Vorgehen detailliert und begründet dar. Der Forderung des theoriegeleiteten Vorgehens wurde nachgekommen, indem das hypothetische Modell auf Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche basiert. Das Prinzip des Verstehens wurde eingehalten, da die Forschungsarbeit an die Tradition der Hermeneutik (Chapparo, 2016) anschließt. Gläser und Laudel bezeichnen das Verstehen als Werkzeug innerhalb der sozialwissenschaftlichen Forschung. Dieses Verstehen von Handlungsweisen der zu untersuchenden Personen erreichten die Autorinnen, indem sie die Auswertung der erhobenen Daten über drei Abstraktionsebenen erstellten, welche von Gläser und Laudel beschrieben wurden (→3.4.3).

Neben dem Einhalten der methodologischen Prinzipien hielten sich die Autorinnen zudem über den gesamten Forschungsprozess hinweg an die in →3.6 dargestellte Forschungsethik.

Wie unter →3.5 bereits beschrieben, wurden für diese Forschungsarbeit die qualitativen Gütekriterien nach Höhsl (2016) angewendet, ebenso, welche Strategien die Autorinnen angewendet haben, um diese zu erfüllen. Als besondere Stärke dieser Forschungsarbeit betrachten die Autorinnen die durchgängige Forschertriangulation. Durch die Beteiligung beider Autorinnen in allen Schritten des durchlaufenen Forschungsprozesses (Höhsl, 2016). Auf diese Weise konnte eine stetige gemeinsame und gegenseitige Reflektion gewährleistet werden. Gemeinsam mit dem *Member Check* der Transkriptionen durch die jeweiligen Teilnehmerinnen sollte mit diesen Schritten Glaubwürdigkeit (*credibility*) erreicht werden. Da die Teilnehmerinnen sich gegenseitig nicht kannten und aus unterschiedlichen Arbeitsstellen kamen, konnte eine Datentriangulation gesichert werden (Höhsl, 2016). Eine möglichst detaillierte Beschreibung der Teilnehmenden soll die Übertragbarkeit (*transferability*) in andere Situationen und mit anderen Teilnehmenden gewährleisten (Höhsl, 2016)

5.4.2 Schwächen

Als größte Schwäche dieser Forschungsarbeit sehen die Autorinnen, dass vier der fünf Teilnehmerinnen aus dem Bekanntenkreis kamen und somit die Bias der sozialen Erwünschtheit (Klewer, 2016) besteht. Aufgrund einer sehr geringen Rückmeldequote mussten die Autorinnen auf die Personen aus ihrem Bekanntenkreis zurückgreifen.

Das Sampling wurde Ende Juli begonnen, was jedoch bereits in die Urlaubszeit vieler Arbeitnehmer:innen fiel. Die Autorinnen riefen viele Einrichtungen und Praxen an, um einen persönlichen Kontakt herzustellen. Die häufigsten Absagegründe waren: zu wenig Personal aufgrund

von Urlaubszeiten, insgesamt Personalmangel und deshalb keine Kapazitäten während der Arbeitszeit an einem Interview teilzunehmen, oder in der Freizeit kein Interesse an einem Interview teilzunehmen.

Bei der Durchführung der Interviews und der anschließenden gemeinsamen Reflektion sowie in den Transkriptionen zeigte sich die Ungeübtheit der Autorinnen im Führen von Interviews. Es wurde deutlich, dass die Autorinnen die Teilnehmenden immer wieder positiv bestärkten, jedoch schien es nicht, dass das Antwortverhalten der Teilnehmenden dadurch bedeutend beeinflusst wurde.

Das von Gläser und Laudel (2010) kostenlos zur Verfügung gestellte Auswertungsprogramm war mit den Betriebssystemen der Autorinnen nicht kompatibel, weshalb auf selbst erstellte Excel Tabellen zurückgegriffen wurde. Dies kostete sehr viel extra Zeit und Mühe, da das Sortieren der erhobenen Daten manuell ablaufen musste und so die Kombination verschiedener Kausalketten eingeschränkt durchgeführt wurde.

6. Schlussfolgerung

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist, das Erleben der transkulturellen Zusammenarbeit aus Sicht von in Deutschland arbeitenden westlich sozialisierten Ergotherapeut:innen näher zu beleuchten. Die Resultate der Forschung zeigen durchaus vielschichtige Herausforderungen und Dilemmata seitens der Ergotherapeut:innen auf. Hierbei wird jedoch betont, dass die Zusammenarbeit mit Klient:innen aus nicht-westlichen Kulturen überaus bereichernd ist und schöne gemeinsame Momente entstehen.

Auf der Mikroebene wurden Herausforderungen und Dilemmata vor allem verursacht durch Sprachbarrieren, ungewohnten Verhaltensweisen und ein unterschiedliches Verständnis von Krankheit, welche bedingen, dass die Erwartungen an die ergotherapeutische Zusammenarbeit von Klient:innen und Ergotherapeut:innen unter anderem bezogen auf die Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung nicht von Anfang an zusammenpassten. Die Vermittlung relevanter Kompetenzen für die transkulturelle Zusammenarbeit zeigt Entwicklungsbedarf. Der zunehmende Theorie-Praxis-Transfer mit bereits entwickelten Theorien der Occupational Science ist dafür ein wichtiger Schritt.

Um auf der Mesoebene einen kulturell sicheren Ort zu schaffen, soll die eigene Berufspraxis vermehrt unter Beachtung aller Säulen der Ergotherapie reflektiert und angepasst werden. So kann die Qualität der therapeutischen Beziehungen und darauffolgende Behandlungserfolge gesichert werden. Eine Entlastung würde ein leicht zugänglicher und schnell verfügbarer Dolmetscherservice, in Form von Dolmetschertelefonen oder in Form einer Fremdsprachenliste von Mitarbeitenden bieten. Fremdsprachenkenntnisse von Ergotherapeut:innen helfen dabei sensibler auf Verhaltensweisen der nicht-westlich sozialisierten Klient:innen eingehen zu können. Eine Datenbank, welche Assessments in verschiedenen Sprachen beinhaltet und jeweils auf die gewünschte Population genormt sind könnte den Einsatz kultursensibler Assessments erhöhen. Werden diese online bearbeitet, könnten sie mit Hilfe von Übersetzungsprogrammen in eine für den/die Ergotherapeut:in verständliche Sprache übersetzt werden.

Auf der Makroebene stellt die Finanzierung von ergotherapeutischen Dienstleistungen von Menschen ohne Asyl- und Aufenthaltsstatus eine Herausforderung für Ergotherapeut:innen dar. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit, sowie zur Unterstützung und Förderung der vulnerablen Gruppe, sollen Ergotherapeut:innen sich zunehmend auf berufspolitischer Ebene beteiligen und sich mit den Stakeholdern auseinandersetzen. Wie auch die derzeitige Coronapandemie gezeigt hat, gibt es in Deutschland eine ungleiche Verteilung von Gesundheitsversorgung, Aufklärung und Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund. Für die Ergotherapie bedeutet es, dass Konzepte, Modelle und Assessments vor dem heutigen transkulturellen und politischen Hintergrund neu gedacht, adaptiert und deren Evidenz bestätigt werden müssen.

Nur wenn Ergotherapeut:innen sich bewusst auf allen Analyseebenen mit der eigenen Berufsidentität und den Wirkungen der wachsenden Vielfalt der ergotherapeutischen Klient:innen auseinandersetzen, können sie für diese meist vulnerablen Klient:innen fürsprechen. Die daraus resultierenden, notwendigen Änderungen, ermöglichen erfolgreiche transkulturelle Zusammenarbeit in der Ergotherapie und werden der Betätigungsgerechtigkeit sowie der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit annähernd gerecht.

Literaturverzeichnis

- Abels, H. (2019). *Einführung in die Soziologie* (5 Aufl., Bd. 2). Springer Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-22476-9>
- Abels, H. (2020). *Soziale Interaktion*. Springer VS.
- Agner, J. (2020). Moving From Cultural Competence to Cultural Humility in Occupational Therapy: A Paradigm Shift. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 7404347010p1-7404347010p7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.038067>
- Amacher, M. & Schulthess, M. (2017). *Flüchtling? ...Kind! Der Alltag von unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden und mögliche ergotherapeutische Ansätze zur Bewältigung dieser Herausforderung* [Bachelorarbeit]. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
<https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/1322>
- American Psychological Association. (o. D.-a). *APA Dictionary of Psychology*. Abgerufen am 2. September 2021, von <https://dictionary.apa.org/empowerment>
- American Psychological Association. (o. D.-b). *APA Dictionary of Psychology*. Abgerufen am 2. September 2021, von <https://dictionary.apa.org/conflict>
- American Psychological Association. (o. D.-c). *APA Dictionary of Psychology*. Abgerufen am 2. September 2021, von <https://dictionary.apa.org/emotion>
- Auswärtiges Amt. (2021). Medizinische Behandlung. In *Visumhandbuch* (73. Aufl., S. 425–426).
<https://www.auswaertiges-amt.de/blob/207816/86bc1cf8d085561fed2c213ae8607115/visumhandbuch-data.pdf>
- Bartscher, T., Nissen, R. (2018, 14. Februar). *Personal*. Gabler Wirtschaftslexikon.
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/personal-43978/version-267300>
- Bayer, U. & Schlegel, F. (2017). *Traumatisiert - was tun? : Ergotherapie bei Kindern mit einem Trauma aufgrund von Kriegs- und/oder Fluchterfahrungen im Lebensbereich Schule* [Bachelorarbeit]. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
<https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/1300>
- Beagan, B. L. (2015). Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 82(5), 272–282. <https://doi.org/10.1177/0008417414567530>
- Becker, H. (2016). Forschungsstand und Forschungslücke. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 272–274). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Bendel, O. (2021, 6. September). Kultur. *Gabler Wirtschaftslexikon*. Abgerufen am 06. November 2021, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/kultur-123133/version-384808>
- Brodmerkel, A. (2017, Mai 1). *Einwanderungsland Deutschland*. bpb.
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/196652/einwanderungsland-deutschland>

- Broszinsky-Schwabe, E. (2017). *Interkulturelle Kommunikation: Missverständnisse und Verständigung* (2. Aufl.). Springer VS.
- Bundeszentrale für politische Bildung. (o. D.-a). Demografischer Wandel. *Das Lexikon der Wirtschaft*. bpb.de <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/lexikon-der-wirtschaft/240461/demografischer-wandel>
- Bundeszentrale für politische Bildung (o. D.-b). Makro-/Meso-/Mikroebene. *Das Politiklexikon*. bpb.de <https://m.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/296425/makro-meso-mikroebene>
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2016, 1. März). *Die Regionen und ihre Staaten*. bpb.de. Abgerufen am 7. November 2021, von <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/globalisierung/236397/die-regionen-und-ihre-staaten>
- Castro, D., Dahlin-Ivanoff, S. & Mårtensson, L. (2014). Occupational therapy and culture: a literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 401–414. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.898086>
- Castro, D., Dahlin-Ivanoff, S. & Mårtensson, L. (2016). Feeling like a stranger: negotiations with culture as experienced by Chilean occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(6), 425–436. <https://doi.org/10.3109/11038128.2016.1152295>
- Chapparo, C. (2016). Hermeneutik (R. Weigl, Übers.). In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 98–112). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Clases, C. (2021, 12. März). *Vertrauen*. Dorsch - Lexikon der Psychologie. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/vertrauen>
- Cole, M. B. & McLean, V. (2003). Therapeutic Relationships Re-Defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2), 33–56. https://doi.org/10.1300/j004v19n02_03
- Coors, M. & Neitzke, G. (2018). „Othering“: Die Konstruktion des Anderen im Gesundheitswesen. *Ethik in der Medizin*, 30(3), 191-204. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0489-5>
- Cope, D. G. (2013). Methods and Meanings: Credibility and Trustworthiness of Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, 41(1), 89–91. <https://doi.org/10.1188/14.onf.89-91>
- Costa, U. & Jäger, M. (2019). Menschenrechte, Kultur, Vielfalt und Professionelles Reasoning in der Ergotherapie. In M. Feiler (Hrsg.), *Professionelles und klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (S. 84-94). Thieme.
- Council of Occupational Therapists for the European Countries. (2009). *Developing Codes of Ethics – COTEC Policy and Guidelines*. <https://coteceurope.eu/COTEC%20Docs/Code%20of%20Ethics.pdf>
- Craik, J., Davis, J. & Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl., S. 229-246). Canadian Association of Occupational Therapists.
- Denkler, T. (2021, 30. März). Der Tod von George Floyd in der Rekonstruktion. *Süddeutsche.de*. <https://www.sueddeutsche.de/politik/george-floyd-tod-polizeigewalt-videos-rekonstruktion-1.4928047>

- Deutscher Verband der Ergotherapeuten. (2018). *Die Ausbildungsstandards des DVE*.
<https://dve.info/bildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung/ausbildungsstandards-des-dve/file>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten. (2019, Mai). *Kompetenzprofil Ergotherapie*.
<https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten. (2020, 1. April). *Ethik in der Ergotherapie: Handlungshilfe zur ethischen Situationseinschätzung im beruflichen Alltag*.
<https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/3959-2020-ethik-einzelseiten-pdf-final/file>
- Deutscher Verband Ergotherapie. (o. D.). *Infos für Patienten*. Abgerufen am 2. September 2021, von <https://dve.info/ergotherapie/infos-fuer-patienten>
- Dillard, M., Andonian, L., Flores, O., Lai, L., MacRae, A. & Shakir, M. (1992). Culturally Competent Occupational Therapy in a Diversely Populated Mental Health Setting. *The American Journal of Occupational Therapy*, 46(8), 721–726. <https://doi.org/10.5014/ajot.46.8.721>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Überarb. Aufl.). Springer.
- Dorschredaktion. (2021a). Erfahrung. *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen am 07. November 2021, von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/erfahrung>
- Dorschredaktion (2021b). Erleben. *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen am 07. November 2021, von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/erleben>
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse - Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.) [E-Book]. Eigenverl.
- Dudenredaktion. (o. D.-a). Dilemma. *Duden online*. Abgerufen am 8. November 2021, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Dilemma>
- Dudenredaktion. (o. D.-b). Empathie. *Duden online*. Abgerufen am 8. November 2021, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Empathie>
- Dudenredaktion. (o. D.-c). Sprachkenntnisse. *Duden online*. Abgerufen am 8. November 2021, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Sprachkenntnisse>
- Dudenredaktion (o. D.-d). Zusammenarbeiten. *Duden online*. Abgerufen am 07. November 2021, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/zusammenarbeiten#close-cite>
- Dürrenberger, J. & Spycher, L. (2018). *Betätigungsmöglichkeiten von Menschen mit Fluchtgeschichte : der Einfluss von Erwerbsmöglichkeit auf die Lebensqualität von Geflüchteten der letzten fünfzig Jahre* [Bachelorarbeit]. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/10429>
- Duncan, E. A. S. (2021). Introduction. In E. A. S. Duncan (Hrsg.), *Foundations for Practice in Occupational Therapy* (6. Aufl., S. 1-5). Elsevier.
- Feiler, M. (2019). Über das Denken nachdenken: Formen und Arten unseres Professionellen Reasonings. In M. Feiler (Hrsg.), *Professionelles und klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Ein Leitfaden für reflektiertes Denken und Handeln* (S. 149–167). Thieme.

