

September 2020

Cosima Eggert (1965727) - Vanessa Göge (1927248) - Denise Mahnke (1946498) - Jana Wieczorek (1904043)

begleitet von Nicole Kaldewei

ALLES EINE FRAGE DER DEFINITION

Eine Delphi-Studie zur Untersuchung der zeitgemäßen Inhalte einer
Definition der Ergotherapie



Bachelorarbeit der Acadmie voor Ergotherapie
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

"Eine gute Definition, die der Berufsausübende versteht und mit der er sich identifizieren kann, unterstützt das Verständnis über den Beruf und [...] ist die Basis für das ergotherapeutische Handeln."

(TN24R1)



Wir hoffen, dass diese Bachelorarbeit einen kleinen Beitrag zur Weiterentwicklung und Professionalisierung der Ergotherapie in Deutschland leistet.

Durch die Antworten der Teilnehmer*Innen wurden wir erneut inspiriert über unseren ergotherapeutischen Tellerrand zu schauen und wünschen dies auch allen Leser*Innen.

Mit herzlichen Grüßen
Cosima, Vanessa, Denise & Jana

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere wir, Cosima Eggert, Vanessa Göge, Denise Mahnke und Jana Wiczorek, dass die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer Quellen und Hilfsmittel als der angegebenen angefertigt wurde. Die aus den Quellen entnommenen Stellen, sowohl wörtliche als auch inhaltliche, wurden als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Essen, 26. August 2020


Cosima Eggert

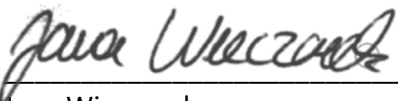
Waldbröl, 26. August 2020


Vanessa Göge

Hamburg, 26. August 2020


Denise Mahnke

Vallendar, 26. August 2020


Jana Wiczorek

© copyright Cosima Eggert, Vanessa Göge, Denise Mahnke & Jana Wiczorek

Alle Inhalte dieses Werkes, insbesondere Texte, Daten und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung, soweit dies nicht ausdrücklich in schriftlicher Form durch die Urheberinnen genehmigt wurde, ist unzulässig und gemäß § 106 ff. des Gesetzes über Urheberrecht und verwandte Schutzrechte (Urheberrechtsgesetz) strafbar.

Danksagung

In erster Linie möchten wir uns bei allen Ergotherapeuten*Innen und zukünftigen Berufsangehörigen bedanken, die durch ihre Anmeldung an der Studie, die Durchführung der Pre-Tests oder das Ausfüllen der Umfragen an dieser Studie mitgewirkt haben. Wir freuen uns darüber, dass das Forschungsthema auch in der Ergotherapie-Gemeinschaft auf so großes Interesse gestoßen ist, wie bei uns.

Ebenso möchten wir uns bei unserer Dozentin Bettina Weber bedanken, die uns bei der Wahl unseres Forschungsthemas durch ihren Vorschlag unterstützt hat.

Wir danken besonders Nicole Kaldewei, unserer Dozentin und Bachelorbegleiterin, für die zahlreichen Stunden, die wir gemeinsam über Online-Kommunikations-Tools miteinander verbracht haben und in denen sie uns durch ihre motivierenden Worte, zahlreichen Tipps und den Austausch von Literatur unterstützt hat.

Darüber hinaus gilt unser Dank den Korrekturlesern Max Baron, Romina Eggert, Konstanze Schultze und Mira Trommler. Durch eure Zeit und Energie, die ihr uns durch eure Verbesserungsvorschläge geschenkt habt, konnten wir uns und unsere Arbeit kontinuierlich reflektieren und verbessern.

Auch möchten wir uns bei unseren Übersetzern Jannis Gabrielidas, Sabine Lenderink und Simone Wilson für ihre Unterstützung bedanken.

Zu guter Letzt möchten wir unseren Familien, Partnern und Freunden danken, die uns zu jeder Zeit motivierende Worte und Gehör schenkten.

Lesehinweise

- In der vorliegenden Forschungsarbeit werden die Verfasserinnen Cosima Eggert, Vanessa Göge, Denise Mahnke und Jana Wieczorek als Forscherinnen benannt. Ebenso wird die Bezeichnung Forschungsteam synonym für die Forscherinnen verwendet.
- Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Rahmen dieser Ausarbeitung auf das Gendern verzichtet und die männliche Form bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Diese Textpassagen sollten als geschlechtsneutral („Geschlechter unterschiedslos betreffend“, Dudenredaktion, o.D.) zu verstehen sein und schließen somit weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten ausdrücklich mit ein, soweit es für die Aussage erforderlich ist. Dies gilt gegebenenfalls nicht für direkte Zitate. In Bezug auf die Forscherinnen wird die weibliche Form verwendet.
- Die Studienteilnehmer wurden anonymisiert und werden als Experten oder Teilnehmer bezeichnet. Entsprechend des Eintreffens der Fragebögen wurden diese in der ersten Runde mit der Abkürzung „TN“ und der entsprechenden Nummer gekennzeichnet (z.B. TN01R1). Gleiches gilt für die zweite Runde (z.B. TN03R2), wobei TN01R1 nicht zwangsläufig dem TN01R2 entspricht, da das Ausfüllen der Teilnehmer nicht in einer vorgeschriebenen oder nachvollziehbaren Reihenfolge geschah.
- Die Begriffe Ergotherapie-Population und Ergotherapie-Gesellschaft werden in der vorliegenden Forschungsarbeit synonym und an den jeweiligen Kontext angepasst verwendet.
- In Bezug auf die Befragung werden die Bezeichnungen Runde und Befragungsrunde verwendet.
- Im Text verwendete direkte und indirekte Zitate werden nach den Richtlinien der American Psychological Association APA (6th ed.) kenntlich gemacht und im Literaturverzeichnis alphabetisch aufgeführt.
- Zitate wurden entsprechend der Quelle, auf die im Text verwiesen wird, zitiert. Dabei wurden seitens der Forscherinnen keine Korrekturen in der Rechtschreibung und/oder Grammatik vorgenommen. Gleiches gilt für Zitate der Teilnehmer aus der ersten und zweiten Befragungsrunde.
- Die verwendete Literatur wird in der entsprechenden Sprache in die Ausarbeitung einbezogen. Anderenfalls werden Übersetzungen klar als solche im Fließtext gekennzeichnet.
- Für die Forschungsarbeit wichtige Begriffe werden im Glossar aufgegriffen und kurz erklärt. Diese sind im Text mit einem ° gekennzeichnet.

- Im Fließtext werden die Zahlen von eins bis zwölf, runde Zahlen (z.B. null, zwanzig oder hundert) und Ordnungszahlen als Worte ausgeschrieben. Ausnahmen bilden in einzelnen Abschnitten der Forschungsarbeit beispielweise statistische Werte (z.B. prozentuale Angaben) oder die Nummerierung von Fragen. Hier, ebenfalls wie in Tabellen und Grafiken, werden die Zahlen als Ziffern geschrieben.
Teilnehmeranzahlen, ebenso wie die Anzahl der Pretester, werden in der gesamten Forschungsarbeit, für eine bessere Vergleichbarkeit, ebenfalls als Ziffern geschrieben.
- Um Zusammenhänge zwischen einzelnen Textstellen der Forschungsarbeit ziehen zu können, werden Querverweise hergestellt. Diese Kennzeichnung folgt im Fließtext durch eine Klammer, einen Pfeil und die jeweils hin verwiesene Stelle gekennzeichnet.
Beispiel Kapitel: (► 2.1)
Beispiel Abbildung: (► Abb.1)
Beispiel Anlagen: (► A1)
- Tabellen und Abbildungen, die im Rahmen der Forschungsarbeit nicht mit Quellenangaben versehen wurden, sind von den Forscherinnen selbst erstellt worden. Alle weiteren werden entsprechend der oben benannten Zitierweise gekennzeichnet.
- Abkürzungen von Eigennamen (bspw. DVE für Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.) werden bei der Erstnennungen ausgeschrieben und durch die Abkürzung in eckigen Klammern dahinter versehen. Danach wird in der Forschungsarbeit die Abkürzung verwendet. Diese befinden sich zusätzlich im Abkürzungsverzeichnis. Geläufige Abkürzungen (wie z.B. für zum Beispiel) werden im Rahmen der Forschungsarbeit ohne Kennzeichnung und Erklärung verwendet.
- **Dickgedruckte** Begriffe und Satzfragmente dienen der Strukturierung im Fließtext. In der Diskussion kennzeichnen sie beispielsweise die im Rahmen der Forschungsarbeit gebildeten Ergebniskategorien.
- *Kursivgedruckte* Begriffe und Satzfragmente kennzeichnen feststehende Bezeichnungen. So werden auch die Antwortmöglichkeiten der beiden Umfragerunden im Fließtext dementsprechend gekennzeichnet.

Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
ABRATO	Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais
AOTA	American Occupational Therapy Association
BED	Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CCEBOT	Client-Centered Evidence-based Occupational therapy
CMCE	Canadian Model of Client-Centered Enablement
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
DGEW	Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaften e.V.
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
EBP	Evidenz-basierte Praxis
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
Et al.	Et alii (<i>Latein= und andere</i>)
IFK	Bundesverband Selbstständiger Physiotherapeuten -IFK e.V.
IWW	Institut Wissen in der Wirtschaft
OT-Europe	Occupational Therapy Europe
NRW	Nordrhein-Westfalen
TN	Teilnehmer
R1	Umfragerunde eins
R2	Umfragerunde zwei
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.
VDES	Verband Deutscher Ergotherapie-Schulen e.V.
VPT	Verband physikalischer Therapie e.V.
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
ZFD	Deutscher Verband für Podologie e.V.
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.

Abstracts

Deutsch

Ziel dieser Studie ist es, ein möglichst umfassendes Bild über die Vorstellungen einer zeitgemäßen Berufsdefinition von Ergotherapeuten zu erlangen. Grundlage für die Erhebung bildet die vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE] 2007 herausgegebene Berufsdefinition.

Die Datenerhebung der Mixed-Methods-Studie erfolgte mithilfe der Delphi-Methode, einem systematischen, mehrstufigen Befragungsverfahren. Dazu wurden in zwei aufeinanderfolgenden Runden vorab definierte Experten per Online-Survey befragt. Die erste Befragungsrunde hatte einen qualitativen Fokus, die zweite diente der quantitativen Überprüfung.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Wahrnehmungen über das berufliche Selbstkonzept und die Berufsdefinition bei den Befragten stark voneinander abweichen. Zudem wird deutlich, dass die in der Definition des DVE (2007) erwähnten Kerngedanken der Ergotherapie weiterhin relevant sind, jedoch angepasst oder ergänzt werden sollten, um kongruent zu (inter-)nationalen Entwicklungen zu sein. Im Rahmen der Studie werden dazu bereits konkrete Vorschläge präsentiert. Für weitreichendere Lösungen und eine stärkere Konsensbildung ist jedoch zusätzliche Forschung notwendig.

English

This study aims to provide a comprehensive view of a contemporary job definition for Occupational Therapists. The current definition of Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE] (2007) is the basis for the evaluation.

The Delphi-Method, a systematic, multi-stage survey process, was used for data collection in this mixed-methods study. Prior identified experts participated in two consecutive rounds of an online survey. The first round focused on qualitative aspects, the second round was intended for quantitative verification.

The results indicate that perceptions and definitions of the professional self-concept differ greatly among occupational therapists. The core ideas in the DVE's definition are still relevant to Occupational Therapy, however there is also need for adjustment and broadening of the scope to ensure congruency with (inter)national developments. Actual solutions are proposed in this study. For more far-reaching solutions and to gain broad agreement, additional research is needed.

Nederlands

Het doel van deze studie is een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het idee van een hedendaagse beroepsdefinitie van ergotherapeut. De basis voor dit onderzoek is de definitie, die de Deutsche Verband der Ergotherapeuten [DVE] in 2007 heeft gepubliceerd. De gegevensverzameling van het Mixed-Methods-onderzoek is uitgevoerd volgens de Delphi-methode, een systematische meerfasen-interviewprocedure. Hiervoor werden vooraf geselecteerde experts gevraagd twee online-survey in te vullen. Het eerste interview had een kwalitatieve focus, het tweede gedeelte was kwantitatief.

De resultaten laten zien dat de perceptie van het zelfbeeld en de beroepsdefinitie bij de geïnterviewden sterk uiteenlopen. Het wordt ook duidelijk dat de kernideeën van de ergotherapie, genoemd in de DVE-definitie, nog steeds relevant zijn, maar moeten worden aangepast of aangevuld om in overeenstemming te zijn met de (inter)nationale ontwikkelingen. In het kader van de studie worden reeds concrete voorstellen gedaan. Meer onderzoek is echter nodig voor verdergaande oplossingen en consensusvorming.

Zusammenfassung

Ergotherapeuten werden immer wieder mit der Frage konfrontiert, was Ergotherapie eigentlich ist. Der Facettenreichtum des Berufes sorgt dafür, dass es zum Teil auch langjährig praktizierenden Ergotherapeuten schwer fällt den Beruf kurz und präzise zu beschreiben und von anderen Berufsgruppen abzugrenzen. Hinzu kommt, dass die Definition des Deutschen Verbandes für Ergotherapeuten e.V. [DVE], dem größten Berufsverband Deutschlands, bereits 2007 veröffentlicht wurde. Gerade die Ergotherapie entwickelt sich in den letzten Jahrzehnten im nationalen und internationalen Kontext rasant weiter, weshalb sich die Frage ergibt, welche zentralen Aspekte in eine zeitgemäße Definition der Ergotherapie gehören. Dafür wurden Berufsangehörige im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit befragt. Als Diskussionsgrundlage wird die aktuelle Definition des DVE (2007) verwendet, um obsolete^o sowie ergänzungswürdige Aspekte zu erfassen.

Die Forscherinnen wählten ein Mixed-Methods-Design, bei dem mit der Delphi-Methode sowohl qualitative als auch quantitative Daten erhoben werden konnten. Damit ein möglichst großer Teil der Ergotherapie-Population repräsentiert werden kann, wurde diese, ihren Aufgaben in der Ergotherapie-Gesellschaft entsprechend, in fünf Gruppen eingeteilt. Die Experten der jeweiligen Gruppen wurden in zwei aufeinander aufbauenden Runden mittels eines Online-Surveys befragt. Um zunächst ein möglichst breites Meinungsbild zu erfassen, startete die Untersuchung mit einer qualitativen Befragung, deren Ergebnisse im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse, angelehnt an Mayring (2015), ausgewertet wurden. Dem Zweck der Delphi-Methode entsprechend, folgte eine zweite Runde mit quantitativem Fokus, die der Überprüfung der ersten Runde diente.

Durch die Befragung wurde deutlich, wie divers die Vorstellungen der Berufsangehörigen über die Ergotherapie sind, was zum einen die Vielfalt des Berufes unterstreicht, zum anderen aber auch auf eine uneinheitliche Berufsidentität hinweist. Es konnten dennoch bereits einzelne Aspekte erfasst werden, bei denen ein hoher Konsens bezüglich ihrer Relevanz für eine zeitgemäße Definition der Ergotherapie innerhalb der Ergotherapie-Population herrscht. Zudem konnten Vorschläge für konkrete Anpassungen der Definition des DVE (2007) erhoben werden. Durch die Studienergebnisse, bereits eine Grundlage für weitere Forschung geschaffen. Da ein Konsensprozess mehr als zwei Runden bedarf, empfehlen die Forscherinnen die Durchführung weiterer Befragungsrunden.

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	I
Danksagung	II
Lesehinweise	III
Abkürzungen	V
Abstracts	VI
Zusammenfassung	VIII
Inhaltsverzeichnis	IX
1. Einleitung	12
1.1. Problematik und Relevanz für die Ergotherapie.....	12
1.2. Motivation.....	12
1.3. Ziel der Arbeit.....	13
1.4. Aufbau der Arbeit	13
2. Theoretischer Hintergrund	15
2.1. Einführung in das Kapitel	15
2.1.1 Literaturrecherche	15
2.1.2 Begriffsbezeichnungen	16
2.1.2.1 Beruf	16
2.1.2.2 (Berufs-)Definition	17
2.1.2.3 Ergotherapie.....	17
2.1.2.4 Berufsidetit��t.....	17
2.1.2.5 Die Profession und Professionalisierung.....	17
2.2. Strukturorientierte Theorien der Professionsentwicklung.....	18
2.2.1 Die Merkmalstheorie nach Parsons	18
2.3. Der Stand der Professionalisierung der Ergotherapie in Deutschland nach der Merkmalstheorie	19
2.3.1 Qualifikation	19
2.3.1.1 Wissenschaftliche Ausbildung	19
2.3.1.2 Berufssprache und Berufswissenschaft.....	21
2.3.1.3 Reflexivit��t�� und Kooperation.....	23
2.3.2 Berufsverbandliche Organisation.....	25
2.3.3 Gesellschaftlich-Soziale Dimension	26
2.3.3.1 Autonomie.....	26
2.3.3.2 Werte und Berufsethik��	27
2.4. Theorien des Professionellen Handelns.....	28
2.4.1 Theorie des Professionellen Handelns nach Oevermann	28
2.4.2 Theorie des Professionellen Handelns nach Dewe und Otto.....	29
2.5. Der Stand der der Professionalisierung der Ergotherapie in Deutschland nach den Theorien des Professionellen Handelns	30
2.5.1 Clinical Reasoning��	31
2.5.2 Evidence-Based Practice.....	32
2.5.3 Qualit��tssicherung und -management.....	33

2.6. Der Paradigmenbegriff in der Ergotherapie	34
2.6.1 Moral Treatment.....	35
2.6.2 Paradigma der Betätigung	35
2.6.3 Mechanistisches Paradigma	35
2.6.4 Zeitgenössisches Paradigma	36
2.7. Die (Definitions-) Entwicklung der Ergotherapie über die Jahrzehnte in Deutschland	36
2.8. Die aktuelle Definition des DVE (2007) im Vergleich	44
2.8.1 Gegenüberstellung der aktuellen Definitionen der beiden deutschen Berufsverbände der Ergotherapie (DVE, 2007 vs. BED, 2014)	44
2.8.2 Der Vergleich mit internationalen Ergotherapie-Definitionen.....	45
2.8.3 Relevante internationale Aspekte.....	48
2.8.3.1 <i>Occupational Science</i>	48
2.8.3.2 <i>Occupational Justice</i>	49
2.8.3.3 <i>Engagement</i>	49
2.8.3.4 <i>Empowerment</i>	49
2.8.3.5 <i>Enabling</i>	50
2.8.3.6 <i>Well-being</i>	50
2.9. Bedeutung einer einheitlichen zeitgenössischen Definition für die Professionsentwicklung	50
3. Methodik und Ergebnisdarstellung.....	53
3.1 Aufbau der Studie.....	53
3.2 Forschungsethik	56
3.3 Gütekriterien.....	56
3.3.1 Gütekriterien der Mixed-Methods-Forschung.....	57
3.3.2 Gütekriterien qualitativer Forschung	57
3.3.3 Gütekriterien quantitativer Forschung.....	58
3.4 Teilnehmerauswahl und Akquise°	59
3.4.1 Teilnehmerauswahl	59
3.4.2 Akquise°.....	66
3.5 Forschungsdesign im Allgemeinen	68
3.5.1 Mixed-Methods-Forschung	68
3.5.2 Wissenschaftliche Fragebogenmethode im Allgemeinen.....	69
3.5.3 Online-Befragung	69
3.5.4 Fragebogenkonstruktion im Allgemeinen	70
3.6 Forschungsdesign eins: qualitative Erhebung	72
3.6.1 Qualitative Forschung im Allgemeinen.....	72
3.6.2 Konstruktion des ersten Fragebogens.....	72
3.6.3 Durchführung des Pretests Runde eins	73
3.6.4 Durchführung der ersten Runde	74
3.6.5 Auswertung der Ergebnisse der ersten Runde.....	74
3.6.5.1 <i>Systematische Datenanalyse nach Mayring (2015)</i>	74
3.6.5.2 <i>Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse</i>	75
3.6.6 Darstellung der Ergebnisse der ersten Runde.....	77
3.7 Forschungsdesign zwei: quantitative Erhebung	83
3.7.1 Quantitative Forschung im Allgemeinen	83
3.7.2 Konstruktion des zweiten Fragebogens.....	83
3.7.3 Durchführung des Pretests Runde zwei	87
3.7.4 Durchführung der zweiten Runde	88
3.7.5 Auswertung der Ergebnisse der zweiten Runde	89
3.7.6 Darstellung der Ergebnisse der zweiten Runde	89

4. Interpretation der Ergebnisse.....	111
4.1 Stärken und Schwächen.....	111
4.2. Diskussion der Ergebnisse.....	113
5. Schlussfolgerung und Ausblick.....	129
Literaturverzeichnis.....	131
Glossar	141
Abbildungsverzeichnis.....	146
Anhang.....	147
Anhang 1: Auszug Suchstrategien Literaturrecherche	147
Anhang 2: Einschätzung des Evidenzlevels verwendeter Studien nach.....	149
Tomlin und Borgetto (2011)	149
Anhang 3: Critical Review Form – Qualitative Studies.....	151
Anhang 4: Teilnehmeranschreiben	156
Anhang 5: Informationsflyer Teilnehmerakquise.....	158
Anhang 6: Auszüge der Website	159
Anhang 7: Einverständniserklärung zur Studienteilnahme.....	160
Anhang 8: Auszüge Pretests Runde eins.....	164
Anhang 9: Auszug Gegenüberstellung Pretest Runde eins und Fragebogen Runde eins	166
Anhang 10: Online-Umfrage Runde eins	168
Anhang 11: Darstellung der Teilnehmer Runde eins	173
Anhang 12: Auswertung der ersten Online-Umfrage - Auszug der Inhaltsanalyse	174
Anhang 13: Auszüge Pretsets Runde zwei	181
Anhang 14: Auszug Gegenüberstellung Pretest Runde zwei und Fragebogen Runde zwei	183
Anhang 15: Online-Umfrage Runde zwei.....	189
Anhang 16: Teilnehmerkategorien Runde eins vs. Runde zwei	206

1. Einleitung

1.1. Problematik und Relevanz für die Ergotherapie

Da die Ergotherapie einem stetigen Paradigmenwandel unterliegt, welcher z.B. mit der Entwicklung neuer Arbeitsfelder, innovativer Technologien und der sich immer weiter globalisierenden Welt einhergeht, gestaltet sich die Bildung einer einheitlichen Berufsidentität problematisch.

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE] beschreibt auf seiner Internetseite, dass “eine Definition [...] die Basis [bildet], von der aus alle Berufsangehörigen, unabhängig ihres Arbeitsgebietes, ihrer Spezialisierung und ihrer persönlichen Sichtweise die Ergotherapie darstellen [zu] können” (o.D., zitiert nach DVE, 2007). Zudem soll die Definition eine gemeinsame Berufsidentität fördern und zur Weiterentwicklung der Profession beitragen (DVE, 2012).

Daher erscheint die Untersuchung der Inhalte für eine zeitgemäße Definition der Ergotherapie relevant und es stellt sich die Frage, ob z.B. neue Arbeitsfelder, aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen sowie internationale Aspekte und Strömungen einbezogen werden sollten, damit diese kongruent zu entsprechenden nationalen und internationalen Entwicklungen ist.

1.2. Motivation

Im Rahmen einer Vorlesung stellten die Forscherinnen fest, dass die aktuelle deutsche Definition der Ergotherapie bereits von 2007 und somit über zwölf Jahre alt ist. Dies in Verbindung mit den zuvor benannten kontinuierlichen Entwicklungen bietet die Grundlage für die Hypothese der Forscherinnen, dass die Definition des DVE von 2007 nicht mehr zeitgemäß ist. Sie lautet:

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.

Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.

Bezugnehmend auf die zuvor benannte Hypothese erscheint es sinnvoll, die Aktualität der derzeitigen Berufsdefinition zu prüfen und auch im internationalen Vergleich zu betrachten, um eine angemessene Darstellung der Inhalte des Berufes innerhalb der eigenen Berufsgruppe sowie gegenüber anderen Berufsgruppen und Klienten zu gewährleisten. Dies könnte einen bedeutenden Beitrag zur Professionalisierung der Ergotherapie leisten. Ebenso kann es ein Schritt für die Ergotherapie sein, in der Gesellschaft eine höhere Anerkennung und Etablierung zu finden. Das Forschungsteam wünscht sich, aktiv an der Weiterentwicklung der Definition in diesem Sinne mitzuwirken, um auch ihre persönliche Berufsidentität zu erweitern.

1.3. Ziel der Arbeit

Ziel der Studie ist, ein möglichst breites Bild über die Vorstellung der 'Ergotherapie-Gesellschaft' in Deutschland über ihren Beruf zu generieren. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit soll beleuchtet werden, ob die aktuelle Definition des DVE noch zeitgemäß ist und welche Aspekte angepasst werden müssen, damit die Definition im Jahre 2020 kongruent zu den gesundheitspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Entwicklungen ist.

Dem Ganzen möchten sich die Forscherinnen mit folgender Forschungsfrage nähern:

Welche zentralen Aspekte gehören aus Sicht der Berufsangehörigen zu einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie in Deutschland?

Dies bietet die Grundlage sich mit der Berufsidentität der Ergotherapeuten in Deutschland auseinanderzusetzen, da diese und die (deutsche) Definition der Ergotherapie sich gegenseitig zu bedingen scheinen.

Zudem möchten die Forscherinnen durch die vorliegende Arbeit an der Entwicklung eines modernen Berufsbildes mitwirken. Ein einheitliches Verständnis der Berufsangehörigen darüber, was die Ergotherapie einzigartig macht, hilft, diese von anderen Professionen^o abzugrenzen und ihr Wissen, um die eigenen Kernkompetenzen zu stärken. Die fortlaufende Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses soll helfen, Zuständigkeiten zu verinnerlichen, Grenzen des Berufes abzustecken und sich somit mehr mit der Rolle der Ergotherapeuten zu identifizieren. Hierbei wäre eine zeitgemäße und für einen Großteil der deutschen Ergotherapeuten vertretbare Definition von großer Bedeutung. Auch innerhalb der deutschen Gesellschaft wäre sie dienlich, um Verbreitung des Wissens über die Ergotherapie zu erleichtern und den Einbezug neuer Arbeitsfelder zu ermöglichen.

Die Entwicklung einer modernen Definition soll einen Beitrag zur Professionalisierung der Ergotherapie leisten. Der Zusammenhang zwischen einer Berufsdefinition und der Professionalisierung wird durch das folgende Zitat verdeutlicht: "Jede Professionalisierungsdebatte [dient/diene] außerhalb des wissenschaftlichen Raumes auch der berufspolitischen Abgrenzung des eigenen Handlungs- und Zuständigkeits-, in diesem Fall des ergotherapeutischen, Raumes. Darüber hinaus soll sich durch die Selbstreflexion des Berufsbildes ergotherapeutisches Handeln inhaltlich besser begründen, rechtfertigen und entwickeln" (Beyermann, 2006, S.94) lassen.

Ein großer Gewinn wäre, Aspekte zur Erneuerung und Ergänzung der deutschen Berufsdefinition vorzuschlagen. Angesichts des deutschen Gesundheitssystems obliegt es in der Verantwortung der Berufsangehörigen, die Ergotherapie zu positionieren und Kompetenzen deutlich zu formulieren.

1.4. Aufbau der Arbeit

Die Forschungsarbeit gliedert sich neben der Einleitung in vier weitere übergeordnete Kapitel: Theoretischer Hintergrund (► 2), Methodik und Ergebnisdarstellung (► 3), Interpretation der Ergebnisse (► 4) sowie Schlussfolgerung und Ausblick (► 5). Zu Beginn dieser Arbeit erhält der Leser theoretische Grundlagen für das Forschungsthema. Daraufhin folgen die Vorstellung der Methodik, ebenso wie die Darstellung der Forschungsergebnisse. Im Anschluss daran werden die

gewonnenen Ergebnisse interpretiert und mit den theoretischen Grundlagen verknüpft, bevor die Stärken und Schwächen der Forschung dargestellt und ein Ausblick für weiterführende Forschung gegeben werden.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Einführung in das Kapitel

Mit dem Ziel die Aktualität der deutschen Definition der Ergotherapie vom DVE (2007) zu überprüfen, wird sie im Vergleich mit nationalen und internationalen Strömungen und Entwicklungen betrachtet. Um zu beschreiben, warum eine moderne deutsche Definition der Ergotherapie einer Professionalisierung des Berufes in Deutschland zuträglich wäre, werden im theoretischen Hintergrund verschiedene Professionalisierungstheorien beleuchtet.

Diese Forschungsarbeit fokussiert sich auf den Verband der Ergotherapeuten e.V., da es im Kern der Forschung um die Betrachtung der Definition eben dieses Verbandes geht. Selbstverständlich gibt es noch weitere Zusammenschlüsse von Ergotherapeuten, deren Standpunkte ebenfalls in die Ausarbeitung mit einfließen.