- Fijal, D. & Beagan, B. L. (2019). Indigenous perspectives on health: Integration with a Canadian model of practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 86(3), 220–231. <https://doi.org/10.1177/0008417419832284>
- Fiorati, R. C. (2021). The Theory of Communicative Action: A Theoretical-Methodological Contribution to Social Occupational Therapy. In R. E. Lopes & A. P. S. Malfitano (Hrsg.), *Social Occupational Therapy: Theoretical and Practical Designs* (S. 80–90). Elsevier.
- Fisher, A. G. (2018). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (B. Dehnhardt, Übers.) (2., geringfügig überarbeitete Aufl.). Schulz-Kirchner. (Originalquelle veröffentlicht in 2009).
- Fisher, A. G. & Martarella, A. (2019). *Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy*. Center for Innovative OT Solutions.
- Gerber, K. & Nastasi, S. (2017). *Partizipation erleben : aktivitätsbasierte Massnahmen zur Förderung der Partizipation bei Flüchtlingen und Asylsuchenden mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung* [Bachelorarbeit]. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/1304>
- Gerlach, A. J. (2012). A Critical Reflection on the Concept of Cultural Safety. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 79 (3), 151–158. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.3.4>
- Gerlach, A. J. (2015). Sharpening our critical edge: Occupational therapy in the context of marginalized populations. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 82(4), 245-253. <https://doi.org/10.1177/0008417415571730>
- Gillessen, A., Golsabahi-Broclawski, A., Biakowski, A. & Broclawski, A. (2020). *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin*. Springer Publishing.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und Qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.). VS Verlag.
- Glaser, C. (2019). *Risiko im Management: 100 Fehler, Irrtümer, Verzerrungen und wie man sie vermeidet*. Springer Gabler.
- Gisler, A. & Wolfensberger, A. (2011). *Freizeit bei Personen mit Migrationshintergrund: wie kann dieser Fokus in der Ergotherapie klientenzentriert thematisiert werden?* [Bachelorarbeit]. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/365>
- Gray, M. & McPherson, K. (2005). Cultural Safety and professional practice in occupational therapy: A New Zealand perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(1), 34–42. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2004.00433.x>
- Gygax, K. & Inauen, F. (2011). *Give us something to do! : Notwendigkeit der Ergotherapie bei Flüchtlingen während des Asylverfahrens zur Entgegenwirkung von Occupational Deprivation* [Bachelorarbeit]. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/366>

- Hammell, K. W. (2009). Sacred texts: a sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 76(1), 6–22. <https://doi.org/10.1177/000841740907600105>
- Hammell, K. R. W. (2013a). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 174–181. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.752032>
- Hammell, K. R. W. (2013b). Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 80(4), 224–234. <https://doi.org/10.1177/0008417413500465>
- Hammell, K. R. W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being: an exploration. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 81(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/0008417413520489>
- Hammell, K. R. (2015a). Client-centred occupational therapy: the importance of critical perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 237–243. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1004103>
- Hammell, K. W. (2015b). Respecting global wisdom: Enhancing the cultural relevance of occupational therapy's theoretical base. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(11), 718–721. <https://doi.org/10.1177/0308022614564170>
- Hammell, K. R. W. (2016). Empowerment and occupation: A new perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 83(5), 281–287. <https://doi.org/10.1177/0008417416652910>
- Hammell, K. W. (2019). Building globally relevant occupational therapy from the strength of our diversity. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 75(1), 13–26. <https://doi.org/10.1080/14473828.2018.1529480>
- Hammell, K. W. (2020). Making Choices from the Choices we have: The Contextual-Embeddedness of Occupational Choice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(5), 400–411. <https://doi.org/10.1177/0008417420965741>
- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.) [E-Book]. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 669–686). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44
- Hitch, D., Pépin, G. & Stagnitti, K. (2014a). In the Footsteps of Wilcock, Part One: The Evolution of Doing, Being, Becoming, and Belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(3), 231–246. <https://doi.org/10.3109/07380577.2014.898114>
- Hitch, D., Pépin, G. & Stagnitti, K. (2014b). In the Footsteps of Wilcock, Part Two: The Interdependent Nature of Doing, Being, Becoming, and Belonging. *Occupational Therapy In Health Care*, 28(3), 247–263. <https://doi.org/10.3109/07380577.2014.898115>

- Höhsl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 127–130). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Hofstede, G., Hofstede, G. J. & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations - Software of the Mind: Intercultural Cooperation and Its Importance for Survival* (3. Überarb. Aufl.). McGraw-Hill Education Ltd.
- Horton, A., Hebson, G. & Holman, D. (2021). A longitudinal study of the turning points and trajectories of therapeutic relationship development in occupational and physical therapy. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06095-y>
- Humbert, T. K., Burket, A., Deveney, R. & Kennedy, K. (2011). Occupational therapy practitioners' perspectives regarding international cross-cultural work. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 300–309. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00915.x>
- Huntington, S. P. (1993). The Clash of Civilizations? *Foreign Affairs*, 72(3), 22. <https://doi.org/10.2307/20045621>
- Iwama, M. (2003). Toward culturally relevant epistemologies in occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 582–588. <https://doi.org/10.5014/ajot.57.5.582>
- Iwama, M. (2007). Culture and occupational therapy: meeting the challenge of relevance in a global world. *Occupational Therapy International*, 14(4), 183–187. <https://doi.org/10.1002/oti.234>
- Iwama, M. K., Thomson, N. A. & Macdonald, R. M. (2009). The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and Rehabilitation*, 31(14), 1125–1135. <https://doi.org/10.1080/09638280902773711>
- Jackson, T. (2020). The legacy of Geert Hofstede. *International Journal of Cross Cultural Management*, 20(1), 3–6. <https://doi.org/10.1177/1470595820915088>
- Janssen, P. T. H. M. (2019). *Intercultural Competences* [E-Book]. Noordhoff.
- Junge, I., Longrée, A. & Weber, B. (2019). Entwicklung des Berufes in Deutschland. In M. le Granse, M. Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 48–55). Georg Thieme Verlag.
- Kamps, I., Klein, L. & Norris, L. (2015). Occupational Justice - ein Recht für alle! Ergotherapie mit Flüchtlingen. *ERGOTHERAPIE UND REHABILITATION*, 54(7), 23–27. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-51020150703>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2021). Heilmittel: Alles Wichtiger zur Verordnung - Die neuen Regelungen, Das neue Formular, Beispiele aus der Praxis. *PraxisWissen*. Published. https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Heilmittel.pdf
- Kinébanian, A. & Logister-Proost, I. (2019). Begriffe verstehen - der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 353–394). Thieme.
- Kinébanian, A. & Stomph, M. (2010). Diversity matters: guiding principles on diversity and culture. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 61(1), 5–13. <https://doi.org/10.1179/otb.2010.61.1.002>

- Klewer, J. (2016). *Projekt-, Bachelor- und Masterarbeiten*. Springer Publishing.
- Köller, B. (2008). Anwendbarkeit ergotherapeutischer Modelle bei Klienten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund: Eine Befragung von Ergotherapeuten in Deutschland und in der Schweiz. *ergoscience*, 3(04), 156–165. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1027830>
- Kohl, P. (2013). Der Kulturbegriff [E-Book]. In P. Kohl (Hrsg.), *Aufwertung und Identität im transkulturellen Raum* (S. 19–32). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-02563-2_2
- Konrad, M., Volz, A. & Drosselmeyer, J. (2016). Allein unter Frauen! – Männer in der Ergotherapie. *ergopraxis*, 9(02), 38–41. <https://doi.org/10.1055/s-0041-109975>
- Lackers, R., Siepermann, M., Haas, H. D. & Neumair, S. M. (2018). Netzwerk. In *Gabler Wirtschaftlexikon*. Springer Gabler. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/netzwerk-37928/version-261357>
- Le Granse, M. & Kuiper, C. (2019). Der Klient. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinebanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 180–195). Thieme.
- Le Granse, M. (2020). Werden wir mit unseren Modellen allen Klienten gerecht? – Kulturelle Vielfalt. *ergopraxis*, 13(02), 44–47. <https://doi.org/10.1055/a-1035-5073>
- Lies, J. (2018, 14. Februar). *Unternehmenskultur*. Gabler Wirtschaftslexikon. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/unternehmenskultur-49642/version-272870>
- Lim, K. H. & Iwama, M. (2021). The Kawa (River) Model. In E. A. S. Duncan (Hrsg.), *Foundations for Practice in Occupational Therapy* (6. Aufl., S. 111–126). Elsevier.
- Loer, A.-K. (2015). Fuß fassen - Die ergotherapeutische Arbeit mit Asylbewerbern in Deutschland Europäisches Jahr der Entwicklung 2015 (Teil 3). *ERGOTHERAPIE UND REHABILITATION*, 54(12), 20–23. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-51020151202>
- Mae, M. (2019). Transkulturalität: ein neues Paradigma in den Kulturwissenschaften, der Geschlechterforschung und darüber hinaus. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 313–322). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12496-0_37
- Malfitano, A. P. S., Whiteford, G. & Molineux, M. (2021). Transcending the individual: The promise and potential of collectivist approaches in occupational therapy. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 28(3), 188–200. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1693627>
- Malkawi, S. H., Alqatarneh, N. S. & Fehringer, E. K. (2020). The Influence of Culture on Occupational Therapy Practice in Jordan. *Occupational Therapy International*, 2020, Artikel 1092805. <https://doi.org/10.1155/2020/1092805>
- Maroney, P., Potter, M. & Thacore, V. R. (2014). Experiences in occupational therapy with Afghan clients in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal* 61(1), 13–19. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12094>
- Márquez-Álvarez, L.-J., Calvo-Arenillas, J.-I., Talavera-Valverde, M.-Á. & Moruno-Millares, P. (2019, 26. November). Professional Reasoning in Occupational Therapy: A Scoping Review. *Occupational Therapy International*, 2019, Artikel 6238245. <https://doi.org/10.1155/2019/6238245>

- Marxer, P. & Mettler, S. (2012). *Kultur und die Bedeutung der Selbständigkeit : Konsequenzen für ergotherapeutische Interventionen in der Schweiz* [Bachelorarbeit]. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://doi.org/10.21256/zhaw-396>
- McCormack, G. L. (1987). Culture and Communication in the Treatment Planning for Occupational Therapy With Minority Patients. *Occupational Therapy In Health Care*, 4(1), 17–36. https://doi.org/10.1080/j003v04n01_03
- McGough, S., Wynaden, D. & Wright, M. (2018). Experience of providing cultural safety in mental health to Aboriginal patients: A grounded theory study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 204–213. <https://doi.org/10.1111/inm.12310>
- McSweeney, B. (2002). Hofstede's Model of National Cultural Differences and their Consequences: A Triumph of Faith - a Failure of Analysis. *Human Relations*, 55(1), 89–118. <https://doi.org/10.1177/0018726702551004>
- Meyer, C. & Meier Zu Verl, C. (2014). Ergebnispräsentation in der qualitativen Forschung [E-Book]. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, (S. 245–257). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>
- Minkov, M. (2017, 1. September). A revision of Hofstede's model of national culture: Old evidence and new data from 56 countries. *Cross Cultural & Strategic Management*, 25(2), S. 231-256. <https://doi.org/10.1108/CCSM-03-2017-0033>
- Mirza, M. & Harrison, E. A. (2018). Working With Clients With Limited English Proficiency: Mapping Language Access in Occupational Therapy. *Occupational Therapy In Health Care*, 32(2), 105–123. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1434722>
- Molineux, M. (2010). Occupational Science and Occupational Therapy: Occupation at Center Stage. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Hrsg.), *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living* (2. Aufl., S. 359–383). Pearson Education.
- Müller, H. (2012). Gesundheit, Krankheit und Migration. Klienten mit Migrationshintergrund in der Ergotherapie. *ERGOTHERAPIE UND REAHABILITATION*, 51(1), 24–28. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2011-51020120104>
- Muñoz, J. P. (2007). Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational therapy international*, 14(4), 256–280. <https://doi.org/10.1002/oti.238>
- Murray, C., Turpin, M., Edwards, I. & Jones, M. (2015, Juli). A qualitative meta-synthesis about challenges experienced in occupational therapy practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(9), 534–546. <https://doi.org/10.1177/0308022615586786>
- Nissen, R. (2018, 19. Februar). *Beruf*. Gabler Wirtschaftslexikon. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/beruf-31434/version-254991>
- Nowak-Lehmann D. F., Cardozo, A. R. & Martínez-Zarzoso, I. (2020). *Migration and asylum flows to Germany: From facts to analysis* (No. 248) [IAI Discussion Papers] Georg-August-Universität Göttingen.
- Nunez, C., Mahdi, R. N. & Popma, L. (2017). *Intercultural Sensitivity: From Denial to Intercultural Competence* (4. Überarb. Aufl.). Royal Van Gorcum BV.

- Ossola, E. (2011). Kultursensibilität – oder „Fremd ist der Fremde nur in der Fremde“. *ERGOTHERAPIE UND REHABILITATION*, 50(6), 15–17. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2011-51020110602>
- Polatajko, H. J., Molke, D., Baptiste, S., Doble, S., Santha, J. C., Kirsh, B., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Iwama, M., Rudman, D. L., Thibeault & Stadnyk, R. (2013). Occupational science: Imperatives for occupational therapy. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl., S. 63-82). Canadian Association of Occupational Therapists.
- Pooremamali, P., Persson, D. & Eklund, M. (2011). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 109–121. <https://doi.org/10.3109/11038121003649789>
- Reda, S. (2014). Krankheitsverständnis und Altersbilder im Islam. *ERGOTHERAPIE UND REHABILITATION*, 53(10), 19–22. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2014-51020141003>
- Reid, H. A. J., Hocking, C. & Smythe, L. (2019). The making of occupation-based models and diagrams: History and semiotic analysis. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(4), 313–325. <https://doi.org/10.1177/0008417419833413>
- Ritschl, V., Prinz-Buchberger, B & Stamm, T. (2016). Die richtige Methode wählen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 51-59). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Ritschl, V., Stamm, T. & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch - evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 291–306). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Roever, L. (2018, August). PICO: Model for Clinical Questions. *Evidence Based Medicine and Practice*, 3(1). <https://doi.org/10.4172/2471-9919.1000115>
- Rotarou, E. & Olivares, D. (2017). The impact of neoliberalism on health and the health system: The case of Chile. In D. Sakellariou & N. Pollard (Hrsg.), *Occupational Therapies Without Borders* (2. Aufl., S. 38–48). Elsevier.
- Roth, C. (2021). Kritisches Weißsein – Weiße Privilegien und rassismuskritisches Handeln in der Ergotherapie. *ergopraxis*, 14(04), 16-21.
- Santos, V. & Spesny, S. (2016). Questioning the concept of culture in mainstream occupational therapy. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24(1), 185–190. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0675>
- Schell, B. A. B. & Schell, J. W. (2019). Professionelles Reasoning in der Ergotherapie. In M. Feiler (Hrsg.), *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Ein Leitfaden für reflektiertes Denken und Handeln* (S. 29–45). Thieme.
- Schiller, S. (2012). Unterstützung von Flüchtlingen. Eine Aufgabe der gemeinwesenorientierten Ergotherapie. *ERGOTHERAPIE UND REHABILITATION*, 51(9), 14–19. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2012-51020120902>

- Schiller, S. (2015). Betätigung ist Menschenrecht - Positionen der internationalen Ergotherapie Europäisches Jahr der Entwicklung 2015 (Teil 1). *ERGOTHERAPIE UND REHABILITATION*, 54(10), 26–29. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-51020151004>
- Schmidt, A. (2018). Interaktion und Kommunikation. In D. Hoffmann & R. Winter (Hrsg.), *Mediensoziologie: Handbuch für Wissenschaft und Studium* (S. 15–38). Nomos
- Sircar, A., Roth, C., Roosen, I. & Merklein De Freitas, C. (2021). Wir müssen reden! Rassismuskritisches Denken in der Ergotherapie. *ERGOTHERAPIE UND REHABILITATION*, 60(1), 18–21. <https://doi.org/10.2443/skv-s2021-51020210102>
- Six, B. (2016, 11. Juni). *Rolle*. Dorsch - Lexikon der Psychologie. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/rolle>
- Stadnyk, R. L., Townsend, E. A. & Wilcock, A. A. (2010). Occupational Justice. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Hrsg.), *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living* (2. Aufl., S. 329–358). Pearson Education.
- Stalder, S. (2010). *Interkulturelle Ergotherapie : Klienten mit Migrationshintergrund in der Pädiatrie* [Bachelorarbeit]. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/347>
- Statistisches Bundesamt. (2021a, 21. Juni). *Bevölkerungsstand: Bevölkerung nach Staatsangehörigkeitsgruppen*. Destatis. Abgerufen am 3. November 2021, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-staatsangehoerigkeitsgruppen.html>
- Statistisches Bundesamt. (2021, 21b. Juni). *Größte Herkunftsländer von Flüchtlingen 2020* [Dataset]. Zitiert nach de.statista.com. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/186108/umfrage/herkunftslaender-von-fluechtlingen/>
- Statistisches Bundesamt. (o. D.). *Migrationshintergrund*. Destatis. Abgerufen am 23. April 2021, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html#:~:text=Eine%20Person%20hat%20einen%20Migrationshintergrund,mit%20deutscher%20Staatsangeh%C3%B6rigkeit%20geboren%20wurde>
- Sue, D. W., Arredondo, P. & McDavis, R. J. (1992). Multicultural Counseling Competencies and Standards: A Call to the Profession. *Journal of Counseling & Development*, 70(4), 477–486. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb01642.x>
- Talero, P. (2017). Culturally Responsive Care In Occupational Therapy: Learning from Other Worldviews. In D. Sakellariou & N. Pollard (Hrsg.), *Occupational Therapies Without Borders: integrating justice with practice* (2. Aufl., S. 292-301). Elsevier.
- Talero, P., Kern, S. B. & Tupé, D. A. (2015). Culturally responsive care in occupational therapy: an entry-level educational model embedded in service-learning. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(2), 95–102. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.997287>
- Taylor, R. (2008). „Use of Self“ in der Ergotherapie: Beziehungen bewusst gestalten. *ergoscience*, 3(1), 22–31. <https://doi.org/10.1055/s-2007-963767>