2.1.1 Literaturrecherche

Unsere Literaturrecherche stützt sich auf beispielhaft aufgeführte Suchbegriffe, die wir in verschiedene Datenbanken einsetzen, um einen Überblick über vorhandene Informationen zum Forschungsthema zu gewinnen. Eine solche Suche wurde in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt:



Abbildung 1 Literaturrecherche

Im Folgenden werden beispielhafte Schlüsselwörter aufgelistet:

- Akademisierung/Vollakademisierung
- Ergotherapie/Occupational Therapy/OT
- Deutschland
- Primärqualifizierendes Studium
- Wissenschaftliche Ausbildung
- Heilmittelerbringer
- Therapeuten/Therapie
- Definition
- Etc.

Außerdem waren die Suchfunktionen der Webseiten nationaler und internationaler Berufsverbände hilfreich, um einen Überblick über die Thematik zu erhalten. Da es schwer war, über diesen Weg transparente Informationen zu erhalten, stellten die Forscherinnen darüber hinaus Anfragen per E-Mail oder Telefon, wie beispielsweise an den Berufsverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. [BED], um Informationen zu seiner vorherigen Definition der Ergotherapie zu erhalten.

Die Covid-19-Pandemie erschwerte die Literaturrecherche maßgeblich. Da Bibliotheken geschlossen blieben, suchte das Forschungsteam über die oben beispielhaft aufgeführten Suchbegriffe auch im Internet nach geeigneter Literatur, die dann gezielt bei Bibliotheken, der begleitenden Dozentin oder Bekannten zum Ausleihen anfragt wurde.

Zu dem ausgewählten Forschungsthema sind wenige aktuelle Studien zu finden. Die verwendeten Studien wurden anhand der Forschungspyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) begutachtet und bewertet. Sie dient als "Modell und Zusammenführung von externer Evidenz aus unterschiedlichen Forschungsansätzen" (Borgetto, Tomlin, Max, Gantschnig, & Pfingsten, 2017). Eine beispielhafte Darstellung der Evidenzlevelbestimmung (► A2) und ein Critical Law Review (>A3) sind dem Anhang zu entnehmen. Gleiches gilt für die Literaturrecherche (► A1) zu dieser Forschungsarbeit.

2.1.2 Begriffsbezeichnungen

Da eine Definition immer von einem präzisen Sprachgebrauch geprägt ist, ist es unabdinglich zunächst einige Begrifflichkeiten als Grundlage für eine Diskussion festzulegen und abzugrenzen.

2.1.2.1 Beruf

Der Begriff *Beruf* stammt von dem mittelhochdeutschen *beruof*, der von Luther als *Berufung* geprägt und verwendet wurde (Dudenredaktion, o.D.-b).

Schmidt, Bartscher und Nissen (2018) bezeichnen als Beruf eine langfristige Betätigung, die den Großteil der Arbeitskraft und Arbeitszeit eines Menschen einnimmt. Als Synonym wird in der Literatur häufig das Wort *Erwerbstätigkeit* verwendet (Dudenredaktion, o.D.-b).

Die Ausübung geschieht in der Regel nach dem Abschluss einer Ausbildung (Schmidt et al., 2018) und mit der Intention Geld zu verdienen (Dudenredaktion, o.D.-b). Dabei werden sowohl körperliche, als auch geistige Tätigkeiten umfasst (Sailmann, 2018).

Berufe verfügen über dauerhafte, typische und spezifische „Arbeitsmuster“ (Bollinger, 2012, S.17), die den Berufsinhaber prägen und wesentlich zu seiner beruflichen und sozialen Identität beitragen (Bollinger, 2012).

Im 12. Artikel des Grundgesetzes ist festgelegt, dass ein Beruf frei gewählt werden darf (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, o.D.).

2.1.2.2 (Berufs-)Definition

Als *Definition* bezeichnet man die „genaue Bestimmung eines Begriffes durch [...] Erklärung seines Inhalts“ (Dudenredaktion, o.D.-c). In Verbindung mit einem Beruf taucht in der Literatur häufig das Wort *Berufsbezeichnung* auf (Bundesagentur für Arbeit, 2020).

Laut DVE (o.D.-a) bildet eine Definition „die Basis, von der aus alle Berufsangehörigen, unabhängig ihres Arbeitsgebietes, Spezialisierung und ihrer persönlichen Sichtweise die Ergotherapie darstellen können“.

Mit Hilfe der Berufsdefinition soll der „Kern des Berufs“ (DVE, 2007) dargestellt und somit die „inhaltlichen Aufgaben des Berufes“ (Götsch, 2015) verdeutlicht werden. Sie soll eine kollektive Berufsidentität der Berufsangehörigen fördern (DVE, 2007; Götsch, 2015) und als Grundlage für eine vereinte Außendarstellung dessen fungieren (DVE, 2007).

2.1.2.3 Ergotherapie

Der Begriff der *Ergotherapie* wurde 1970 von der World Federation of Occupational Therapists [WFOT] „zur offiziellen Übersetzung des Begriffs *occupational therapy* in den nicht englischsprachigen Ländern“ (Kinébanian, 2019, S.37) erklärt. Das aus dem Griechischen stammende Wort *ergon*, das *Arbeit* bedeutet, steht im weitesten Sinne für „aktive Teilhabe, körperliche und geistige Aktivität, Leistung, Werk, Tat, Handlung, Aktion“ (Kinébanian, 2019, S.37).

Im französischen Raum wird beispielsweise ebenfalls von der *ergothérapie* und in Teilen Skandiniavens von der *ergotherapie* gesprochen (Kinébanian, 2019).

2.1.2.4 Berufsidentität

Der Begriff der *Berufsidentität* setzt sich aus dem unter ► 2.1.2.1 beschriebenen Wort *Beruf* und dem Wort *Identität* zusammen, das die „völlige Übereinstimmung mit dem, was sie [eine Person] ist oder als was sie bezeichnet wird“ (Dudenredaktion, o.D.-d) meint.

Nach Adams, Hean, Sturgis und Clark (2006) ist die Berufsidentität die Anerkennung einer bestimmten Philosophie, moralischer Ansätze, Werte, Einstellungen, Kompetenzen und Rollen im Kontext einer professionellen Gruppe. Die Entwicklung dieser ist ein dynamischer Prozess, der für die Langlebigkeit einer Disziplin verantwortlich ist und sich vor allem während der Ausbildung bildet (Adams et al., 2006).

2.1.2.5 Die Profession und Professionalisierung

Der Begriff *Profession* lässt sich von dem lateinischen *professio* ableiten, das so viel wie *öffentliches Bekenntnis* bedeutet. In Verbindung mit dem artverwandten lateinischen Wort *profiteri*,

welches „Geschäft“ bedeutet, kann ein Bezug zum Gewerbe hergestellt werden. Heute findet man das Wort Profession häufig synonym verwendet für „Arbeit, Beruf, Beschäftigung, Gewerbe, Handwerk oder Metier“. (Dudenredaktion, o.D.-g)

Die Begriffsbedeutung der *Profession* oder der *Professionalisierung* sind sehr umfassend und stark autorengen geprägt (Clouston & Whitcombe, 2008).

Kälbe (2012) beschreibt eine Profession allgemein als einen relativ autonomen, wissenschaftlich begründeten Expertenberuf. Angehörige einer Profession erbringen eine Dienstleistung in einem gesellschaftlich relevanten Problemfeld und folgen dabei einer spezifischen Handlungslogik. Privilegierte Qualifikations-, Erwerbs- und Kontrollchancen definieren die Profession zusätzlich. Wichtig zu beachten ist, dass eine Profession in Abhängigkeit vom sozialen Wandel steht. Somit ist sie eine zeitabhängig veränderbare Größe, und kann Einfluss bzw. Unabhängigkeit verlieren, aber auch gewinnen kann. (Kälbe, 2012)

Die *Professionalisierung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen* beschreibt Bollinger (2012) als „Versuch, in einem bereits differenzierten und regulierten Berufsfeld neue Qualifikationsmuster durchzusetzen“. Das Ziel sei es, eine bessere Stellung im Gesundheitssystem einzunehmen und somit „neu auftretende oder wichtiger werdende Problemlagen zu bearbeiten“ (Bollinger, 2012, S.23).

In der Soziologie werden sequenzielle Entwicklungsschritte beschrieben, um letztendlich beim Professionsbegriff anzukommen.

Mit dem Begriff Professionalisierung kann das gesellschaftliche Phänomen gemeint sein, dass die Anzahl Berufsangehöriger schnell wächst oder die Umwandlung rein theoretischer Wissenschaften in angewandte Wissenschaften (Kälbe, 2012).

Letztendlich beschreibt der Begriff Professionalisierung Prozesse, die die Veränderung der Berufsstruktur in einer Gesellschaft bedingen. Ein professionelles Erscheinungsbild kann aus verschiedenen sozialtheoretischen Perspektiven betrachtet werden.

2.2. Strukturorientierte Theorien der Professionsentwicklung

Nachdem im vorherigen Kapitel für die Forschungsarbeit wichtige Begrifflichkeiten erklärt wurden, soll im Folgenden auf zwei Ansätze umfassend eingegangen werden, die grundlegende Bausteine in der Entwicklung von Professionstheorien sind (Walkenhorst, 2008).

In diesem Unterkapitel wird die unter die strukturorientierten Theorien der Professionsentwicklung fallende Merkmalstheorie nach Parsons (1939) näher erläutert.

2.2.1 Die Merkmalstheorie nach Parsons

Zum einen kann Professionalität anhand der Merkmalstheorie, die von verschiedenen Autoren geprägt wurde, verstanden werden. Sie beinhaltet, dass sich eine Profession durch bestimmte Merkmale von einem Beruf abgrenzt (Walkenhorst, 2008). Nur wenn alle Merkmale erfüllt sind, kann von einer Profession gesprochen werden (Kälbe, 2012).

Der Merkmalstheorie nach Parsons (1939) liegt eine funktionalistische - bzw. strukturfunktionalistische Denkweise zugrunde, nach der Professionen die Funktion gesellschaftlicher Werterealisierung übernehmen. Vertreter eines solchen Denkansatzes waren neben Parsons (1939), Carr-

Saunders (1933), Goode (1957) und Liebermann (1958). Im Laufe der Jahre wurde der Ansatz weiterentwickelt und zu einer eigenständigen merkmals- und indikatorenorientierten Professionstheorie definiert. Ein einheitlicher Merkmalskatalog ist jedoch nicht auffindbar. (Walkenhorst, 2008) Zu den konsensträchtigtsten Merkmalen einer Profession zählen die Qualifikation, die gesellschaftlich-soziale Dimension und die berufsverbandliche Organisation. Die Qualifikation umfasst hierbei eine wissenschaftliche Ausbildung, eine eigene Berufswissenschaft und -sprache, sowie Reflexivität° und Kooperation. Die gesellschaftlich-soziale Dimension umfasst die Autonomie und eine zugrunde liegende, umfassende sowie verpflichtende Berufsethik°. Bei der berufsverbandlichen Organisation geht es darum, dass eine Profession eine berufseigene Interessenvertretung aufweisen soll. (Beyermann, 2006)

2.3. Der Stand der Professionalisierung der Ergotherapie in Deutschland nach der Merkmalstheorie

Betrachtet man nun den derzeitigen Professionalisierungsprozess der Ergotherapie in Deutschland unter den Gesichtspunkten der Merkmalstheorie, müssen die verschiedenen Dimensionen beleuchtet und dargestellt werden. Die Betrachtungsweise der Entstehung einer Profession spielt sich mit dem strukturorientierten Ansatz eher auf einer Makroebene° ab. Dies wurde vielfältig kritisiert (vgl. Dewe, 2006; Schaeffer 1994 in Walkenhorst, 2008).

Es ist trotzdem von Bedeutung den Stand des Professionalisierungsprozesses aus dieser Perspektive zu beleuchten, da die Theorie häufig im politischen Diskurs genutzt wird. Nachweise der Qualität der Ergotherapie werden gefordert und sie muss im Gesundheitssystem Stellung beziehen. (Walkenhorst, 2008)

Somit nimmt die Ergotherapie am berufs- oder professionspolitischen Diskurs teil und muss sich positionieren können.

2.3.1 Qualifikation

Für das Merkmal der Qualifikation nach Parson (1939) müssen zunächst die Aspekte *Wissenschaftliche Ausbildung, Berufssprache und Berufswissenschaft, Berufsverbandliche Interessensvertretung und Reflexivität° und Kooperation* näher beleuchtet werden.

2.3.1.1 Wissenschaftliche Ausbildung

Laut dem Bundesministerium für Bildung und Forschung definiert sich die wissenschaftliche Aus-/Weiterbildung dadurch, dass sie an Hochschulen stattfindet (2009).

Im September 2009 wurde die Modell-Klausel beschlossen, welche es erlaubt, probeweise primärqualifizierende Hochschulabschlüsse für die nichtärztlichen medizinischen Berufe Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie sowie für Hebammenkunde einzuführen. Dies geschieht unter der Auflage, dass die hochschulische Ausbildung auch die Ausbildungsziele der bisherigen schulischen Ausbildung sichert. (Bundesgesetzblatt, 2009)

Heute findet ein Großteil der Ergotherapieausbildungen an Berufsfachschulen statt. Es gibt jedoch in Deutschland darüber hinaus insgesamt sechs primärqualifizierende, sieben additive und fünf ausbildungsbegleitende Bachelorabschlüsse im Fach *Ergotherapie* sowie einen

Masterstudiengang an der HAWK Hildesheim, der mit dem Master of Science in Ergotherapie abschließt. (DVE, o.D.-b)

Der erste primärqualifizierende Studiengang im Fach *Ergotherapie* startete zum Wintersemester 2010/2011 an der Universität Bochum mit dem Ziel, Ergotherapeuten zu wissenschaftlich fundiertem, evidenzbasiertem und reflektiertem professionellen Handeln in verschiedenen Teams und Teamstrukturen sowie Umfeldern zu befähigen (Eschenbeck et al., 2011).

Der Prozess der Akademisierung innerhalb der Ergotherapie ist nach Schmid und Sell-Krude (2014) schwer nachzuvollziehen, da bisher keine Meldungspflicht über abgeschlossene Bachelorabschlüsse für Fachhochschulen und Universitäten besteht. Der DVE fragt allerdings jährlich bei den einzelnen Fachhochschulen und Universitäten an. Daraus geht hervor, dass die Akademisierung ein fortschreitender Prozess ist und immer mehr Ergotherapeuten einen berufs-, ausbildungsbegleitenden oder einen additiven Studiengang im Fach *Ergotherapie* abschließen (Schmid & Sell-Krude, 2014).

Borgetto et al. (2019) beschreiben, dass eine vollständige Akademisierung der Heilmittelberufe notwendig sei, um in Zukunft die therapeutische Versorgung zu sichern und sehen sie als eine Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Therapie. Aufgrund der zunehmenden Publikationen, vor allem von internationalen Studien, werden therapeutische Behandlungsangebote komplexer und es wird Personal benötigt, welches die vorhandenen Evidenzen zu sichten und individuell anzuwenden weiß. Hiermit steigt auch die Anforderung an die berufsausübenden Heilmittelerbringer an sich. (Borgetto et al., 2019)

Das Bündnis *Therapieberufe an die Hochschulen* (2019) nennt als weiteren Aspekt für eine Vollakademisierung eine zunehmend alternde Gesellschaft mit erhöhter Multimorbidität. In den letzten Jahren sei zudem ein Anstieg psychischer und neurologischer Erkrankungen zu beobachten. Hinzu kommt eine fortschreitende Digitalisierung in der Gesellschaft, die sich auch auf Kommunikations- und Versorgungsstrukturen auswirkt. Dies bedeutet für Therapeuten einen erhöhten Behandlungsaufwand. In Therapieberufen wird bereits von einem Fachkräftemangel gesprochen. Die Vollakademisierung würde eine Chance bieten, therapeutische Berufsbilder auf dem Arbeitsmarkt attraktiver zu machen. (Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen, 2019). Des Weiteren ist in den letzten Jahren eine zunehmende Rationalisierung der Behandlungsabläufe festzustellen. Diese Faktoren sind ein Indiz dafür, dass „*angepasste und zukunftsfähige Kompetenzen für Heilmittelerbringer*“ (Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen, 2019, S.1) nötig sind, um sich den kommenden Herausforderungen stellen zu können. Diese können im Rahmen der Akademisierung besser gewährleistet werden (Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen, 2019).

Perspektivisch benennen Ahrens und Treusch (2020), dass die ergotherapeutische Arbeit positiv durch eine Vollakademisierung beeinflusst werden könnte, da durch wissenschaftliches Arbeiten eine Qualitätsverbesserung erzielt würde.

Kritische Stimmen führen allerdings an, dass dies die Zahl an Bewerbern für Therapieberufe verringern würde, da der Zugang zu den Hochschulen für nicht-Abiturienten erschwert sei (Verband deutscher Ergotherapie Schulen e.V. [VDES], 2017). Der VDES (2017) setzt dem die sinkenden Bewerbungszahlen der Absolventinnen eines Realschulabschlusses und der steigenden Zahlen von Abiturienten entgegen.

In internationaler Betrachtung lässt sich laut Schirmer (2019) feststellen, dass Deutschland das einzige Land weltweit ist, in dem die ergotherapeutische Ausbildung vor allem noch schulisch stattfindet. Die Akademisierung bildet demnach auch die Grundlage für den Anschluss an internationale Standards (Walkenhorst, 2006). Diese Denkweise findet sich auch im europäischen Qualitätsrahmen wieder, der ein lebenslanges Lernen fördern soll (Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF], o.D.). Zudem sollen nach dem BMBF (2020) internationale Qualifikationen durch den europäischen Qualifikationsrahmen, vergleichbar und transparent gemacht werden. Hierfür werden sogenannte Referenzniveaus genutzt. Ein Bachelorabschluss entspricht hier einem deutlich höheren Niveau als ein Berufsfachschulabschluss. (Reglin, 2016)

In einer Querschnittsstudie von Rübiger et al. (2019) wurde belegt, dass die Transition von Ergotherapeuten aus primärqualifizierenden Studiengängen auf den Arbeitsmarkt funktioniert und die Studienabsolventen im direkten Klientenkontakt arbeiten. Die Studienabsolventen bemängelten allerdings, dass es derzeit in Deutschland schwierig sei, die im Studium erweiterten und erlernten Kompetenzen in der Praxis anzuwenden. Um die erlernten Handlungskompetenzen ausführen zu können, benötigen Heilmittelerbringer mehr Autonomie in ihrem Handeln, also weniger Abhängigkeit von Mediziner*innen (Rübiger et al., 2019).

Bollinger erläuterte schon 2012 in Bezug auf den Akademisierungsprozess, dass die Einsatzbereiche von traditionell und akademisch ausgebildeten Absolventen nicht strukturiert sind und sich daraus viele Widersprüche ergeben. Er forderte, dass therapeutische Gesundheitsfachberufe ihr eigenes Wissen und ihre eigene Wissenschaft herausbilden, indem sie ihre Forschungsfragestellungen formulieren und ihre Bezugswissenschaften klären.

Die Bund-Länder Arbeitsgruppe beschloss im März 2020 eine Modernisierung der Ausbildung. Hierfür werden folgende Punkte als relevant erachtet: *„Abschaffung des Schulgeldes, die Einführung einer Ausbildungsvergütung, die Schaffung einheitlicher Qualitätsstandards für die Ausbildung, Fragen einer Akademisierung sowie die Fragen der Finanzierung. Umfasst sind dabei insgesamt zehn Gesundheitsfachberufe“* (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], o.D., S.1f.).

2.3.1.2 Berufssprache und Berufswissenschaft

In der deutschen Ergotherapie ist es keine Seltenheit, dass das therapeutische Handeln mit Hilfe internationaler Modelle oder Theorien begründet wird. Um diese zu verstehen bedarf es einer korrekten Übersetzung. Durch die Komplexität der Ergotherapie ist dies kein Leichtes, wie die folgende Darstellung zeigt. Demzufolge wird zuerst die *Berufssprache* und darauffolgend die *Berufswissenschaft* in Bezug auf die Ergotherapie dargestellt.

Eine einheitliche und fachbezogene Terminologie^o ist ein grundlegendes Merkmal einer Profession. Sie lässt die Inhalte spezifischer formulieren und kommunizieren. Dies ist nicht nur wichtig, um dem Klienten Abläufe und Maßnahmen zu erklären, sondern auch, um sich mit einem weiteren ergotherapeutischen Experten über Theorien auszutauschen. Wird die Terminologie^o vorher nicht definiert, kann kein wissenschaftlicher und professioneller Austausch stattfinden. (Stadler-Grillmaier, 2007)

Schon 2001 versuchte eine Projektgruppe des European Network of Occupational Therapists in Higher Education [ENOTHE] die Professionalisierung der Ergotherapie durch eine einheitlich

definierte Terminologie°, die das Tun und Handeln der Berufsangehörigen betrifft, voranzutreiben. Die europäische Sprache zeigte sich dahingehend so vielfältig, dass verschiedene ergotherapeutische Begriffe auf unterschiedlichste Weise interpretiert und benutzt wurden. Aus dem Wunsch heraus die Kommunikation zu erleichtern, gründete sich die zuvor beschriebene Projektgruppe *Terminologie°* der ENOTHE. Das Ziel der Gruppe war, nicht nur Wörter oder Begriffe zu klären, sondern auch Ideen, Konzepte und Visionen zu vermitteln. Insgesamt wurden in zwei Projektphasen 24 Konsensdefinitionen gefunden, die das ergotherapeutische Handeln und Tun beschreiben. (Stadler-Grillmaier, 2007)

Sicherheit im Umgang mit komplexen Inhalten erfordert eine differenzierte Fachsprache, sodass auch vor außenstehenden Teilhabern eine effiziente Dienstleistung dargestellt werden kann (Stadler-Grillmaier, 2007).

2000 veröffentlichte die Arbeitsgruppe des DVE *Modelle und Theorien* [AG MOTHEO] die erste Auflage des Fachwörterbuchs der neuen Ergotherapie. Eine englisch/deutsch- und deutsch/englisch-Übersetzung, die weiterhin ergänzt werden kann. (Berding, et al., 2006)

2010 wurde die letzte Auflage veröffentlicht, es wird jedoch kontinuierlich um Mithilfe gebeten, dieses Werk weiterzuentwickeln (Berding et al., 2010).

Dieses Buch dient dazu, Sprachbarrieren zu beseitigen. Doch im Vorwort wird deutlich, dass dies nicht der alleinige Grund für die Notwendigkeit des Buches ist. Die Autoren beschreiben als offensichtliche Tatsache, „dass in der Theoriebildung und der Entwicklung einer an die aktuellen ergotherapeutischen Handlungsmodelle sowie wissenschaftlichen Erkenntnisse angepassten Fachsprache im deutschsprachigen Raum erhebliche Defizite herrschen“ (Berding et al., 2006, S.7). Daraus lässt sich schließen, dass die deutschsprachige Ergotherapie kaum internationale und moderne Handlungsverfahren vermitteln kann. Das zeugt von wenig Fortschrittlichkeit, so dass eine Notwendigkeit besteht die Ergotherapie bzw. die ergotherapeutische Sprache zu modernisieren. Auch im internationalen Vergleich ist das Bedürfnis nach einer einheitlichen Berufssprache groß. So fordert Fisher (2014) von allen Berufsangehörigen einen präziseren Gebrauch der ergotherapeutischen Taxonomie°. Sie erklärt, dass durch ein definiertes Verständnis von Betätigung auch erst die Kraft der Betätigung wirklich in die Praxis übertragen werden kann. So können Ergotherapeuten in Forschung, Lehre und Praxis endlich erklären, was und wie sie etwas tun. (Fisher, 2014) Also stellt eine klare Berufssprache eine grundlegende Funktion der Entwicklung und Profilierung eines Faches auf dem Weg zur Wissenschaft dar. Ergotherapeutische Phänomene können auf diese Weise erkannt und benannt sowie im Versorgungssystem berücksichtigt werden. Durch die Konzeptualisierung solcher besteht die Möglichkeit der weiteren (Be-)Forschung. Die Positionierung des ergotherapeutischen Faches kann somit auch in der interprofessionellen Forschungsgemeinschaft stattfinden. (Mitzkat, Berger, Reeves, & Mahler, 2016)

Kurz zusammengefasst: Um wissenschaftliche Beiträge leisten zu können, muss es eine differenziertere Definition von ergotherapeutischen Begrifflichkeiten geben. Eine verantwortungsvolle Terminologie° kann eine verantwortungsvolle Wissenschaft entstehen lassen. Die deutsche Ergotherapie ist sich dessen bewusst und befindet sich dahingehend im Wandel, vorsichtiger mit Begrifflichkeiten umzugehen bzw. sie klar zu definieren.

Ende 2019 wurde die Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft [DGEW] gegründet (DGEW, 2019). Marotzki (2019) beschrieb die Gründung als „Meilenstein in der wissenschaftlichen

Fundierung der Ergotherapie“. Die ergotherapeutische Wissenschaft untersucht die Grundlagen, Rahmenbedingungen und Wirkweisen ergotherapeutischer Maßnahmen und Innovationen im Kontext von Gesundheit, Krankheit und Behinderung.

Die DGEW bietet eine Plattform für Evidenzbasierung, Entwicklung von Forschungsschwerpunkten und Aufbau von Forschungsstrukturen. Theoretische Positionen können eingebracht, diskutiert, entwickelt und ausgearbeitet werden. Die Transformation der Ergotherapie zu einer wissenschaftlichen Disziplin kann auf diese Weise nun auch nach außen getragen werden und sich in den interdisziplinären Diskurs einbringen. Damit ist eine fundiertere ergotherapeutische Vertretung gegenüber der Gesundheitspolitik, den Kostenträgern und den Klienten repräsentativ. (Marotzki, 2019) Ein besonderes Anliegen des DGEW ist es, evidenzbasierte theoretische Inhalte in die Lehre mit einfließen zu lassen und sie somit in die Praxis zu transferieren (► 2.3.1.2). Die Gesellschaft möchte ein Netzwerk mit Akteuren aus Forschung, Lehre und Praxis aufbauen, um sich über Ergotherapiewissenschaft austauschen zu können und gleichzeitig als Schnittstelle der verschiedenen Bereiche zu fungieren. (Mischner, 2019)

2.3.1.3 Reflexivität° und Kooperation

Für die Qualifikation nach Parsons (1939) sind Reflexivität° und Kooperation unentbehrlich. Um darzustellen, inwieweit die derzeitige Ergotherapie die eigenen Kompetenzen reflektieren kann und dadurch auch kooperationsfähig wird, werden im Folgenden das Kompetenzprofil des DVE (2019b) und beispielhafte internationale Bezüge dessen betrachtet.

Im Jahr 2019 veröffentlichte der DVE ein ergotherapeutisches Kompetenzprofil, welches insgesamt sechs Kompetenzen für Ergotherapeuten, die die Ausbildung in Deutschland absolviert haben und dort tätig sind, umfasst. Die im Kompetenzprofil des DVE benannten Kompetenzen sind Lernen, Professionalität, Kommunikation, Zusammenarbeit, Management und Fürsprache. Aus diesen Kompetenzen, die ► Abbildung 2 zu entnehmen sind, bildet sich die ergotherapeutische Expertise. (DVE, 2019b)

Ziel der Erstellung eines Kompetenzprofils war es, den facettenreichen Beruf der Ergotherapeuten zu definieren und somit auch zu einer Verbesserung der Berufsidentität beizutragen (DVE, 2019b). Nach Kaldewei (2019) ist ein Kompetenzprofil hilfreich, um die Tätigkeitsbereiche der Ergotherapie nach außen darzustellen. Zudem bilden Kompetenzprofile die Berufskompetenzen nach der abgeschlossenen Ausbildung ab. Somit bieten sie auch die Möglichkeit eines Vergleiches zwischen den an verschiedenen Ausbildungsstellen erworbenen Kompetenzen. (Kaldewei, 2019)

Das Kompetenzprofil sollte laut DVE (2019b) auch auf interprofessioneller Ebene, im nationalen und im internationalen Kontext, anschlussfähig sein. Es orientiert sich insbesondere an Rollen- und Kompetenzprofilen aus Kanada, den Niederlanden, der Schweiz, Australien, Großbritannien und Schweden, nimmt Inhalte dieser auf und stellt sich der Herausforderung, diese an das deutsche Gesundheitssystem anzupassen (Kaldewei, 2019).

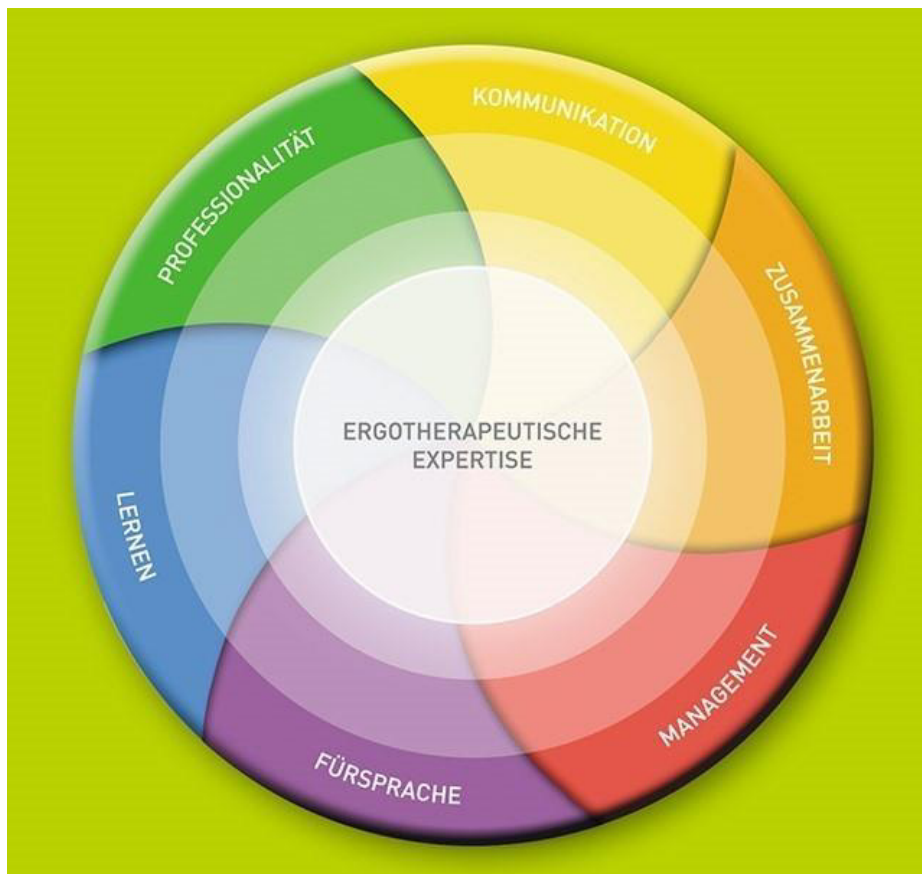


Abbildung 2 Kompetenzprofil Ergotherapie. Übernommen aus Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019b)

Im Folgenden werden einige der oben beschriebenen internationalen Bezüge zum Kompetenzprofil verdeutlicht:

Die CAOT (2012) beschreibt eine Reihe von ergotherapeutischen Rollen, welche auch eine Vielzahl von Kompetenzen beinhalten. Die zentrale Rolle des Ergotherapeuten besteht laut der CAOT (2012) darin, Betätigung zu ermöglichen („*Expertise in enabling occupation*“). Weitere Rollen, die der Ergotherapeut hierfür einnimmt, sind *Collaborator, Communicator, Change Agent, Practice Manager, Scholarly Practitioner* und *Professional*. (CAOT, 2012)

Ein nationsübergreifendes, intradisziplinäres Modell zu Kompetenzen wird durch das Canadian Model of Client-Centred Enablement [CMCE] beschrieben (► 2.8.3.5) (Townsend et al., 2013).

Ein weiterer internationaler Einbezug ist das niederländische Kompetenzprofil (DVE, 2019b). Dieses beinhaltet insgesamt 12 Kompetenzen, die sich in klientenorientierte Kompetenzen (*Screenen, Inventarisieren und Analysieren, Behandeln und Begleiten, Beraten, Unterstützen und Fördern*), organisationsorientierte Kompetenzen (*Zusammenarbeiten, Organisieren, Unternehmerisch Tätigsein, Qualität gewährleisten*) und berufsorientierte Kompetenzen (*Forschen, Erneuern, Lehren und Entwickeln*) unterteilen. Ergotherapeuten werden in diesem Bezug als Fachkräfte des Gesundheitswesens gesehen, die ihre Profession fortlaufend an eine alternde und sich stetig entwickelnde Gesellschaft anpassen müssen. (Verhoef & Zalmstra, 2013)

Insgesamt lässt sich sagen, dass Kompetenz- und Rollenprofile immer wieder an aktuelle Entwicklungen in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem angepasst werden sollten (Verhoef & Zalmstra, 2013; Kaldewei, 2019).

2.3.2 Berufsverbandliche Organisation

Die *berufseigene Interessensvertretung* findet durch den DVE und den BED statt. Bezugnehmend auf die Merkmalstheorie wird im Folgenden der DVE betrachtet, da die Forschungsarbeit sich auf die Definition dieses Verbandes fokussiert und umfassende Informationen über statistische Zahlen des Vereins vorliegen.

Der DVE präsentiert sich sehr umfassend: Nach außen möchte der Verein die Interessen des Berufsstandes vor Bund, Land, Behörden, Parteien und Medien vertreten. Nach innen möchte er ein Sprachrohr für die Anliegen der Mitglieder sein und Grundsätze sowie Ziele der Ergotherapie formulieren. (DVE, 2019a)

Es lassen sich durch diesen Verein, Informationen über die Gesellschaft der Ergotherapie in Deutschland abrufen. Die aktuellen Zahlen umfassen ca. 190 Fachschulen, acht primärqualifizierende Studiengänge und ca. 60.000 Ergotherapeuten, bei denen mit einem Anteil von ca. 85% eine hohe Frauenquote zu verzeichnen ist. Der DVE zählt ca. 12.000 Mitglieder, von denen sich 300 im Verein engagieren und 700 als Lehrende tätig sind. Insgesamt gibt es ca. 50 Gremien und Gruppen, die sich mit der Weiterentwicklung und dem Erhalt des bisher Erreichten beschäftigen. (DVE, 2019a)

Im Laufe der Jahre konnte man beobachten, wie sich der Verein für berufspolitische Ziele eingesetzt hat (► 2.7). Grundlegend hat er den Antrag auf ein Berufsgesetz der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten gestellt und konnte in die WFOT aufgenommen werden. Es fanden Diskussionen zur tariflichen Eingruppierung statt und es wurden Verträge mit den Krankenkassen geschlossen. Das Berufsgesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wurden festgelegt und modernisiert. Der Verein bietet Weiterbildungslehrgänge an und setzt sich sehr stark für die Machbarkeit einer hochschulischen Ausbildung ein. Letztendlich war es der Verdienst des DVE und der Protestanten, dass Schulgebühren teilweise abgeschafft wurden und es nun eine Ausbildungsvergütung gibt. (DVE, 2019a)

Für seine Mitglieder bietet der Verein den Erwerb von Fachzeitschriften, eine Evidence-Based-Practice° [EBP°]-Datenbank, eine Assessment-Datenbank und einen Mentorenpool an (DVE, 2019a).

Zusammenfassend gesagt sind die obersten Ziele des DVE, die Ergotherapie zu modernisieren und zu professionalisieren, damit eine Konkurrenzfähigkeit gegenüber anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem bestehen bleibt sowie eine Qualitätssicherung des therapeutischen Handelns gewährleistet werden kann. (DVE, 2020b)

Der DVE zeigt eine sehr aktive Interessensvertretung des Berufes der Ergotherapeuten, jedoch bestätigen die statistischen Zahlen und die Spaltung der Interessengemeinschaft in zwei Vereine (► 2.7), dass nur ein kleiner Teil deutscher Ergotherapeuten diese Möglichkeit der Zusammenkunft nutzt. Fraglich ist nun, ob das Merkmal der berufsverbandlichen Organisation ausreichend erfüllt ist, wenn nur ein Fünftel aller Ergotherapeuten, Teil dieser Organisation sind.

Übergeordnet haben sich die fünf größten Berufsverbände der Heilmittelbranche zum Spitzenverband der Heilmittelerbringer e.V. [SHV] zusammengeschlossen, um sich gemeinsam für die „berufspolitischen Interessen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene“ (SHV, o.D.-b) einzusetzen.

Zum SHV gehören neben dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE], dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten e.V. [IFK] und dem Deutschen Verband für Physiotherapie e.V. [ZVK] auch der Deutsche Verband für Podologie e.V. [ZFD] und der Verband Physikalische Therapie e.V. [VPT] (SHV, o.D.-a). Sie vertreten mit seinen ca. 75.000 Mitgliedern die Anliegen der Heilmittelerbringer gegenüber „der Politik, der Ministerien, der Selbstverwaltungsorgane, anderer bedeutender Organisationen des Gesundheitswesens sowie den Medien“ (SHV, o.D.-b).

2.3.3 Gesellschaftlich-Soziale Dimension

Bei der *Gesellschaftlich-Sozialen Dimension* wird betrachtet, welchen Stellenwert die Ergotherapie in der Gesellschaft hat. Das heißt es wird ihre *Autonomie* im Gesundheitssystem betrachtet. Im gleichen Zuge wird dargestellt, auf welche *Werte* sich die Berufsausübenden beziehen und ob die damit einhergehende *Berufsethik* ausreichend entwickelt ist.

2.3.3.1 Autonomie

Bis heute ist die Ergotherapie ein ärztlich zu verordnendes Heilmittel (DVE, o.D.-c). Das bedeutet, dass sie in Abhängigkeit davon steht, vom Arzt verschrieben zu werden und die Ergotherapeuten somit nicht eigenständig die Notwendigkeit ihres Handels darlegen und in Hinsicht auf ihren Klienten entscheiden können.

Um Handlungsautonomie für die Ausübung der Behandlung zu bekommen, erscheint die Blankoverordnung° als ein sinnvoller nächster Schritt (Borgetto, 2017). Das würde bedeuten, dass die Ergotherapie weiterhin von einem Arzt verordnet werden müsste, jedoch der Therapeut selbst über Therapiebeginn, -art und -umfang entscheiden könnte. Abel und Hammer (2019) beschreiben in ihrer Studie *Ab in die Zukunft*, dass sich 90 Prozent der befragten Ergotherapeuten durch die Blankoverordnung° schon jetzt befähigt fühlen dies zu bestimmen. Die Diskussion über die Einführung eines Direktzugangs° für Heilmittelerbringer in Deutschland besteht bereits seit mehreren Jahren. Hierbei geht es um die Möglichkeit, dass Klienten ohne ärztliche Überweisung eines behandelnden Arztes den Therapeuten aufsuchen können. Länder wie z.B. Australien, die USA, Schweden und die Niederlande sind Deutschland in diesem Punkt voraus und bieten den Direktzugang° bereits seit mehreren Jahren an. Vorreiter ist hier Australien, wo der Direktzugang° schon 1976 eingeführt wurde. (Institut für Wissen in der Wirtschaft [IWW], 2017)

Der Spitzenverband für Heilmittelerbringer e.V. [SHV] fordert stellvertretend für besagte Heilmittelerbringer den Direktzugang° (SHV, o.D.-c). Er bezieht sich auf internationale Studien, die eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung belegen (SHV, o.D.-c). Borgetto (2017) analysierte, dass der Direktzugang° entweder erst nach einem weiteren Teil der Professionalisierung erfolgen „oder auf einen fachlich geeigneten Teil der Berufsgruppe beschränkt werden“ (Borgetto, 2017, S.159) sollte. Falls dieser besagte Teil der Ergotherapeuten, diejenigen mit einem akademischen Abschluss seien, müssten die Hochschulen notwendige Kompetenzen vermitteln (Borgetto, 2017).

Die Ergotherapie befindet sich auch hier in der Entwicklung und strebt mehr Unabhängigkeit an. Die Meinungen zu diesem Thema sind jedoch nicht eindeutig. In der Studie von Abel und Hammel (2019) äußerten sich über 50 Prozent der Befragten positiv zur Blankoverordnung° und dem

Direktzugang°. Jedoch sprechen sich die befragten Kostenträger dagegen aus. Als besonders wichtig für die Teilnehmer zeigt sich, dass für die Blankoverordnung° eine Berufserfahrung von mindestens 3 Jahren vorliegen muss (76%) oder ein fachschulischer Abschluss (73%). Als Voraussetzung für den Direktzugang° halten die Befragten die dreijährige Berufserfahrung (80%) für notwendiger als ein fachschulischer Abschluss (64%). Somit wären auch aus Sicht der Berufsangehörigen solche Veränderungen an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. (Abel & Hammer, 2019)

2.3.3.2 Werte und Berufsethik°

Im Folgenden werden die aktuellen Werte und Handlungsmaxime, welche eine Richtlinie für die Berufspraxis bilden sollen, dargestellt. Die Entwicklung der Wertvorstellung und Zielsetzung der Ergotherapie können unter ► 2.7 nachvollzogen werden.

Mittlerweile zeigt sich, dass sich die ethische Haltung der Ergotherapeuten darauf konzentriert, möglichst professionell zu handeln. Stichwörter, die in diesem Zusammenhang fallen, beschreiben letztendlich ethische und zeitgenössische Prinzipien/Grundlagen des Handelns (Van Hartingsveldt et al., 2010), die im Zuge der Theorie des Professionellen Handelns (► 2.4) zu erfüllen sind.

Ein wichtiger Aspekt, der im Mittelpunkt steht, ist die Klientenzentrierung°, die den Klienten mit seiner Diversität und Einzigartigkeit erfasst und wertschätzt. Dementsprechend wird in Berücksichtigung des Klienten als Person, seiner Wünsche, sowie unter Einbezug seines Kontextes entschieden und gehandelt.

Der Ethikkodex des WFOT und die COTEC- Standards zur beruflichen Praxis wurden ab 2005 genutzt und auf der Website des DVE publiziert, um als Leitlinie zum professionellen Handeln zu fungieren (DVE, 2020a). Die nationale ergotherapeutische ethische Handlungshilfe des DVE ist seit April 2020 verschriftlicht und beschreibt vergleichbare Prinzipien. Sie wurde zur Unterstützung der Berufsangehörigen von der *Projektgruppe Ethik* des DVE veröffentlicht, damit die Ergotherapeuten den individuellen Umgang mit ethisch herausfordernden Situationen in ihrem Berufsalltag lernen und zeigen können (DVE, 2020a). Die ethischen Prinzipien des DVE (2020a) wurden auf Grundlage der von Beauchamp und Childress 2013 aufgeführten, vier Prinzipien der Medizinethik erstellt und umfassen die folgenden Aspekte:

- *Autonomie*: Sie umfasst den respektvollen Umgang mit den Wünschen des Klienten hinsichtlich seines Betätigungsziels. Der Ergotherapeut bietet sein Wissen an, um im Behandlungsprozess einen Weg für selbstbestimmte Entscheidungen des Klienten zu schaffen. Zusätzlich tritt er für diese vor Anderen ein.
- *Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit*: Dieses Prinzip gilt vor Kollegen, Klienten und weiteren Teilhabenden.
- *Kollegialität*: Ein respektvoller sowie wertschätzender Umgang mit seinen Kollegen und das Interesse sein Wissen zu teilen bzw. die Bereitschaft dazu zu lernen, ist grundlegend für eine positive Zusammenarbeit.
- *Professionalität*: Die Ergotherapie verpflichtet zum lebenslangen Lernen und der Erweiterung schon vorherrschender Wissensbestände. Das ergotherapeutische Handeln sollte immer verantwortungsbewusst ausgeübt werden und auf Basis zeitgemäßer Theorien stattfinden.

- *Soziale Gerechtigkeit*: Das Angebot des Ergotherapeuten ist gerecht und wird nicht durch diverse Faktoren, wie z.B. der politischen Zugehörigkeit des Klienten, verfälscht.
- *Verfahrensgerechtigkeit*: Der Ergotherapeut handelt nach dem Gesetz, berufsethischen Prinzipien und betriebsinternen Regularien. Die Transparenz erfordert die Darstellung von Interessenkonflikten und den wirtschaftlichen sowie gerechten Einsatz von Ressourcen.
- *Vertraulichkeit*: Sie besteht bezüglich des Klienten generell sowie seiner Daten und Informationen.
- *Wohltun und Nicht-Schaden*: Sicherheit und das Wohlergehen des Klienten, sowie beteiligter Parteien stehen an oberster Stelle. Demnach wird ge- und behandelt.

Die Broschüre führt auch die Relevanz der Ethik für das ergotherapeutische Handeln auf. Ergotherapeuten stehen, unabhängig von ihrer Berufserfahrung, immer wieder vor herausfordernden Situationen. Eine solche Situation kann das Ablehnen der Therapie seitens des Klienten, aber auch der Eltern von minderjährigen Klienten sein, die die Therapieziele als nicht-sinnvoll erachten. In diesem Zusammenhang kann nämlich zwischen *fachlich gutem Handeln* (DVE, 2020a) und *moralisch gutem Handeln* (DVE, 2020a) unterschieden werden.

Die Ethik in der deutschen Ergotherapie erlangt aus Sicht des DVE jedoch zu wenig Aufmerksamkeit. Daher soll die von der Projektgruppe veröffentlichte Broschüre den deutschen Ergotherapeuten helfen, sich mit der Thematik zu befassen, weil „die systematische Auseinandersetzung mit ethischen Fragen einen wichtigen und notwendigen Beitrag zur Professionalisierung der Ergotherapie leistet“ (DVE, 2020a, S.5).

2.4. Theorien des Professionellen Handelns

Ebenfalls bieten die Theorien des Professionellen Handelns eine Möglichkeit die Professionsentwicklung der Ergotherapie in Deutschland zu betrachten. Hierfür wird sich auf Oevermann (1999), ebenso wie Dewe und Otto (2002) bezogen. Im Zentrum dieses Ansatzes stehen, anders als bei den zuvor benannten Merkmalstheorien, keine Merkmale, die von einem Beruf erfüllt werden müssen. Die Theorien des Professionellen Handelns betrachten vielmehr die Beziehung zwischen dem Klienten und seinem Therapeuten, den Theorie-Praxis-Transfer, ebenso wie den Prozess der Behandlung an sich (Beyermann, 2006).

2.4.1 Theorie des Professionellen Handelns nach Oevermann

Oevermann (in Kälbe, 2012, S.31f) beschreibt 1999, dass eine Profession nicht nur an äußeren Kriterien gemessen werden kann, sondern, dass das Handeln der Ausübenden im Mittelpunkt steht. So wird aus der Professionalisierung kein berufspolitischer Durchsetzungsprozess, sondern eine Entwicklung von besonderen Handlungskompetenzen (Kälbe, 2012). Es geht vielmehr um die Qualität der Zuständigkeit, anstatt der Exklusivität der Merkmale eines Berufes (Walkenhorst, 2008). Oevermann beschreibt den professionell Handelnden als Vermittelnden zwischen Theorie und Praxis (Beyermann, 2006).

Im Mittelpunkt der professionellen Dienstleistung steht die Krisenbewältigung des Klienten. Elementar für die Theorie ist die Betrachtung des Klient-Therapeuten-Verhältnisses auf einer

Mikroebene°. Das *Arbeitsbündnis*, welches geschlossen wird, stellt die Interaktionsform dar. Die Exklusivität dieser Vereinigung lässt keine Standardisierung zu. Das heißt, professionelles Handeln wird erforderlich durch wandelbare Anforderungen und/oder Situationen. Dies formt eine situative Kompetenz des Professionellen und erschafft einen Begründungs- und Entscheidungszwang. Um dies zu verstehen, muss der Ausgangspunkt genau definiert werden. (Walkenhorst, 2008)

Der Klient nimmt die Behandlung aufgrund einer Krise, welche sein autonomes Handeln einschränkt, in Anspruch. Die erfolgreiche oder nicht-erfolgreiche Bewältigung solcher hängt nun zum einen von der *stellvertretenden Problemdeutung* des Professionellen und zum anderen von der Freiwilligkeit und der Aktivität des Inanspruchnehmenden ab. (Walkenhorst, 2008)

Die Aufgabe des Therapeuten konzentriert sich auf das Offerieren einer zukünftigen Handlungsoption, welche eine Vermittlung zwischen *wissenschaftlichem Wissen*° und *praktischem Wissen*° sein sollte. Wissenschaftlich fundierte Inhalte werden auf einen individuellen Fall übertragen und realisiert. Sie bilden somit das *Professionswissen*°. In einem stetigen Prozess müssen die Inhalte modifiziert und weiterentwickelt werden. Dazu müssen die in der Praxis gesammelten Erfahrungen mit der Wissenschaft gespiegelt bzw. geteilt werden, damit weiter und vor allem gezielter geforscht werden kann. (Walkenhorst, 2008)

Der Professionelle bewahrt die Autonomie des Klienten durch die Pflicht seine Angebote und Handlungen zu begründen (*Begründungspflicht*). Er tätigt keine direkte Problemlösung, sondern ermöglicht dem Klienten Angebote zu bewerten und somit auch den Dienstleistungsprozess zu kontrollieren. Dies bildet ein zentrales Element der Theorie. (Walkenhorst, 2008)

Ansonsten entsteht eine Dysbalance im Machtgefälle zwischen Therapeuten und ihren Klienten. Je nach Setting, in dem die Therapie stattfindet, und Fähigkeiten bzw. Einschränkungen des Hilfebedürftigen, erfordert die Situation einen Vertreter des Klienten. (Beyermann, 2006)

Zusammenfassend gilt im Therapieberuf die grundlegenden Anforderungen des professionellen Handelns, die Balance zwischen den Anforderungen des einzelnen Klienten und der Gesellschaft, dem generalisiertem wissenschaftlichen Wissen und den Besonderheiten des individuellen Falls zu halten (Beyermann, 2006).

2.4.2 Theorie des Professionellen Handelns nach Dewe und Otto

Walkenhorst (2008) beschreibt, dass die reflexionstheoretische Handlungstheorie nach Dewe und Otto von 2002 in einigen Aspekten deckungsgleich mit der Oevermannschen Theorie ist. Die Theorie nach Dewe und Otto baut auf grundlegende Elemente wie Wissen und Fallverstehen auf, verwendet jedoch ein neues Konzept von *wissenschaftlichem Wissen* und beruflichem Können. Die Kompetenz der *Reflexivität*° wird vor Handlungs- sowie Wissensformen priorisiert. Dewe und Otto hinterfragen das *Professionswissen*° nach Oevermann (► 2.4.1) und unterscheiden dieses sowohl vom praktischen *Handlungswissen*° und seinem *Entscheidungsdruck*, als auch vom systematischen Wissenschaftswissen und seinem *Begründungszwang*. Zudem sei es ungleich dem handlungsgeleiteten Wissen, welches beinhaltet, dass in einem Entscheidungsmoment zuerst das Wissen bereitstünde und daraufhin die Handlung erfolge. Es lässt sich eher als ein Können fassen, welches beinhaltet, impliziertes Wissen anzuwenden, das erst nachträglich dargelegt werden kann. (Walkenhorst, 2008)

Im Gegensatz zur Oevermannschen Theorie fürchten Dewe und Otto den Begriff der *Vermittlung* zwischen Theorie und Praxis. Sie fordern die Trennung von Theorie und Praxis, sowie von Wissen und Können. Für Dewe und Otto ist demnach nicht *Vermittlung* die passende Begrifflichkeit, sondern die *Relationierung*°. Das bedeutet, *wissenschaftliches Wissen*° wird selektiv in die Praxis aufgenommen. Daraufhin folgt die Interpretation und die Verschmelzung zum *Professionswissen*°. Der neue Typ Wissen bildet das neue Konzept und ist konstitutiv für die Theorie. (Walkenhorst, 2008)

Die *stellvertretende Deutung* nimmt ebenfalls einen elementaren Anteil der professionellen Handlung ein. Damit ist gemeint, dass ein lebenspraktischer Problemfall des Klienten von dem Professionellen vor dem entsprechenden Kontext kommuniziert und sachlich ausgelegt wird. Ziel dabei ist es, Möglichkeiten für selbstverantwortende Entscheidungen des Klienten anzubieten und zu begründen. Damit sollen die subjektiven Handlungsmöglichkeiten des Inanspruchnehmenden erhöht werden. (Walkenhorst, 2008)

Die Grundlage des Professionellen Handelns wird aus der *Fallkonstruktion* und der *wissenschaftlichen Reflexion* gebildet. Da jeder Fall individuell ist, geschieht das Professionelle Handeln unter sogenannten *Ungewissheitsbedingungen*. Der Professionelle verwendet Selbstreflexivität (*deklaratives Wissen*°) und *prozedurales Wissen*° unter der Berücksichtigung analytischer und prozesssteuernder Kapazitäten des Klienten. (Walkenhorst, 2008)

Demzufolge sollte in der professionellen Praxis selbst über den Umgang mit theoretischen Kenntnissen entschieden und von der Wissenschaft nicht gefordert werden, nur praxisnahes und anwendbares Wissen herzustellen. (Walkenhorst, 2008)

Konkret bezogen auf Berufe im Gesundheitssystem sehen sie die Notwendigkeit, die Handlungslogik mit professioneller Handlungslogik zu rekonstruieren und zu vergleichen, um einen Nachweis zu erbringen, dass z.B. therapeutische Berufe vergleichbare Leistungen wie „klassische Professionen“ (Olbertz, 2014) erbringen. Anhand der Festlegung von Merkmalen, wie Professionalität, Professionswissen°, Aufgabenspezifität und gegebenenfalls einem spezifischen Merkmal der Public Health°, können Berufe des Gesundheitswesens different, aber nicht defizitär als klassische Professionen dargestellt werden, sodass eine Distanzierung von standespolitischen Interessen möglich wäre und sich der Professionelle allein auf seine Tätigkeit und dessen Weiterentwicklung fokussieren könnte (Walkenhorst, 2008).

2.5. Der Stand der der Professionalisierung der Ergotherapie in Deutschland nach den Theorien des Professionellen Handelns

Die moderne Professionssoziologie hinterfragt die traditionellen Theorien, sowie Kriterien (► 2.2) und betrachtet die Gesellschaft im Kontext von Wandlungen. Die Veränderungen der Postmoderne verlangt von Gesundheitserbringern Leistungen in der Öffentlichkeit darzustellen und Problemdefinitionen, sowie Lösungen, auch organisationsstrukturell anzubieten. Aushandlungsprozesse müssen ausgeführt werden und der Handlungsbezug sollte im Mittelpunkt der Profession stehen. Dadurch setzen Oevermann, als auch Dewe und Otto den Fokus auf die Interaktion zwischen dem Professionellem und dem Klienten, was einen grundlegenden Aspekt der ergotherapeutischen Praxis darstellt. (Walkenhorst, 2008)

Das ergotherapeutische Wissen wird in erster Linie genutzt, um in der Interaktion mit dem Klienten das Handlungsproblem zu definieren. Im Vordergrund steht nicht primär eine Lösung für dieses Problem zu servieren. Es geht vielmehr darum, das Problem in einen Entscheidungsprozess einzubinden, welcher durch wissenschaftliche Wissensbestände, individuelles Fallverstehen und Reflexion geleitet wird. So wird die ergotherapeutische berufliche Situation einzigartig und individuell. Im Prinzip wird dadurch das professionelle Handeln zu einer eigenen Handlungsform. (Walkenhorst, 2008)

Im Folgenden werden Grundlagen des zeitgenössischen ergotherapeutischen Handelns betrachtet, die letztendlich Aspekte der Theorie des professionellen Handelns nach Dewe und Otto von 2002 in der ergotherapeutischen Praxis beschreiben und die potenzielle Kapazität dafür bestätigen.

2.5.1 Clinical Reasoning°

Marotzki (2006) schlussfolgert in einer Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie, dass die Reflexion ein grundlegender Bestandteil von Professionalität ist. Der Therapeut reflektiert, um unterschiedliche Vorgehensweisen in der Behandlung abzuwägen. Neben den Erfahrungen des Klienten müssen dabei auch verschiedene Erfahrungen des Therapeuten im Sinne der Selbstvergewisserung bedacht werden. (Marotzki, 2006)

Eine passende Technik bietet dafür das Clinical Reasoning°, dessen Begriff erstmalig in den 1980er Jahren aufkam. Beyermann (2006) spricht von Clinical Reasoning° als eine sinnvolle Perspektive, sich Entscheidungsprozessen anzunähern.

Joan Rogers fand 1982 heraus, dass viele Ergotherapeuten nicht in der Lage waren, ihren Schülern konkret zu erklären, warum sie etwas entschieden bzw. warum sie im therapeutischen Prozess wie handelten. Rogers Ziel war es, die Gedankengänge zu strukturieren, um ergotherapeutisches Handeln besser lehren zu können. (Boyt Schell & Schell, 2018)

1994 beschrieben Mattingly und Fleming verschiedene Formen des Reasonings° und gewannen durch ein Forschungsprojekt [*Clinical Reasoning° Study*] wichtige Erkenntnisse darüber. Seither wurde das Reasoning°-Konzept durch eine Vielzahl von Forschern weiterentwickelt und ergänzt (Wikert, 2015). Unsworth und Baker (2016) untersuchten allein 140 Studien, die sich mit dem Clinical Reasoning° beschäftigen, für ein Systematic Review.

Einige Aspekte dieses Themenbereiches sind jedoch nach wie vor unerforscht. Die weitere Erforschung erscheint wünschenswert und notwendig, da das praktische ergotherapeutische Arbeiten, durch die Anwendung des systematisch strukturierten Wissens, besser wird (Wikert, 2015; Feiler, 2019).

Ergotherapeuten sehen sich in der alltäglichen Praxis mit dem Treffen von Entscheidungen konfrontiert. Besonders schwierig ist es, theoretische Inhalte auf den praktischen Prozess mit dem Klienten zu übertragen. Doch nicht nur die Interaktion mit und die Begründungspflicht vor dem Klienten spielt eine tragende Rolle, sondern auch die Strukturierung der Entscheidungsfindungsprozesse innerhalb eines multidisziplinären Teams. (Feiler, 2019)

Die Problemstellung eines Klienten ist mittlerweile nicht nur noch an eine Fachgruppe der Gesundheitsberufe adressiert, sondern stellt sich als multidisziplinäre Herausforderung dar, in der es eine

Entscheidung zu generieren gilt. Klare Verantwortungen und Aufgabenbereiche können auch mithilfe des Clinical Reasonings° abgesteckt werden. (Wikert, 2015)

Es zeigt sich bei der Recherche ein Großteil englischsprachige Literatur (Wikert, 2015), weshalb sich die Frage stellt, inwieweit dieser Themenkomplex in der deutschen ergotherapeutischen Praxis angelangt ist.