- Taylor, R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application* (5. Aufl.). Lippincott Williams & Wilki.
- The World Bank. (o. D.). *Population, total | Data*. Data World Bank. Abgerufen am 23. April 2021, von https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTLend=2019&name_desc=false&start=2009&view=map
- Thomas, Y., Gray, M. & McGinty, S. (2011). Occupational therapy at the 'cultural interface': Lessons from research with Aboriginal and Torres Strait Islander Australians. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(1), 11–16. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00917.x>
- Tomlin, G. & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189–196. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000828>
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D. & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl., S. 87-134). Canadian Association of Occupational Therapists.
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (Hrsg.). (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl.). Canadian Association of Occupational Therapists.
- Trommsdorff, G. (2008). Kultur und Sozialisation. In K. Hurrelmann, M. Grundmann & S. Walper (Hrsg.), *Handbuch Sozialisationsforschung* (7. Aufl., S. 229–239). Beltz Verlag.
- Unsworth, C. A. (2001). The Clinical Reasoning of Novice and Expert Occupational Therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(4), 163–173. <https://doi.org/10.1080/110381201317166522>
- Unsworth, C. A. (2004). Clinical Reasoning: How do Pragmatic Reasoning, Worldview and Client-Centredness Fit? *British Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 10–19. <https://doi.org/10.1177/030802260406700103>
- Van Hartingsveldt, M., Hengelaar, R. & Logister-Proost, I. (2015). De praktijkcontext van de ergotherapeut beweegt mee met de veranderingen in zorg en welzijn. *Ergotherapie Magazine*, 43(3), 40–46.
- Verbraucherzentrale. (2020, 24. Juni). *Medizinische Versorgung von Asylbewerbern*. <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/aerzte-und-kliniken/medizinische-versorgung-von-asylbewerbern-12312>
- Vereinte Nationen. (1948, Dezember). *Resolution der Generalversammlung (217 A (III)). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. 1–6. <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>
- Völz, S. (2014). Interkulturelles Lernen in der Ergotherapie-Ausbildung - Eine empirische Untersuchung zum Umgang von Schülern mit einem Reflexionskatalog. *ergoscience*, 9(1), 2–11. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2014-54020140101>

- Weber, J. (2018, 14. Februar). *Wirtschaftlichkeit*. Gabler Wirtschaftslexikon. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/wirtschaftlichkeit-47252/version-270518>
- Weigl, R. (2016). Datenschutz. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben - Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 33–37). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Weis, S., Süß, H. & Conzelmann, K. (2019, 8. Mai). *soziales Verständnis*. Dorsch - Lexikon der Psychologie. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/soziales-verstaendnis#search=697712c878ffdbded776917a66fa1120&offset=1>
- Welsch, W. (2020). Transkulturalität: Realität und Aufgabe [E-Book]. In H. Giessen & C. Rink (Hrsg.), *Migration, Diversität und kulturelle Identitäten: Sozial- und kulturwissenschaftliche Perspektiven* (S. 3–18). J.B. Metzler.
- White, T. & Beagan, B. L. (2020). Occupational Therapy Roles in an Indigenous Context: An Integrative Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 87(3), 200–210. <https://doi.org/10.1177/0008417420924933>
- Whiteford, G. E., Townsend, E. A., Bryanton, O., Wicks, A. & Pereira, R. (2017). The Participatory Occupational Justice Framework: Salience Across Contexts. In D. Sakellariou & N. Pollard (Hrsg.), *Occupational Therapies Without Borders: integrating justice with practice* (2. Aufl., S. 163-174). Elsevier.
- Wilcock, A. (1993). A theory of the human need for occupation. *Journal of Occupational Science*, 1(1), 17–24. <https://doi.org/10.1080/14427591.1993.9686375>
- Wilcock, A. A. (1999). Reflections on Doing, Being and Becoming*. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46(1), 1-11. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.1999.00174.x>
- Wilcock, A. A. (2007). Occupation and Health: Are They One and the Same? *Journal of Occupational Science*, 14(1), 3–8. <https://doi.org/10.1080/14427591.2007.9686577>
- World Federation of Occupational Therapists. (2006). *Positionspapier - Menschenrechte*. <https://www.wfot.org/resources/human-rights>
- World Federation of Occupational Therapists. (2010). *Client-Centredness in Occupational Therapy*. <https://www.wfot.org/resources/client-centredness-in-occupational-therapy>
- World Federation of Occupational Therapists. (2016). *Code of Ethics*. <https://www.wfot.org/resources/code-of-ethics>
- World Federation of Occupational Therapists. (2020, 19. Juni). *Statement on systemic racism*. <https://wfot.org/assets/resources/WFOT-Statement-on-Systemic-Racism.pdf>
- Zango Martín, I., Flores Martos, J. A., Moruno Millares, P. & Björklund, A. (2015). Occupational therapy culture seen through the multifocal lens of fieldwork in diverse rural areas. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(2), 82–94. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.965197>
- Zimmermann, P. (2006). *Grundwissen Sozialisation: Einführung zur Sozialisation im Kindes- und Jugendalter* (3. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Glossar

Begriff	Definition
Analyseebene	Mikro-, Meso- und Makroebene. (Bundeszentrale für politische Bildung, o. D.-b, nach Schubert & Klein, 2020)
becoming	<i>“Becoming is the perpetual process of growth, development, and change that reside within a person throughout their life. It is directed by goals and aspirations, which can arise through choice or necessity, from the individual or from groups. Regular modifications and revisions of goals and aspirations help to maintain momentum in becoming, as does the opportunity to experience new or novel situations and challenges.”</i> (Hitch et. al., 2014a, S. 241-242)
being	<i>“Being is the sense of who someone is as an occupational and human being. It encompasses the meanings they invest in life, and their unique physical, mental, and social capacities and abilities. Occupation may provide a focus for being, but it also exists independently of it during reflection and self discovery. Being is expressed through consciousness, creativity and the roles people assume in life. Ideally, individuals are able to exercise agency and choice in their expression of being, but this is not always possible or even desirable.”</i> (Hitch et. al., 2014a, S. 241)
belonging	<i>“Belonging is a sense of connectedness to other people, places, cultures, communities, and times. It is the context within which occupations occur, and a person may experience multiple belongings at the same time. Relationships are essential to belonging, whether they be with a person, place, group, or other factor. A sense of reciprocity, mutuality, and sharing characterize belonging relationships, whether they are positive or negative.”</i> (Hitch et. al., 2014a, S. 242)
doing	<i>“Doing is the medium through which people engage in occupations, and the skills and abilities needed for doing accumulate across time. Doing involves engaging in occupations that are personally meaningful, but not necessarily purposeful, healthy or organized. Doing involves being actively engaged, either overtly (i.e., observable, physical) or tacitly (i.e., mental, spiritual). Doing follows broadly similar patterns across the population, and humans are able to adapt their doing to greater and lesser degrees according to circumstance.”</i> (Hitch et. al., 2014a, S. 241)
Interkoder-Reliabilität	<i>“ ... das ist die Wahrscheinlichkeit, mit der verschiedene Personen bei Anwendung derselben Regeln ein gleiches Resultat erreichen ... “</i> (Gläser & Laudel, 2010, S. 210)

Interkulturalität	“Begegnung und Verständigung zwischen Menschen, die verschiedenen Kulturen angehören.” (Broszinsky-Schwabe, 2017, S. 29)
Kultursensibilität	“ ... eine offene, neugierige Haltung gegenüber Menschen aus anderen Kulturkreisen zu entwickeln bzw. zu pflegen, also etwas über die andere Person und deren (kulturellen) Kontext erfahren zu wollen sowie die Bereitschaft, die eigenen Einschätzungen und Haltungen zu hinterfragen und ggf. Anzupassen.” (Ossola, 2011, S. 16)
Migrationserfahrung	Personen die selbst nach Deutschland eingewandert sind. (Statistisches Bundesamt, o. D.)
monokulturell	“in einer Nation/Staat [bildet] eine ethnische Gruppe die Mehrheit (...) und ihre Kultur, insbesondere die Sprache und Werte, [ist] die vorherrschende.” (Broszinsky-Schwabe, 2017, S. 63)
Multikulturalität	“in einem Staat/einer Nation [leben] mehrere ethnische Kulturen [zusammen] und [gestalten] die gemeinsame Kultur” (Broszinsky-Schwabe, 2017, S. 63)
Occupational Justice	Betätigungsgerechtigkeit “ <i>The concept of occupational justice juxtaposes moral, ethical, and politica ideas of justice on occupation. A focus on occupational justice means that we look at diverse occupational needs, strengths, and potential of individuals and groups, while at the same time considering issues of rights, fairness, empowerment, and enablement of occupational opportunities.</i> ” (Stadnyk et. al., 2010, S. 331)
Occupational Science	Betätigungswissenschaft “ (...) <i>it is the study of humans as occupational beings including the nature and structure of occupation and the relationship between occupation and health, viewed broadly to include optimal well-being and equitable participation in the everyday life of a society by all citizens.</i> ” (Molineux, 2010, S. 373)
transkulturell	In dem Konzept der Transkulturalität wird davon ausgegangen, dass Kulturen nicht abgekapselt voneinander existieren, sondern sich gegenseitig beeinflussen und miteinander vernetzt sind. Kulturen sind also in sich heterogen und Einzelpersonen legen ihre Kultur wiederum individuell aus. (Mae, 2019)
Stereotypie	“sozialen Gruppen [werden] bestimmte Eigenschaften und Verhaltensweisen zugeschrieben ..., die typisch für jedes einzelne Gruppenmitglied sein sollen.” (Glaser, 2019, S. 154)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eine kulturelle Weltkarte zeigt die vorherrschenden Kulturregionen eingeordnet in Maßstäbe Kollektivismus/Individualismus und Monumentalisms/Flexibilität (Minkov, 2017), eigene Erstellung	23
Abbildung 2: Hypothetisches Modell (eigene Erstellung)	38
Abbildung 3: Legende zum hypothetischen Modell (eigene Erstellung)	38
Abbildung 4: Kausalmechanismus Berufskultur (eigene Erstellung)	53
Abbildung 5: Kausalmechanismus Kultur nicht-westlich (eigene Erstellung)	54
Abbildung 6: Kausalmechanismus Praxiskontext (eigene Erstellung)	57
Abbildung 7: Kausalmechanismus Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (eigene Erstellung)	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien (eigene Erstellung)	36
Tabelle 2: Praxiskontext der Teilnehmenden (eigene Erstellung)	50

Anlagen

Anlage 1: Darstellung der Literaturrecherche

Deutsch	Englisch
Ergotherapie*	Occupational Therap*
	ot
	Rehabilitator*
	practitioner
Kultur*	Cultur*
Betätig*	Occupation*
Interkultur*	Intercultur*
	Cross-cultur*
Transkultur*	Transcultur*
Multikultur*	Multicultur*
Sensibilit*	Sensibilit*
	Sensitivit*
Kompetenz*	Competence
	Cultural safety
	Cultural humility
	(cultural) reasoning
	Cultural awareness
Diversit*	Divers*
Unterschied*	Difference*
Dilemma*	Dilemma*
Herausforder*	Challenge
Erfahrung	Experience*
	Perspective*
	Perception
Migration	migration
	Global south

Anlage 2: Auszug aus Recherchetabelle

Datenbank: pub med					
Suchdatum: 27.03.2021					
Einschränkung	Citavi	Zeitraum	Sprache	Publikationsform	Filter
	ja	2011-2022	English		Journal Article
Stichwörter und Operatoren				Trefferanzahl	
"diversity" AND "occupational therapy" AND "culture"				21 →7 Artikel relevant → anhand der Abstracts, jeweils die Literaturverzeichnisse nach Relevanz gefiltert an Hand der Abstracts → Referenzen gefiltert	
("occupational therap*" AND "culture")				432	
("occupational therap*" AND "culture" AND "competenc*")				58 --> 3 weitere relevante Artikel, Duplikate herausgefiltert	
"intercultur*" AND "occupational therapy"				7 →A critical reflexion on two conceptual tools from a Global South perspective. Simaan J. → Literaturverzeichnis gefiltert	
"coss cultur*" AND "occupational therapy"				0	
"coss cultural" AND "occupational therapy"				0	
"cultural differences" AND "occupational therapy"				18 → nach Duplikatfilterung ein neuer Artikel	
"multicultur*" AND "occupational therapy"				16 → nach Duplikatfilterung 1 weiterer Artikel	
"transcultural" AND "occupational therapy"				Keine relevanten Ergebnisse	
"cultur*" AND "occupational therapy" AND "dilemma"				Keine relevanten Ergebnisse	

Anlage 3: Einteilung der Kernstudien nach Tomlin & Borgetto (2011)

Studientitel	Informationen	Einteilung nach Tomlin und Borgetto (2011)
<p>Castro, D., Dahlin-Ivanoff, S. & Mårtensson, L. (2016). Feeling like a stranger: negotiations with culture as experienced by Chilean occupational therapists. <i>Scandinavian journal of occupational therapy</i>, 23(6), 425–436. https://doi.org/10.3109/11038128.2016.1152295</p>	<p>Qualitatives Design, Semistrukturierte Interviews, 10 durchgeführte Interviews, Validationsphase und Datentriangulation, content analysis, multikulturelles Forscherteam, Untersuchungszeitraum = 16 Monate</p>	<p>Qualitative Forschung, 2 a,b</p>
<p>Pooremamali, P., Persson, D. & Eklund, M. (2011). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. <i>Scandinavian journal of occupational therapy</i>, 18(2), 109–121. https://doi.org/10.3109/11038121003649789</p>	<p>Qualitativ, 8 Interviews, grounded Theory, Durchführung der Interviews bis zur Datensättigung, Datentriangulation, Membercheck</p>	<p>Qualitative Forschung, 2b,c</p>
<p>Humbert, Tamera Keiter; Burket, Allison; Deveney, Rebecca; Kennedy, Katelyn (2011): Occupational therapy practitioners' perspectives regarding international cross-cultural work. In: <i>Australian occupational therapy journal</i> 58 (4), S. 300–309. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2010.00915.x.</p>	<p>Qualitatives, phänomenologisches Design. Semi-strukturierte Interviews</p> <p>11 TN, jeweils ein Interview 1-2 Stunden, deswegen nicht a</p> <p>Interviews einzeln ausgewertet, anschließend verglichen und nur Themen ausgewählt mit denen alle Forscherinnen einverstanden waren. Transkripte wurden erneut überprüft und analysiert = Triangulation. Anschließend Member checking & 2 TN boten Erläuterungen zu den Themen. Deswegen c</p>	<p>Qualitative Forschung, 2b,c</p>
<p>Murray, Carolyn; Turpin, Merrill; Edwards, Ian; Jones, Mark (2015): A qualitative meta-synthesis about challenges experienced in occupational therapy practice. In: <i>British Journal of Occupational Therapy</i> 78 (9), S. 534–546. DOI: 10.1177/0308022615586786.</p>	<p>Metasynthese/systematic review, Bewertung der eingeschlossenen Studien à criteria of credibility, transferability, confirmability and dependability; Einschluss von 24 Studien, Datentriangulation</p>	<p>Qualitative Forschung, 1</p>

<p>Malkawi, Somaya H.; Alqatarneh, Nisrin S.; Fehringer, Elaine K. (2020): The Influence of Culture on Occupational Therapy Practice in Jordan. In: Occupational therapy international 2020, S. 1092805. DOI: 10.1155/2020/1092805.</p>	<p>Semistrukturierte Interviews, Phenomenologie, 11 interviewte ETs (mind. 2 Jahre Berufserfahrung), Daten an Hand von thematischer Analyse ausgewertet, informed consent unterschrieben, Pilot Studie vor richtiger Studie, Audio recording, wörtliche Transkription, Interviewdauer 25-25 min., Memberchecking, reflective journaling</p>	<p>Qualitative Forschung, 2b,c</p>
<p>White, T. & Beagan, B. L. (2020). Occupational Therapy Roles in an Indigenous Context: An Integrative Review. Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie, 87(3), 200–210. https://doi.org/10.1177/0008417420924933</p>	<p>Integrative review, critical appraisal der Funde, Triangulation,</p>	<p>deskriptive Studie, 1</p>