2.5.2 Evidence-Based Practice

Ein weiterer interessanter Aspekt, um das Professionelle Handeln (► 2.4) in der Ergotherapie zu analysieren, ist die Evidence-Based Practice [EBP°]. Marotzki (2006) beschreibt in ihrer Studie, dass die wissenschaftliche ergotherapeutische Forschung und die Praxisforschung einen grundlegenden Beitrag zur Legitimierung der Ergotherapie als Profession darstellen. „Die EBP° ist eine Methode zur Suche, Selektion und Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Zwecke der gemeinsamen Entscheidungsfindung in der Berufspraxis.“ (Graff, Satink, & Steultjens, 2019, S.596) Sie zeigt sich somit als greifbares Instrument, welches wissenschaftliche Forschung und Praxis vereint.

Die EBP° zeigt sich als Herausforderung im praktischen Arbeitsalltag eines Ergotherapeuten. Es wird jedoch beschrieben, dass der Einsatz aktuellen Wissens innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung Vorteile bringt. Die Wirksamkeit und die Effizienz einer gewählten Methode werden einschätzbar, wodurch sich das Angebot vor verschiedenen Interessensgruppen begründen lässt. (Hucke & Meiling, 2019)

Es gibt verschiedene Modelle zur EBP°, die im Diskurs stehen. Das Client-Centred-Evidence-Based-Occupational-Therapy-Modell [CCEBOT-Modell] nach Egan et al. 1998 veranschaulicht, wie es zu einer evidenzbasierten klinischen Entscheidung kommt. Der Klient, dessen biopsychosozialer Zustand und die Forschungsevidenz bilden die Schnittstelle für diese Entscheidung. Eingebettet wird dieser Prozess in die Gesellschaft, die die Rahmenbedingungen vorgibt. (Loogister-Proost, 2011) Die Expertisen des Klienten und des Therapeuten sind gleichwertig. Der Klient ist Experte seiner selbst sowie seiner Betätigungen und wird durch das Fachwissen des Therapeuten unterstützt. Das bedeutet, dass die Expertise des Klienten über sich selbst essentiell für den weiteren therapeutischen Prozess ist (Wills, 2014).

Entsprechend dem Modell bedeutet dies, dass der Therapeut, wenn er mehr interne Evidenz° als externe Evidenz° zu einer Problemlösung besitzt, angehalten ist, dem Klienten diese, mit hoch kompetenten Kommunikationsfertigkeiten, zur Verfügung zu stellen. Durch diese ausgewogene Beziehung können Autonomie gewahrt und Partizipation auch im Hinblick auf soziale Integration ermöglicht werden. Trotz der vermeintlichen Einschränkung des Klienten, wird er ermächtigt und befähigt, die vorgelegten evidenzbasierten Methoden zu verstehen und über die Anwendung zu entscheiden. (Loogister-Proost, 2011)

Daraus wird ersichtlich, dass das CCEBOT-Modell, in Verbindung mit dem Clinical Reasoning°, verschiedene Aspekte zeigt, die in den Theorien des Professionellen Handelns maßgeblich sind.

Um die Integration der EBP° in den Arbeitsalltag deutscher Ergotherapeuten zu erleichtern, veröffentlichte der DVE einen Artikel von Hucke und Meiling (2019). Die Autoren bewerben einen Online-Kurs und ein Manual, welche den Umgang mit wissenschaftlichen Forschungen erleichtern

sollen. Sie wollen mit diesen kostenfreien Angeboten die EBP° auch in den zeitknappen ergotherapeutischen Alltag integrieren.

2.5.3 Qualitätssicherung und -management

Ein weiterer Aufgabenbereich, der die Kapazität der Professionellen Handlungsfähigkeit der deutschen Ergotherapeuten bestätigt, ist die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement (Marotzki, 2006). Hier wird die Zielgruppe der Ergotherapie zum *Kunden* und gleichzeitig verbindet der Qualitätsbegriff die Klientenzentrierung°, Berufsethik°, EBP°, Clinical Reasoning°, Organisationsstruktur und Politik.

Nach Weber und Hücke (2019) sind die Qualitätssicherung und ein aktives Qualitätsmanagement auf Mikro°, Meso° und Makroebene° ein grundlegender Baustein auch für die Professionalisierung.

Auf der Mikroebene° wird das individuelle therapeutische Handeln reflektiert. Sich auf Teamebene mit Kollegen über klientenzentriertes Verhalten auszutauschen, neue Vorgehensweisen sowie Möglichkeiten zu besprechen und zu überprüfen, ist beispielsweise Teil der Mesoebene°. Chancen der Makroebene° sind unter anderem auf politischer-, bzw. Verbandsebene durch z.B. allgemeine Standards in einem Ethikkodex (DVE, 2020a) erkenntlich.

Die Kundenzufriedenheit aller Akteure, wie des primären Kunden, der Stakeholder und der Shareholder dauerhaft zu gewährleisten, ist eine Herausforderung, weshalb ein integriertes Qualitätsmanagementsystem einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess erbringen kann (Weber & Hücke, 2019). Der Aspekt des Qualitätsmanagements ist im SGB V für alle Leistungserbringer des Gesundheitswesens festgeschrieben.

Eine moderne, legitimierte Ergotherapie muss Effektivität und Effizienz des ergotherapeutischen Handelns auch vor anderen Akteuren des Gesundheitssystems darstellen können. Viele Problematiken eines Klienten lassen sich, aufgrund der hohen Versorgungskomplexität, nicht allein durch eine Disziplin bewältigen. Deshalb ist es notwendig, Expertenwissen von anderen Disziplinen hinzuzuziehen (Feiler, Meriaux-Kratochvila, & Zettel-Tomenendal, 2014). Interdisziplinäre Zusammenarbeit zeigt sich als notwendiges Qualitätsmerkmal (Gerber, Kraft, & Bosshard, 2018), um eine neue Art der Professionalität zu schaffen, die den gesellschaftlichen Veränderungen zuträglich wäre, als das aktuell sehr hierarchische Gesundheitssystem (Feiler et al., 2014).

Jeder einzelne Ergotherapeut steht in der Verantwortung dies anzuregen sowie alltagstaugliche Konzepte zu erstellen und umzusetzen. Fallbezogene Maßnahmen, dauerhafte Weiterbildung und umfassende Evaluation von Interventionen sind wichtige Aspekte, die den Prozess steuern. So kann eine professionelle Haltung entstehen, die die ergotherapeutischen Kompetenzen nach außen hin transportiert und letztendlich auch ein Umdenken im Gesundheitswesen vorantreibt. Auch sind Qualitätssicherungsinstrumente, wie die dialoggeleitete Versorgung, essenziell für die praktische Arbeit, um sich umfassend am Kunden zu orientieren (Le Granse & Kupier, 2019).

Darüber hinaus steigert die Nutzung von Forschung und EBP° die Effektivität und Effizienz der angewandten Intervention (Weber & Hücke, 2019). Der Einsatz von Assessments ist hierbei ein weiterer Punkt, der klientenzentriertes Arbeiten sichtbar macht, um den Klienten ganzheitlich, als biopsychosoziales System und als mündigen Bürger, zu betrachten (Beyermann, 2006).

Weitere Schlagworte können in diesem Bezug die *gemeinwesenorientierte Ergotherapie*, das *Universal Design* und *Präventionsangebote* sein. Gerade die *gemeinwesenorientierte Ergotherapie* ist eher sozial, als kurativ ausgerichtet und kann auf Veränderungen im Sozial- und Gesundheitswesen, wie zum Beispiel internationale Migrationsprozesse oder soziale Ungleichheit, reagieren oder auch die Inklusion voranbringen. (DVE, 2015)

Um sich umfassend am Kunden zu orientieren, ist beispielsweise die dialoggeleitete Versorgung, als ein Qualitätssicherungsinstrument, essenziell für die praktische Arbeit. Sie lässt sich im ergotherapeutischen Berufsprofil in drei Formen unterteilen: In die klientenzentrierte Versorgung°, die kundenorientierte Versorgung° und die klientenfreundliche Versorgung. Grundlegende emotionale Unterstützung, Empathie und Respekt, sowie Sicherheit und Vertrauen in den Leistungserbringer, müssen in einer klientenorientierten Umgebung vorhanden sein. (Le Granse & Kuiper, 2019)

Auch die Kommunikation spielt eine zentrale Rolle, weshalb sich Le Granse & Kuiper (2019) für die Dialogsteuerung aussprechen. Diese ist durch „Partnerschaft in Offenheit, Wechselseitigkeit und Abstimmung sowie die Möglichkeit, die nötige Distanz zu halten und dadurch kritisch zu bleiben“ (Le Granse & Kuiper, 2019, S.186) geprägt.

Kurz zusammengefasst zeigt sich eine klientenorientierte Ergotherapie durch ein professionelles Verhalten, welches impliziert Qualität zu erbringen und zu managen. Aus der Perspektive des Klienten heißt das, Regie über die eigene Versorgung zu haben sowie eine effektive Versorgung zu bekommen. Die Kontinuität der Betreuung und eine Transparenz über Informationen müssen gewährleistet sein. (Le Granse & Kupier, 2019)

Nach Oevermanns Theorie von 1999 könnten sich das professionelle Handeln und die Klientenzentrierung° teilweise widersprechen, da es schwierig sein kann, zwischen wissenschaftlich fundierten Inhalten und den Wünschen des Klienten zu vermitteln. (Beyermann, 2006)

Betrachtet man nun aber die Theorie nach Dewe und Otto von 2002, in der es darum geht, das wissenschaftliche Wissen mit den Wünschen des Klienten sowie dem Kontext in Verbindung zu bringen, schließt das professionelle Handeln die Klientenzentrierung° nicht aus, sondern wird zu einer höchst anspruchsvollen Tätigkeit.

2.6. Der Paradigmenbegriff in der Ergotherapie

Um die zuvor dargelegten theoretischen Inhalte nun konkret auf die ergotherapeutische Entwicklung übertragen zu können, wird diese im Folgenden mit ihren Strömungen dargestellt.

Ein wissenschaftliches Konzept, das grundlegende Inhalte, Werte und Ziele formt und somit das Herzstück der Ergotherapie bildet, ist das Paradigma. Der Begriff wurde zunächst vom Wissenschaftstheoretiker Thomas S. Kuhn 1970 veröffentlicht. (Mentrup, 2014)

Kielhofner beschrieb 2009 „die Kernkonstrukte, den Fokus und die Werte des Berufsstandes“ (in Mentrup, 2014, S.10) als die drei Elemente, die ein Paradigma ausmachen. Ebenfalls bildet es das Fundament einer gemeinsamen Berufsidentität der Berufsangehörigen (Mentrup, 2014).

Basierend auf dem Paradigma, werden ein Berufscodex und ein Berufsprofil erstellt (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Ein Paradigma beschreibt somit mehrere Theorien, die die Richtlinie für das Denken und Handeln der Berufsangehörigen darstellen. In Bezug auf die Ergotherapie

beschreibt ein Paradigma, den Blick der Ergotherapeuten auf die Klienten und ihre Bedürfnisse, ebenso wie das, was sie wie und warum mit ihrem Klienten tun. (Mentrup, 2014)

Nach Kuhn wird ein Paradigmenwechsel durch eine „zwischenzeitliche Krise einer Profession ausgelöst“ (Mentrup, 2014, S.10). Ein Auslöser ist zum Beispiel, wenn schwerwiegende Kritik an Inhalten des Berufes geübt wird und die Berufsinhaber sich daraufhin entscheiden, „das Paradigma neu auszurichten“ (Mentrup, 2014, S.10). Betrachtet man die vergangenen Paradigmen der Ergotherapie, lässt sich verzeichnen, dass ein Paradigmenwechsel circa alle 25 bis 30 Jahre stattfindet. Solch ein Wechsel ist jedoch ein Prozess, der sich über mehrere Jahre vollzieht. (Mentrup, 2014) Die Entwicklung der Ergotherapie in Deutschland kann ► 2.7 entnommen werden.

Im Folgenden werden die Paradigmen der Ergotherapie vorgestellt:

2.6.1 Moral Treatment

Die Gedankengänge des *Moral Treatment* verbreiteten sich im 18. und 19. Jahrhundert, beginnend in Europa und anschließend auch in Nord-Amerika, und wurden von Kielhofner (2009) als ein *Vorparadigma* der Ergotherapie beschrieben.

Das *Moral Treatment* bezog sich insbesondere auf die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Sein Grundgedanke war, dass das Partizipieren an Alltagstätigkeiten für psychisch kranke Menschen hilfreich sein könnte, eine größere Zufriedenheit und Gesundheit wiederherzustellen. Ein weiterer Grundgedanke war es, dass die Gesellschaft die Verpflichtung habe, psychisch kranken Menschen zu helfen, zu einer zufriedenstellenden Lebensführung zurück zu finden. Um gesunde Gewohnheiten wiederherzustellen, wurden Bildung, Alltagstätigkeiten, Arbeit, und Spiel eingesetzt. (Kielhofner, 2009)

2.6.2 Paradigma der Betätigung

Das *Paradigma der Betätigung* entstand aus einer Überarbeitung des *Moral Treatments* im 20. Jahrhundert in den USA. Eine Gruppierung von Menschen, bestehend aus einem Physiker, einem Architekten, einer Krankenschwester und mehreren Handwerkern, begründete das erste Paradigma der Ergotherapie. (Kielhofner, 2009)

Das *Paradigma der Betätigung*, auf dessen Grundlage die Ergotherapie entstand, war durch den Gedanken geprägt, dass Menschen sich betätigende Wesen sind und Betätigung zur Gesundheit beiträgt. Es wurden Körper, Geist und Umwelt hierfür miteinander in Beziehung gesetzt. Betätigung wurde als therapeutisches Mittel entdeckt und insbesondere durch Handwerk, Tanz, Sport, Spiele und Arbeitsaufgaben genutzt. Das Paradigma erkennt und benennt die Wichtigkeit der Betätigung im menschlichen Leben. (Kielhofner, 2009)

2.6.3 Mechanistisches Paradigma

In den 1940er und 1950er Jahren wurden Forderungen nach einem neuen ergotherapeutischen Paradigma laut. Beginnend in den USA fand ein Wandel der Denkweise in der Medizin statt, der auch die Denkweise in der Ergotherapie beeinflusste und das mechanistische Paradigma hervorbrachte. Zudem wurde kritisiert, dass die Ergotherapie und ihre Wirkungsweisen wenig erforscht seien. (Kielhofner, 2009)

Man beschäftigte sich zusehends mit den inneren Wirkungsweisen im menschlichen Körper (Kielhofner, 2009) und die Betätigung trat in den Hintergrund (Mentrup, 2014). Eine Schädigung des Körpers, die mit eingeschränkten Fähigkeiten einherging, wurde durch die Wiederherstellung des Körpers mit Hilfe sinnentleerter Tätigkeiten wie Holz stapeln behandelt (Mentrup, 2014).

Im Fokus der Therapie standen somit zunehmend anatomische, neurologische und intrapsychische Mechanismen. Es wurde zudem die Anpassung der Umwelt oder die Anpassung von Geräten sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln veranlasst, um verminderte Funktionen zu kompensieren. Die diagnostik- und funktionsbasierte Denkweise manifestierte sich stark in den Köpfen der Ergotherapeuten. (Kielhofner, 2009)

2.6.4 Zeitgenössisches Paradigma

Seit den 1960er und 1970er Jahren wird zunehmend bemängelt, dass die in der Therapie ausgeführten Aktivitäten wenig Bezug zu den bedeutungsvollen Betätigungen der Patienten und somit auch zu ihrem Alltag haben. Durch das *mechanistische Paradigma* war man von diesem Grundgedanken der Ergotherapie abgekommen. Eine Rückbesinnung auf Betätigung wurde initiiert. (Kielhofner, 2009)

Es wird davon ausgegangen, dass Betätigung ein intrinsisches Bedürfnis jedes Menschen ist (Mentrup, 2014), wichtig für seine Gesundheit und sein Wohlbefinden. Somit verschob sich der Fokus der Ergotherapie auf das Zusammenspiel zwischen der Person, ihrer Betätigung und ihrer Umwelt (Kielhofner, 2009). Zeitgleich mit dem Umbruch in das vermeintlich zeitgenössische Paradigma, veränderte sich die Perspektive in der Medizin von der Pathogenese^o zur Salutogenese^o. Während die Pathogenese^o von der Lehre der Krankheit handelt, betrachtet die Salutogenese^o vielmehr die Entstehung von Gesundheit. Der Begriff kam Anfang der 80er Jahre das erste Mal auf und machte die Gesundheit zu einer beeinflussbaren Größe, die durch Gesundheitsförderung und präventiven Maßnahmen erhalten werden kann. (Antonovsky, 1996; Melchart & Gronwald, 2015)

Das zeitgenössische Paradigma ist zudem von der Entwicklung und dem Einsatz ergotherapeutischer Theorien, Modellen und Befunderhebungsinstrumenten geprägt (Mentrup, 2014). Das Herausarbeiten von Betätigungsproblemen sowie eine betätigungsorientierte Praxis seien hierbei grundlegend (Kielhofner, 2009). Desgleichen wird Betätigung als therapeutisches Mittel eingesetzt (Mentrup, 2014), was die klientenzentrierte Praxis, ebenso wie die therapeutische Beziehung prägt (Kielhofner, 2009).

Allgemeines Ziel ist es die Lebensqualität des Klienten zu erhöhen und ihm eine Partizipation an für ihn bedeutungsvollen Betätigungen (Kielhofner, 2009) und somit am gesellschaftlichen Leben (Mentrup, 2014) zu ermöglichen.

2.7. Die (Definitions-) Entwicklung der Ergotherapie über die Jahrzehnte in Deutschland

Über Jahre hinweg, und von verschiedenen Paradigmen geprägt, finden sich unterschiedliche Definitionen diverser Autoren, die die Inhalte des Berufes (Ergotherapie und ältere Bezeichnungen inkludiert) zur bis dato aktuellen Zeit beschreiben, hierbei jedoch unterschiedliche Akzente setzen (Götsch, 2015).

Die Grundsteine der Ergotherapie in Deutschland wurden nach dem zweiten Weltkrieg in Bad Pyrmont gelegt. Damals entsandte das Britische Rote Kreuz, noch unter der Berufsbezeichnung *Beschäftigungstherapie*, Helfer für die Kriegsverletzten. Bereits 1947 wurden dann in Deutschland die ersten Ausbildungslehrgänge durchgeführt und 1953 dann die staatliche Anerkennung des Berufsbildes erlassen. (Marquardt, 2004)

In der Veröffentlichung des Berufsbildes von der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung Nürnberg 1953 hieß es:

Die Beschäftigungstherapeutin hat medizinische, sozialhygienische und pädagogische Aufgaben zu erfüllen. Sie ist Gehilfin des Arztes und arbeitet innerhalb des Rahmens der von Arzt festgelegten Behandlung auf dem Gebiet der Orthopädie, Chirurgie, der Tbc und der Nervenheilkunde. Sinn und Ziel ihrer Arbeit ist, die vom Arzt erreichten Erfolge zu vertiefen und zu vervollständigen durch Wiederherstellung der Funktion verletzter Gliedmaßen, Wiedererweckung oder Erhaltung des Arbeitswillens und Ablenkung von der körperlichen Behinderung, um die Gedanken wieder in normale Bahnen zu bringen. Ihr Tätigkeitsfeld liegt in orthopädischen und Unfallkliniken, in Tbc-Heilstätten und neurologischen Krankenabteilungen.

Die Beschäftigungstherapeutin behandelt kranke und körperbehinderte Patienten durch Beschäftigung, d.h. durch eine dem Leiden angepasste Arbeit. (Marquardt, 2004, S. 36)

Im gleichen Jahr eröffnete auch das Annastift in Hannover als erste Ausbildungsstätte dieses Berufes in Deutschland (Marquardt, 2004).

1950 schlossen sich die ersten Absolventen des Lehrgangs zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammen (Marquardt, 2004), aus der sich 1954 der *Verband staatlich anerkannter Beschäftigungstherapeuten e.V.* (heute DVE) gründete (DVE, 2019a). Dieser veröffentlichte 1958 ein Merkblatt, in dem die Inhalte der *Beschäftigungstherapie* definiert wurde. Darin hieß es:

Beschäftigungstherapie ist jede Betätigung körperlicher oder seelischer Art, die, vom Arzt verordnet und unter Anleitung einer(s) Beschäftigungstherapeutin(en) ausgeführt, dazu beiträgt, den Gesamtzustand des Patienten zu verbessern. Durch die Beschäftigung sollen Interesse und Lebensmut geweckt und gefördert werden, um Behinderungen, gleich welcher Art, überwinden zu helfen. (Marquardt, 2004, S.61)

1959 erschien das erste Lehrbuch von Dr. Günther Jentschura, in dem die *Beschäftigungstherapie* folgendermaßen beschrieben wurde:

Unter Beschäftigungstherapie verstehen wir jede Art geistiger oder körperlicher Betätigung des Kranken, die zu seiner Gesundung beiträgt. Sie wird vom Arzt verordnet und von der Beschäftigungstherapeutin geleitet. Die Beschäftigungstherapeutin reiht sich also neben der Krankengymnastik und der Arbeitstherapie als Behandlungsmethode für den kranken Menschen in das Wiedereingliederungsverfahren (Rehabilitation) ein. (Jentschura, 1959, S.1)

Dieses Lehrbuch wurde zwei Mal überarbeitet (1974, 1979). In jeder der Ausarbeitungen wird ausschließlich die weibliche Form verwendet, da, nach Jentschura, die Arbeit der *Beschäftigungstherapeutin* ein „Frauenberuf“ (Jentschura, 1979, S.4) sei.

Das Gesundheitssystem entwickelte sich aufgrund des Wirtschaftswunders und des erhöhten Therapiebedarfes in den 1960er Jahren stetig weiter. Die Gesellschaft öffnete sich gegenüber Menschen mit Behinderung. Die zu behandelnden Erkrankungen veränderten sich, da auch immer mehr Menschen mit psychischen Störungen oder auch Schädigungen durch Contagion behandelt wurden. Auf Grundlage dessen entwickelte sich auch der Beruf des *Beschäftigungstherapeuten* stetig weiter. (Marquardt, 2004)

Der *Verband staatlich anerkannter Beschäftigungstherapeuten e.V.* wurde 1961 in den *Verband staatlich anerkannter Beschäftigungstherapeuten der Bundesrepublik e.V.* umbenannt. Er veröffentlichte 1965 eine Überarbeitung des Merkblattes zum Berufsbild. In diesem wurden wesentliche Passagen des 1958 erschienenen Schriftstückes beibehalten und inhaltlich ergänzt. (Marquardt, 2004)

So war diesem das Folgende zu entnehmen:

Beschäftigungstherapie [...] wird [in der] Behandlung bzw. Rehabilitation körperlich oder geistig Behinderter dienen. [...] Er [der Therapeut] bedient sich dabei aller Formen der Betätigung - handwerklicher, musischer, geistiger Art -, um die schöpferischen Kräfte des Unbewußten zu wecken, dem Kranken zur inneren Ruhe zu verhelfen, Fehlhaltungen der Persönlichkeit vorzubeugen und somit den Gesundungsvorgang nachhaltig zu unterstützen. (Marquardt, 2004, S.80)

Die Inhalte des Berufes wurden deutlich erweitert. Im gleichen Jahr begannen innerhalb des Verbandes kontroverse Diskussionen über das Berufsbild *Beschäftigungstherapeut* oder *Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut*, durch die der Berufsverband in zwei Lager zu zerbrechen drohte (DVE, 2019a). Die Bezeichnung *Ergotherapie*, die 1970 vom WFOT zur offiziellen Übersetzung des Begriffs „occupational therapy“ erklärt wurde (Kinébanian, 2019), wurde erstmalig zur allgemeingültigen deutschen Berufsbezeichnung in den Raum gestellt (Marquardt, 2004). Unter dieser Bezeichnung sollte sowohl die *Beschäftigungs-*, als auch die *Arbeitstherapie* integriert sein (Marquardt, 2004).

1975 erfolgte daraufhin erneut eine Änderung des Verbandsnamens in *Verband staatlich anerkannter Beschäftigungstherapeuten (Ergotherapeuten) der Bundesrepublik e.V.* (Marquardt, 2004).

Begleitend dazu verbreiteten sich die Schulen für *Beschäftigungstherapie*, was zur Folge hatte, dass für die einzelnen Bundesländer separate Regelungen geschaffen werden mussten. Doch auch schon damals bestand die Forderung nach einer einheitlichen Regelung und damit einer einheitlichen Weiterentwicklung des Berufes. 1976, nach knapp elf Jahren Debatte, wurde dann ein Bundesgesetz erlassen, auf Grundlage dessen die Ausbildungs- und Prüfungsordnung entstehen konnte. Diese erschien nach langer Debatte und entgegen des Wunsches des Berufsverbandes, die sich für die neue Bezeichnung des *Ergotherapeuten* einsetzten, unter dem Namen *Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut*. (Marquardt, 2004)

In den 1960er Jahren fanden ebenfalls die ersten Bemühungen zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen statt, welche jedoch erst 1978 erfolgreich durchgesetzt werden konnte (Marquardt, 2004).

Immer mehr Schulen für die Ergotherapie-Ausbildung eröffneten. Die Absolventenanzahlen und die Anstellungsmöglichkeiten für *Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten* stiegen in den 1980er Jahren und die Bedeutung, die Anerkennung und der Bedarf an der Heilmaßnahme innerhalb der Gesellschaft nahm zu. (Marquardt, 2004)

Über die 1970er und 1980er Jahre hinweg gewann das Berufsbild allerdings auch an Komplexität, wodurch sich wiederum das Einsatzgebiet der *Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten* erweiterte. Durch die flächendeckende Impfung gegen die Infektionskrankheit Tuberkulose, welche den *Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten* zuvor viele Patienten verursachte (Jentschura, 1959; Marquardt, 2004), veränderten sich das Aufgabenfeld der *Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten* weiter.

1987 erscheinen *Blätter zur Berufskunde* von der Anstalt für Arbeit in den der Beruf folgendermaßen definiert wird:

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, auch Ergotherapie genannt, ist eine vom Arzt verordnete Heilmaßnahme [...]. Sie hat begleitend zu anderen therapeutischen Maßnahmen, die Wiederherstellung oder erstmalige Herstellung verlorengegangener oder noch nicht vorhandener körperlicher, geistiger oder seelischer Funktionen zum Ziel. Dabei ist das übergeordnete Ziel das Erreichen der größtmöglichen Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im täglichen Leben. [...] Die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie versteht sich als ganzheitliche Therapie [...], wobei [...] immer die Gesamtsituation des Patienten mit seinem psychosozialen Umfeld erfaßt und berücksichtigt wird. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie kann auch durch verschiedene Maßnahmen dazu beitragen, für die Kranken und Behinderten den Weg einer beruflichen Eingliederung vorzubereiten. (Marquardt, 2004, S. 125f.)

Allgemein war ein Anstieg von Publikationen zur *Beschäftigungs- und Arbeitstherapie*, sowohl für einzelne Fachbereiche als auch ausbildungsspezifischer Literatur zu beobachten (Marquardt, 2004).

Nach der Wiedervereinigung von Ost- und Westdeutschland 1989 wurde, im Rahmen des Einigungsvertrages, die dreijährige Ausbildung zum *Arbeitstherapeuten* (Ostdeutschland), der dreijährigen Ausbildung zum *Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten* (Westdeutschland) gleichgestellt. 1991 trat das westdeutsche Berufsgesetz, ebenso wie die Ausbildungs- und Prüfungsordnung auch für die neuen Bundesländer in Kraft, was weitere Wege für ein deutschlandweit einheitliches Berufsbild eröffnete. (Marquardt, 2004)

Der Bedarf an *Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten* wuchs in den 1990er Jahren beispielsweise aufgrund des demografischen Wandels und der dadurch steigenden Nachfrage an Präventions-, Kurations- und Rehabilitationsangeboten weiter an (Marquardt, 2004).

In der DDR wurde bereits um 1954 die schon vor dem zweiten Weltkrieg praktizierte *Arbeitstherapie* weitergeführt, wobei die Ausbildung von *Arbeitstherapeuten* erst 1959 begann. Die Berufsbezeichnung der *Arbeitstherapeuten* ließ sich gut mit dem damals vorherrschenden Denken innerhalb der DDR verknüpfen, da „der Arbeit und Wiedereingliederung in die Arbeit eine besondere Rolle zukam“ (Marquardt, 2004, S. 144). Die Behandlung von Kindern fand keine Anwendung. Das

stellte den größten Unterschied zu der in Westdeutschland praktizierten *Beschäftigungs- und Arbeitstherapie* dar und änderte sich erst durch die Wiedervereinigung. (Marquardt, 2004)

Seit 1991 erlaubt die Ausbildung zum *Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten*, ebenso wie die zum *Arbeitstherapeuten*, dem Berufsinhaber die Führung der Berufsbezeichnung *Ergotherapeut*. Im pädiatrischen Bereich gab es jedoch bei einer Praxiszulassung kurzzeitige Auflagen seitens der zulassenden Krankenkassen. (Marquardt, 2004)

Die Mitgliederzahlen des DVE stiegen nach der Wiedervereinigung drastisch an, was eine „strukturelle Weiterentwicklung“ (Marquardt, 2004, S.150) und Maßnahmen zur Qualitätssicherung erforderte (Marquardt, 2004).