Anlage 4: Kulturdimensionen nach Hofstede

eigene Übersetzung nach Hofstede et al. (2010) und Janssen (2019)

	individualistisch	kollektivistisch
Machtdistanz	In allen Gesellschaften herrschen Machtungleichheiten. Nach Hofstede wird die Machtdistanz mit dem Grad definiert, zu welchem die weniger mächtigen Menschen einer Gesellschaft die Macht erwarten oder akzeptieren, welche innerhalb von der Familie, gesellschaftlich, wirtschaftlich oder sozio-politisch ungleich verteilt ist	
Individualismus vs. Kollektivismus	Individualistische Gesellschaften haben die Erwartung an Individuen, für sich selbst und die Kernfamilie zu sorgen	In kollektivistischen Gesellschaften sehen sich Menschen als Teil einer Gruppe an, welche im Gegenzug zu der uneingeschränkten Loyalität des Einzelnen gegenüber der Gruppe Schutz und Sicherheit bietet
Weiblichkeit vs. Männlichkeit	In weiblichen Gesellschaften überschneiden sich die emotionalen Geschlechterrollen, so sind sowohl Männer als auch Frauen bescheiden, zart und bedacht auf die Lebensqualität	In männlichen Gesellschaften sind die Geschlechter bezogen auf Emotionen klar voneinander getrennt, wobei Männern die Attribute der Gelehrtheit, des Durchsetzungsvermögens sowie die Fokussierung auf materiellen Erfolg zugeschrieben werden, wohingegen Frauen zart, bescheiden und auf die Lebensqualität bedacht sind.
Vermeiden von Unsicherheiten	Kulturen, die ein geringes Vermeidungsverhalten von Unsicherheiten aufweisen sind weniger ausdrucksstark, es gibt weniger Regeln und die Bürger beteiligen sich an der Politik.	Kulturen, die Unsicherheiten vermeiden, bevorzugen klare Strukturen und Regeln, sowie das Nutzen von viel Wissen. Emotionen werden stark ausgedrückt, Gestik und Mimik werden stark eingesetzt.
Langzeitfokus vs. Kurzzeitfokus	Kulturen, in welchen ein Langzeitfokus verfolgt wird, haben die Zukunft und den Weg dorthin im Blick, für welchen Ausdauer, Ehrlichkeit, Verantwortung, wirtschaftliche Faktoren, und Disziplin aufgebracht werden müssen.	Kulturen, die kurzzeitige Ziele anvisieren verfolgen Tugenden, die sich auf die Vergangenheit und auf die Zukunft fokussieren, sie achten Traditionen und sind darauf bedacht, nicht ihr Gesicht zu verlieren, ebenso wie auf das Erfüllen sozialer Erwartungen.
Genuss vs. Zurückhaltung	Hedonismus bedeutet Spaß zu haben und zu genießen. Das Ausgeben von Geld für die eigene Unterhaltung und Freizeit ist akzeptiert und erwünscht.	Es wird auf das Sparen von Geld Wert gelegt und freudige Aktivitäten werden durch ein striktes Regelwerk begrenzt.

Anlage 5: Reasoningformen nach Feiler (2019, S 152-153)

In verkürzter Form übernommen. Erschienen in Feiler (2019). *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie – Ein Leitfaden für reflektiertes Denken und Handeln*. Thieme

Diagnostisches Reasoning	“Diagnose als Leitgedanke für Ursache, Analyse und Prognose von Zuständen, die Ergotherapie als Behandlungsmaßnahme notwendig machen”
Pragmatisches Reasoning	“Hinterfragen der Realität und der sich daraus ergebenden Möglichkeiten von Klient/Institution/Therapeutin/Familie und Community/Ressourcen/finanzielle Gegebenheiten (inkl. Versicherung)”
Prozedurales Reasoning	“Auswahl von Evaluation und Interventionsmaßnahmen”
Scientific Reasoning	“Anwendung von logischen wissenschaftlichen Methoden”
Interaktives Reasoning	“Herstellen der bestmöglichen Beziehung zum Klienten”
Narratives Reasoning	“Geschichte des Patienten (Lebensgeschichte; Krankengeschichte; Geschichten zur Situation); Geschichte mit dem Patienten; Geschichte über den Patienten”
Ethisches Reasoning	“Was muss getan werden (...)? Ethische Dilemmata und mögliche Lösungen identifizieren”
Konditionales Reasoning	“Sich einen Überblick über den Gesamtzustand des Patienten (Gegenwart – Vergangenheit – Zukunft – Person - familiäres und soziales Umfeld und Lebensumstände) zu verschaffen (...)”

Anlage 6: Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019)

Aus: Deutscher Verband der Ergotherapeuten. (2019, Mai). *Kompetenzprofil Ergotherapie*.
<https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file>

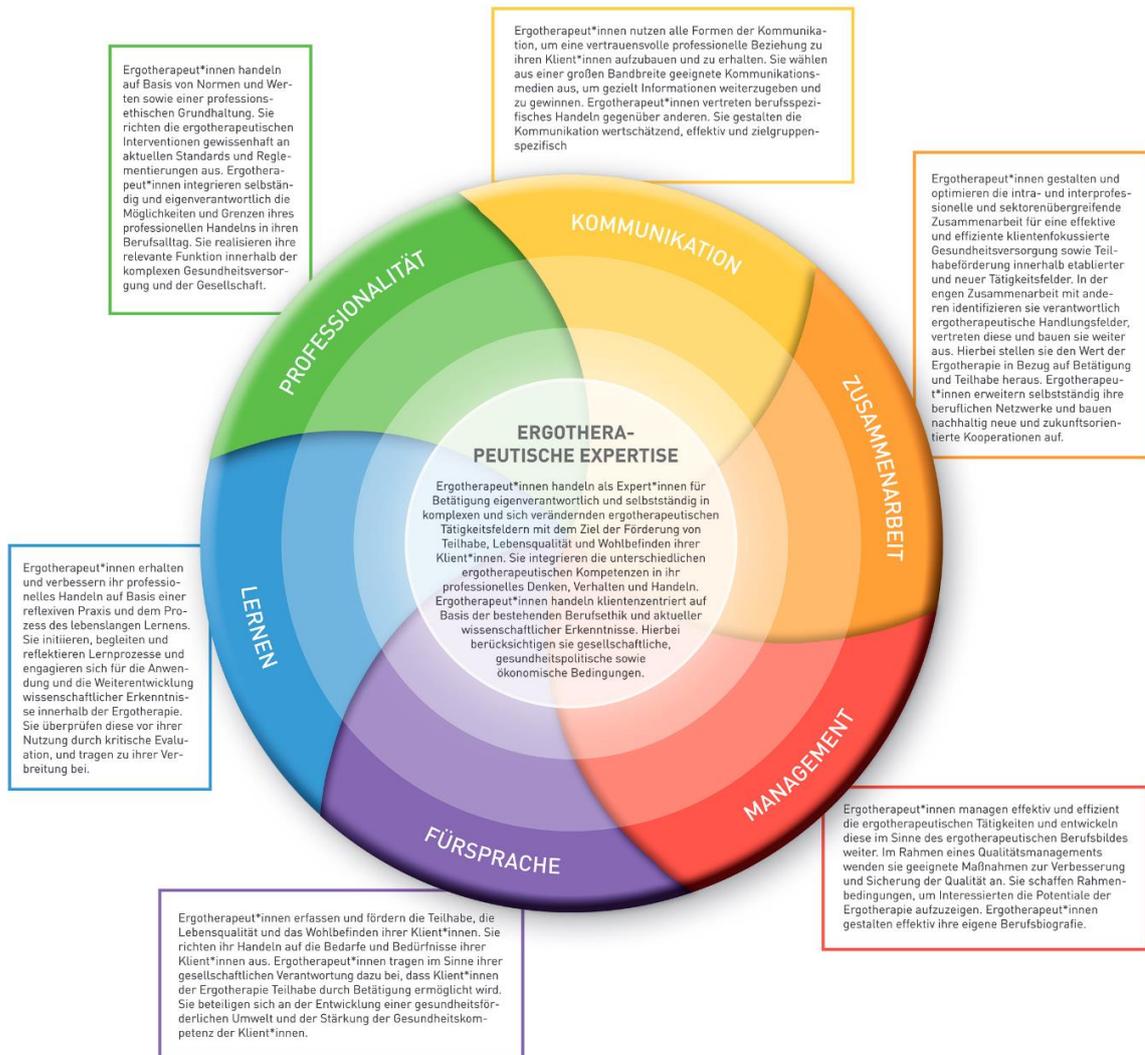
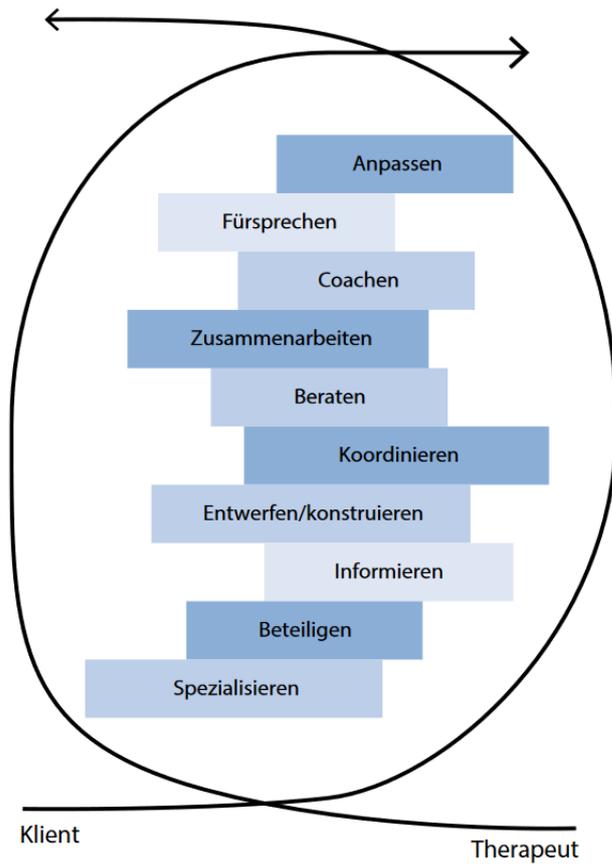


Abb. 2: Sieben Domänen der Ergotherapie sowie deren Beschreibungen

Anlage 7: CMCE

Aus: George S. (2014) Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In: Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen. Springer, Berlin, Heidelberg.

https://doi.org/10.1007/978-3-642-41929-4_12



■ **Abb. 12.2** CMCE (Canadian Model of Client-Centred Enablement). (Aus Polatajko et al 2007, S. 110; mit freundl. Genehmigung der CAOT)

Anlage 8: Darstellung der Variablen

Variable	Gesellschaftlicher Kontext (unabhängige Variable)
Definition	Der gesellschaftliche Kontext umschließt kulturelle, institutionelle, physische und soziale Umweltelemente (Craik et al., 2013, S. 235).
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen über gesetzliche Rahmenbedingungen • Finanzierung der ergotherapeutischen Interventionen • Wer darf welche Behandlung in Anspruch nehmen? • Sozialrechtliche Rahmenbedingungen
Zeitliche Dimension	Gesamter ergotherapeutischer Prozess, Entscheidungsprozesse vor und nach dem ergotherapeutischen Prozess auf Meso-/Makroebene
Sachdimension(en)	<p><u>Demografischer Wandel</u></p> <p>“Bezeichnung für die Bevölkerungsentwicklung und ihre Veränderungen insbesondere im Hinblick auf die Altersstruktur, die Entwicklung der Geburtenzahl und der Sterbefälle, die Anteile von Inländern, Ausländern und Eingebürgerten sowie die Zuzüge und Fortzüge” (Bundeszentrale für politische Bildung, o. D.-a, nach Duden, 2016).</p> <p><u>Inanspruchnahme von Heilmitteln</u></p> <p>Für den langfristigen Heilmittelbedarf sowie besonderen Verordnungsbedarf werden die Verordnungen dieser Diagnosen nicht auf Wirtschaftlichkeit geprüft. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021)</p> <p>§264 I, II SGB V</p> <p>“(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. ” (§4 I AsylbLG)</p> <p>Laut Verbraucherzentrale (2020) erhalten Asylbewerber in den ersten anderthalb Jahre ihres Aufenthaltes in Deutschland weniger Leistungen als gesetzlich Versicherte.</p> <p>“Der behandelnde Arzt kann auch Heil- und Hilfsmittel oder einen Krankenhausaufenthalt verordnen. Diesen Verordnungen muss jedoch zuvor die Behörde zustimmen. Die örtlichen Sozialämter können für eine solche Entscheidung auch ein ärztliches Gutachten einholen. Dadurch und auch durch die Leistungseinschränkungen nach Asylbewerberleistungsgesetz sowie die hohe Anzahl</p>

<p>der Flüchtlinge können notwendige Behandlungen erheblich verzögert werden oder ganz unterbleiben.“ (Verbraucherzentrale, 2020)</p> <p>Personen aus Drittstaaten benötigen ein Visum für die Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung in Deutschland. (Auswärtiges Amt, 2021)</p> <p><u>Finanzierung</u></p> <p>Eine Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen kann folgendermaßen erreicht werden: öffentliche Versorgung durch Besteuerung, gehaltsabhängige, Sozialversicherungsbeiträge, private Versicherungen, direkte private Zahlungen, Spenden oder gemeindenahe Versorgung (Rotarou & Olivares, 2017, S.41)</p> <p><u>Netzwerke</u></p> <p>“System von miteinander in über reine marktbezogene Beziehungen hinausgehend verbundenen Akteuren als Zwischenform von Markt und Hierarchie. Die Struktur eines Netzwerks wird durch das Verhalten, die Interdependenz, die Intensität der Kopplung und die Macht der Akteure bestimmt. Des Weiteren kann man Netzwerke hinsichtlich der Zielsetzung und des Grades der Formalität sowie der räumlichen Anordnung unterscheiden ... ” (Lackers et al., 2018).</p>

Variable	Praxiskontext (unabhängige Variable)
Definition	Therapeut und Klient treffen in einem Praxiskontext aufeinander, um gemeinsam die Behandlung durchzuführen. Weil diese Therapie an einem spezifischen Ort zu einer spezifischen Zeit stattfindet, ist der Therapieprozess zwangsläufig in einen Praxiskontext eingebettet. ... Der Praxiskontext umfasst sowohl physische als auch soziokulturelle Aspekte, die die Therapiemöglichkeiten beeinflussen. (Shell & Schell, 2019, S. 37)
Indikatoren	<p>institutionell</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussagen bzgl. der organisatorischen Abläufe in der Praxis / der Einrichtung (z.B. Dokumentation, Verfügbarkeit von Dolmetschern, Verfügbare Zeit für Klient:innen, Abrechnung, Teamzeiten, Zielbestimmung) - Aussagen bzgl. Eigenen Entscheidungs- und Gestaltungsfreiräumen <p>Kulturell</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussagen zu Leitbild und Vision der Institution / Praxis <p>Physisch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussagen zum Setting: <ul style="list-style-type: none"> o Praxisräume, o Technologie o Therapiematerial o Pausenraum o Wartezimmer - Aussagen zur Lage: <ul style="list-style-type: none"> o Erreichbarkeit (z.B. Öffentliche Verkehrsmittel, Parkplätze) o Barrieren (z.B. Treppen, Schrägen, Schotterweg, schmaler Flur/Tür) <p>sozial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussagen bzgl. Der Zusammenarbeit mit anderen Professionen - Aussagen zu Klient:innen (Geschlecht, Alter, Herkunft, Diagnosen usw.)
Zeitliche Dimension	Gesamter ergotherapeutischer Prozess, Entscheidungsprozesse vor und nach dem ergotherapeutischen Prozess auf Meso-/Makroebene
Sachdimension(en)	<p><u>Unternehmenskultur</u></p> <p>“Grundgesamtheit gemeinsamer Werte, Normen und Einstellungen, welche die Entscheidungen, die Handlungen und das Verhalten der Organisationsmitglieder prägen” (Lies, 2018).</p> <p>Nach Lies (2018) lassen sich zwei Ebenen der Unternehmenskultur unterscheiden: zum einen gibt es die Tiefenstruktur, welche die Handlungen der Mitarbeiter prägt, und zum anderen die Oberflächenstruktur, welche für Außenstehende sichtbar ist.</p> <p><u>Wirtschaftlichkeit</u></p> <p>“Wirtschaftssystem- und unternehmenszielindifferenter Ausdruck dafür, inwieweit eine Tätigkeit dem Wirtschaftlichkeitsprinzip genügt.” (Weber, 2018)</p> <p>Laut Weber (2018) wird die Wirtschaftlichkeit in zwei Ausprägungsformen aufgeteilt. Erstens die absolute Wirtschaftlichkeit: “Für eine bestimmte Handlung ermittelte Beziehung zwischen dem Handlungsergebnis und dem dafür erforderlichen Mitteleinsatz. Der Wert des Handlungsergebnisses und des Mitteleinsatzes wird durch die jeweils relevanten Ziele festgelegt, in einem erwerbswirtschaftlichen Unternehmen durch Erträge und Aufwendungen oder Erlöse und Kosten gemessen. Ein Investitionsprojekt ist z.B. dann absolut wirtschaftlich, wenn sein Kapitalwert größer als Null ist.” (Weber, 2018)</p> <p>Zweitens die relative Wirtschaftlichkeit: “Beziehung zur absoluten Wirtschaftlichkeit einer anderen Handlung. Ein Investitionsprojekt A ist z.B. dann relativ wirtschaftlich</p>