1992 änderte der Verband bis heute zum letzten Mal seinen Namen zu *Deutscher Verband der Ergotherapeuten (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten) e.V.* (Marquardt, 2004; DVE, 2019a).

Auf der Mitgliederversammlung des Berufsverbandes 1994 wurde im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen erstmalig eine Berufsethik° (► 2.3.3.2) der Ergotherapie verabschiedet (Marquardt, 2004; DVE, 2019a).

1994 wurde das Berufsbild von der Bundesanstalt für Arbeit in ihren Blättern zur Berufskunde folgendermaßen beschrieben:

Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten bzw. Ergotherapeuten gehören [...] der Gruppe der nicht-ärztlichen Therapieberufe im Gesundheitswesen an. Ergotherapie hat zum Ziel, in Kooperation mit anderen Berufsgruppen, verloren gegangene bzw. noch nicht vorhandene Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art durch entsprechende Behandlungsmaßnahmen positiv zu verbessern, sodass die Betroffenen die größtmögliche Selbstständigkeit in ihrem Alltags- und/oder Berufsleben erreichen können. (Götsch, 1994, S.3 zitiert nach Götsch, 2015, S.5)

Mit der Gründung des VDES 1996 rückte auch die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Ausbildung mehr in den Fokus (► 2.3.1.1) (DVE, 2019a). In den 1990er Jahren wurden deutschlandweit weitere 115 neue Ergotherapieschulen eröffnet, was als „Folge einer Fehleinschätzung und Überschätzung des Arbeitsmarktes für Ergotherapeuten“ (Marquardt, 2004, S.167) seitens unter anderem der Bundesanstalt für Arbeit zu bewerten war. Hiermit ist in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre auch die Kritik des Berufsverbandes an den Qualitätsunterschieden der verschiedenen Ausbildungen in Verbindung zu bringen (► 2.3.1.1). (Marquardt, 2004)

1998 wurde dann die Gesetzesänderung zum Ergotherapeutengesetz (► 2.3.2), damals als Anhang zum Physiotherapeutengesetz, und damit die Änderung der Berufsbezeichnung in *Ergotherapeut* veranlasst (DVE, 2019a).

Im gleichen Jahr wurde eine neue Berufsdefinition veröffentlicht. Darin hieß es:

Ergotherapie beruht auf medizinischer und sozialwissenschaftlicher Grundlage und ist ein ärztlich zu verordnendes Heilmittel. Ergotherapie kommt zum Einsatz bei Menschen jeden Alters mit motorisch-funktionellen, senso-motorisch-perzeptiven, neuropsychologischen und/ oder psychosozialen Störungen. Ziel der Ergotherapie ist der spezifische Einsatz ausgewählter Aktivitäten, um Auswirkungen von Krankheit und Behinderung zu analysieren und zu behandeln. (Hölzl, 1998, S.120)

1999 trat das Gesetz zur Änderung der Berufsbezeichnung in *Ergotherapeut* schlussendlich in Kraft (DVE, 2019a). Der Namensänderung war jahrelange Arbeit seitens des Verbandes vorausgegangen, da sich die Bezeichnung *Ergotherapie* international und vor allem in den meisten europäischen Nachbarländern, als gängig etabliert hatte. Ein weiterer Schritt, auf den der Verband lang hingearbeitet hatte, war die Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung, die 2000 vom BMG unter der Bezeichnung „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten“ in Kraft gesetzt wurde. (Marquardt, 2004)

Daraufhin wurde im selben Jahr eine neue Definition in den Blättern zur Berufskunde veröffentlicht, in der die Ergotherapie folgendermaßen beschrieben wurde:

Ergotherapie hat zum Ziel, Menschen zu helfen, eine durch Krankheit, Verletzung oder Behinderung verlorengegangene bzw. noch nicht vorhandene Handlungsfähigkeit im Alltagsleben wieder zu erreichen. Das bedeutet, dass der Mensch seine Aufgaben, die er sich stellt und die ihm durch sein Leben bzw. durch die Gesellschaft gestellt werden, für sich zufriedenstellend erfüllen kann. (Götsch, 2000, S.6 zitiert nach Götsch, 2015, S.5)

2001 begann der erste additive Studiengang Deutschlands für *Ergotherapeuten*, Physiotherapeuten und Logopäden an der Fachhochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen (Marquardt, 2004; Walkenhorst, 2006).

2002 hatte der DVE knapp 11.000 Mitglieder zu verzeichnen. Die starken Verbesserungen in Struktur, Arbeitsbedingungen und Gehalt, die in der Nachkriegszeit zu verzeichnen waren, begannen zu diesem Zeitpunkt zu stagnieren. (Marquardt, 2004)

Der DVE setzte gezielte Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement speziell für die ergotherapeutischen Berufsfachschulen ein, denen 2003 ein Qualitätsmanagement und –steigerungs-System für ergotherapeutische Praxen folgte (Marquardt, 2004).

Die bis dato veröffentlichten Definitionen des Berufes wurden von einzelnen Autoren verfasst und mit dem Berufsverband abgestimmt. 2000 bis 2003 begann der DVE selbst eine eigene Berufsdefinition der Ergotherapie zu entwickeln. Das Verlangen danach entstand durch die im englischsprachigen Raum entstehenden Modelle und dem unabdingbaren, jedoch nicht von allen Berufsangehörigen repräsentierten, Paradigmenwechsel. (Götsch, 2015)

In der ersten vom DVE selbst 2004 zu seinem fünfzigjährigen Jubiläum veröffentlichten Berufsdefinition hieß es:

Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt Menschen, die in ihren all-täglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind. Diesen Menschen soll es ermöglicht werden, für sie bedeutungsvolle Betätigung in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer Umwelt durchführen zu können. Ziel der Ergotherapie ist es, Betätigung zu erreichen. Gleichzeitig wird Betätigung als therapeutisches Medium eingesetzt. (Miesen, 2004, S.157)

In der zuvor zitierten Publikation *Berufsprofil Ergotherapie* (Miesen, 2004) wurde erstmals zusammenfassend ein „aktuelles Bild der deutschen Ergotherapie aufgezeigt und der zu dieser Zeit stattfindende Paradigmenwechsel dokumentiert“ (DVE, 2019a).

Ebenfalls wurde 2004 die Zuzahlungsregelung erneuert (Marquardt, 2004).

Im gleichen Jahr wurde zudem der Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. [BED], aufgrund ihres Empfindens fehlender Kooperationsbereitschaft seitens des DVE, gegründet, um die „Interessen und Anliegen der Ergotherapeuten in Deutschland [...] ausreichend [zu] vertreten“ (BED, o.D.).

2005 begann der erste deutsche Masterstudiengang an der Fachhochschule in Hildesheim/Holzweiden/Göttingen (DVE, 2019a).

Die derzeitige deutsche Berufsdefinition des Deutschen Verbandes für Ergotherapeuten wurde über mehrere Jahre von der Projektgruppe Berufsprofil, unter anderem durch zwei Befragungen von Berufsangehörigen, erarbeitet und am 09.08.2007 vom Vorstand verabschiedet (DVE, 2007). Seither ist sie die aktuelle Definition der Ergotherapie des DVE:

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.

Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. (DVE, 2007)

Auch der BED veröffentlichte 2007 auf seiner Homepage eine Definition, in der die Ergotherapie wie folgt beschrieben wurde:

„Ergotherapie befähigt Menschen mit komplexen Erkrankungen, ihre eigene und/oder die Befindlichkeit ihres Umfeldes im praktischen Alltag zu verbessern.“ (BED, persönliche Kommunikation vom 29. April 2020)

Zudem war der Begriff „komplexe Erkrankungen“ mit einem Link unterlegt, der zu folgender Beschreibung weiterleitete:

Bei welchen Beschwerden und Erkrankungen ist die Ergotherapie anzuwenden:

- Menschen mit angeborenen körperlichen Schädigungen
- Menschen mit angeborenen geistigen Schädigungen
- Menschen mit rheumatischen Erkrankungen
- Kinder mit Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen
- Personen mit massiven neurologischen Störungen z.B. nach einem Unfall oder Schlaganfall
- Menschen mit orthopädischem Verschleiß
- Personen mit Störungen der Koordination, der Aufmerksamkeit, der Reaktion, der Merkfähigkeit, des Gleichgewichtes oder der Grob- bzw. Feinmotorik
- Menschen mit Alterserkrankungen wie Parkinson oder Alzheimer
- Menschen mit MS

(BED, persönliche Kommunikation vom 29. April 2020)

Durch die 2009 beschlossene Modellklausel wurde die Möglichkeit eröffnet, in Deutschland durch einen primärqualifizierenden Studiengang die Berufsbezeichnung *Ergotherapeut* zu erhalten

(Bundesgesetzblatt, 2009). Auf Basis dessen begann der erste primärqualifizierende Studiengang Ergotherapie (► 2.3.1.1) (DVE, 2019a).

Im gleichen Jahr wurde zudem durch eine Klausel im SGB V die erste Vereinbarung für einen Ost-West-Ausgleich der Preise implementiert (DVE, 2019a).

Zur Unterstützung der evidenzbasierten Praxis ging 2010 nach zweijähriger Arbeit die erste deutschsprachige Ergotherapie-Studien-Datenbank („Datenbank für evidenzbasierte Praxis“) (► 2.3.2) online (DVE, 2019a).

Um eine bessere Versorgung chronisch Erkrankter gewährleisten zu können, wurde 2011 die langfristige Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls eingeführt. Durch diese Entwicklung konnte sich beispielsweise das Einsatzgebiet der Ergotherapie erweitern.

2014 feierte der DVE sein 60-jähriges Bestehen (DVE, 2019a).

Im gleichen Jahr veröffentlichte der BED seine neue und bis heute aktuelle Ergotherapie-Definition. In dieser heißt es:

Ergotherapie behandelt Menschen mit angeborenen oder erworbenen Einschränkungen in jedem Lebensalter zum Zweck der Genesung, der Verbesserung oder der Kompensation für eine größtmögliche selbständige und selbstbestimmte Lebensführung. Dabei steht innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung vor allem die Gesamtheit des jeweiligen Patienten mit seinen Bedürfnissen und die Beziehungen seiner einzelnen körperlichen und psychischen Teilbereiche zueinander im Vordergrund (ganzheitlicher Behandlungsansatz) also nicht nur die ausschließliche Behandlung der jeweils betroffenen Areale oder Körperteile.

Bewegungsabläufe, Wahrnehmungen und psychische Empfindungen werden (wieder) hergestellt, trainiert, mit Hilfsmitteln kompensiert oder der Verlust dieser Funktionen verhindert bzw. deren Verlust zumindest zeitlich verzögert und sodann kompensiert. Ergotherapie ist als Heilmittel von den Gesetzlichen Krankenkassen anerkannt und wird auch im Rahmen der Prävention eingesetzt. (BED e.V., 2014)

2016 wurde die Modellklausel zur hochschulischen Ausbildung vom Bundestag für weitere vier Jahre verlängert. Der Fachkräftemangel zeigte sich in vielen Beschäftigungsbereichen der Ergotherapeuten immer deutlicher, was in diesem Jahr die Diskussion um ein „Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz“ förderte. (DVE, 2019a)

Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, setzte sich der DVE für Maßnahmen wie die Kostenübernahme der Ausbildung und eine höhere Vergütung der ergotherapeutischen Arbeit ein. Ebenso breiteten sich die Modellvorhaben zur Blankoverordnung^o über die deutschen Bundesländer aus. (DVE, 2019a)

2018 waren, durch den direkten Einbezug der Heilmittelerbringen seitens des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn, deutliche Entwicklungen in der Berufspolitik, zu verzeichnen. Außerdem beschlossen die Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen eine Übernahme der Ausbildungskosten von 70 (NRW) - 100 (Bayern) Prozent. (DVE, 2019a)

Ebenfalls 2018 wurde die DGEW gegründet, „um wissenschafts- und forschungspolitische Interessen der Ergotherapie durch legitimierte Sprecher gegenüber der Gesundheitspolitik, Praxis und Gesellschaft zu vertreten“ (DGEW, 2019).

Im ersten Jahressesemester 2019 wurden weitere berufspolitische Fortschritte, beispielsweise mit den bundeseinheitlichen Höchstpreisen, deutlich (DVE, 2019a).

Die ersten auszubildenden Ergotherapeuten, die an ein Krankenhaus mit entsprechendem Tarifvertrag angeschlossen sind, erhielten ebenfalls 2019 eine Ausbildungsvergütung (DVE, 2019a).

Es wird gezeigt, dass Zusammenhänge zwischen der Entwicklung der Ergotherapie und ihrer Definition bestehen. Die jeweils aktuellen Bewegungen innerhalb der Berufsgruppe auf Mikro-, Meso- und Makroebene nehmen Einfluss auf die Beschreibung des Berufes innerhalb seiner Definition. Bei der Literaturrecherche wird ersichtlich, dass mit zunehmender Komplexität des „Berufsinhaltes“, auch die Vielfalt der Neuveröffentlichungen in Bezug auf eine Ergotherapie-Definition zunehmen.

2.8. Die aktuelle Definition des DVE (2007) im Vergleich

Im folgenden Kapitel wird die aktuelle Definition des DVE (2007) mit nationalen und internationalen Definitionen der Ergotherapie verglichen.

2.8.1 Gegenüberstellung der aktuellen Definitionen der beiden deutschen Berufsverbände der Ergotherapie (DVE, 2007 vs. BED, 2014)

Vergleicht man die aktuellen Definitionen der beiden deutschen Berufsverbände, sind einige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede zu vermerken. Zwischen den Veröffentlichungen liegen circa sieben Jahre.

Zu Beginn werden die Bezeichnungen der ergotherapeutischen Zielgruppe aufgeführt:

Der DVE spricht in seiner Definition von 2007 von *Menschen*, die durch die Ergotherapie unterstützt und begleitet werden.

Der BED (2014) hingegen verwendet die Bezeichnung des *Menschen*, ebenso wie die des *Patienten*. Die Bezeichnung des *Patienten* gilt in vielen aktuellen Publikationen und der Lehre häufig als nicht zeitgemäß, da dieser als widersprüchlich zum klientenzentrierten Ansatz gesehen wird (Flotho, 2015). Häufiger tritt die Bezeichnung des *Klienten* (Le Granse & Kumpir, 2019) auf, der auch in der vorliegenden Forschungsarbeit Anwendung findet. In mancher Literatur wird jedoch beschrieben, dass er im deutschsprachigen Raum synonym verwendet wird (Flotho, 2015).

In beiden Definitionen wird, wie auch von Le Granse und Kumpir (2019), zudem betont, dass der Einsatz der Ergotherapie altersunabhängig ist (DVE, 2007; BED, 2014).

Der DVE (2007) bezieht sich zudem auf die Performanzbereiche *Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit*, die in vielen ergotherapeutischen Modellen, wie beispielsweise dem Canadian Model of Occupational Performance and Engagement [CMOP-E] (Townsend, Polatajko, & Craik, 2007, in Polatajko et al., 2013, S.23f.), ebenfalls zu finden sind. Er beschreibt das Aufgabenfeld der Ergotherapie mit „spezifischen Aktivitäten, Umwelthanpassungen und Beratung, [durch die] dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität“ (DVE, 2007) ermöglicht werden.

Der BED (2014) konzentriert sich in seiner Definition auf verschiedene Funktionen des Menschen, ebenso wie seine Teilhabe in der Gesellschaft. Als das Aufgabenfeld der Ergotherapie beschreibt

der BED (2014) die (Wieder-)Herstellung, das Training, die Kompensation durch Hilfsmittel und die Verhinderung oder Verzögerung des Verlustes einer Funktion.

Dem fügt der BED (2014) hinzu, dass Ergotherapie als Heilmittel von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt ist. Demzufolge benötigen Personen, die die Ergotherapie in Anspruch nehmen, eine dementsprechende Verordnung, die nur von autorisierten Stellen ausgestellt werden kann (DVE, o.D.-c). Dieser Aspekt wird in der Definition des DVE (2007) nicht aufgegriffen.

2.8.2 Der Vergleich mit internationalen Ergotherapie-Definitionen

Zieht man nun internationale Aspekte anhand von Definitionen verschiedener Länder, in denen Ergotherapie praktiziert wird, hinzu, sind Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede im Vergleich zu der 2007 vom DVE veröffentlichten Ergotherapie-Definition zu finden.

Für den Vergleich wird sich beispielhaft auf die, von der World Federation of Occupational Therapists (WFOT) 2018 gesammelten und in das Englische übersetzten, Definitionen der *Occupational Therapy* bezogen. Die jeweiligen Erscheinungsjahre der im Folgenden hinzugezogenen Definitionen sind auf den offiziellen Seiten der Berufsverbände häufig nicht einzusehen. Aus diesem Grund werden bei den internationalen Definitionen die Jahreszahlen aus dem Dokument *Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations* des WFOT (2018) angegeben.

Im Folgenden wird die Übersetzung der aktuellen Definition des DVE (2007) aus entsprechendem Dokument aufgezeigt, um die Vergleichbarkeit der Inhalte, aufgrund der einheitlichen Sprache, mit den internationalen Definitionen zu gewährleisten.

Occupational Therapy supports and assists people of all ages who are limited or in danger of becoming limited in their ability to participate in their usual activities. The aim is to enable the client's participation for his or her meaningful activities in the performance areas of self-care, productivity and leisure within his or her personal environment. Specific activities, environmental adaptation and consultancy may be used to facilitate the individual's ability to perform activities of daily life, participate in society and improve the quality of life.

Die Uganda Association of Occupational Therapists veröffentlichte bereits 2002 ihre aktuell gültige Definition der *Occupational Therapy*:

A method of treatment where functional activity is the focus to help people with physical, mental, and social problems to be as independent as possible in activities of daily living. The aim of Occupational Therapy is to improve independence, to prevent or reduce disability and to maintain health.

Der Fokus der ugandischen Definition der *Occupational Therapy* liegt, neben dem Erlangen der größtmöglichen Selbstständigkeit bei der Durchführung täglicher Aktivitäten, vor allem auf dem Aspekt des Vorbeugens und Verminderns von Behinderungen, um Gesundheit aufrechtzuerhalten. Dieser präventive Gedanke lässt sich auch in der Definition des DVE von 2007 wiederfinden. Bezogen auf die Zielgruppe der Ergotherapie wird, wie in der Übersetzung der deutschen Definition, von Menschen (*people*) gesprochen, ohne hierbei jedoch auf das Alter der Menschen, die

Occupational Therapy in Anspruch nehmen, einzugehen. Wie unter ► 2.8.1 beschrieben, betont der DVE (2007) in seiner Definition jedoch eben diese Altersunabhängigkeit.

In beiden Definitionen werden die Aktivitäten des täglichen Lebens (*activities of daily life/living*) in den Fokus gestellt.

Die Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT] beschreibt die *Occupational Therapy* seit 2007 wie folgt:

Occupational Therapy is the art and science of enabling engagement in everyday living, through occupation; of enabling people to perform the occupations that foster health and well-being; and of enabling a just and inclusive society so that all people may participate to their potential in the daily occupations of life.

Im Rahmen der kanadischen Definition wird die *Occupational Therapy* als Kunst und Wissenschaft bezeichnet, die dem Menschen Teilhabe durch Betätigung ermöglicht. Das *Ermöglichen (enabling)* der Betätigungsausführung der Menschen wird vermehrt betont, was die Wichtigkeit dieses Aspektes verdeutlicht und ebenfalls in der Definition des DVE von 2007 auftaucht. Ebenso wird der Faktor des Wohlbefindens (*Well-being*) durch Betätigung aufgenommen, der in vielen weiteren Definitionen, wie beispielsweise der japanischen, isländischen, indischen oder der folgenden amerikanischen ebenfalls betont wird, jedoch nicht in der deutschen.

Nach der American Occupational Therapy Association Inc (AOTA) gilt seit 2007 die folgende Definition:

The practice of occupational therapy means the therapeutic use of everyday life activities (occupations) with individuals or groups for the purpose of participation in roles and situations in home, school, workplace, community, and other settings. Occupational therapy services are provided for the purpose of promoting health and wellness and to those who have or are at risk for developing an illness, injury, disease, disorder, condition, impairment, disability, activity limitation, or participation restriction. Occupational therapy addresses the physical, cognitive, psychosocial, sensory, and other aspects of performance in a variety of contexts to support engagement in everyday life activities that affect health, well-being, and quality of life.

Ein Unterschied im Vergleich zu der aktuellen Definition des DVE (2007) ist, dass in der Definition der AOTA (2007) neben der Partizipation des Individuums, auch jene einer Gruppe, in verschiedenen Kontexten, herausgestellt wird.

Zudem wird in der Definition der AOTA (2007) neben Personen, die gesundheitliche Einbußen vorweisen, ebenfalls auf Personen hingewiesen, die von solchen Einbußen bedroht sind.

Der brasilianische Berufsverband ABRATO (Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais) definiert die *Occupational Therapy* seit 2017 folgendermaßen:

Occupational Therapy is a field of knowledge and intervention in health, education and social spheres, gathering technologies orientated to the emancipation and autonomy of people. These people, for specific response present difficulties in their insertion and participation of social life due to temporary or definitely problem related to their physical,

sensory, mental, psychological and social condition. OT interventions, assess their extent through the use of activities, centralizing and guidelining element in the complex construction of the therapeutic process.

Diese Definition beschreibt die *Occupational Therapy* mit verschiedenen Einsatzbereichen im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen, um Menschen (*people*), die kurz- oder langfristig von Einschränkungen betroffen sind, in ihrer Emanzipation und Autonomie zu stärken und somit bei der Eingliederung und Teilhabe am sozialen Leben zu unterstützen. Der Aspekt der gesellschaftlichen Teilhabe taucht ebenfalls in der aktuellen Definition des DVE (2007) auf, der zeitliche Aspekt (*temporary or definitely*) wird hier jedoch ausgelassen.

Der Aspekt der Aktivitäten (*activities*) als Kernbereich des (ergo-)therapeutischen Prozesses beschrieben.

Die Definition der Japanese Association of Occupational Therapists wurde 2018 veröffentlicht. Darin heißt es:

Occupational Therapy is occupation-focused therapy, guidance and support provided in fields such as medical care, public health°, welfare, education and employment, with the aim of promoting human health and well-being. „Occupation“ refers to daily activities that are purposeful and meaningful to each person.

In dieser Definition wird die Betätigungszentrierung der *Occupational Therapy* betont und die Betätigung als zielgerichtete und bedeutungsvolle (*meaningful*) Aktivität beschrieben. Auch in der deutschen Definition des DVE (2007) wird das Ermöglichen (*enable*) von bedeutungsvollen (*meaningful*) Aktivitäten/Betätigungen benannt. Es fehlt jedoch eine konkrete Beschreibung des Betätigungsbegriffes.

Zudem werden in der japanischen Definition Aspekte wie Beratung und Unterstützung aufgegriffen und damit der Aufgabenbereich und die Kompetenzen der Ergotherapeuten erweitert.

Es werden verschiedene (Lebens-)Bereiche aufgelistet, in denen Ergotherapie zum Einsatz kommt. Dieser Aspekt taucht in der Definition des DVE (2007) ebenfalls auf, wird jedoch durch *Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit* anders beschrieben.

Darüber hinaus gibt es, sowohl auf europäischer als auch auf internationaler Ebene, länderübergreifende Berufsverbände, die ebenfalls Definitionen der Ergotherapie veröffentlichen.

Auf europäischer Ebene wird die Definition der Ergotherapie von der OT-Europe, also dem Zusammenschluss des Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC), dem European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) und dem Research of Occupational Therapy and Occupational Science (ROTOS), gestellt.

Somit beinhaltet sie die Sicht der ausführenden Ergotherapeuten, die der Ausbildung und der Forschung. Durch diese Einflüsse geprägt gilt folgende Definition:

Occupational Therapy is a profession concerned with improving well-being for persons of all ages through enabling occupations to promote health and participation in society. Occupational Therapists do this by supporting persons' engagement in occupations and activities that they want, need and chose to do in everyday life.

Occupational Therapists explore new ways of doing things by adapting activities and physical and social environments to improve function, capacity and participation.

Occupational Therapists work in partnership with those involved in the persons' life, for example, family and carers, teachers and employers, to achieve persons' and communities' desired outcomes and promote an inclusive society. (OT-Europe, o.D.)

Auch hier werden, wie in der Definition des DVE (2007), Menschen jeden Alters einbezogen. Der Fokus dieser Definition liegt auf dem Ermöglichen (*enable*) von Betätigung und somit der Förderung von Gesundheit und gesellschaftlicher Teilhabe durch Betätigung. Auch der Einbezug der physischen Umwelt und vor allem der sozialen Umwelt, findet in der Definition einen großen Platz. Der Aspekt der persönlichen Umwelt und der Umweltsanpassung (*environmental adaption*) ist ebenfalls Teil der Definition des DVE (2007).

In der Definition von OT-EUROPE gilt nicht ausschließlich eine Person als Zielgruppe der Occupational Therapy, sondern, mit dem Ziel der Inklusion, auch andere, mit dieser in Verbindung stehende Menschen und Gemeinschaften.

In der aktuellen Definition des WFOT von 2012 heißt es:

Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement. (WFOT, 2012)

Im Rahmen dieser Definition werden neben der *Klientenzentrierung*°, auch Faktoren der ICF°, nämlich Aktivitäten und Teilhabe, genauso wie Kontextfaktoren, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren, miteinbezogen (Götsch, 2015). Diese sind in der Definition des DVE (2007) teilweise wiederzufinden.

2.8.3 Relevante internationale Aspekte

Durch eine umfangreiche Literaturrecherche im Rahmen der Auseinandersetzung mit internationalen Definitionen und Strömungen der Ergotherapie, sind einige Themenkomplexe zu eruieren, die vermehrt auftreten und für die zeitgemäßen Ergotherapie weltweit von Bedeutung zu sein scheinen. Auf diese wird im Folgenden kurz eingegangen.

Die Wahl wurde dabei subjektiv und in Bezug auf das Forschungsthema getroffen. Eine Vollständigkeit wird daher nicht beabsichtigt.

2.8.3.1 Occupational Science

Da die Ergotherapie zwar über ein großes, jedoch wenig systematisiertes und fundiertes Erfahrungswissen verfügt, entstand über die Jahre das Postulat einer eigenen Wissenschaft. Eine Antwort auf diese Forderung ist die Occupational Science, zu Deutsch „Betätigungswissenschaft“ (Stademann & Tsangaveli, 2016, S.78), die sich mit dem komplexen Konstrukt der Betätigung und ihrer

Bedeutung für den Menschen, seiner Gesundheit und sein Wohlbefinden auseinanderzusetzen (Thapa-Görder & Rottenecker, 2010). Somit sollen bereits bestehende Erkenntnisse in Bezug auf Ergotherapie und Betätigung überprüft und erweitert werden. Einen Beitrag dazu leistete neben der (Teil-)Akademisierung des Berufes auch die Erweiterung von Forschungsaktivitäten (Stademann & Tsangaveli, 2016).

2.8.3.2 Occupational Justice

Aus Sicht der Occupational Justice, zu Deutsch „Betätigungsgerechtigkeit“ (Thapa-Görder & Rottenecker, 2010, S.67), gelten Menschen als „Betätigungswesen“ (Thapa-Görder & Rottenecker, 2010, S.66), denen unterschiedliche Ressourcen zur Verfügung stehen, um Betätigung ausführen und Teilhabe erleben zu können. Die Occupational Justice betrachtet „gesund erhaltende oder krank machende Faktoren [...], die mit der menschlichen Betätigung einhergehen“ (Thapa-Görder & Rottenecker, 2010, S.66).

Da die ungleiche Verteilung von Chancen auf Betätigung und Partizipation nach Thapa-Görder und Rottenecker (2010) einen bedeutsamen Faktor für Krankheit darstellt, sollte die Occupational Justice „impliziertes Ziel und integrierter Wert eines jeden ergotherapeutischen Prozesses sein“ (Townsend, 2003, S.82 zitiert nach Thapa-Görder und Rottenecker, 2010, S.67) und gilt als viel thematisierter Aspekt im Zusammenhang mit der Ergotherapie im internationalen Raum.

2.8.3.3 Engagement

Das Engagement ist, neben einem Aspekt in internationalen Definitionen, in bekannten und für die Ergotherapie bedeutsamen internationalen Publikationen, wie dem Enabling Occupation II (Townsend & Polatajko, 2007; Townsend & Polatajko, 2013) oder dem Model of Human Occupation (Kielhofner, 2008; Taylor, 2017), seit mehreren Jahren ein Teil gängiger Diskurse. Häufig wird auch die Bezeichnung Occupational Engagement (Berding et. al, 2010) verwendet. Dieser Aspekt verkörpert die Annahme, dass Betätigung nicht zwangsläufig selbst ausgeführt werden muss, sondern die Teilhabe an einer Betätigung bzw. „schon das bloße Ausgerichtet sein“ (Berding et. al, 2010, S.250) auf eine Betätigung, dem Klienten Zufriedenheit ermöglicht (Berding, et. al, 2010).

2.8.3.4 Empowerment

Empowerment bedeutet so viel wie „ermächtigen“, „stärken“ oder „unterstützen“ (Stademann & Tsangaveli, 2016 zitiert nach Pons GmbH, o.D.) und beschreibt ursprünglich eine Bewegung, die in den 1990er Jahren, mit dem Ziel der Selbstbestimmung von behinderten Menschen, entstand. Das Ziel des Konzeptes ist die Ermächtigung zu eben dieser Selbstbestimmung. Der Begriff des Empowerments taucht mittlerweile in der internationalen Literatur jedoch auch losgelöst von dem ursprünglichen Konzept und in Bezug auf die Teilhabe von Menschen in allen Lebensbereichen auf. (Stademann & Tsangaveli, 2016)

2.8.3.5 Enabling

Ein weiterer Aspekt, dessen Anwesenheit sich in der internationalen Literatur über die letzten Jahre gesteigert hat, ist das Enabling. Dies kann mit „ermöglichen“ übersetzt werden und stellt eine Kernkompetenz der Ergotherapie dar (Knagge, 2016). Hierfür dienen beispielsweise die CMCE-Skills (Townsend et al., 2013) aus dem kanadischen Triplet, die der Ergotherapeut nutzen kann, um dem Klienten Betätigung, Teilhabe und Engagement zu ermöglichen (Knagge, 2016).

2.8.3.6 Well-being

Well-Being, also das Wohlbefinden (Berding, et. al, 2010), kann als ein übergeordnetes Ziel der Ergotherapie gesehen werden (Wilcock, 2006). Whalley Hammell (2018) beschreibt als wichtigste Voraussetzung, um Wohlbefinden zu erreichen, dass man sich als Mensch um sich selbst kümmern kann, indem man Zugang zu sauberem Wasser und Nahrung, als auch einer Unterkunft und sanitären Anlagen hat. Diese Möglichkeiten sich um sich selbst kümmern zu können, erfordert jedoch beispielsweise auch einen Sinn für Hygiene oder Ruhe. Ebenfalls fallen darunter Routinen, Rituale oder spezifische kulturelle und spirituelle Praktiken, die zur emotionalen Selbstversorgung beitragen. Sich um sich selbst kümmern zu können, ist eine Art von Betätigung, zu der nicht jeder Mensch die Möglichkeit und Ressourcen hat, die jedoch durch die Hilfe anderer erfüllt werden kann. (Whalley Hammell, 2018)

2.9. Bedeutung einer einheitlichen zeitgenössischen Definition für die Professionsentwicklung

Nach Betrachtung der Theorien in Bezug auf die Professionalisierung eines Berufes und der Entwicklung der Ergotherapie sowie ihrer Definition in Deutschland wird deutlich, dass diese Prozesse in Abhängigkeit von internalen und externalen Veränderungen stehen.

Unabhängig davon, welche Professionalisierungstheorie man heranzieht, sind über die letzten Jahre deutlich Entwicklungen innerhalb der Ergotherapie in Deutschland zu erkennen, die zur Eigenständigkeit des Berufes, oder gar der Profession beigetragen haben.

Da sich neben ihr auch die Gesellschaft verändert, in der sie zum Einsatz kommt, ist es unabdinglich, dass auch die Definition der Ergotherapie sich an diese Veränderungen anpasst.

Nach Auseinandersetzung mit der Thematik lässt sich sagen, dass eine Akademisierung grundlegend für eine Professionalisierung ist. Auch wenn unter ►2.3.1.1 herausgestellt wird, dass Deutschland das einzige Land ist, in dem es keine rein akademische Ausbildung gibt, wird das Bewusstsein für die Relevanz dieser größer und die Veränderungen handfester, wie folgende Schlussfolgerung zeigt: Die Anforderungen an Kompetenzen bzw. Leistungen, die der professionell handelnde Ergotherapeut erbringt, werden auf Mikro-°, Meso-° und Makroebene° verlangt. So besteht die Notwendigkeit, durch Aushandlungsprozesse mit Akteuren im Gesundheitssystem, Rahmenbedingungen für das professionelle Handeln zu schaffen. Durch eine Akademisierung des Ergotherapie-Berufes wäre es einfacher, die zu lehrenden Inhalte und die notwendigen zu vermittelnden Kompetenzen zu vereinheitlichen und somit auf ein professionelles Niveau zu heben (Marotzki, 2006).

Eine wissenschaftliche und möglichst einheitliche Ausbildung, die sich anhand der Publikationen des Berufsverbandes, wie beispielsweise an der Berufsdefinition, dem Kompetenzprofil und dem Ethikkodexes, orientiert, kann das Berufsverständnis bei den Berufsangehörigen vereinheitlichen. Dies würde wiederum dabei helfen, ein homogenes Verständnis des Berufes nach außen zu tragen. Götsch (2015), ebenso wie der DVE (o.D.-b) selbst, beschreiben eine Berufsdefinition als förderlich für eine kollektive Berufsidentität der Berufsangehörigen und als Grundlage für eine vereinte Außendarstellung dessen (► 2.1.2.2). Somit kann ein einheitliches, vom Berufsverband durch eine Definition geprägtes Berufsverständnis wiederum zur Professionalisierung der Ergotherapie beitragen.

Des Weiteren kann eine gesteigerte und vor allem zeitgemäße Präsenz und Außendarstellung der Ergotherapie im Gesundheitssystem die Berufsautonomie fördern und stellt gleichzeitig ihre Professionalisierungsbedürftigkeit dar.

Ein Zeichen für ein fehlendes Bewusstsein, bzw. eine hierarchisch niedrige Position der Ergotherapie auf Mikro-, Meso- und Makroebene, ist beispielweise der in Deutschland weiterhin fehlende Direktzugang (► 2.3.3.1), für den sich aufgrund der uneinheitlichen Ausbildung jedoch auch nicht alle Ergotherapeuten bereit fühlen (Abel & Hammel, 2019).

Wie dargestellt, gibt es in der Ergotherapie keinen alleinigen Ansprechpartner bzw. Interessensvertreter der Therapieberufe. In Deutschland werden die Anliegen der Ergotherapie von den ergotherapeutischen Berufsverbänden sowie vom SHV vertreten. Nur 45% der befragten Berufsangehörigen sind zufrieden mit der Arbeit der Berufsverbände und 85% sich eine gemeinsame Interessensvertretung (Abel & Hammer, 2019). Ein Großteil der Befragten in der Studie ist also gewillt eine Einheit zu bilden, um mit einer gemeinsamen Berufsidentität und der Bündelung von Interessen eine höhere gesellschaftliche Anerkennung ihres Berufes zu ermöglichen. Die bisher fehlende Umsetzung dessen kann ebenfalls an einem uneinheitlichen Verständnis und an einem fehlenden Präsenz der Verbände innerhalb der (Ergotherapie-)Gesellschaft liegen.

Auch kurz aufeinander folgende Paradigmenwechsel und das Verharren einiger Berufsangehörigen in alten Paradigmen kann ebenfalls ein uneinheitliches Verständnis von Ergotherapie befeuern und auf angrenzende Berufsgruppen, Klienten oder andere Mitglieder der Gesellschaft übergehen.

Die Dringlichkeit, sich mit diesem Themenkomplex intensiv zu befassen, zeigt sich auch darin, dass immer mehr Angehörige den Beruf verlassen und somit die Notwendigkeit besteht, den Therapeutenberuf attraktiver zu gestalten (Schwarzmann et al., 2018). Abel und Hammer (2019, S.17) bestätigen, „dass sowohl nach Einschätzung der Therapeuten als auch der Experten eine Notwendigkeit zur Veränderung und Weiterentwicklung der Ergotherapie besteht“.

Eine zeitgemäße Berufsdefinition könnte ein kleiner, aber bedeutsamer Schritt sein, weiterhin die Entwicklung des Berufes anzuregen und die Berufsangehörigen kontinuierlich zum Reflektieren ihrer Kompetenzen und ihres Handlungsspielraumes zu motivieren. Sie könnte durch das einheitliche Verständnis für eine einheitliche Berufssprache sorgen, um so auf einer Ebene miteinander kommunizieren und zusammenzuarbeiten zu können (► 2.3.1.2). Somit würde sich auch die Kooperation mit intradisziplinären Kollegen innerhalb der Berufsgruppe, den (erweiterten) Klienten und weiteren Berufsgruppen des Gesundheitswesens verbessern.

Gesundheitsberufe werden, aufgrund von demografischen Entwicklungen und Prozessen der Globalisierung, dazu angeregt, sich auch auf internationaler Ebene mit neuen Aufgabengebieten und Anforderungsprofilen auseinanderzusetzen (WFOT, 2016). Internationale Aspekte werden durch nationale gesundheitspolitische und gesundheitswissenschaftliche Entwicklungen in den deutschen Kontext einbezogen und finden immer mehr Übertrag.

Der gesellschaftliche Wandel erfordert neue Qualifikationsprofile der Ergotherapie und somit eine zeitgenössische Berufsdefinition. Dies kann zu einem greifbaren Berufsverständnis führen und, darauf aufbauend, eine feste Berufsidentität erwachsen lassen. Betrachtet man die Entwicklung der Ergotherapie (► 2.7), so sieht man einen stetigen Anstieg der Mitgliederzahlen im Berufsverband über die letzten Jahrzehnte. Auch Abel und Hammer (2019) beschreiben den Wunsch der Ergotherapeuten nach einer gemeinsamen Interessensvertretung. Dies spricht für ein gemeinsames Ziel und einen gemeinsamen Weg der Berufsangehörigen. Es besteht die Hoffnung, dass in Zukunft die Ergotherapie-Gesellschaft zu einer bunten Gemeinschaft wird, die ein möglichst einheitliches Verständnis über die Ergotherapie verinnerlicht und ihre Interessen vereinigt und solidarisch vertritt.

3. Methodik und Ergebnisdarstellung

3.1 Aufbau der Studie

Im Folgenden wird näher auf den gewählten Forschungsansatz und das methodische Vorgehen eingegangen. Neben grundlegenden Aspekten, wie z.B. der Forschungsethik und den Gütekriterien, widmet sich der folgende Teil dem Forschungsprozess der Studie. Nach der Vorstellung der zentralen Forschungsfrage, werden Design und Methode näher beschrieben. Bevor es um die Darstellung der Ergebnisse und deren Interpretation geht, wird das gewählte Sampling, die Datenerhebung und die Datenanalyse näher erläutert. Da sich der Prozess in zwei aufeinanderfolgende Befragungsrunden gliedert und die Ergebnisse der ersten Befragung relevant für die zweite sind, werden in der vorliegenden Arbeit zum besseren Verständnis Methodik und Ergebnisdarstellung zusammengeführt.

Auf Grundlage der unter ► 1.2. beschriebenen Motivation entwickelten die Forscherinnen sowohl die übergeordnete Forschungsfrage, als auch drei Leitfragen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen sollen. Dabei orientierten sie sich am PICO Modell, welches für die vier Komponenten P= Population, I= Intervention, C=Comparison und O=Outcome steht. Die Vergleichsintervention, das C (Comparison), stellt eine optionale Komponente dar (Ritschl et al., 2016) und wird in der vorliegenden Arbeit bei der Forschungsfrage nicht berücksichtigt.

Die die Studie leitende PIO-Forschungsfrage lautet: **Welche zentralen Aspekte gehören aus Sicht der Berufsangehörigen zu einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie in Deutschland?**

Zur Beantwortung dieser Frage wurden drei Leitfragen entwickelt:

1. Welche Aspekte der aktuellen deutschen Berufsdefinition des DVE (2007) sind *obsolet*?
2. Welche Aspekte müssten in der Definition des DVE erneuert oder ergänzt werden, damit diese im Jahre 2020 kongruent zu den nationalen gesundheitspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Entwicklungen ist?
3. Um welche Aspekte muss die aktuelle deutsche Berufsdefinition des DVE ergänzt werden, damit diese auch im internationalen Vergleich standhalten kann?

Die Forscherinnen stellen die Hypothese auf, dass die derzeitige deutsche Definition vom DVE (2007) nicht mehr zeitgemäß ist, weshalb es sinnvoll erscheint, die Aktualität der derzeitigen Berufsdefinition zu prüfen und auch im internationalen Vergleich zu betrachten.

Da sich die Forschungsfrage nicht allein durch Literaturrecherche beantworten lässt, wählten die Forscherinnen einen empirischen Forschungsansatz. Empirische Wissenschaften werden auch als Erfahrungswissenschaften bezeichnet, da sie auf empirischen Daten beruhen und somit Informationen über die Erfahrungswirklichkeit bereitstellen (Döring & Bortz, 2016). Die gewonnenen Daten über den Forschungsgegenstand werden gesammelt und nach wissenschaftlichen Kriterien ausgewertet (Akremi, 2019). Es handelt sich bei dieser Arbeit im Speziellen um *empirische Sozialforschung*°, welche sich mit sozialen und humanen Sachverhalten beschäftigt (Döring & Bortz, 2016). Hierbei wird v.a. zwischen qualitativer und quantitativer Forschung unterschieden (Döring & Bortz, 2016). Für die vorliegende Studie wurde ein Mixed-Methods-Design, also eine Verbindung

aus beiden Forschungsarten gewählt, um zunächst qualitative Daten zu sammeln und diese mit einer quantitativen Umfrage zu überprüfen. In Gesundheitswissenschaften gewinnt der Methodenmix immer mehr an Bedeutung (Malfertheiner et al., 2016). Der Nutzen dieses Designs und das Design an sich werden unter ► 3.5 näher erläutert.

Zur Durchführung der Untersuchung entschieden sich die Forscherinnen für die Delphi-Methode. Bei dieser Methode findet in einem mehrstufigen Verfahren eine Expertenbefragung hinsichtlich eines zukunftsbezogenen Sachverhaltes statt (Döring & Bortz, 2016). Zweck der Delphi-Methode ist es, einen Konsens von Expertenmeinungen angesichts komplexer Probleme zu erfassen (Grime & Wright, 2016). Der Prozess setzt sich solange fort, bis ein vorher definierter Punkt erreicht wurde, z.B. Stabilität der Ergebnisse (Grime & Wright, 2016). Laut Döring und Bortz ist für Delphi-Befragungen eine minimale Anzahl von zwei Runden notwendig (2016), an welche die vorliegende Studie durch zeitliche Begrenzung gebunden ist. Die Qualität einer Delphi-Studie hängt sehr stark von der Expertise der Teilnehmer ab (Döring & Bortz, 2016). Die jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien, durch welche Personen als *Experten* für diese Studie definiert werden, werden unter ► 3.4.1 näher erläutert.

Dem Ablauf der Delphi-Befragung entsprechend, entwickelten die Forscherinnen zunächst einen Fragebogen, der die Thematik der Forschungsfrage behandelt (Döring & Bortz, 2016). In der ersten Runde wurden dahingehend qualitative Daten erhoben. Nach Hsu und Sandford (2007) dienen überwiegend offene Fragen dazu, ein breites Bild von Expertenmeinungen einzuholen. Laut Cuhls (in Kranz, 2012, S.16) geht es bei Delphi-Studien nicht darum, reines Wissen oder Erfahrungen abzufragen, sondern vielmehr darum, intuitive Einschätzungen der Experten zu erheben.

Die gesammelten Informationen der ersten Runde wurden im Anschluss, angelehnt an die Inhaltsanalyse nach Mayring (2010), *induktiv*° ausgewertet. Schließlich wurden die gewonnenen Ergebnisse, wie bei Hsu und Sandford (2007) beschrieben, zu einem strukturierten Fragebogen zusammengefasst und erneut, Döring und Bortz (2016) entsprechend, in einer zweiten Runde an denselben Expertenkreis verschickt. Damit die Experten ihre Meinungen überdenken, erfahren sie in Delphi-Befragungen die anonymisierten Antworten der anderen Teilnehmer (Döring & Bortz, 2016). Der Fokus lag in diesem Teil der Studie auf quantitativen Fragen. Durch die Ergebnisse der zweiten Runde können, laut Ludwig (in Hsu & Sandford, 2007, S.3), Einstimmigkeiten und Widersprüche festgestellt werden.

Entscheidend bei der Wahl der Methode war für die Forscherinnen, dass diese eine breite Expertenmeinung ermöglicht, bei der die von Malfertheiner et al. (2016) dargestellten örtlichen, zeitlichen und finanziellen Aspekte kein Hindernis darstellen. Die Ergotherapie unterliegt einem stetigen Paradigmenwandel (► 2.6), z.B. mit einhergehender Entwicklung neuer Arbeitsfelder und innovativer Technologien, weshalb sich die Bildung einer einheitlichen Berufsidentität problematisch gestaltet. Gerade bezüglich Themen, über die mangelnde Einigkeit besteht, stellt Delphi laut Powell (in Stitt-Gohdes & Crews, 2004, S.58) eine äußerst nützliche Methode dar. Dies läge u.a. daran, dass die Kommunikation der Gruppe vom Forschungsteam effektiv strukturiert und organisiert, und die freie Meinungsäußerung durch die Gewährleistung von Anonymität angeregt wird. Eine Schwierigkeit bei der Umsetzung von Delphi-Studien bildet die Zeitplanung, da im Vorhinein nicht genau abzusehen ist, wie viele Befragungsrunden bis zu einer Konsensbildung notwendig sind (Malfertheiner et al., 2016). Darüber hinaus ist eine Delphi-Studie, je nach Rundenanzahl und

Umfang der Umfragen, nicht nur für die Forscher, sondern auch für die Experten mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden (Hsu & Sanford, 2007).

Der zeitliche Ablauf des Forschungsprozesses ist der anschließenden Graphik zu entnehmen:



Abbildung 3 Darstellung des Forschungsprozesses

3.2 Forschungsethik

Bei der vorliegenden Studie war es nicht notwendig diese bei der Ethikkommission einzureichen, da es sich bei einer Delphi-Studie um eine Expertenbefragung handelt (Malfertheiner et al., 2016). Dennoch wurde während des gesamten Prozesses auf einen ethisch verantwortungsvollen Umgang sowohl mit den Teilnehmern, als auch mit dem gesammelten Datenmaterial geachtet. Die Forscherinnen orientierten sich dabei an den drei Prinzipien von Sales und Folkman (in Döring & Bortz, 2016, S.123), die die *Freiwilligkeit und informierte Einwilligung*, den *Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung* sowie die *Anonymisierung und Vertraulichkeit der Daten* umfassen.

Das *Prinzip der Freiwilligkeit und informierten Einwilligung* wurde durch die Erstellung einer Einverständniserklärung erreicht. Hierin wurden die Teilnehmer, entsprechend der *Berufsethischen Richtlinien* des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. [BDP] (2016) und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. [DGPs] (2016), angepasst an die vorliegende Studie, über folgende Sachverhalte aufgeklärt:

- den Zweck und die erwartete Dauer der Forschung
- das Recht die Teilnahme abzulehnen oder zu beenden
- die Vertraulichkeit und Anonymität im Umgang mit Daten
- den Bonus für die Teilnahme sowie eine Adresse, an die sich bei Fragen gewendet werden kann

Da es sich um Online-Befragungen handelt, war eine Einverständniserklärung in mündlicher Form nicht möglich (Stamm et al., 2016). Aus diesem Grund war die präzise Darstellung von Inhalt, Ziel und Methode der Forschung sowie die Beschreibung von Möglichkeiten der Kontaktaufnahme im Rahmen der Einverständniserklärung besonders wichtig (Stamm et al., 2016). Die für die Forschungsarbeit entwickelte Einverständniserklärung wurde den Teilnehmern, die sich für die Studie angemeldet hatten, nach Abschluss des Losverfahrens (► 3.4.2) zugeschickt. Erst nach Erhalt des unterschriebenen Formulars wurde den Teilnehmern der Zugangslink zur Umfrage freigeschaltet. Die Einverständniserklärung ist dem Anhang zu entnehmen (► A7).

In Bezug auf das zweite Prinzip, dem *Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung*, war beim Forschungsprozess weder von physischen noch von psychischen Beeinträchtigungen auszugehen.

Die Privatsphäre und Persönlichkeit der Teilnehmer wurde im Sinne des dritten Prinzips geschützt, indem die Forschungsdaten online anonym erhoben wurde. Bei der *Anonymisierung* geht es um eine vollständige Trennung von erhobenen Daten und Personenidentität (Stamm et al., 2016).

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und konnte jederzeit, ohne Angaben von Gründen, abgebrochen werden. Eine Unterbrechung innerhalb einer Befragungsrunde war aufgrund des Online-Tools nicht möglich.

3.3 Gütekriterien

Gütekriterien kommen von der Stichprobenziehung, über die Entwicklung der Erhebungsbögen und die Datenerhebung bis hin zur Ergebnisdarstellung zum Tragen (Krebs & Menold, 2019). Dabei müssen die einzelnen Schritte „sachlich begründ- und dokumentierbar und somit interindividuell

nachvollziehbar“ (Krebs & Menold, 2019, S. 489) sein. Um dies zu gewährleisten bilden die im Folgenden erläuterten Gütekriterien die Basis.

In der vorliegenden Arbeit kommen durch die Wahl des Designs, Gütekriterien sowohl der *qualitativen* als auch der *quantitativen Sozialforschung* zum Tragen. Zusätzlich werden spezifische Gütekriterien der Mixed-Methods-Forschung hinzugezogen, die zu Beginn näher erläutert werden. Im Rahmen der Stärken und Schwächen (► 4.1) wird abschließend reflektiert, inwieweit die Gütekriterien gewährleistet werden konnten.

3.3.1 Gütekriterien der Mixed-Methods-Forschung

Die *Mixed-Methods-Designqualität* umfasst zum einen die Notwendigkeit einer guten Begründung für die Wahl des Designs sowie eine adäquate Verknüpfung qualitativer und quantitativer Teilstudien zu eben jenem (Döring & Bortz, 2016). Die Wahl des Designs begründet sich sowohl durch den Umfang der Studie, als auch dadurch, dass das Ziel einer Delphi-Studie eine Konsensbildung ist (► 3.1, ► 3.5)

Die *Mixed-Methods-Interpretationsqualität* sowie *Meta-Interpretationsqualität* befassen sich mit der Phase der Auswertung und Interpretation (► 3.5, ► 4). Es geht darum, ob Teilergebnisse schlüssig aufeinander bezogen werden und innerhalb einer Gesamtinterpretation die „Konsistenz zwischen qualitativen und quantitativen [Daten] sowie der Umgang mit möglichen Inkonsistenzen“ (Döring & Bortz, 2016, S.115) nachvollziehbar dargestellt wird.

Darüber hinaus beziehen sich Döring und Bortz (2016) auf eine Kriterienliste für alle Phasen des Forschungsprozesses nach O’Cathain, Murphy und Nicholl (2008) und O’Cathain (2010). Diese umfasst die *Planungsqualität*, *Designqualität*, *Datenqualität*, *Interpretationsqualität*, *Interferenzübertragbarkeit*, *Präsentationsqualität*, *Synthetisierbarkeit* und *Nützlichkeit*. Von besonderer Relevanz für diese Forschung ist die *Datenqualität*, bei der es darum geht, eine aussagekräftige Stichprobe zu generieren und spezifische Ein- und Ausschlusskriterien zu definieren. Zusätzlich ist es im Rahmen der Diskussion (► 4) wichtig, dass im Sinne der *Interpretationsqualität* die Daten der Teilstudien sinnvoll aufeinander bezogen werden. Die *Nützlichkeit* beschreibt, inwieweit die Ergebnisse in der Praxis genutzt werden können. (Döring & Bortz, 2016)

3.3.2 Gütekriterien qualitativer Forschung

In Bezug auf die Gütekriterien qualitativer Forschung herrscht, im Gegensatz zur quantitativen Forschung, bisher kein Konsens (Döring & Bortz, 2016). Im Zuge dieser kontroversen Diskussion kam die Einsicht, dass neue Gütekriterien für die qualitative Forschung definiert werden müssen und diese nicht von der quantitativen Forschung übernommen werden können (Mayring, 2016). Da die sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2016) sowohl gut zur Forschungsmethodik im generellen, als auch spezifisch zur Auswertung der Ergebnisse der ersten Runde passen, fiel die Entscheidung auf ebenjene.

Verfahrensdokumentation:

Damit der Forschungsprozess für alle nachvollziehbar ist, muss das Vorgehen detailliert, auf den Forschungsgegenstand bezogen, dokumentiert werden (Mayring, 2016). Nähere Informationen bezüglich des Vorverständnisses sind im theoretischen Hintergrund nachzulesen (► 2). Zudem

werden die Durchführung, Datenerhebung und Auswertung unter ► 3.6 und ► 3.7 näher beschrieben.

Argumentative Interpretationsabsicherung:

Interpretationen lassen sich nicht beweisen, müssen aber für eine Qualitätseinschätzung zumindest in sich schlüssig begründet und erklärt sein. Alternativdeutungen, die widerlegt werden können, unterstützen dabei die Interpretationen. (Mayring, 2016).

Regelgeleitetheit:

Dieses Kriterium zielt darauf ab, dass Untersuchungen qualitativer Forschung von bestimmten Verfahrensregeln systematisch geleitet werden. So werden z.B. die Analyseschritte vorher festgelegt. (Mayring, 2016)

Die Forscherinnen entscheiden sich bei der Analyse der qualitativen Daten für ein Vorgehen, dass an die Inhaltsanalyse nach Mayring angelehnt ist (► 3.6.5).

Nähe zum Gegenstand:

Dieser Leitgedanke besagt, dass qualitative Forschung nicht im Labor, sondern in der natürlichen Lebenswelt stattfinden sollte. Hinzu kommt der Gedanke der Interessensübereinstimmung zwischen Forschern und Befragten. (Mayring, 2016).

Kommunikative Validierung:

Hierunter versteht man, dass die von den Forschern interpretierten Ergebnisse den Befragten zur Diskussion erneut vorgelegt werden (Mayring, 2016).

Triangulation:

Der Gedanke der Triangulation gilt für die gesamte Forschung und nicht allein für den quantitativen oder qualitativen Teil, weshalb dieser Punkt abschließend unter ► 3.3.3 erläutert wird.

3.3.3 Gütekriterien quantitativer Forschung

Die Forscherinnen beziehen sich im quantitativen Teil der Forschung auf die Kriterien *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität*, die laut Döring und Bortz relativ konsensfähig sind (2016).

Objektivität:

Allgemein geht es bei der Objektivität darum, dass die erhobenen Daten unabhängig von den Forscherinnen oder Situationsvariablen sind (Rammstedt & Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen [ZUMA], 2004). Unterschieden werden drei Arten der Objektivität:

- *Durchführungsobjektivität:* Diese bezieht sich auf die Untersuchungsbedingungen, bei der Störfaktoren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigen können (Rammstedt & ZUMA, 2004). Standardisierte Bedingungen bei der Fragebogengestaltung sowie die Beachtung von Reihenfolgeeffekte der Items (Rammstedt & ZUMA, 2004; Fietz & Friedrichs, 2019) können dem entgegenwirken und dazu führen, dass der Fragebogen von allen Teilnehmern immer gleich verstanden wird.
- *Auswertungsobjektivität:* Hierbei geht es um die Umsetzung der Teilnehmerantworten in Zahlenwerte und mögliche Fehler, die dabei auftreten können (Rammstedt & ZUMA,

2004). Nach Rammstedt (2004) wird eine möglichst hohe Auswertungsobjektivität erreicht, wenn die Daten von mindestens zwei Forscherinnen ausgewertet werden.

- *Interpretationsobjektivität:* Bei der Interpretationsobjektivität geht es um die Vergleichbarkeit von Schlussfolgerungen bezogen auf numerische Befragungsergebnisse. Um dies zu gewährleisten sollten die Forscherinnen über vergleichbares Wissen bezüglich des Fragebogens verfügen und die individuell gezogenen Schlüsse auf die Konsistenz hin überprüfen. (Rammstedt & ZUMA, 2004)

Reliabilität:

Bei der Reliabilität geht es um die Genauigkeit, mit der ein Fragebogen Merkmale misst. Wenn es darum geht, standardisiertes Messinstrument zu entwickeln, helfen Methoden wie z.B. die Test-Retest-Methode und die Paralleltest-Methode, die Reliabilität zu bestimmen. Hierbei wird der Fragebogen nach einem definierten Zeitpunkt von derselben Person erneut ausgefüllt, um die Messwerte zu vergleichen, bzw. ein vergleichbarer Fragebogen zeitgleich als Referenz verwendet. (Rammstedt & ZUMA, 2004)

Da es in der vorliegenden Forschungsarbeit nicht um die Erstellung eines standardisierten Messinstruments geht, sondern um eine einmalige, möglichst standardisierte Erhebung von Daten, kamen die genannten Methoden nicht zum Einsatz. Relevanter war die *Interrater-Reliabilität* (Schönthaler, 2016), bei den zwei unabhängigen Forscherinnen die Testbögen auswerten.