	<p>gegenüber einem Projekt B, wenn sein Kapitalwert größer ist, unabhängig davon, ob er Null übersteigt oder nicht.” (Weber, 2018)</p> <p><u>Personal</u> “die Gesamtheit der Arbeitnehmer von Organisationen, die zur Realisierung von Geschäftsprozessen und damit zur Leistungserbringung (Performanz Management) beitragen. Arbeitnehmer ist, wer seine Arbeit aufgrund eines Arbeitsvertrages und somit in persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit verrichtet. Dabei gilt der Begriff Arbeitnehmer herkömmlich als Zentralbegriff des Arbeitsrechts. Zum anderen werden unter den Begriff Personal verstanden: Alle gegenwärtigen Arbeitnehmer, Leitenden Angestellten und Organmitglieder eines Unternehmens bzw. einer Organisation. Weitere gängige Bezeichnungen sind Arbeitskräfte, Belegschaft, Beschäftigte, Humanressourcen oder Mitarbeiter” (Bartscher & Nissen, 2018).</p> <p><u>Zeit</u> “Eine Therapieeinheit beträgt je nach durchgeführter Maßnahme zwischen 30 und 60 Minuten. Die Frequenz der Behandlungstermine ist abhängig von der Situation der Betroffenen.” (Deutscher Verband Ergotherapie, o. D.)</p> <p><u>Institutionell</u> Die institutionellen Rahmenbedingungen beziehen sich auf die Ausstattung der Arbeitsplätze mit z.B. Assessments oder Robotikgeräten (Craik et al., 2013)</p> <p><u>Sozial</u> Der Soziale Kontext bezieht sich auf direkte Kolleg:innen oder Teams, mit denen Ergotherapeut:innen direkt zusammenarbeiten (Craik et al., 2013).</p>
--	--

Variable	Berufskultur der Ergotherapie (unabhängige Variable)
Definition	Der Beruf der Ergotherapie kann auch als Kultur beschrieben werden, da sie über eine berufsspezifische Kommunikation, Verhaltensregeln, Werte und Bedeutungen, sowie Machtbeziehungen aufweisen. (Castro et al., 2014, S.411)
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen über die (eigene) ergotherapeutische Arbeitsweise - Aussagen über die Inhalte der ergotherapeutischen Arbeit (Betätigungen, Kontext, usw.) - Aussagen über die Zielsetzungen der ergotherapeutischen Arbeit - Aussagen zur ergotherapeutischen Ausbildung / Fortbildung / Weiterbildung (Inhalte)
Zeitliche Dimension	Der gesamte ergotherapeutischer Werdegang
Sachdimension(en)	<p><u>Beruf</u> “dauerhaft angelegte, i.d.R. eine Ausbildung voraussetzende Betätigung, die Arbeitskraft sowie Arbeitszeit überwiegend in Anspruch nimmt” (Nissen, 2018).</p> <p><u>Grundhaltung</u> “Occupational therapy is a person-centred profession concerned with promoting health and well-being through occupation. The core purpose of occupational therapy, to enable people to participate in meaningful and culturally relevant occupations with choices, makes considerable demands on the ethical awareness of the occupational therapists” (WFOT, 2016).</p> <p><u>Handlungsweisen</u> Klientenzentrierung heißt, dass Ergotherapeut:innen die Beziehungsgestaltung mit allen Klient:innen personenzentriert gestalten (WFOT, 2010, S. 1).</p> <p><u>Kerndomänen</u> “Occupational Therapy <ul style="list-style-type: none"> - Is concerned with the key elements of occupational performance and identity: how a person identifies themselves and their future aspirations, their roles and their relationships, together with their personal capacity for fulfilling these within their physical and social environment - Aims to enable and empower people to be competent and confident in their daily lives, and thereby to enhance well-being and minimize the effects of dysfunction or environmental barriers” (Duncan, 2021, S. 3) </p> <p><u>Methodisches Handeln</u> Das methodische Handeln bezeichnet ein reflektiertes professionelles Handeln, welches auf ein Ziel hin fokussiert ist und den gesamten ergotherapeutischen Prozess prägt. Dabei werden Bezugsrahmen und Prozessmodelle passend zu den Klient:innen ausgewählt (Kinébanian & Logister-Prosst, 2019).</p>

Variable	Ergotherapeut:in (ET) (unabhängige und abhängige Variable)
Definition	“Ergotherapeut*innen handeln als Expert*innen für Betätigung eigenverantwortlich und selbstständig in komplexen und sich verändernden ergotherapeutischen Tätigkeitsfeldern mit dem Ziel der Förderung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden ihrer Klient*innen. Sie integrieren die unterschiedlichen ergotherapeutischen Kompetenzen in ihr professionelles Denken, Verhalten und Handeln. Ergotherapeut*innen handeln klientenzentriert auf Basis der bestehenden Berufsethik und aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse. Hierbei berücksichtigen sie gesellschaftliche, gesundheitspolitische sowie ökonomische Bedingungen” (DVE, 2019, S. 11).
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen bzgl. der momentanen Arbeitssituation / Arbeitsplatz - Aussagen bzgl. Der Arbeitserfahrung - Aussagen, wie die Berufsbezeichnung erworben wurde (Studium, Ausbildung...) - Aussagen bzgl. Der Berufsidentität - Aussagen bzgl. Beruflicher Weiterentwicklung (z.B. Fortbildung, Studium...)
Zeitliche Dimension	Zeitraum zwischen Erwerb der Berufsurkunde und aktuellem Zeitpunkt
Sachdimension(en)	<p><u>Gesetzesebene</u> § 2 ErgThG (1) Eine Erlaubnis nach § 1 wird erteilt, wenn der Antragsteller</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nach einer dreijährigen Ausbildung die staatliche Prüfung für Ergotherapeuten bestanden hat, 2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt, 3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und 4. über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt. <p>(2) Eine außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes erworbene abgeschlossene Ausbildung erfüllt die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 1, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist. In die Prüfung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes sind die in anderen Staaten absolvierten Ausbildungsgänge oder die in anderen Staaten erworbene Berufserfahrung einzubeziehen.</p> <p>Definitionen ausgewählter Inhalte übernommen von Schell & Schell (2019, S. 39):</p> <p><u>Persönliche Gestalt:</u> Lebenserfahrung, Weltanschauung, Werte, Überzeugungen, Kultur</p> <p><u>Professionelles Ich:</u> Die Identität und das Verständnis der Person was es bedeutet ein praktizierender Ergotherapeut zu sein und wie man Ergotherapie praktiziert. (...)</p> <p><u>Professionelles Wissen:</u> Verständnis der Modelle, Theorien, Bezugsrahmen, Prinzipien und Nachweise in Bezug auf Ergotherapie und dazugehörige Forschungsgebiete</p>

	<p><u>Theorien der Praxis und Überzeugungen:</u> Annahmen und Interpretationen professionellen Wissens abgeleitet aus praktischen Erfahrungen, Ausbildung, Supervision und Meinungen von Kollegen.</p> <p><u>Erfahrungen und Fertigkeiten aus der Praxis:</u> Art und Umfang der therapeutischen Handlungen, die jemand ausführt oder ausgeführt hat wie Maßnahmen der Evaluation und der Intervention</p> <p><u>Professioneller Blickwinkel:</u> Der professionelle Blickwinkel entwickelt sich aus dem professionellen Ich und formt eine therapeutische Sicht, durch die der einzelne Therapeut während des Therapieprozesses Informationen und Erfahrungen überdenkt, filtert, interpretiert.</p>
--	---

Variable	Klient:in (unabhängige und abhängige Variable)
Definition	<p>Le Granse und Kuiper (2019, S. 180): “Der Klient ist eine Person beliebigen Alters.” “Der Klient nimmt bei der Zusammenarbeit eine aktive Rolle ein, d.h. er ist aktiver Teilnehmer am Interventionsprozess.” Laut Hartingsveldt et al. gilt der individuelle Klient als Person innerhalb eines Systems” (Le Granse & Kuiper, 2019, S. 182)</p>
Indikatoren	<p>Angaben von dem Klienten / der Klientin, System (z.B. Familie, Pflegeperson, wichtige andere Personen aus der Umwelt des Klienten / der Klientin)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rollen des Klienten/der Klientin - Kommunikation auf Augenhöhe
Zeitliche Dimension	Gesamter ergotherapeutischer Prozess
Sachdimension(en)	<p>Definitionen ausgewählter Inhalte übernommen von Schell & Schell (2019, S. 39-40)</p> <p><u>Persönliche Eigenschaften:</u> Intelligenz, Persönlichkeit, körperliche und emotionale Fähigkeiten. Körperbewusstsein und Vorlieben</p> <p><u>Persönliche Gestalt:</u> Lebenserfahrung, Weltanschauung, Werte, Überzeugungen, Kultur</p> <p><u>Klientenbezogenes Ich</u> Das Verständnis der Person, was es bedeutet, ein Ergotherapie-Klient zu sein. Dies schließt gesundheits- und betätigungsbezogenes Wissen, Theorien und verinnerlichte Überzeugungen und Annahmen ebenso ein wie Fertigkeiten und aus früheren Behandlungen gewonnene Erfahrungen. Es beruht auch auf dem Gesundheitszustand des Klienten.</p> <p><u>Informationen über Gesundheit und Betätigungsbelange:</u> Informationen betreffend den Gesundheitszustand und aktuelle betätigungsbezogene Umstände, die die Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Befundung und Intervention veranlasst haben</p> <p><u>Sichtweise und Verständnis von therapeutischen Fertigkeiten und Betreuung:</u> Fertigkeiten und Wissen, die aus persönlichen Erfahrungen mit der Ergotherapie und anderen Behandlungen gewonnen werden, von dem der Klient annimmt, dass es auf die gegenwärtige Therapiesituation übertragbar ist.</p> <p><u>Erweiterter Klient</u> “Clients in occupational Therapy may be individuals, families, groups, communities, organizations, or populations who participate in occupational therapy services by direct referral or contract, or by other service and funding arrangements with a team, group, or agency that includes occupational therapy” (Townsend & Polatajko, 2007, S. 365).</p>

Variable	Kultur (intervenierende Variable) westlich (individualistisch)
Definition	Übersetzt nach Hammell (2009, S. 7) "beschreibt das Konzept der Kultur das Wissen, Verhaltensweisen, Moral, Normen und Gewohnheiten, welche sich Menschen durch die Mitgliedschaft in einer bestimmten Gesellschaft oder Gruppe aneignet."
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer sprechen darüber, was für sie Kultur ausmacht - Teilnehmer was für sie wichtig ist
Zeitliche Dimension	Gesamtes Leben einer Person
Sachdimension(en)	<p><u>Wissen</u> "Zentral sind Kenntnisse über die Sicht auf die Welt und die Beziehung zur Natur, Offenheit gegenüber den vertretenen Religionen und ihren Verhaltensorientierungen, Zeitverhalten, soziale Hierarchien und Rollen (wie Geschlechterrollen und Stellung des Alters), Ausdrucksformen von Identität (Lebensweise, Sitten), Normen, Gebote und Tabus im Verhalten, wichtige Aspekte der Körpersprache, die zu Missverständnissen führen können und Regeln für das Verhalten in bestimmten Situationen." (Broszinsky-Schwabe, 2016, S. 238)</p> <p><u>Sozialisation</u> "Darunter kann man alle Prozesse verstehen, in denen die Individuen (1) mit den Werten und Normen der Gesellschaft, ihrer Kultur und ihren Institutionen vertraut gemacht werden, (2) sich aber auch in sozialen Interaktionen die Gesellschaft selbst aneignen und ihre Sozialisation durch ihr Handeln mitbestimmen und (3) eine soziale Persönlichkeit ausbilden, die sich ihrer eigenen Identität bewusst ist und sie auch gegen gesellschaftliche Zumutungen behauptet. Sozialisation ereignet sich im Spektrum von Vergesellschaftung und Individuation." (Abels, 2019, S.58)</p> <p>Dimension und Definition sind eine eigene Übersetzung nach Hofstede et al. (2010) und Janssen (2019): KULTURDIMENSION NACH HOFSTEDE <u>Individualismus vs. Kollektivismus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Individualistische Gesellschaften haben die Erwartung an Individuen, für sich selbst und die Kernfamilie zu sorgen

Variable	Kultur (intervenierende Variable) nicht westlich (kollektivistisch)
Definition	Übersetzt nach Hammell (2009, S. 7) beschreibt das Konzept der Kultur das Wissen, Verhaltensweisen, Moral, Normen und Gewohnheiten, welche sich Menschen durch die Mitgliedschaft in einer bestimmten Gesellschaft oder Gruppe aneignet.
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen über Verhaltensweisen der Klient:innen - Aussagen über Traditionen der Klient:innen - Allgemeine Aussagen über die Klientenrolle
Zeitliche Dimension	Gesamtes Leben einer Person
Sachdimension(en)	<p><u>Sozialisation</u></p> <p>“Darunter kann man alle Prozesse verstehen, in denen die Individuen (1) mit den Werten und Normen der Gesellschaft, ihrer Kultur und ihren Institutionen vertraut gemacht werden, (2) sich aber auch in sozialen Interaktionen die Gesellschaft selbst aneignen und ihre Sozialisation durch ihr Handeln mitbestimmen und (3) eine soziale Persönlichkeit ausbilden, die sich ihrer eigenen Identität bewusst ist und sie auch gegen gesellschaftliche Zumutungen behauptet. Sozialisation ereignet sich im Spektrum von Vergesellschaftung und Individuation.” (Abels, 2019, S.58)</p> <p>Dimensionen und Definitionen eigene Übersetzung nach Hofstede et al. (2010) und Janssen (2019):</p> <p>KULTURDIMENSIONEN NACH HOFSTEDE</p> <p>Machtdistanz</p> <ul style="list-style-type: none"> • In allen Gesellschaften herrschen Machtungleichheiten. Nach Hofstede wird die Machtdistanz mit dem Grad definiert, zu welchem die weniger mächtigen Menschen einer Gesellschaft die Macht erwarten oder akzeptieren, welche innerhalb von der Familie, gesellschaftlich, wirtschaftlich oder sozio-politisch ungleichverteilt ist <p>Individualismus vs. Kollektivismus</p> <ul style="list-style-type: none"> • In kollektivistischen Gesellschaften sehen sich Menschen als Teil einer Gruppe an, welche im Gegenzug zu der uneingeschränkten Loyalität des Einzelnen gegenüber der Gruppe Schutz und Sicherheit bietet <p>Weiblichkeit vs. Männlichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • In männlichen Gesellschaften sind die Geschlechter bezogen auf Emotionen klar voneinander getrennt, wobei Männern die Attribute der Gelehrtheit, des Durchsetzungsvermögens sowie die Fokussierung auf materiellen Erfolg zugeschrieben werden, wohingegen Frauen zart, bescheiden und auf die Lebensqualität bedacht sind.

Variable	Professionelles Reasoning (intervenierende Variable)
Definition	Das Professionelle Reasoning ist ein mehrdimensionaler Denkprozess, der von Ergotherapeut:innen durchlaufen wird, um die Interventionsplanung gemeinsam mit der Klientel zu erstellen, durchzuführen und zu reflektieren (Márquez-Álvarez et al., 2019; Schell & Schell, 2019)
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen, bezüglich Überlegungen der Interventionsgestaltung - Aussagen bzgl. Der Aneignung von Vorinformationen - Aussagen bezüglich Settinggestaltung
Zeitliche Dimension	Während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses
Sachdimension(en)	<p><u>Reasoningformen</u> (alle Definitionen von Feiler (2016, S. 152-153))</p> <p>Diagnostisches Reasoning: “Diagnose als Leitgedanke für Ursache, Analyse und Prognose von Zuständen, die Ergotherapie als Behandlungsmaßnahme notwendig machen”</p> <p>Pragmatisches Reasoning: “Hinterfragen der Realität und der sich daraus ergebenden Möglichkeiten von Klient/Institution/Therapeutin/Familie und Community/Ressourcen/finanzielle Gegebenheiten (inkl. Versicherung)”</p> <p>Prozedurales Reasoning: “Auswahl von Evaluation und Interventionsmaßnahmen”</p> <p>Scientific Reasoning: “Anwendung von logischen wissenschaftlichen Methoden”</p> <p>Interaktives Reasoning: Herstellen der bestmöglichen Beziehung zum Klienten”</p> <p>Narratives Reasoning: “Geschichte des Patienten (Lebensgeschichte; Krankengeschichte; Geschichten zur Situation); Geschichte mit dem Patienten; Geschichte über den Patienten”</p> <p>Ethisches Reasoning: “Was muss getan werden (...)? Ethische Dilemmata und mögliche Lösungen identifizieren”</p> <p>Konditionales Reasoning: “Sich einen Überblick über den Gesamtzustand des Patienten (Gegenwart – Vergangenheit – Zukunft – Person - familiäres und soziales Umfeld und Lebensumstände) zu verschaffen ... ”</p>

Variable	Kulturelle Kompetenz (intervenierende Variable)
Definition	<p>Kulturelle Kompetenz ist ein stetiger, aktiver nicht endender Prozess. Zentral steht das Bewusstsein für die Komplexität und Diversität der Klient:innen, und das Anerkennen der eigenen persönlichen Grenzen und die Notwendigkeit sich stets weiterzuentwickeln.</p> <p>Kulturell kompetent sein beinhaltet, dass man sich aktiv mit der eigenen Kultur auseinandersetzt.</p> <p>Kulturell kompetente Ergotherapeut:innen versuchen sich aktiv mit der Weltanschauung der Klient:innen auseinanderzusetzen, ohne zu urteilen.</p> <p>Kulturell kompetente Ergotherapeut:innen entwickeln aktiv im Prozess angemessene, relevante und sensible Interventionsstrategien und Fähigkeiten/Fertigkeiten in der Zusammenarbeit mit Klient:innen die einen anderen kulturellen Hintergrund haben. (Iwama, 2003; Talero et al., 2015)</p>
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Aus- / Fort- / Weiterbildungsinhalte - Selbstwahrnehmung (wie kompetent schätze ich mich ein? Überforderung? Umgang mit Dilemmata)
Zeitliche Dimension	Gesamter beruflicher ergotherapeutischer Werdegang
Sachdimension(en)	<p><u>Empathie</u> Bedeutet die "Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellungen anderer Menschen einzufühlen" (Dudenredaktion, o. D.-b)</p> <p><u>Kulturelles Wissen</u> Nach Gray & McPherson (2005) trägt das Wissen und Verstehen von historischen Ereignissen und deren Zusammenhang mit bestehenden Machtverhältnissen sowie das Verhalten von Gesundheitsfachpersonal zu einer kulturell sicheren Versorgung bei. "Zentral sind Kenntnisse über die Sicht auf die Welt und die Beziehung zur Natur, Offenheit gegenüber den vertretenen Religionen und ihren Verhaltensorientierungen, Zeitverhalten, soziale Hierarchien und Rollen (wie Geschlechterrollen und Stellung des Alters), Ausdrucksformen von Identität (Lebensweise, Sitten), Normen, Gebote und Tabus im Verhalten, wichtige Aspekte der Körpersprache, die zu Missverständnissen führen können und Regeln für das Verhalten in bestimmten Situationen" (Broszinsky-Schwabe, 2016, S. 238).</p> <p><u>Selbstreflektion</u> Das kritische Hinterfragen der eigenen Werte und der kulturellen Prägung ist wichtig um ethisch und moralisch professionell zu handeln. (Beagan, 2015; Hammell, 2019)</p> <p><u>Offenheit und Flexibilität</u> Verständnis und Unvoreingenommenheit gegenüber kulturell unterschiedlichen Weltanschauungen und die Fähigkeit, Interventionen, spezifisch auf Klienten und Situation abzustimmen (Sue et al., 1992).</p> <p><u>Erfahrung</u> Wissen, das sich im Laufe des Lebens durch Erlebnisse und Wahrnehmungen angeeignet wurde. (Dorschredaktion, 2021a)</p> <p><u>Sprachkenntnisse</u> Kenntnisse in einer fremden Sprache; Kenntnisse von fremden Sprachen (Dudenredaktion, o. D.-c)</p>

Variable	Zusammenarbeit (abhängige Variable)
Definition	Bezogen auf Townsend et al. (2007, S. 120) "basiert Zusammenarbeit auf Empathie, ... Vertrauen und kreative Kommunikation und zielt darauf ab, gleichwertige Machtverhältnisse zwischen Klient:in und Ergotherapeut:in herzustellen, indem die Expertise des/Klient:in und des/r Ergotherapeut:in auf dieselbe Ebene gestellt werden. Zusammenarbeit bedeutet, dass mindestens zwei Personen " ... gemeinsam für bestimmte Ziele arbeiten, zur Bewältigung bestimmter Aufgaben gemeinsame Anstrengungen unternehmen " (Dudenredaktion, o. D.-d).
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Eine wertschätzende Zusammenarbeit/ therapeutische Beziehung / Partnerschaft / Gleichstellung von Klient:in und Therapeut:in wird im Gespräch (in)direkt erwähnt; - Es wird über einen Austausch von Erfahrungen des Klienten und Ergotherapeuten gesprochen; - Expertise des eigenen Lebens des Klienten wird aktiv in den ergotherapeutischen Prozess miteinbezogen und wertschätzend anerkannt - Gemeinsame Zielformulierung
Zeitliche Dimension	Gesamter ergotherapeutischer Prozess
Sachdimension(en)	<p><u>Klientenzentrierung</u> Die Klienten werden im therapeutischen Prozess als Experten ihres eigenen Lebens anerkannt und mit ihren Wünschen, Erfahrungen, Hoffnungen und Träumen in den Mittelpunkt gestellt (WFOT, 2010).</p> <p><u>Kulturelles Bewusstsein</u> Nach Humbert et al. (2011) bedeutet kulturelles Bewusstsein, dass eine Person bereit ist, kulturelle Unterschiede zu bemerken und zu verstehen, wobei diese reflektiert und mit der eigenen Kultur verglichen werden und das eigene Verhalten dementsprechend angepasst wird.</p> <p><u>Empathie</u> → siehe kulturelle Kompetenz</p> <p><u>Vertrauen</u> " ... bez. eine spezif. Beziehungsqualität zw. einem Vertrauensgeber und einem Vertrauensobjekt (Kommunikation). Im Falle des generalisierten Vertrauens geht es um die verallgemeinerte Bereitschaft, einer Person zu vertrauen, im Falle des interpersonalen Vertrauens bezieht sich Vertrauen auf eine konkrete Person, beim Systemvertrauen auf Organisationen oder Institutionen. Gemeinsam ist den vielfältigen Def., dass Vertrauen eine mit pos. Zukunftserwartung verbundene Vorleistung des Vertrauensgebers ist, die persönliche Verletzbarkeit und das Eingehen indiv. oder kollektiver Risiken impliziert, da neg. Konsequenzen resultieren können ... " (Clases, 2021).</p> <p><u>Empowerment</u> ...setzt an den Fähigkeiten und Fertigkeiten von Menschen(-Gruppen) an, diese sollen unterstützt und gefördert werden, mit dem Ziel sie zu befähigen eigene Entscheidungen zu treffen und sich Wünsche und Bedürfnisse zu erfüllen. (Hammell, 2016; APA, o. D.-a)</p> <p><u>Respekt</u> "Occupational therapists approach all persons receiving their services with respect and have regard for their unique situations. They will not discriminate against</p>

people on the basis of race, colour, impairment, disability, national origin, age, gender, sexual preference, religion, political beliefs or status in society. The values, preferences and ability to participate of persons receiving occupational therapy will be taken into account in providing services" (WFOT, 2016).

Kommunikation

... kommt zustande, wenn eine Person als Sender einer Nachricht oder Aussage fungiert und eine andere Person diese empfängt; um diese sozialen Informationen zu vermitteln sie durch verschiedene Kommunikationskanäle in Form von Symbolen, Zeichen oder Wörtern geleitet; die Art und Weise dieser Vermittlung kann sich kulturell und gesellschaftlich unterscheiden, ebenso, wie die gesendete Information aufgenommen wird (Broszinsky-Schwabe, 2017). "Wir hören ein Wort (auditiv), sehen eine Geste oder ein Bild (visuell), nehmen den anderen durch Berührung (taktil) oder über den Geruchssinn (olkaftorisch) wahr oder spüren seine Körperwärme bei einer Berührung (thermal) etc." (Broszinsky-Schwabe, 2017, S.38f).

Therapeutische Beziehung

Eine gelingende soziale Interaktion zwischen Klient:in und Ergotherapeut:in führt zu einer therapeutischen Beziehung, welche sich durch gegenseitiges Vertrauen, Respekt, Verständnis, Empathie und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit auszeichnet (Cole & McLean, 2003)

Variable	Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (vermittelnde Handlung)
Definition	“Interpersonelle Ereignisse sind Teil des im Therapieprozess stattfindenden ständigen Gebens und Nehmens. Sie unterscheiden sich insofern von anderen Ereignissen und Prozessen, als sie unmittelbar bei Eintreten des Ereignisses oder späterer Reflexion mit dem Potenzial einer emotionalen Reaktion, aufgeladen’ sind” (Taylor, 2008, S. 28).
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen über Werteunterschiede - Aussagen über unerfüllt Erwartungen an den/die Klient:in - Aussagen bzgl. Emotionen seitens des/der Klient:in oder von sich selbst - Aussagen empfundene Dilemmata - Aussagen bzgl. Eigenem Wohlbefinden und empfundenes Wohlbefinden des/der Klient:in - Aussagen bzgl. Unerwarteten Settingänderungen (räumlich/sozial)
Zeitliche Dimension	Während, vor und nach den ergotherapeutischen Interventionen
Sachdimension(en)	<p><u>Konflikt</u> “In zwischenmenschlichen Beziehungen bezeichnet der Begriff Konflikt die Unstimmigkeit, die Zwietracht und die Reibung, die auftreten, wenn die Handlungen oder Überzeugungen eines oder mehrerer Individuen für andere inakzeptabel sind und von ihnen abgelehnt werden.” (APA, o. D.-b)</p> <p><u>Dilemma</u> “Zwangslage, Situation, in der sich jemand befindet, besonders wenn er zwischen zwei in gleicher Weise schwierigen oder unangenehmen Dingen wählen soll oder muss” (Dudenredaktion, o. D.-a).</p> <p><u>Emotionen</u> Sind nach dem APA Dictionary of Psychology (o. D.-c) “ein komplexes Reaktionsmuster mit Erfahrungs-, Verhaltens- und physiologischen Elementen, durch das eine Person versucht, mit einer persönlich bedeutsamen Angelegenheit oder einem Ereignis umzugehen. Die spezifische Qualität der Emotion (z. B. Angst, Scham) wird durch die spezifische Bedeutung des Ereignisses bestimmt.”</p> <p><u>Praxiskontext</u> → siehe Definition Praxiskontext</p> <p><u>Verhaltensweisen</u> “Verhalten umfasst i.d.R. drei Dimensionen: Handeln, Dulden (Stillhalten, Zulassen) und Unterlassen als Nichthandeln. In einer weitergehenden Differenzierung kann man drei Ebenen von Verhalten unterscheiden: a) Unbewusste, physiologische Reaktionen des Organismus; b) gelernte, routinierte, aber nicht bewusst oder nur unterbewusst gesteuerte Verhaltensweisen; c) bewusstes, gesteuertes Handeln.” (Siller, 2018)</p>

Variable	Soziale Interaktion (vermittelnde Handlung)
Definition	"Soziale Interaktion meint dagegen wechselseitig aufeinander bezogenes Handeln menschlicher Akteure" (Schmidt, 2018, S. 18).
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen bezüglich Rollenverständnis von Klienten oder sich selbst - Aussagen bezüglich der Gestaltung der Interaktion
Zeitliche Dimension	Der gesamte ergotherapeutische Prozess
Sachdimension(en)	<p><u>soziales Rollenverständnis</u> Personen übernehmen im gesellschaftlichen Gefüge unterschiedliche Rollen, welche mit Erwartungen bezüglich verschiedener Verhaltensweisen seitens des Individuums an sich selbst aber auch von außen an das Individuum verknüpft sind (Six, 2016).</p> <p><u>Kommunikation</u> → siehe Definition Zusammenarbeit</p> <p><u>Verständnis</u> "Fähigkeit, soz. Informationen vor dem Hintergrund der gegebenen Situation korrekt zu verstehen und deren Implikationen richtig einzuschätzen." (Weis et al., 2019)</p>

Variable	Kulturelle Sicherheit (vermittelnde Handlung)
Definition	Kulturelle Sicherheit geht über die Sensibilität für und das Bewusstsein von kulturellen Unterschieden hinaus und analysiert Machtungleichgewichte, Diskriminierung und die anhaltenden Auswirkungen der Kolonisierung auf soziale, wirtschaftliche, politische und gesundheitliche Ungleichheiten (Gerlach, 2012). Ein kulturell sicherer Ort wird durch das Verhalten von Gesundheitsfachkräften geschaffen, indem diese ihre Kommunikation anpassen und sensibel auf politische, soziale, spirituelle Belange und Wünsche der Klienten eingehen, wofür es einer kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen kulturellen Identität bedarf. (Gerlach, 2012; McGough et al., 2018)
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Wertschätzung des Klienten wird vermittelt - Aussagen bzgl. Gleichstellung von Klienten und Ergotherapeut:in - Aussagen bzgl. Reflektion eigener Privilegien des/r Ergotherapeut:in - Aussagen bzgl. Maßnahmen die getroffen werden, um sensibel auf soziale, politische, wirtschaftliche Bedürfnisse der Klienten einzugehen - Wissen über andere Kulturen wird geäußert
Zeitliche Dimension	Der gesamte ergotherapeutische Prozess
Sachdimension(en)	<p><u>Othering</u> In diesem Konzept wird das eigene als normal angesehen, wodurch es zu Trennung zwischen dem eigenen und fremden kommt, was zu Konflikten und Fehlern u.a. in der Gesundheitsversorgung von verschiedenen Kulturen führen kann (Coors & Neitzke, 2018; Santos & Spesny, 2016).</p> <p><u>Kulturelles Wissen</u> → siehe kulturelle Kompetenz</p> <p><u>Sprache</u> → siehe kulturelle Kompetenz</p> <p><u>Transkulturalität</u> In dem Konzept der Transkulturalität wird davon ausgegangen, dass Kulturen nicht abgekapselt voneinander existieren, sondern sich gegenseitig beeinflussen und miteinander vernetzt sind. Kulturen sind also in sich heterogen und Einzelpersonen legen ihre Kultur wiederum individuell aus. (Mae, 2019)</p>

Anlage 9: Informationsflyer



Interviewteilnehmer:innen gesucht

Wir sind zwei Ergotherapeutinnen, die berufsbegleitend an der Zuyd Hogeschool (NL) studieren. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit beschäftigen wir uns mit der Thematik der transkulturellen Zusammenarbeit in der Ergotherapie.

Wir suchen

- praktizierende Ergotherapeut:innen mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in Deutschland
- die in einem westlich geprägten Land geboren und aufgewachsen sind (z.B. einem europäischen Land, Nordamerika, Australien, Neuseeland...)
- die in Deutschland bereits mit mind. 4 erwachsenen Klient:innen im Einzelsetting zusammengearbeitet haben, welche im Nahen-, Mittleren Osten oder in Afrika aufgewachsen sind
- und die in Ihren Interventionen die Klient:innen in den Mittelpunkt stellen

 August 2021

 Dauer ca. 60 Minuten

 Interviews per Telefon oder Videotelefonat

 Anonymisierung Ihrer Daten / Widerruf jederzeit möglich

Bei Fragen, für weitere Informationen sowie eine Terminvereinbarung kontaktieren Sie uns ab sofort bis zum 09.08.21.
 Dagmar Haase und Maria Kozlowski
 studie-transkulturelle-ergotherapie@outlook.de





Thieme liebt Ergos

5 Tag(e) · 🌐




Dieser Aufruf geht an dich, wenn du Erfahrung in transkultureller Zusammenarbeit in der ergotherapeutischen Arbeit hast un... Mehr ansehen



Interviewteilnehmer:innen gesucht

Wir sind zwei Ergotherapeutinnen, die berufsbegleitend an der Zuyd Hogeschool (NL) studieren. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit beschäftigen wir uns mit der Thematik der transkulturellen Zusammenarbeit in der Ergotherapie.