Validität:

Unter Validität wird die Gültigkeit einer Forschungsmethode verstanden. Wird also wirklich das gemessen, was gemessen werden soll. (Rammstedt & ZUMA, 2004)

Triangulation:

Innerhalb des Forschungsprozesses können verschiedene Strategien der Triangulation genutzt werden. Dabei beschreibt die Forschertriangulation, dass im Sinne der gegenseitigen Kontrolle mehr als eine Forscherin in den Prozess der Datenanalyse und in die anschließende Diskussion mit einbezogen wird (Höhl, 2016). Die Methodentriangulation wird hingegen durch den Einsatz unterschiedlicher Methoden erreicht (Höhl, 2016). Zuletzt sei die Datentriangulation zu erwähnen, bei der es darum geht, einen „möglichst vielfältigen Blick auf den Untersuchungsgegenstand“ (Höhl, 2016, S.129) zu bekommen.

3.4 Teilnehmergeauswahl und Akquise°

Im folgenden Abschnitt wird erläutert, wie die Experten für die Studie zunächst definiert und im Anschluss akquiriert wurden.

3.4.1 Teilnehmergeauswahl

Ziel der Studie ist es, ein möglichst breites Bild der Ergotherapie-Gesellschaft in Deutschland über ihren Beruf zu generieren. Da es im Rahmen der Studie nicht möglich war, eine Vollerhebung der Population durchzuführen, orientierten sich die Forscherinnen für die Einteilung einer Gesellschaft an typenbildenden Verfahren sowie sozialen Milieus.

„Typologien beschreiben Formen oder Gestalten, in denen ein bestimmtes Phänomen [...] in Erscheinung tritt, und zwar nicht als einmalige, sondern als immer wiederkehrende Erscheinungsform“ (Uhlendorff, 2010, S.314). Fälschlicherweise werden sie oft mit dem ‘Schubladendenken’ in Verbindung gebracht. Das Ziel besteht jedoch darin, „mithilfe von Merkmalskombinationen und -ausprägungen die Fälle der Stichprobe nach Gruppen zu sortieren“ (Uhlendorff, 2010, S.319). Um dies zu erreichen, werden Individuen in Relation zu Anderen im Hinblick auf Ähnlichkeiten und Unterschiede erfasst. Auf diese Weise lassen sich einzelne Untergruppen voneinander abgrenzen. Ein solches Verfahren kann als methodisch geleiteter Gruppierungsprozess beschrieben werden. Innerhalb einer Untergruppe sollte eine möglichst hohe *interne Homogenität*° herrschen, zur besseren Abgrenzung jedoch eine hohe *externe Heterogenität*° gegenüber anderen Untergruppen. (Uhlendorff, 2010)

Wie im weiteren Verlauf beschrieben, wurde das Verfahren der *deduktiven Stichprobenziehung*° genutzt, um die Gruppen zu bilden. Anhand der Forschungsfrage ließ sich ableiten, wer typisiert werden soll. Dabei wurden die Ergotherapeuten in Bezug auf ihre Aufgaben innerhalb der Ergotherapie-Gesellschaft typisiert, nicht die Ergotherapeuten an sich.

Da die vorliegende Forschungsarbeit nicht das primäre Ziel verfolgt die Ergotherapie-Gesellschaft zu typisieren, sondern das Verfahren lediglich genutzt wird, um die Stichprobe in Bezug auf die Erfassung zielgerichteter Datenerhebung einzugrenzen, wurden nicht alle methodischen Schritte durchlaufen (Uhlendorff, 2010).

Nachdem die einzelnen Typen gebildet waren, wurden diese, in Anlehnung an die Strukturen *sozialer Milieus*, in Beziehung zueinander gesetzt.

Als *soziale Milieus* bezeichnet man in der Forschung häufig ‘Gruppen Gleichgesinnter’ (Bundeszentrale für politische Bildung, 2006), die sich vor allem in ihrer Lebensgestaltung, ihrer Wertevorstellung, ihrer Mentalität und der Beziehungsführung zu ihren Mitmenschen ähneln (Bundeszentrale für politische Bildung, 2006). Hierbei wird sich jedoch auf die subjektive Wahrnehmung bezogen und sich klar von dem *Schichtbegriff* distanziert, der sich auf objektive Faktoren bezieht (Bundeszentrale für politische Bildung, 2006).

Eine beispielhafte Darstellung von Milieus sind die vom SINUS-Institut in den 1970er Jahren entwickelten *Sinus-Milieus*. Diese stellen ein gesellschaftswissenschaftliches Zielgruppenmodell dar, mit dem meist empirische Forschungsprojekte durchgeführt werden (Flaig, 2017).

Durch das Einbeziehen der Befindlichkeiten und Orientierungen der Menschen, ihrer Werte, Lebensziele, Lebensstile und Einstellungen sowie ihres sozialen Hintergrundes, kann ein wahrheitsgetreues Bild der Gesellschaft abgebildet werden (SINUS-Institut, o.D.).

Die *Sinus-Milieus* stellen somit die Vielseitigkeit der Gesellschaft dar und gehören deshalb im deutschsprachigen Raum zu den anerkanntesten Ansätzen in der Zielgruppenforschung (SINUS-Institut, 2020). Dies geschieht auf Grundlage zweier Dimensionen, nämlich der sozialen Lage und der normativen Grundorientierung der Menschen (SINUS-Institut, o.D.).

Aufgrund ihrer vielseitigen Anwendbarkeit finden die *Sinus-Milieus* in vielen unterschiedlichen Bereichen ihren Einsatz (z.B. Politik, Pädagogik, Kirche) und werden auch in Ausbildungsstätten in Fächern, wie Wirtschaft und Sozialwissenschaften, unterrichtet (SINUS-Institut, o.D.).

Sinus-Milieu-Modelle gibt es für verschiedene Gruppen innerhalb der Gesellschaft. Dabei sind die einzelnen Milieus jedoch nicht klar voneinander abzugrenzen, sondern besitzen fließende Grenzen. (SINUS-Institut, o.D.)

Im weiteren Verlauf wird, in Anlehnung an Uwe Uhlendorff (2010), der Begriff *Gruppen* verwendet, wenn von in Relation zueinanderstehenden Individuen der Stichprobe gesprochen wird. Für die Darstellung (► Abb. 4) der deduzierten *Gruppen* der Ergotherapie-Population wurde das Wissen über Sinus-Milieus genutzt.

Um diese *Gruppen* für die Studie einzuteilen, wurde die zuvor benannte und im Folgenden weiter erläuterte *deduktive° Stichprobenziehung* verwendet. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass potentielle Teilnehmer mit Hilfe des theoretischen Vorwissens der Forscher deduziert werden (Petrucci & Wirtz, 2007). Es müssen also „bereits Kenntnisse über Personen, die potentiell Informationen zur Fragestellung liefern könnten, vorhanden“ (Petrucci & Wirtz, 2007) sein. Auf diese Weise wurden die Teilnehmer der vorliegenden Forschung gezielt, dem Forschungszweck entsprechend, ausgewählt. Bisher gibt es keine Studien zur Verteilung der Ergotherapeuten bezüglich ihrer Position bzw. ihrer Aufgaben innerhalb der Ergotherapie-Population. Die Forscherinnen sind sich bewusst, dass die gewählten Begriffe somit die Ergotherapie-Gesellschaft nicht repräsentativ wiedergeben. Bei den gewählten Begriffen stützen sich die Forscherinnen auf ihr eigenes Alltagswissen (Uhlendorff, 2010), Literatur zum Thema ‘Arbeitsbereiche in der Ergotherapie’ (Stademann & Tsangaveli, 2016) sowie auf die Recherche von ergotherapeutischen Verbänden. Ein Nachteil dieses Vorgehens ist, dass unter Umständen relevante Kriterien übersehen werden können und somit die Stichprobe stark abhängig vom theoretischen Vorwissen der Forscherinnen ist (Petrucci & Wirtz, 2007). Um diesen zu minimieren, wurde der Prozess in einem regen Austausch, im Sinne der Forschertriangulation (► 3.3.3) durchlaufen.

Grime und Wright (2016) schlagen für Delphi-Studien eine möglichst heterogene Gruppe von Experten mit entsprechendem Wissen über den Bereich sowie eine Anzahl von 5 bis 20 Personen vor. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde zunächst eine *Akquise°* von 20 Teilnehmern geplant, um der, für die definierten Experten benötigten Anzahl an Studienteilnehmern, dem Umfang der Studie und der zur Verfügung stehenden Zeit zu entsprechen. Im weiteren Verlauf der Studie wurde die Teilnehmerzahl nachträglich angepasst (► 3.4.2). Die Teilnehmer lassen sich fünf definierten *Gruppen* zuordnen. Alle Teilnehmer sollten mit dem Thema bereits in Berührung gekommen sein, hilfreichen Input liefern können und die Bereitschaft haben, ihre ursprünglichen Meinungen zu überdenken (Hsu & Sandford, 2007). Für jede der *Gruppen* gibt es allgemeingültige und gruppenspezifische Ein- und Ausschlusskriterien, die im Verlauf näher erläutert werden.

Um die Teilnehmer auszuwählen, wurde in der vorliegenden Studie für die *Stichprobenziehung* die Technik der *Selbstaktivierung* gewählt. Diese Form der Selektion sichert die freiwillige Teilnahme, da sie von der Bereitschaft der Teilnehmer abhängt. (Petrucci & Wirtz, 2007)

Aus der Freiwilligkeit ergibt sich der Vorteil der Motivation (Petrucci & Wirtz, 2007), welche gerade bei einem längeren Prozess, wie ihn Teilnehmer einer Delphi-Studie durchlaufen, eine große Rolle spielt. Ein mögliches *Bias°* dieser Form des Samplings ist, dass es Personen mit bestimmten Charakteristika gibt, die gehäuft an Befragungen teilnehmen (Perkhofer et al., 2016b).

Folgende *Gruppen* deduzierten die Forscherinnen aus der Ergotherapie-Population:

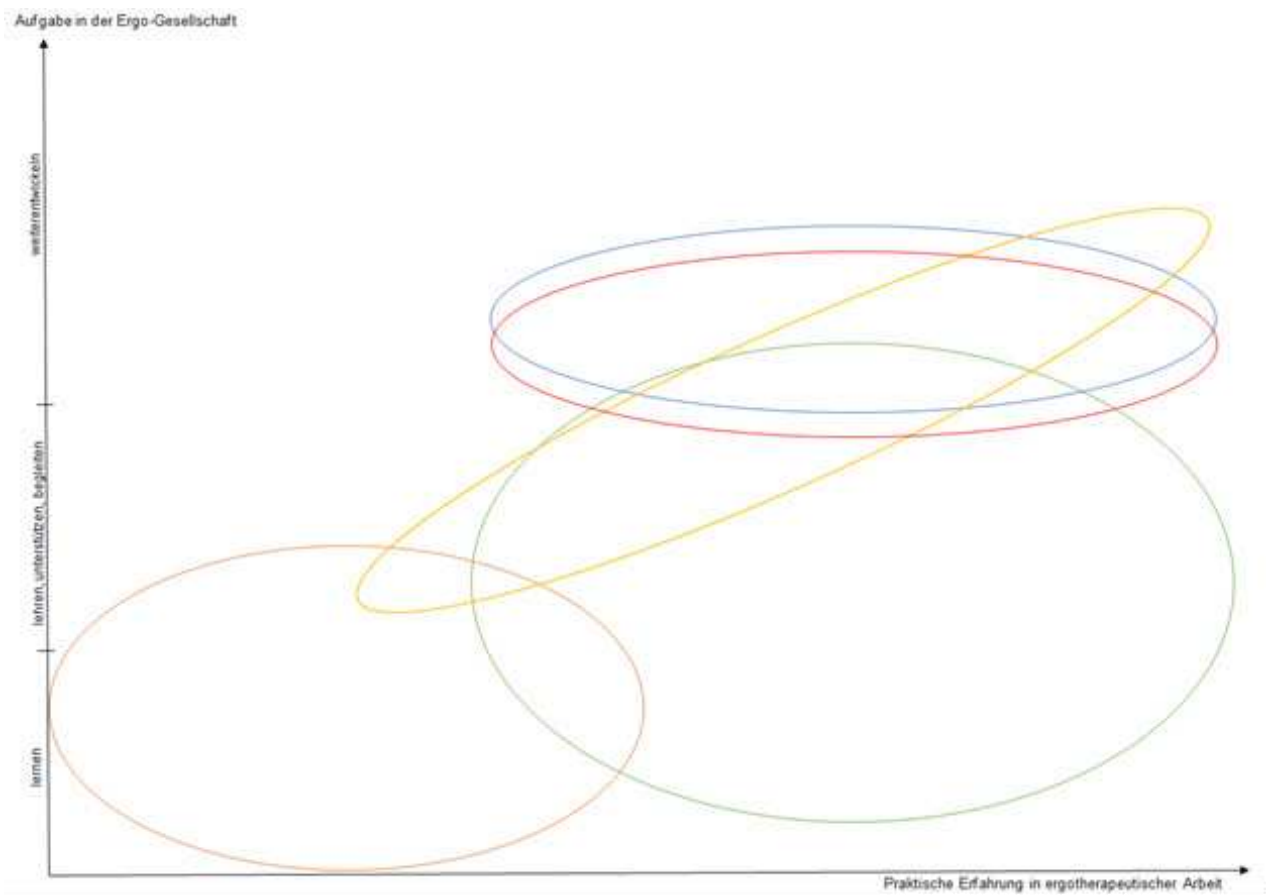


Abbildung 4 Einteilung der Ergotherapie-Population in Gruppen

Die im Folgenden aufgeführten *Gruppen* können durch die Farbgebung den entsprechenden Ellipsen der Graphik zugeordnet werden. Zudem werden die Einschlusskriterien aufgelistet und dadurch die einzelnen *Gruppen* näher beschrieben. Die jeweiligen Teilnehmerzahlen beziehen sich auf die ursprünglich geplante Gesamtzahl von 20 Teilnehmern.

9 Ausführende

2 Ergotherapeuten in Leitungs-/Führungspositionen in einer Institution in Deutschland

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert)
- Mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in Deutschland

1 leitender Ergotherapeut im innovativen Handlungsfeld

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert)
- Mindestens 5 Jahr Berufserfahrung in Deutschland

1 angestellter Ergotherapeut in einer Praxis in Deutschland

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert)
- Mindestens 1 und maximal 4;11 Jahre Berufserfahrung in Deutschland

1 angestellter Ergotherapeut in einer Praxis in Deutschland

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert)
- Mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in Deutschland

1 Ergotherapeut a) in ambulanter Rehabilitation, stationärer Rehabilitation oder Klinik (Fach- oder Allgemeines Krankenhaus) in Deutschland oder b) in Wohnheim, Tagesstätte oder WfbM in Deutschland

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert)
- Mindestens 1 Jahr maximal 4;11 Jahre Berufserfahrung in Deutschland

1 Ergotherapeut in a) ambulanter Rehabilitation, stationärer Rehabilitation oder Klinik (Fach- oder Allgemeines Krankenhaus) in Deutschland oder b) in Wohnheim, Tagesstätte oder WfbM in Deutschland

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert)
- Mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in Deutschland

1 angestellter Ergotherapeut im innovativen Handlungsfeld

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert)
- Mindestens 1 Jahr maximal 4;11 Jahre Berufserfahrung in Deutschland

1 angestellter Ergotherapeut im innovativen Handlungsfeld

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert)
- Mindestens 5 Jahr Berufserfahrung in Deutschland

4 Auszubildende

1 Auszubildender an einer Berufsfachschule in Deutschland

- Erstausbildung im ergotherapeutischen Bereich
- Vorherige Ausbildungen in anderen Bereichen sind möglich
- Berufsschule in Deutschland
- Mindestens 6 Monate in der Ausbildung in Deutschland

1 Auszubildender an Berufsfachschule in Deutschland im ausbildungsbegleitenden Studiengang in Deutschland oder Ausland

- Erstausbildung im ergotherapeutischen Bereich
- Vorherige Ausbildungen in anderen Bereichen sind möglich
- Berufsschule in Deutschland
- Mindestens 6 Monate in der Ausbildung in Deutschland oder Ausland

1 Student in Erstausbildung (Ergotherapie)

- Vorherige Ausbildungen in anderen Bereichen sind möglich
- Seit mindestens 6 Monaten im grundständigen Bachelorstudiengang (Ergotherapie) in Deutschland

1 Student im additiven Studiengang (Bachelor Ergotherapie oder Master in ergotherapierelevantem Bereich)

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert) in Deutschland oder mind. 1 Jahr Berufserfahrung in Deutschland nach abgeschlossener Ausbildung zum Ergotherapeuten im Ausland
- Seit mindestens 6 Monaten im Bachelor- oder Master-Studiengang

3 Lehrende

2 Lehrende an einer Berufsschule in Deutschland

- Abgeschlossene Ausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert) oder höhere Qualifikation
- Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung in der praktischen Arbeit als Ergotherapeut in Deutschland
- Mindestens 1 Jahr Erfahrung im Bereich des Lehrenden in Deutschland
- 1 Person mit mindestens Bachelor-Abschluss (nicht nur ergotherapeutischen, aber für die Ergotherapie relevanten Bereich) und 1 Person mit Berufsschulabschluss

1 Dozent an einer Universität und/oder Hochschule in Deutschland

- Abgeschlossene Ausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert) oder höhere Qualifikation
- Akademischer Abschluss vorausgesetzt
- Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung in der praktischen Arbeit als Ergotherapeut in Deutschland
- Mindestens 1 Jahr Erfahrung im Bereich des Lehrenden in Deutschland

2 Funktionäre

1 Funktionär des DVE und 1 Funktionär aus einer anderen Instanz (BED, COTEC, WFOT, VDES, etc.)

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert)
- Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung
- Mindestens 1 Jahr Mitgliedschaft/Rolle bei Instanz (ausgenommen normale DVE Mitgliedschaft ohne weitere Aufgabe)
- Ehrenamtlich oder hauptberuflich beschäftigt

2 Veröffentlichende

2 Autoren von Artikeln oder Beiträgen in einer ergotherapeutischen Quelle (Fachzeitschrift, Bücher o.ä.; digital und print)

- Abgeschlossene Ausbildung als Ergotherapeut (ältere Bezeichnungen inkludiert)
- Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung in der praktischen Arbeit als Ergotherapeut in Deutschland
- Mindestens 3 veröffentlichte Beiträge in einer ergotherapeutischen Quelle
- 1 Person peer-reviewed^o und 1 Person aus anderer ergotherapeutischen Quelle

Nachstehend werden die Achsenbeschriftungen erläutert:

Die **X-Achse** repräsentiert die praktische Erfahrung in ergotherapeutischer Arbeit, welche Ergotherapeuten insgesamt in ihrer Rolle als Ergotherapeuten gemacht haben. Ausnahmen bilden die *Gruppe* der *Lehrenden* sowie die der *Funktionäre*. Hier orientiert sich die Zuordnung zu der *Gruppe* an der Erfahrung in ihrem spezifischen Bereich. Je weiter rechts eine *Gruppe* angeordnet ist, desto mehr Erfahrung hat diese bereits gesammelt. Das bedeutet, dass z.B. die *Gruppe* der *Veröffentlichenden* weiter rechts angeordnet ist, weil sie tendenziell mehr praktische Erfahrung gesammelt hat. Veröffentlicht jedoch z.B. ein Studierender nach Abschluss seines Studiums die Ergebnisse seiner Bachelorarbeit in einer ergotherapeutischen Zeitschrift und potentiell weitere Artikel, würde sich dieser weiter links auf der X-Achse befinden. Da eine Grafik (► Abb.4) jedoch nicht alle Ausnahmen erfassen kann, sind die Angaben nicht allgemeingültig und auf jedes Individuum übertragbar.

Die **Y-Achse** bildet die Aufgaben ab, die die Ergotherapeuten der jeweiligen *Gruppe* oder angehende Ergotherapeuten in der Ergotherapie-Gesellschaft übernehmen. Die am Rand der Y-Achse aufgeführten Begriffe sollen das gesamte Handlungsspektrum der jeweiligen *Gruppen* beschreiben und sind unter diesen Voraussetzungen von den Forscherinnen erdacht.

Es ist die Entwicklung von *lernen* über *lehren*, *unterstützen*, *begleiten* hin zu *weiterentwickeln* abgebildet. Dabei wird sichtbar, dass die Übergänge fließend sind und lediglich der Fokus der jeweiligen *Gruppe* durch die Anordnung abgebildet wird. Im Sinne des *lebenslangen Lernens* (DVE, 2019b) sind Ergotherapeuten z.B. dazu angehalten, sich ein Leben lang fort- und weiterzubilden. Bei *Funktionären* und *Veröffentlichenden* jedoch liegt der Fokus ihrer Arbeit beispielsweise auf der Weiterentwicklung der Ergotherapie und nicht zwangsläufig auf dem eigenen Lernen.

Lernen: Darunter versteht man die Aneignung von Wissen und Kenntnissen, bzw. den Erwerb von Fertigkeiten (Dudenredaktion, o.D.-f). Ebenfalls fällt darunter, dass man im Laufe der Zeit, z.B. durch Erfahrung und Einsicht, zu einer bestimmten Einstellung oder einem bestimmten Verhalten gelangt, bzw. sich etwas einprägt (Dudenredaktion, o.D.-f). Im Kompetenzprofil des DVE (2019b) wird bei der Domäne *Lernen* der Erhalt und die Verbesserung des professionellen Handelns angesprochen. Dies steht in Verbindung mit dem „Initiieren, Begleiten und Reflektieren“ (DVE, 2019b, S.14) von Lernprozessen. Bei der Reflektion soll sowohl die *interne*, als auch die *externe Evidenz*^o mit hinzugezogen werden (DVE, 2019b).

Da sich angehende Ergotherapeuten, bzw. Berufsanfänger, sehr viel theoretisches und praktisches Wissen aneignen müssen, sind diese unter dem Punkt *Lernen* am stärksten vertreten.

Lehren: Dies beschreibt das Vermitteln von Kenntnissen sowohl im Allgemeinen, als auch bezogen auf ein bestimmtes Fach (Dudenredaktion, o.D). Darüber hinaus beschreibt es die Unterweisung in einer bestimmten Tätigkeit, um jemandem etwas beizubringen (Dudenredaktion, o.D). Dies geschieht in der ergotherapeutischen Ausbildung sowohl durch die *Lehrenden* in Berufsfachschulen, Hochschulen und Universitäten, als auch durch die *Ausführenden* in Praktika während der fachpraktischen Ausbildung.

Unterstützen: Das Wort bedeutet, „jemandem [...] durch Zuwendung helfen“ oder „sich für jemanden [bzw.] jemandes Angelegenheiten [...] ein[zu]setzen“ (Dudenredaktion, o.D). Also dazu beizutragen, dass jemand oder etwas Fortschritte macht, bzw. Erfolg hat (Dudenredaktion, o.D). Betrachtet man die Definition des Wortes *unterstützen*, wird ersichtlich, dass diese Aufgabe vor allem den *Ausführenden* und *Lehrenden* zugeteilt werden kann. Sie unterstützen sowohl ihre (erweiterten) Klienten, als auch *Auszubildende*. Da *Auszubildende* bereits erste praktische Erfahrungen sammeln und auch *Funktionäre* sowie *Veröffentlichende* durch ihre Arbeit Unterstützung leisten, sind sie ebenfalls zu einem geringen Teil unter diesem Aufgabenbereich repräsentiert.

Begleiten: Hierbei geht es im ergotherapeutischen Zusammenhang nicht nur darum, jemandem Gesellschaft zu leisten (Dudenredaktion, o.D). Vielmehr ist damit gemeint, Klienten in ihren bedeutungsvollen Betätigungsanliegen hinsichtlich ihres Alltags und gesellschaftlichen Handelns zu beraten und zu fördern, um eine zufriedenstellende Partizipation und Rollenausführung zu ermöglichen (Verhoef & Zalmstra, 2013).

Weiterentwickeln: Der Begriff kann sowohl auf Theorien und Modelle, aber auch auf den Menschen selbst im Sinne einer Fortentwicklung bezogen werden (Dudenredaktion, o.D). Hinsichtlich der Ergotherapie und der vorliegenden Forschungsarbeit bedeutet dies für die Forscherinnen beispielsweise eine Weiterentwicklung ergotherapeutischer Modelle, (Weiter-) Entwicklung von Erhebungsinstrumenten, Forschung im Allgemeinen, aber auch die Weiterentwicklung der individuellen Berufsidentität.

3.4.2 Akquise^o

Um die Experten zu akquirieren, erstellten die Forscherinnen einen Informationsflyer und verbreiteten diesen über verschiedene Medien. Hierzu wurde der Flyer bei Facebook auf den Seiten ‘Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. - DVE’, ‘Bachelorstudiengang Ergotherapie Zuyd’

und 'Thieme-liebt-Ergotherapeuten' sowie in den Gruppen 'Ergotherapeuten und angehende Ergotherapeuten' und '+Ergotherapie+' gepostet. Über Instagram startete der Aufruf bei 'BSG_Ergo_Zuyd' und dem privaten Account einer der Forscherinnen. Zusätzlich wurden die jeweiligen *Gruppen* (► 3.4.1) gezielt per E-Mail kontaktiert:

Ein Anschreiben (► A4) und der Flyer (► A5) gingen an Berufsfachschulen, Universitäten und Hochschulen in Deutschland. Die Kontaktdaten wurden der Website des DVE über die Reiter 'Studiengangsuche' bzw. 'Schulsuche' entnommen (DVE, o.D.-a; DVE, o.D.-b). Darüber hinaus kontaktierten die Forscherinnen Alumnis bzw. berufs- und ausbildungsbegleitende Studenten der ZUYD Hogeschool. Um die *Gruppe der Ausführenden*, neben dem Aufruf über soziale Medien, gezielt zu erreichen, wurden E-Mails an große Kliniken, Praxen und andere Einrichtungen Deutschlands verschickt und Kontakte zu Personen und Einrichtungen, die den Forscherinnen bekannt waren, genutzt. Aufgrund der verschiedenen Wohnorte der vier Forscherinnen, konnte dadurch ein großer Bereich Deutschlands abgedeckt werden. Der DVE wurde via E-Mail, mit der Bitte um einen Teilnehmeraufforderung in einem Newsletter, kontaktiert. Auf diesem Weg war es möglich, alle zu akquirierenden *Gruppen* zu erreichen. Da der Aufruf nicht nur als Newsletter für Mitglieder des DVE zu sehen war, sondern auch auf der Website selbst erschien, wurde zudem eine breitere Masse angesprochen. Um gezielt Funktionäre weiterer Instanzen, wie des BED, VDES, COTEC und WFOT zu erreichen, wurden diese per E-Mail angeschrieben und telefonisch kontaktiert. Zusätzlich wurden die kontaktierten Teilnehmer darum gebeten, den Informationsflyer nach dem *Schneeballprinzip* (Ritschl & Stamm, 2016) zu verbreiten, um die Menge an Menschen, die von der Studie erfahren, zu vergrößern. Beim *Schneeballprinzip* werden Experten rekrutiert, die jeweils weitere mögliche Experten für die Teilnahme an der Studie anschreiben können (Ritschl & Stamm, 2016).

Für die Studie erstellte das Forschungsteam zudem eine Website (www.definition-ergotherapie.de) (► A6). Über diesen Weg konnten nähere Informationen zum Hintergrund und Ablauf der Studie sowie den einzelnen *Gruppen* (► 3.5.1) bereitgestellt werden. In dem Anschreiben bzw. Flyer wurden die potentiellen Teilnehmer auf die Website aufmerksam gemacht und darauf hingewiesen, dass über diesen Weg auch das Anmeldeverfahren geregelt würde. Über den Reiter 'Anmeldeformular' (► A6) konnten Interessenten notwendige Angaben für die Studienteilnahmen ausfüllen, welche auf die E-Mail-Adresse der Forscherinnen weitergeleitet wurden. Damit die Teilnehmer den entsprechenden *Gruppen* zugeordnet werden konnten, wurden folgende Daten erhoben:

- Name & Alter
- Art und aktueller Stand der Ausbildung
- Position der ergotherapeutischen Tätigkeit
- Dauer der Ausübung der ergotherapeutischen Position
- Dauer der gesamten ergotherapeutischen Berufserfahrung
- Arbeitsfeld und Institution bzw. Verein in dem die potentiellen Teilnehmer tätig sind

Insgesamt umfasste die Teilnehmerakquise einen Zeitraum von 13 Tagen. An der großen Anzahl von 102 Anmeldungen war zu erkennen, dass ein großes Interesse an der Studie besteht. Daher entschieden sich die Forscherinnen dafür, die Teilnehmerzahl anzupassen, indem sie die ursprünglich 20 Teilnehmer festgelegte Anzahl verdreifachten, also auf 60 Personen erhöhten. Die

Zahl 60 kam aus zwei Gründen zustande: Zum einen wäre eine noch größere Teilnehmeranzahl innerhalb einer Bachelorarbeit mit zwei Befragungsrunden zeitlich nicht möglich gewesen. Zum anderen ließe sich bei einer größeren Teilnehmerzahl, der von den Forscherinnen zuvor festgelegte Querschnitt der Ergotherapie-Gesellschaft, nicht gewährleisten.