Wir suchen

- praktizierende Ergotherapeut:innen mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in Deutschland
- die in einem westlich geprägten Land geboren und aufgewachsen sind (z.B. einem europäischen Land, Nordamerika, Australien, Neuseeland...)
- die in Deutschland bereits mit mind. 4 erwachsenen Klient:innen im Einzelsetting zusammengearbeitet haben, welche im Nahen-, Mittleren Osten oder in Afrika aufgewachsen sind
- und die in Ihren Interventionen die Klient:innen in den Mittelpunkt stellen

 August 2021

 Dauer ca. 60 Minuten

 Interviews per Telefon oder Videotelefonat

 Anonymisierung Ihrer Daten / Widerruf jederzeit möglich

Bei Fragen, für weitere Informationen sowie eine Terminvereinbarung kontaktieren Sie uns



 6

Anlage 10: Auszug aus dem Informationsschreiben

Anhang B: Einverständniserklärung Teilnehmer:in

Transkulturelle Zusammenarbeit in der Ergotherapie

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

Name Studienteilnehmer:in:

Unterschrift:

Datum : __ / __ / __

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

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

Name Studienleiter:in: Dagmar Haase

Unterschrift:



Datum: 03 / 08 / 2021

Name Studienleiter:in: Maria Kozlowski

Unterschrift:



Datum: 03 / 08 / 2021

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

Anlage 11: Auszug aus dem Interviewleitfaden

Nach Helfferich (2011)

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
<p>Zu Beginn würde ich Sie bitten, mir einen kleinen Überblick über Ihre Ausbildung und Ihre Arbeitserfahrung zu geben.</p> <p>Nach: Humbert et. al., 2011</p>	<p>Ausbildung; Fort- und Weiterbildung; Arbeitserfahrung in der Ergotherapie; Auslandserfahrungen (auch nicht ergotherapeutisch); Arbeitssetting; Betätigungsorientierung; Klientenzentrierung ; Was ist ihr höchster Bildungsabschluss?</p>	<p>Auf was legen Sie in Ihrer ergotherapeutischen Arbeit besonders Wert?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung (Videotelefonat)</p> <p>Können Sie dazu noch etwas erzählen? Wie war es für Sie in der Situation ... ?</p>
Thema I KULTUR			
<p>Sie haben vor der Teilnahme angegeben in Deutschland im Einzelsetting mit erwachsenen Klient:innen zusammengearbeitet zu haben, die im Nahen-, Mittleren Osten oder Afrika geboren und aufgewachsen sind.</p> <p>Können Sie persönliche Erfahrungen von der Zusammenarbeit mit der Zielgruppe beschreiben?</p> <p>Nach: Pooremamali et. al., 2011</p>	<p>Welche Herkunftsregion haben die Klient:innen?;</p> <p>Wie viel Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Klient:innen, die im Nahen-, Mittleren Osten oder Afrika geboren und aufgewachsen sind?;</p> <p>Zeitpunkt / Zeitraum der Zusammenarbeit?</p> <p>Wie sind die Klienten zu Ihnen gekommen?</p>	<p>In welchem Setting haben Sie mit Klienten mit Migrationshintergrund zusammengearbeitet? (nicht nur auf Zielgruppe bezogen)</p> <p>Können Sie mir den Praxiskontext der Arbeitsstelle beschreiben, in welchem Sie mit dieser Zielgruppe gearbeitet haben?</p>	
<p>Welche Elemente machen eine Kultur aus oder definieren Ihrer Meinung nach eine Kultur?</p>	<p>Definition;</p>		<p>Nonverbale Aufrechterhaltung (Videotelefonat)</p>

			Können Sie das genauer erläutern?
Nach: Castro et al., 2016			
Was bedeutet Kultur für Sie?	Westliche Kultur	Wie ist Kultur in ihrem Leben auf persönlicher und professioneller Ebene ausgedrückt / sichtbar? Castro et al., 2016	Können Sie mir Beispiele geben? Inwiefern gibt es Anteile von ergotherapeutischen Grundgedanken, die mit Ihren kulturellen Ansichten nicht vereinbar sind?
Nach: Castro et al., 2016		Können Sie die Kultur/Kulturen beschreiben, von denen Sie sich teil fühlen? Castro et al., 2016	
		Inwiefern decken sich die ergotherapeutischen Grundgedanken mit Ihren kulturellen Ansichten?	
Inwieweit beeinflusst Ihre Kultur die Zusammenarbeit mit erwachsenen Klient:innen die im Nahen-, Mittleren Osten und Afrika geboren und aufgewachsen sind?	Einzelsetting; Wer ist Klient:in?; Erweiterter Klient?		Können Sie das konkretisieren? Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?
Eigene Frage			
Inwieweit beeinflusst die Kultur Ihres Klienten die Zusammenarbeit im therapeutischen Prozess?	Einzelsetting; Wer ist Klient:in?; Erweiterter Klient?	Inwiefern decken sich Ihrer Erfahrung nach, die ergotherapeutischen Grundgedanken mit den kulturellen Ansichten der Klient:innen aus der Zielgruppe?	Können Sie das konkretisieren? Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?
Eigene Frage	Beim Kennenlernen: Wie war die Einstellung Ihres Klienten zur Ergotherapie?	Wie gestalten Sie die Zusammenarbeit mit der Zielgruppe, um auf die kulturellen Bedürfnisse des/r Klient:in einzugehen?	Können Sie mir darstellen, wie Sie vorgehen, um sensibel auf die Kultur Ihres Klientels einzugehen? Können Sie näher erläutern, - wie Sie die Kommunikation gestalten? - Wie Sie auf Rollenbilder eingehen

Anlage 12: Evaluationsfragen des Pilotinterviews

Evaluationsfragen zum Pilotinterview

1. War der Informationsbogen und die Einverständniserklärung klar und ausreichend?
2. Wie wurde der zeitliche Rahmen des Interviews empfunden (z.B. kurzweilig, zu lange, zäh...)?
3. Waren die Fragen verständlich?
4. Haben die Fragen zum Erzählen eingeladen?
5. War die Gesprächsatmosphäre angenehm? War es unangenehm, dass wir zu zweit anwesend waren (eine Hauptinterviewerin, ein "Backup"?)
6. Gabe es Fragen, die deiner Meinung nach unwichtig sind?
7. Haben dir Fragen zu bestimmten Aspekten gefehlt?
8. Technischer Zugang? Hat alles geklappt?

Mündliche Rückmeldung / Notizen:

Zu 1.: Informationsbogen ausreichen

Zu 2.: Die Teilnehmerin (T0) gibt an, dass sie das Gespräch als kurzweilig empfunden hat

Zu 3.: Fragen waren verständlich; T0 weist darauf hin, dass die Interviewerinnen darauf achten sollen, immer nur eine Frage auf einmal zu stellen.

Zu 4.: T0 meldet zurück, dass die Fragen gut zum Erzählen eingeladen haben und dass sie es als positiv empfunden hat, dass die Fragen so gestellt waren, dass sie nicht das Gefühl hatte, sich ständig wiederholen zu müssen.

Zu 5.: Für T0 war es kein Problem, dass beide Autorinnen während des Gesprächs anwesend waren. Da v.a. eine Person interviewt hat, konnte der Fokus auf diese Person gelegt werden.

Zu 6./7.: Alle Fragen konnte beantwortet werden, siehe Frage 4. T0 fallen keine weiteren Aspekte ein, sie gab die Rückmeldung, dass sie am Ende des Interviews nicht das Gefühl hatte, dass bei weiteren Fragen neue Informationen hinzukommen würden.

Zu 8.: Da T0 Microsoft Edge auf dem Laptop hatte, war der Zugang zu Teams über den Einladungslink gegeben, die Fragen konnten gut verstanden werden.

Anlage 13: Gedächtnisprotokolle

Interviewerin	Einschlusskriterien	Teilnehmerin	Wie/Zeit/Zustand gekommen des Interviews	Interview-durchführung	Kommentare
I1	Treffen zu, jedoch nicht ganz sicher, bzgl. Herkunftsländern	T0	Via Teams/ca. 45 Min./ Probeinterview - persönlicher Kontakt	Keine Störfaktoren → siehe Evaluation des Pilots	→ siehe Evaluation des Pilots
I2	Treffen zu	T1	Via Teams / ca. 1h/ Interview 1 - persönlicher Kontakt	Keine Störfaktoren, es war ausreichend Zeit zur Verfügung; T. antwortete auf alle Fragen, schien sich aber nicht ganz wohlfühlen; hat sich zur Teilnahme bereit erklärt, da persönlicher Kontakt besteht (hat sich verpflichtet gefühlt?)	T. gibt ihm Nachhinein an, dass sie sich während des Interviews komisch gefühlt hat, trotz vorheriger Aufklärung, dass es keine richtigen und falschen Antworten gibt. Gibt an, dass kein Member Check erwünscht;
I1	Seit Okt. 2020 nicht mehr berufstätig, da Studium begonnen	T2	Via Teams / ca. 1,5 h / Interview 2 - persönlicher Kontakt	Keine Störungen, benutzt Kopfhörer, fragt nach, wenn sie etwas nicht versteht, berichtet sehr ausführlich; scheint sich bereits sehr viele Gedanken gemacht zu haben	Zeit kam ihr nicht so lange vor, hatte selbst nicht auf die Uhr geschaut → nächstes Mal im Vorhinein abklären, ob Zeitangaben zwischendurch gemacht werden sollen, bzw. Ob Zeitdruck besteht; zeigt Interesse an der Forschungsarbeit und würde die Arbeit gerne nach der Fertigstellung lesen;

Interviewerin	Einschlusskriterien	Teilnehmerin	Wie/Zeit/Zustand kommen des Interviews	Interview-durchführung	Kommentare
I2	Derzeit kein Kontakt mit Klienten aus Zielgruppe; berichtet von alten Erfahrungen	T3	Via Teams / ca. 1h / Interview 3 - persönlicher Kontakt	Da Erfahrungen bzgl. Zusammenarbeit mit Klient:innen aus der Zielgruppe schon Jahre zurück liegen, wurde die Teilnehmerin im Vorhinein gebeten, sich passende Klienten und Erfahrungen in Erinnerung zu rufen; kurze Unterbrechung, als Katze der Teilnehmerin zu ihr kommt	zeigt Interesse an der Forschungsarbeit und würde die Arbeit gerne nach der Fertigstellung lesen; möchte gerne das Transkript für einen Membercheck bekommen; T. gibt an, dass sie durch persönlichen Kontakt hilfreich sein wollte
I1	Derzeit in der Pädiatrie tätig; berichtet von Erfahrungen mit russischer und ägyptischer Klientin, sowie von Elternarbeit mit afrikanischen Familien	T4	Via Teams / ca. 45 Min. / Interview 4 - persönlicher Kontakt	Hat keine Kopfhörer, tlw. Nicht gut verständlich; hatte sich Datenschutzformular und Flyer mit den enthaltenen Einschlusskriterien nicht geschickt durchgelesen → gemeinsam überlegt, ob Interview sinnvoll; herausgefunden, dass sie nach der Ausbildung mit Menschen aus der Zielgruppe zusammengearbeitet hat, jedoch erinnert sie sich hauptsächlich an eine russische, ägyptische und rumänische erwachsene Klientin; derzeit eher Kontakt mit afrikanischen Familien, deren Kinder sie betreut → I. durchgeführt, evtl. Können Infos verwendet werden	Hatte sich für Interview gemeldet, da persönlicher Kontakt besteht und sie uns unterstützen wollte. Kein Interesse an Membercheck.
I2	Kriterien treffen zu, arbeitet ausschließlich mit Frauen	T5	Via Teams / ca. 1 h / Interview 5 – Kontakt via Sampling	Teilnehmerin hat sich auf E-Mail Anfrage hin gemeldet. Sehr interessiert an dem Thema. Gespräch wird 2x kurz unterbrochen, als bei Teilnehmerin eine andere Person ins Zimmer kommt.	Interessiert an Member Check und möchte gerne die Ergebnisse zugeschickt bekommen.

Anlage 14: Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018)

Ein semantisch-inhaltliches Transkriptionssystem

Nach Dresing & Pehl (2018) mit kleinen inhaltlichen Änderungen.

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. "So 'n Buch" wird zu "so ein Buch" und "hamma" wird zu "haben wir".
Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhalten, z.B.: "Bin ich nach Kaufhaus gegangen."
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt.
Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: "Ich gehe heuer auf das Oktoberfest."
4. Umgangssprachliche Partikeln wie "gell, gelle, ne" werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. Ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert.
Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: "Das ist mir sehr, sehr wichtig."
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen "/" gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt.
Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie "hm, aha, ja, genau" die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit "(unv.)" gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: "(unv., Mikrofon rauscht)". Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. "(Axt?)". Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein "I:", die befragte Person (**Teilnehmende**) durch ein "T:" gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel "T" eine entsprechende Kennnummer zugeordnet ("T1:"). **Bei mehreren Interviewenden wird dem Kürzel "T" eine entsprechende Kennnummer zugeordnet ("I1")**
15. Das Transkript wird als Rich Text Format (RTF-Datei) gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: **Interview_1/1004/P/PF.rtf**
16. Zustimmungde Laute wie ("mhm") werden ohne Zusatzvermerk geschrieben. Ablehnende Laute wie ("mhm") werden mit "[nein]" dahinter versehen.
17. Bei gleichzeitigem Reden von zwei Personen und mit wichtigem, verständlichem Inhalt, werden diese Textpassagen kursiv geschrieben. (Zum Beispiel: "I: *Bei Ihnen in der Arbeit? T: Mein Chef erzählte mir*"

Anlage 15: Schritte der Datenanalyse

1. Auszug aus Transkription

330 T5: Ich glaube, vom Setting her, nicht unbedingt. Weil wir da einfach hier schon sehr wohlwollend sind
 331 /, oder allein dieses frauenspezifische schon vorwegnimmt. Ich glaube was vieles einfach macht, ist zu
 332 versuchen, die Sprache zu sprechen, das hat vor allem auch sehr etwas, hat eine Haltung präsentiert,
 333 die sie sehr angesprochen hat. So zu zeigen: Nicht nur du musst dich anpassen, sondern ich
 334 versuche mich auch auf diese Augen-/ oder mit auf eine Sprache zu begeben, auf eine Höhe. Ich
 335 glaube, das war etwas, was einfach sehr gutgetan hat. Und dann sich auch ein bisschen erkundigt,
 336 wie ist das in Ihrer Kultur, und wo kommen Sie genau her. Und dann hatten wir in dem einen Raum
 337 auch noch spannender Weise, das ist mir noch nie davor aufgefallen, mit Frauen drauf, die trommeln,
 338 die wohl genau aus ihrer Region kommen. Also ich glaube, einfach diese Offenheit zu zeigen, ich
 339 stelle mich nicht über sie oder genau, sondern wir sind auf Augenhöhe und ich interessiere mich auch
 340 für sie und wo sie herkommt. 31:53

341 **I1: Ok. Wie ist denn allgemein das Setting so in der Praxis? Hat man einen festen**
 342 **Therapieraum, wo man ist, oder wie sind die so gestaltet? 32:03**

343 T5: Also bei uns ist das Setting generell so, es gibt pro Klientin, jede Klientin hat eine
 344 Einzeltherapeutin, die fest mit ihrer Einzeltherapie macht, einmal die Woche für 60 Minuten, einen
 345 Moment. Genau. Und dann gibt es eben noch, je nachdem, was kapazitätsmäßig möglich ist, wo die
 346 Ziele der Klientin, noch Gruppentherapie pro Woche. Die Gruppentherapien sind immer im gleichen
 347 Raum, mit den gleichen Mitklientinnen, mit der gleichen Gruppentherapeutin. Einzelsetting sieht so
 348 aus, dass es wechselnde Räume sind, je nachdem, was frei ist. Wird aber natürlich möglichst darauf
 349 geachtet, was triggert am wenigsten? Wenn ich die Klientin ein bisschen kenne und weiß, ok, sie hat
 350 schlechte Erfahrungen mit Kellerräumen gemacht, werde ich jetzt nicht den Kellerraum wählen. Also
 351 da achten wir schon mit der Zeit drauf, in welchem Raum fühlt sich die Klientin wohl, gibt es Dinge, die
 352 man beachten. Und dementsprechend wird dann gewählt. Und wenn es einen Raum gibt, in dem sie
 353 sich sicher fühlt, nehmen wir den immer wieder. 33:00

2. Auszug aus Extraktion

	A	B	C	D	E	F	G
1	Kategorie: Kultur nicht westlich						
2	Quelle	Texteinheit	Inhalt / Zusammenfassung	Sachdimension	Zeitdimension	Ursachen	Wirkungen
3	T2 Z211-214	Ja, ich glaube durchaus immer wieder. Also ich denke das zeigt sich, wie ich gerade schon gesagt habe an dieser, an dieser Gastfreundschaft würde ich es vielleicht bezeichnen, wobei ich in dem Moment ja die Frage ist, wer ist eigentlich Gast, wenn die bei uns im Land sind, aber ich bin als Gast in deren Zimmer, zum Beispiel.	T2 empfindet seitens der arabischen Patienten eine größere Gastfreundschaft, auch wenn diese ja eigentlich selbst die "Gäste" in Deutschland sind.	Sozialisation		arabische Kultur	zeigt größere Gastfreundschaft
4	T2 Z216-219	Ganz spannend ist auch so ein anderes Zeitempfinden, glaube ich, also dass ich, ich habe schon den Eindruck, denen ist es wichtig, dass man pünktlich ist, und dass sie quasi ihre Therapiezeit erhalten, auf die sie ihr Anrecht haben, aber dass an sich nicht alles so schnell gehen muss, wie es halt manchmal in so einem Klinikalltag schnell zu Stande kommt.	In der Zusammenarbeit mit arabischen Patienten hat T2 die Erfahrung gemacht, dass diese ein andere Zeitempfinden haben, zwar ist die therapeutische Leistung wichtig, jedoch äußert sich eine größere Gelassenheit.	Sozialisation		arabische Kultur	entspannter Umgang mit Zeit
	T2 Z315-323	Und vielleicht daran anknüpfend noch einmal kurz etwas Anderes. Ich glaube	T2 hat in der Zusammenarbeit mit arabischen Patienten sowohl	Wissen		Berufserfahrung	sowohl wurden arabische Patienten als eher passiv, als auch
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> < > ☰ 2 Praxiskontext 3 Berufskultur 4 Ergotherapeutin 5 Klientin 6 Kultur westlich 7 Kultur nicht westlich 8 Professionelles Reasoning + </div>							

3. Auszug aus Aufbereitung

T2 Z370-372	Und es auch ja, auch durch die Kultur bedingt wesentlich üblicher ist, dass die ganze Zeit jemand von der Familie da ist, mindestens eine Person.	T2 hat erlebt, dass bei den arabischen Patienten immer mindestens ein Angehöriger anwesend war.	Sozialismus vs. Individualismus		arabische Kultur	mind. eine angehörige Person dauerhaft anwesend
T2 Z525-529	T2: Ja, genau. Also bei den arabischen Patienten war es der Regelfall, dass mindestens eine Person aus dem Familienkreis eigentlich auch rund um die Uhr dort war. Teilweise waren dann noch weitere Angehörige irgendwie im Ort, halt in einer Pension oder so untergebracht und kamen dann teilweise tagsüber. Es war dann teilweise fast so, dass man in so einen, ja in so einen Familientreffen schon hereingekommen ist.	In der Regel ware mind. eine angehörige Person in der Fachklinik untergebracht und dauerhaft anwesend. Tlw. waren weitere Angehörige in der Nähe untergebracht, weshalb es vorkam, dass die Patientenzimmer sehr voll waren.	Sozialismus vs. Individualismus		arabische Kultur	mind. eine angehörige Person dauerhaft anwesend

Sozialismus vs. Individualismus	T2 Z370-372, T2 Z525-529	In der Regel <u>waren</u> mind. eine angehörige Person in der Fachklinik untergebracht und dauerhaft anwesend. Tlw. waren weitere Angehörige in der Nähe untergebracht, weshalb es vorkam, dass die Patientenzimmer sehr voll waren.	Arabische Kultur	mind. eine Angehörige Person dauerhaft anwesend
---------------------------------	--------------------------	--	------------------	---

4. Auszug aus Analyseebene 1

Sachdimension	Ursache	Wirkung
	Gesellschaftlicher Kontext	Berufskultur
Demografischer Wandel	viele Kulturen leben zusammen T4 Z381-385	Thematik der Zusammenarbeit mit verschiedenen Kulturen sollte in der Berufsfachausbildung behandelt werden T4 Z381-385

Sachdimension	Ursache	Wirkung
	Ergotherapeutin	Zusammenarbeit
Erfahrungen und Fertigkeiten aus der Praxis	Zusammenarbeit mit Klientin aus Agypten, die schon lange in Deutschland lebt T4 Z88-91	keine kulturellen Differenzen festgestellt T4 Z88-91
	Sie bezieht diese Erfahrungen auf die Arbeit im neurologischen Bereich, T4 Z390-396	Für T4 steht das Krankheitsbild der Klienten im Fokus, für die Zielsetzung versucht sie auch die jeweiligen kulturellen Hintergründe miteinzubeziehen. Sie kann es aber auch annehmen, wenn Klienten andere Ziele als sie haben, wenn gewisse Dinge rein kulturell für die Klienten keine Rolle spielen T4 Z390-396

5. Auszug aus Analyseebene 2

Sachdimensionen	Ursache	Wirkung
	Praxiskontext	Zusammenarbeit
Institutionell; Zeit; sozial	Freier Therapieplatz und Start ET	Erstkontakt mit behandelnde ET, evtl. Dolmetscher und SozPäd anwesend.
	Schwere der Erkrankungen	Führt zur langen Behandlungsdauer (2-3 Jahre) .
	Klasse interdisziplinäre Zusammenarbeit, extern und im Team	Führt zur positiven Zusammenarbeit mit Klientin (gute Kommunikation).
Quellen:	T5 Z84-91 T5 Z54-60 T5 367-370	T5 Z84-91 T5 Z54-60 T5 367-370

Sachdimensionen	Ursache	Wirkung
	Praxiskontext	Kulturelle Sicherheit
Personal; Unternehmenskultur	Schutzkonzept mit ausschließlich weiblichem Personal, wählen passenden Therapieraum für Klientinnen aus	Schaffen eines sicheren Raumes
Quellen:	T5 Z417-420 422 T5 Z343-353	T5 Z417-420 422 T5 Z343-353

6. Auszug aus Analyseebene 3

Soziale Interaktion (vermittelnde Handlung)

Ursache	Wirkung
Soziale Interaktion	Zusammenarbeit (T1, T2, T3, T4)
	Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (T2, T5)
	Klient:in (T3)

Ursache	Wirkung
Praxiskontext (T2, T3)	Soziale Interaktion
Ergotherapeut:in (T1)	
Professionelles Reasoning (T5)	
Kulturelle Kompetenz (T1)	
Kultur nicht-westlich (T2, T3, T4)	
Klient:in (T1, T2, T3, T4)	
Kulturelle Sicherheit (T2, T3, T5)	

Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (vermittelnde Handlung)

Ursache	Wirkung
Unausweichliche interpersonelle Ereignisse	Zusammenarbeit (T1, T2, T3, T5)
	Kulturelle Sicherheit (T4)

Ursache	Wirkung
Praxiskontext (T1, T2)	Unausweichliche interpersonelle Ereignisse
Kultur nicht-westlich (T5)	
Klient:in (T2, T3)	
Soziale Interaktion (T2, T5)	
Kulturelle Sicherheit (T1)	

Anlage 16: Extraktionsregeln

1. Die kleinste Analyseeinheit ist 1 Satz. (muss sinnhaft sein)
2. Bei Querverweise wird im Textfeld Ursachen oder Wirkungen die Kategorie genannt wird mit → "Konkretisierung"
3. Bei Querverweise wird im Textfeld Ursachen oder Wirkungen wir die Zeilennummer hinter der Aussage geschrieben
4. Die Quelle mit Teilnehmer, Nummer und Z Nr-Nr angegeben. Bsp. T1 Z5-8
5. Zeile 1 der Transkription fängt beim Extrahieren bei der 1. Frage an
6. Zeitangaben werden nicht in der Transkription eingefügt
7. Irrelevante Sätze können ignoriert werden. Lücken im Absatz werden mit (XX) gekennzeichnet. Die relevanten Zeilen werden bei der Quellenangabe angegeben. Bsp. T1 Z13-15 Z17-18
8. Wenn innerhalb einer Zeile irrelevante Inhalte mit (XX) gekennzeichnet werden, wird der ganze Satz angegeben.
9. Wenn eine Aussage allgemein über Kultur ist, wird sie der Kategorie "westlich" oder "nicht-westlich" zugeordnet.
10. Wenn sich eine Aussage auf die Kultur eines bestimmten Klienten bezieht, dann wird die Aussage der Kategorie "Klient" zugeordnet.

Anlage 17: Kurzfassung Resultate

Endgültige Version; Neue Sachdimensionen sind in Fettdruck geschrieben.

Variable	Sachdimensionen
Gesellschaftlicher Kontext	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demografischer Wandel ▪ Inanspruchnahme von Heilmitteln ▪ Finanzierung ▪ Netzwerke
Praxiskontext	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unternehmenskultur ▪ Wirtschaftlichkeit ▪ Personal ▪ Zeit ▪ Institutionell ▪ Sozial
Berufskultur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundhaltung ▪ Handlungsweisen ▪ Kerndomäne ▪ Methodisches Handeln
Ergotherapeut:in	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetzesebene ▪ Persönliche Gestalt ▪ Professionelles Ich ▪ Professionelles Wissen ▪ Theorien der Praxis und Überzeugungen ▪ Erfahrungen und Fertigkeiten aus der Praxis ▪ Professioneller Blickwinkel
Klient:in	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persönliche Eigenschaften ▪ Persönliche Gestalt ▪ Klienten bezogenes Ich ▪ Informationen über Gesundheit und Betätigungsebene ▪ Sichtweisen und Verständnis von therapeutischen Fertigkeiten und Betreuung ▪ Erweiterter Klient
Kultur westlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissen ▪ Sozialisation ▪ Individualismus vs. Kollektivismus
Kultur nicht-westlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialisation ▪ Machtdistanz ▪ Individualismus vs. Kollektivismus ▪ Weiblichkeit vs. Männlichkeit

Variable	Sachdimensionen
Professionelles Reasoning	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostisches Reasoning ▪ Pragmatisches Reasoning ▪ Prozedurales Reasoning ▪ Interaktives Reasoning ▪ Narratives Reasoning ▪ Ethisches Reasoning ▪ Konditionales Reasoning
Kulturelle Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empathie ▪ Kulturelles Wissen ▪ Selbstreflektion ▪ Offenheit und Flexibilität ▪ Erfahrung ▪ Sprachkenntnisse
Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klientenzentrierung ▪ Kulturelles Bewusstsein ▪ Empathie ▪ Vertrauen ▪ Empowerment ▪ Respekt ▪ Kommunikation ▪ Therapeutische Beziehung
Unausweichliche interpersonelle Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konflikt ▪ Dilemma ▪ Emotionen ▪ Praxiskontext ▪ Verhaltensweisen
Soziale Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soziales Rollenverständnis ▪ Kommunikation ▪ Verständnis
Kulturelle Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Othering ▪ Kulturelles Wissen ▪ Sprache ▪ Transkulturalität

Unabhängige Variable – Wirkungen des gesellschaftlichen Kontextes

Ursache	Wirkung
Gesellschaftlicher Kontext	Praxiskontext (T2, T5)
	Berufskultur (T3, T4)
	Professionelles Reasoning (T2)
	Klient:in (T2)
	Ergotherapeut:in (T5)
	Zusammenarbeit (T5)

Unabhängige Variable – Wirkungen des Praxiskontextes

Ursache	Wirkung
Praxiskontext	Gesellschaftlicher Kontext (T1, T5)
	Klient:in (T1, T2, T3, T5)
	Ergotherapeut:in (T1)
	Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (T1, T2)
	Professionelles Reasoning (T2)
	Soziale Interaktion (T2, T3)
	Zusammenarbeit (T2, T3, T5)
	Kulturelle Sicherheit (T2, T5)

Intervenierende Variable – Kultur westlich

Ursache	Wirkung
Kultur westlich	Berufskultur (T2)
	Ergotherapeut:in (T3)

Unabhängige Variable – Wirkungen der Berufskultur

Ursache	Wirkung
Berufskultur	Kulturelle Kompetenz (T1, T2, T3)
	Zusammenarbeit (T2)
	Kulturelle Sicherheit (T3)
	Ergotherapeut:in (T3)

Intervenierende Variable – Kultur nicht-westlich

Ursache	Wirkung
Kultur nicht-westlich	Klient:in (T1, T2, T3, T5)
	Praxiskontext (T1, T2, T4)
	Soziale Interaktion (T2, T3, T4)
	Zusammenarbeit (T2)

Unabhängige Variable – Wirkungen der Ergotherapeut:innen

Ursache	Wirkung
Ergotherapeut:in	Zusammenarbeit (T1, T4)
	Kulturelle Kompetenz (T1, T2, T4, T5)
	Soziale Interaktion (T1)
	Praxiskontext (T1, T5)
	Professionelles Reasoning (T2, T3)

Abhängige Variable – was Ergotherapeut:innen beeinflusst

Ursache	Wirkung
Gesellschaftlicher Kontext (T5)	Ergotherapeut:in
Praxiskontext (T1)	
Kultur westlich (T3)	
Berufskultur (T3)	

Intervenierende Variable – Professionelles Reasoning

Ursache	Wirkung
Professionelles Reasoning	Zusammenarbeit (T1, T3)
	Soziale Interaktion (T5)

Intervenierende Variable – Kulturelle Kompetenz

Ursache	Wirkung
Kulturelle Kompetenz	Zusammenarbeit (T1, T2, T3, T4, T5)
	Soziale Interaktion (T1)
	Professionelles Reasoning (T2)
	Kulturelle Sicherheit (T2, T3)

Unabhängige Variable – Wirkungen der Klient:innen

Ursache	Wirkung
Klient:in	Soziale Interaktion (T1, T2, T3, T4)
	Praxiskontext (T2)
	Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (T2, T3)
	Zusammenarbeit (T2, T3)

Abhängige Variable – was Klient:innen beeinflusst

Ursache	Wirkung
Gesellschaftlicher Kontext (T2)	Klient:in
Praxiskontext (T1, T2, T3, T5)	
Ergotherapeut:in (T3)	
Kultur nicht-westlich (T1, T2, T3, T5)	
Soziale Interaktion (T3, T4)	

Abhängige Variable – was die Zusammenarbeit beeinflusst

Ursache	Wirkung
Gesellschaftlicher Kontext (T5)	Zusammenarbeit
Praxiskontext (T2, T3, T5)	
Berufskultur (T2)	
Ergotherapeut:in (T1, T4)	
Professionelles Reasoning (T1, T3)	
Kulturelle Kompetenz (T1, T2, T3, T4, T5)	
Kultur nicht-westlich (T2)	
Klient:in (T2, T3)	
Soziale Interaktion (T1, T2, T3, T4)	
Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (T1, T2, T3, T5)	

Vermittelnde Handlung – Soziale Interaktion (Ursache)

Ursache	Wirkung
Soziale Interaktion	Zusammenarbeit (T1, T2, T3, T4)
	Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (T2, T5)
	Klient:in (T3)

Vermittelnde Handlung – Soziale Interaktion (Wirkung)

Ursache	Wirkung
Praxiskontext (T2, T3)	Soziale Interaktion
Ergotherapeut:in (T1)	
Professionelles Reasoning (T5)	
Kulturelle Kompetenz (T1)	
Kultur nicht-westlich (T2, T3, T4)	
Klient:in (T1, T2, T3, T4)	
Kulturelle Sicherheit (T2, T3, T5)	

Vermittelnde Handlung – Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (Ursache)

Ursache	Wirkung
Unausweichliche interpersonelle Ereignisse	Zusammenarbeit (T1, T2, T3, T5)
	Kulturelle Sicherheit (T4)

Vermittelnde Handlung – Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (Wirkung)

Ursache	Wirkung
Praxiskontext (T1, T2)	Unausweichliche interpersonelle Ereignisse
Kultur nicht-westlich (T5)	
Klient:in (T2, T3)	
Soziale Interaktion (T2, T5)	
Kulturelle Sicherheit (T1)	

Vermittelnde Handlung – Kulturelle Sicherheit (Ursache)

Ursache	Wirkung
Kulturelle Sicherheit	Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (T1)
	Soziale Interaktion (T2, T3, T5)

Vermittelnde Handlung – Kulturelle Sicherheit (Wirkung)

Ursache	Wirkung
Praxiskontext (T2, T5)	Kulturelle Sicherheit
Berufskultur (T3)	
Kulturelle Kompetenz (T2, T3)	
Unausweichliche interpersonelle Ereignisse (T4)	