Damit das zuvor festgelegte Verhältnis der einzelnen *Gruppen* zueinander nahezu bestehen bleiben und der Querschnitt der Ergotherapie-Gesellschaft gewährleistet werden konnte, wurde nur 52 Personen eine Bestätigung zur Teilnahme an der Studie geschickt. Dies ergab sich daraus, dass in einzelnen *Gruppen*, bezogen auf eine Gesamtzahl von 60 Teilnehmern, zu wenige Anmeldungen eingetroffen waren, um die Anzahl in der jeweiligen *Gruppe* zu verdreifachen. Im Folgenden werden die davon betroffenen *Gruppen* zur Verdeutlichung genannt. Aufgeführt wird zum einen die durch die Anmeldungen mögliche Teilnehmerzahl der jeweiligen *Gruppe* und zusätzlich, in Klammern, die im Verhältnis zu einer Gesamtzahl von 60 errechnete, gewünschte Teilnehmerzahl (TN) angefügt:

- 1x Funktionäre einer anderen Instanz (eigentlich 3 TN)
- 0x Lehrende an BFS ohne akademischen Abschluss (eigentlich 3 TN)
- 2x Student in Erstausbildung (eigentlich 3 TN)
- 2x Leitung in innovativem Handlungsfeld (eigentlich 3 TN)
- 2x ET in innovativem Handlungsfeld mit langer Berufserfahrung (eigentlich 3 TN)

Nachdem die Teilnehmer für die Studie per Losverfahren bestimmt wurden, erhielten diese entsprechende Bestätigungs- bzw. Absagemails. In der Bestätigungsmail erfuhren die Teilnehmer die jeweilige *Gruppe*, für die sie stellvertretend teilnahmen. Da einige Interessenten aufgrund ihrer Expertise mehreren *Gruppen* zugeordnet werden konnten, wurden diese gebeten, stellvertretend für die von den Forscherinnen festgelegte *Gruppe* teilzunehmen. Zusätzlich erhielten die ausgelosten Teilnehmer die Einverständniserklärung, mit der Bitte, diese innerhalb von sechs Tagen unterschrieben zurückzusenden. Sobald die Einverständniserklärung unterschrieben eingetroffen war, bekam der entsprechende Teilnehmer den Zugangslink zur Umfrage.

3.5 Forschungsdesign im Allgemeinen

Bevor die zwei Teilstudien näher erläutert werden, wird auf das Mixed-Methods-Design sowie Erhebungsmethoden im Allgemeinen eingegangen.

3.5.1 Mixed-Methods-Forschung

Beim Mixed-Methods-Design werden quantitative und qualitative Erhebung miteinander kombiniert (Döring & Bortz, 2016). Es gibt die Auffassung, dass es nicht sinnvoll ist qualitative und quantitative Designs miteinander zu vereinbaren, da die Forschungsprozesse und *Forschungspositionen*° bei beiden Designs inhomogen sind (Döring & Bortz, 2016). Döring und Bortz (2016) allerdings beschreiben, inwiefern sich der Methodenmix bei deskriptiven Studien sehr wohl sinnvoll einsetzen lässt. Deskriptive Studien bezeichnen Forschungen, die der Beschreibung eines Gegenstandes nützen. Hierbei lassen sich quantitativ erhobene Daten tiefergehend durch Meinungen und Äußerungen, die im qualitativen Design erhoben werden, ergänzen. Ebenso kann umgekehrt aus

qualitativ erhobenen Daten mit Hilfe der quantitativen Daten ein Konsens gebildet werden (Döring & Bortz, 2016; Mayring, 2010). Mixed-Methods-Designs unterliegen eigenständigen Gütekriterien (► 3.3.1). Die Forscherinnen entschieden sich für den Methodenmix, da sie die Meinungen der Ergotherapie-Gesellschaft zur aktuellen Definition der Ergotherapie ergründen möchten und somit innerhalb der deskriptiven Forschung agieren. In der vorliegenden Arbeit wurde mit einer qualitativen Befragung begonnen und diese später durch eine quantitative Befragung ergänzt. Dies bezeichnet Kelle (2014) als *sequentielles qualitativ-quantitatives Design*.

3.5.2 Wissenschaftliche Fragebogenmethode im Allgemeinen

Im Folgenden wird ein Überblick über Vor- und Nachteile verschiedener Befragungsmöglichkeiten und die Sinnhaftigkeit von Fragebögen gegeben.

Schriftliche Befragungen sind nach Döring und Bortz (2016) dadurch charakterisiert, dass der Forschungsprozess auf die Lösung des Forschungsthemas ausgelegt ist. Datenerhebungen mittels Fragebögen können von Angesicht zu Angesicht, per Internet, mit mobilen Endgeräten oder postalisch durchgeführt werden. Das Untersuchungsdesign ergibt sich aus der Fragestellung und wird auf eine möglichst gelungene Beantwortung dieser ausgerichtet, um eine Lösung für das Forschungsproblem zu liefern. Zudem soll die Konstruktion des Fragebogeninstruments wissenschaftlichen Kriterien entsprechen. Daher gilt es, die einzelnen Fragen des Fragebogens vor dessen Veröffentlichung daraufhin zu prüfen, ob sie tatsächlich zielführend sind. (Bortz & Döring, 2016)

Ein Vorteil von Fragebögen ist, dass sie von den Studienteilnehmern in Eigenregie ausgefüllt werden können (Ballinger & Davey, 1998). Nach Ballinger und Davey (1998) kann hierbei eine Erläuterung zur Beantwortung der Fragen für die Studienteilnehmer und im Hinblick auf die gewünschten Forschungsergebnisse hilfreich sein.

Generell eignen sich Fragebögen, um schnell eine hohe Menge an Daten zu erheben. Des Weiteren ist für die Beantwortung von Fragebögen in der Regel keine Schulung nötig. Für die Ergebnisse kann es von Vorteil sein, dass Fragebögen eine anonymere und diskretere Datenerhebungsmethode sind, als beispielsweise Interviews. Antworten von Fragebögen werden dokumentiert und im Anschluss systemisch analysiert. (Döring & Bortz, 2016)

Ein Nachteil besteht darin, dass die Teilnehmer Lese- und Schreibkompetenzen benötigen, um Fragebögen auszufüllen (Döring & Bortz, 2016). Dadurch werden bestimmte Personengruppen kategorisch von der Teilnahme ausgeschlossen (Döring & Bortz, 2016). Ebenso problematisch ist, dass sich bei der Fragebogenmethode zumeist auf einen geringen Anteil an klar definierten Befragungsinhalten beschränkt werden muss. Die Umstände der Datenerhebung kann für die Teilnehmer wenig transparent sein, da das jeweilige Forschungsteam bei den Befragungen zumeist nicht persönlich anwesend ist. (Döring & Bortz, 2016)

3.5.3 Online-Befragung

Da in der vorliegenden Arbeit eine Online-Befragung durchgeführt wurde, werden an dieser Stelle deren Vor- und Nachteilen dargestellt.

Vorteile der Online-Befragung, im Vergleich zur *Paper-Pencil-Befragung*°, sind nach Perkhofer et al. (2016b) die zeitliche und räumliche Unabhängigkeit. Eine gesteigerte Internetaktivität und die Möglichkeit der Anreicherung mit multimedialen Inhalten kommen Online-Befragungen zugute (Perkhofer et al., 2016b).

Online-Befragung bilden zudem eine Befragungsalternative, die einen geringen finanziellen Aufwand benötigen. Sie sind dann substantiiert, wenn es eine große angestrebte Zielpopulation gibt, die über ein internetfähiges Gerät und über Internet verfügt. (Döring & Bortz, 2016)

Ein Nachteil von Online-Befragungen ist, dass fehlende Erfahrungen mit neuen Medien zu einer Unterrepräsentanz bestimmter Personengruppen, z.B. älterer Menschen führen kann (Perkhofer et al., 2016b). Döring und Bortz (2016) umschreiben, dass Online-Befragung ein hohes Maß an Motivation und Zeitaufwand bei der Zielpopulation erfordern. Dieser Punkt ist auch für die durchgeführte Studie der Forscherinnen interessant, und kann in der Akquise° (► 3.4.2) genauer betrachtet werden.

Für die vorliegende Studie überwiegen die oben genannten Vorteile, insbesondere die zeitliche und räumliche Unabhängigkeit, während die oben genannten Nachteile bei der Zielpopulation wenig ins Gewicht fallen.

3.5.4 Fragebogenkonstruktion im Allgemeinen

Bortz und Döring (2016) beschreiben wissenschaftliche Fragebögen als regelgeleitete, zielgerichtete und systematische Methode, um verbale und numerische Daten zu gewinnen und erfassen. Fragebögen sind nach Ballinger und Davey (1998) ein häufig genutztes Mittel in der Sozialforschung, da man mit ihnen auf einfache Weise Daten erheben kann.

Gute Fragebögen zeichnen sich durch *Validität* (► 3.3.3) aus. Sie sollten eine bestimmte Personengruppe als Adressaten ansprechen. Bei der Erstellung von Fragebögen ist es notwendig, sich mit verschiedenen Fragetypen und deren Zielen zu befassen. Wenn die Forscherinnen eine Meinung oder Einstellung zu einem Thema erfassen möchten, ist es sinnvoll offene Fragen zu verwenden, um tiefergehende Antworten zu erhalten. Ein Nachteil der offenen Fragen ist, dass deren Interpretation sich sehr zeitaufwendig gestaltet. Geschlossene Fragen hingegen eignen sich, wenn eine analytische und standardisierte Antwort erhalten werden soll. Generell spielt die genaue Formulierung der Fragen eine entscheidende Rolle. (Ballinger & Davey, 1998)

Die Forscherinnen haben sich bei der Erstellung der Fragebögen an Perkhofer et al. (2016b) sowie Fietz und Friedrichs (2019) orientiert.

Einen Grundstein für die Entscheidung der Teilnehmer, ob sie den Fragebogen weiter ausfüllen, bildet die Einstiegsfrage. Perkhofer et al. (2016b) nennt hierfür fünf Kriterien, die als Orientierungshilfe dienen. Die Frage soll demnach spannend, inhaltlich und themenbezogen, technisch einfach und von allen zu beantworten sein sowie die Person persönlich betreffen (Perkhofer et al., 2016b).

Besondere Relevanz für das Antwortverhalten hat die Reihenfolge der Fragen in Fragebögen. Man spricht von einer sogenannten *Fragensukzession*°, die Einfluss auf die Konzentration und das Engagement der Teilnehmer bei der Beantwortung hat. Bei der Erstellung wurde dementsprechend

auf die Nachvollziehbarkeit des Aufbaus und die Zusammenfassung ähnlicher Fragen zu Fragenblöcken geachtet. (Perkhofer et al., 2016b)

Ein weiterer relevanter Punkt bei der Gestaltung des Fragebogens, ist die Formulierung der Fragen. Diese ist maßgeblich für das spätere Outcome der Studie. Die Fragenformulierung gestalten die Forscherinnen nach Porst (2019). Bei der Fragenformulierung gilt es, für das Verständnis der Fragen, die zwei Dimensionen Semantik und Pragmatik zu beachten. In diesem Sinne sollte betrachtet werden, welche Bedeutung ein bestimmter Begriff oder eine Frage hat, ob also das *semantische Verständnis* gegeben ist (Porst, 2019). Die Forscherinnen haben dahingehend zum Beispiel den Begriff der Berufsdefinition durch 'DVE, 2007' gekennzeichnet, um zu verdeutlichen, welche Berufsdefinition betrachtet wird. Ebenso sollte das *pragmatische Verständnis* der Fragen daraufhin überprüft werden, was die Forscher wissen wollen und ob die Fragen hierbei zielführend sind (► 3.6.3) (Porst, 2019).

Des Weiteren benennt Porst (2019) *zehn Gebote der Fragenformulierung*, die von ihm als Leitlinien angegeben werden. Die *zehn Gebote der Frageformulierung* besagen, dass Begriffe verwendet werden sollen, die einfach und unzweideutig sind und daher von der Zielpopulation in gleicher Weise verstanden werden. Die Fragen sollen möglichst kurz und wenig komplex gehalten werden. Zudem gilt es, hypothetische Fragen sowie doppelte Stimuli (nicht eindeutig zu beantwortenden Fragen) und Verneinungen zu vermeiden. Sogenannte *Suggestivfragen*, also Fragen die eine bestimmte Antwort nahelegen, sollen, ebenso wie Unterstellungen innerhalb der Fragen, vermieden werden. Bei der Erstellung der Fragen ist darauf zu achten, dass die Zielpopulation über die zur Beantwortung notwendigen Informationen verfügt. Die Fragen sollten einen eindeutigen zeitlichen Bezug aufzeigen, indem sie zum Beispiel mit Ereignissen verknüpft werden. Die Antwortkategorien sollten sich nicht überschneiden und zudem erschöpfend, also alle Antwortmöglichkeiten abdeckend, sein. Bei der Fragenformulierung soll der Kontext, in dem eine Frage steht, beachtet werden, um sicher zu stellen, dass er keine Auswirkungen auf deren Beantwortung hat. Das Letzte der *zehn Gebote* besagt, dass unklare Begriffe definiert werden sollen. (Porst, 2019)

Bei der Beantwortung der letzten Frage können die Teilnehmer nach Fietz und Friedrich (2019) möglicherweise schon ermüdet sein, weshalb diese simpel formuliert sein sollte. Ebenso weisen Fietz und Friedrichs (2019) darauf hin, dass am Ende eines Fragebogens die Möglichkeit gegeben werden sollte, Anmerkungen und Kommentare bezüglich des Befragungsthemas zu machen.

Darüber hinaus spielen Antworttendenzen eine Rolle bei der Beantwortung von Fragebögen. Hierunter versteht man z.B. die soziale Erwünschtheit, also das intuitive Verlangen, möglichst positiv dazustehen. Ein wichtiges Mittel, um dem entgegen zu wirken, ist die unter ► 3.2 beschriebene Anonymisierung (Perkhofer et al., 2016b).

Nach der Formulierung des gesamten Fragebogens sollte überprüft werden, ob die Fragen für die Leitfragen und somit zur Beantwortung der Forschungsfrage tatsächlich zielführend sind oder ob einzelne Fragen entfernt werden sollten (Fietz & Friedrichs, 2019).

Um eventuelle Probleme bei der Fragenformulierung, Fragebogengestaltung und mit den Betriebssystemen bzw. den Browsereinstellungen aufzudecken, wurde ein Pretest mit vom Forschungsteam unabhängigen Personen durchgeführt (► 3.6.3; ► 3.7.3).

3.6 Forschungsdesign eins: qualitative Erhebung

Dieser Abschnitt widmet sich der qualitativen Teilforschung und beschreibt das Vorgehen der Forscherinnen von der Konstruktion des Fragebogens, bis hin zur Darstellung der Ergebnisse.

3.6.1 Qualitative Forschung im Allgemeinen

Qualitative Forschung ist eine Forschungsmethode der Sozial- und Humanwissenschaften, die sich vornehmlich mit dem Erleben, Erfahren und Wissen der Individuen befasst. Für qualitative Fragemethodik ist es charakteristisch, dass gesundheits- und pflegerelevante Themen aus Sicht der Betroffenen geschildert werden. Dabei werden die Untersuchungsperson oder der Untersuchungsgegenstand ganzheitlich betrachtet. Das heißt, dass der Kontext der Untersuchungsperson bzw. des Untersuchungsgegenstandes mit einbezogen und die Bedeutsamkeit der Umwelt für eine Meinung betrachtet werden kann. So kann qualitative Forschung komplexe Wechselwirkungen beschreiben. (Perkhofer et al., 2016a)

Nach Perkhofer et al. haben qualitative Forschungsmethoden einen explorativen und reflexiblen Charakter (2016a). Dies bedeutet, dass neue Erkenntnisse gewonnen werden sollen indem bereits vorhandenes Wissen so wie bestehende Annahmen eruiert werden. Qualitative Forschung bringt also auch immer wieder neue Hypothesen hervor und begünstigt eine induktive^o Theorienbildung. (Perkhoefer et al., 2016)

3.6.2 Konstruktion des ersten Fragebogens

Im Sinne einer Delphi-Studie (► 3.1), erstellten die Forscherinnen den Fragebogen für die erste Runde anhand qualitativer Kriterien. Die gewonnen Informationen sollten wie von Hsu und Sandford (2007) beschrieben, als 'Eckpfeiler' fungieren, um spezifische Informationen zum Forschungsthema zu gewinnen.

Zur Konstruktion des qualitativen Fragebogens der ersten Befragungsrunde waren daher für die Forscherinnen zu einem Großteil offene Fragen relevant. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind (Züll & Menold, 2019).

Offene Fragen eignen sich nach Züll und Menold (2019) auch, wenn der Befragungsgegenstand noch nicht eingegrenzt werden kann oder wenn neue Aspekte zum Befragungsgegenstand herausgefunden werden sollen. Ebenso werden offene Fragen gewählt, wenn ein großes Antwortspektrum erwartet wird, welches nicht mit vorgegebenen Antwortkategorien abgefragt werden kann. Durch offene Fragen wird vermieden, dass die Zielpopulation in eine bestimmte Richtung gelenkt wird. (Züll & Menold, 2019)

Um die Antworten zu vereinheitlichen, gaben die Forscherinnen an, ob die Antworten stichpunktartig oder in Form einer kurzen Beschreibung gegeben werden sollten sowie, ob eine bzw. mehrere Angaben erwünscht waren.

Im Vorfeld der Fragenformulierung nutzten die Forscherinnen die Literaturrecherche, um sich an nationalen und internationalen Inhalten orientieren zu können. Hierdurch entstanden bereits einige quantitative Fragen, die den qualitativen Fragebogen ergänzten. Die Fragenformulierung geschah wie unter (► 3.5.4) beschrieben.

3.6.3 Durchführung des Pretests Runde eins

Um die Datenerhebung vor dem eigentlichen Beginn der Umfrage zu optimieren (Weichbold, 2019), wurde ein *Pretest* durchgeführt. Dies ist ein Verfahren zur Sicherung der Qualität des Erhebungsinstrumentes (Weichbold, 2019). Die Forscherinnen entschieden sich bei der vorliegenden Untersuchung für eine informelle Begutachtung mit Hilfe von Kolleginnen und Kollegen (Weichbold, 2019), die nicht bei der Erstellung des Fragebogens involviert waren (Weigl, 2016). Dabei wurden die Probanden, neben der Beantwortung des Fragebogens, nach jedem Abschnitt darum gebeten, potentielle Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge zurückzumelden. Entsprechend der Empfehlungen von Perkhofer et al. (2016b) boten die Forscherinnen ein offenes Antwortfeld zur Erfassung dieser Informationen an.

Der Pretest wurde mit 5 Teilnehmern durchgeführt, die folgenden fünf *Gruppen* (► 3.4.1) zuzuordnen sind: ein Schüler, ein Dozent, ein Ausführer, ein Funktionär sowie ein Autor.

Auf diese Weise hat, wie von Perkhofer et al. (2016b) vorgeschlagen, jeweils ein typischer Vertreter für die jeweilige Zielgruppe teilgenommen. Die Teilnehmer sendeten den Forscherinnen neben dem ausgefüllten Fragebogen auch eine auf den Pretest angepasste Einverständniserklärung zu. Anhand der Antworten konnten die Forscherinnen das semantische und pragmatische Fragenverständnis überprüfen (► 3.5.2).

Anhand des Feedbacks wurde deutlich, dass die Beantwortung des Fragebogens, deren Länge und Dauer in einem Beschreibungstext vor Beginn der Umfrage genannt wurde, potentiell mehr Zeit als die ursprünglich angesetzten 30-45 Minuten in Anspruch nehmen würde. Darüber hinaus zeigte sich, dass die Fragen gut verständlich formuliert und auch interessant für die Teilnehmer waren (► A8).

Auf der Basis des Pretests und des sich daran anschließenden Austausches der Forscherinnen, wurde der Fragebogen erneut angepasst (► A9). Vor die Frage „Wie gut können Sie sich mit der aktuellen Berufsdefinition des DVE (2007) identifizieren?“ wurde die aktuelle Definition des DVE eingefügt, da nicht alle Teilnehmer diese zwangsläufig präsent haben. Zudem wurde diese Frage durch eine weitere ergänzt, um, im Sinne der qualitativen Erhebung, die Meinung der Teilnehmer zu erfassen: „Bezüglich Frage 6: Wie kommen Sie zu Ihrer Einschätzung?“.

Zwei Fragen waren offenbar im Pretest hinsichtlich ihres inhaltlichen Unterschiedes nicht deutlich voneinander abzugrenzen. Beide beschäftigten sich mit Ausschnitten der DVE Definition und begannen mit dem gleichen Satz: „*Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters*“ (DVE, 2007). Aus diesem Grunde wurden die Fragen dahingehend ergänzt, sodass ihr jeweiliger Fokus deutlich wurde (► A9).

Insgesamt wurde der Fragebogen hinsichtlich des qualitativen Fokus nochmals überarbeitet. Die Fragen bezüglich der Arbeitsfelder sowie spezifische Fragen zu internationalen Aspekten wurden entfernt und für den zweiten Fragebogen zurückgestellt, da sie die Teilnehmer zu sehr lenken und das einem qualitativen Vorgehen widersprechen würde. Der Bezug zur internationalen Ergotherapie wurde somit allgemein gehalten und mit der Frage „Kennen Sie internationale Aspekte, die potentiell relevant für eine Definition sind? Wenn ja, bitte benennen Sie diese und erläutern deren Relevanz“ aufgenommen.

Für einen besseren Überblick wurden die einzelnen Fragen nummeriert.

Die zuvor beschriebenen sowie weitere kleinere Anpassungen, sind auszugsweise der Gegenüberstellung von Pretest und Durchführung der ersten Runde dem Anhang zu entnehmen (► A9).

3.6.4 Durchführung der ersten Runde

Die Umfrage wurde von den Forscherinnen mit dem Tool ‘Google Formulare’ erstellt (► A10). Das ausschlaggebende Kriterium für diese Entscheidung war, dass dabei Bilder integriert werden können. Die Umfrage war bis zum 03. Juni 2020 über den Zugangslink verfügbar. Sowohl für die Einverständniserklärungen, als auch für die Umfrage wurde jeweils zwei Tage vor Ablauf der Frist eine Erinnerungs-E-Mail versandt.

In sechs Fällen traf auch nach dem Erinnerungs-E-Mail keine Einverständniserklärung ein. Daher wurde ein Nachrückverfahren eingeleitet. Für die *Gruppe* der Veröffentlichenden sowie der Studenten in Erstausbildung war es aufgrund der limitierten Anmeldezahl nicht möglich, Nachrücker zu kontaktieren. Für die verbleibenden vier Fälle wurden neue Teilnehmer aus ihrer entsprechenden Kategorie ausgelost und kontaktiert, die aufgrund der kurzfristigen Zusage die Möglichkeit erhielten, die Umfrage bis einschließlich 05. Juni 2020 auszufüllen. Somit reduzierte sich die Gesamtzahl der Studienteilnehmer auf 50.

3.6.5 Auswertung der Ergebnisse der ersten Runde

Der Fragebogen wurde von 48 von 50 Teilnehmern ausgefüllt und hatte somit eine Rücklaufquote von 96%.

Die Forscherinnen entschieden sich, die erhobenen Daten per qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2015) auszuwerten (► A12). Im Rahmen einer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) soll Material jeglicher Art, das aus Kommunikation entstanden ist, systematisch entschlüsselt werden. Der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) wird im Folgenden unter ► 3.6.5.1 und ► 3.6.5.2 beschrieben.

3.6.5.1 Systematische Datenanalyse nach Mayring (2015)

Die systematische Datenanalyse nach Mayring (2015) setzt sich zusammen aus der Festlegung des Materials, der Analyse der Entstehungssituation, der Charakterisierung des Materials, der Richtung sowie der theoriegeleiteten Differenzierung der Analyse.

Festlegung des Materials:

Bei diesem Schritt wird festgelegt, welches Material der Analyse zu Grunde liegt. Das Material, das festgelegt wurde, soll sich möglichst nicht oder nur mit guter Begründung, verändern (Mayring, 2015). Das auszuwertende Material der Forscherinnen in der vorliegenden Arbeit setzt sich aus den Antworten der Teilnehmer zusammen, die in offen gestellten Fragen erhoben wurden.

Analyse der Entstehungssituation:

Innerhalb der Analyse der Entstehungssituation werden die Umstände, unter denen die Daten erhoben wurden, genauer betrachtet. Hierunter fällt die Frage nach der Zielgruppe, welche das Material ansprechen sollte, nach den emotionalen und kognitiven Voraussetzungen des Verfassers und nach der konkreten Situation, in der das Material erhoben wurde.

Die Zielgruppe der vorliegenden Studie stellen Ergotherapeuten dar (► 3.4). Auf Grund der Online-Befragung kann die exakte Entstehungssituation der einzelnen Fragebögen nicht nachvollzogen werden.

Charakterisierung des Materials:

An dem Punkt Charakterisierung des Materials soll beschrieben werden, in welcher Art die Daten vorliegen. Zur Durchführung einer Inhaltsanalyse eignet sich Material in Textform, was in der vorliegenden Arbeit durch die gewählte Erhebungsart einer Online-Umfrage gewährleistet werden konnte.

Richtung der Analyse:

Bei der Richtung der Analyse geht es darum festzulegen, was das Ziel der Inhaltsanalyse ist, also welche Inhalte ermittelt werden sollen und welche Thematik diese anspricht. Die Forscherinnen wollten die Meinung der Teilnehmer zur Definition der Ergotherapie (DVE, 2007) und deren spezifische Aspekte ergründen.

Theoriegeleitete Differenzierung der Analyse:

Die theoriegeleitete Differenzierung ist immer *regelgeleitet* und *theoriegeleitet*. Dies bedeutet, dass sie zum einen immer strukturierten Abläufen folgt. Zum anderen werden bestehende Theorien in das Konstrukt mit verflochten. Im Rahmen dieser Studie haben die Forscherinnen mehrere Ansätze aus der Literatur erarbeitet, um Ihre Aussagen bekräftigen zu können. Diese finden sich im theoretischen Hintergrund wieder (► 2).

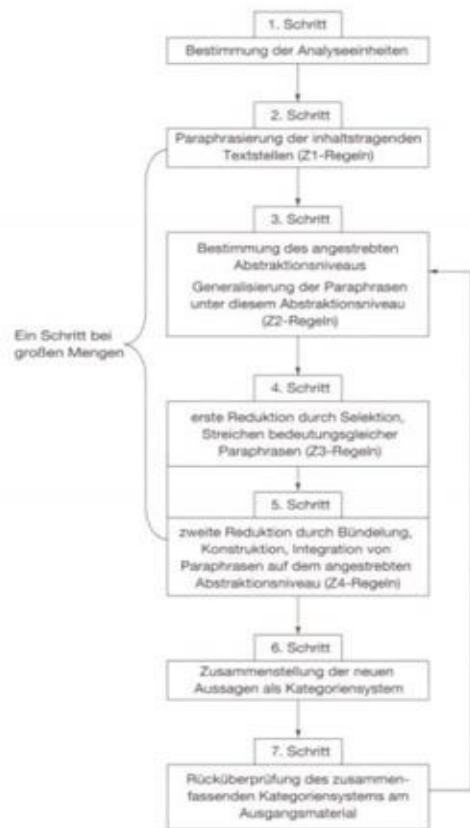


Abbildung 5 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015)

3.6.5.2 Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) zielt darauf ab, die gesammelten Daten so weit zu reduzieren, dass lediglich die Kernelemente erhalten bleiben.

Die Forscherinnen entschieden sich, eine *induktive*° Kategorienbildung durchzuführen, was bedeutet, dass Kategorien aus den Inhalten der Antworten der Befragten gebildet werden (Mayring, 2015). Hierbei wird in der Weise zusammenfassend gearbeitet, dass die erhobenen Daten auf ihre wesentlichen Inhalte reduziert werden, wobei die entsprechenden Inhalte auch abstrahiert werden können. Die Gesamtheit der gebildeten Kategorien sollte inhaltlichen Aufschluss über die Leitfragen und somit über die Forschungsfrage geben. (Mayring, 2016)

Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse findet in mehreren Schritten statt (Mayring, 2015). Wenn keine Änderungen beschrieben sind, hielten sich die Forscherinnen an den anschließend genannten Ablauf.

1. Bestimmung der Analyseeinheiten

Als erster Schritt sollen die *Analyseeinheiten* bestimmt werden. Es gibt drei Arten von *Analyseeinheiten*, die als *Kodiereinheit*, *Kontexteinheit* und *Auswertungseinheit* benannt werden. Diese *Analyseeinheiten* werden dabei in der Reihenfolge, in der sie genannt werden, bestimmt. Demnach ist die erste *Analyseeinheit* die *Kodiereinheit*. Durch diese wird festgelegt, wie groß der Datensatz minimal sein muss, um eine Kategorie bilden zu dürfen, also wie groß der kleinste Datensatz sein darf, um ausgewertet werden zu können. Eine weitere *Analyseeinheit*, die beachtet werden soll, ist die *Kontexteinheit*. Diese legt, im Gegensatz zur *Kodiereinheit*, fest, welches der größtmögliche Textanteil ist, der in einer Kategorie genannt werden darf. Es wird zusätzlich im Sinne der *Auswertungseinheit*, die Abfolge, in der die erhobenen Daten ausgewertet werden, bestimmt.

2. Paraphrasierung der Inhaltstragenden Textstellen

Paraphrasierung beschreibt, dass Daten, deren Inhalt nicht relevant ist (wie z.B. Wiederholungen oder Sprichwörter) aus den Aussagen entfernt werden.

So wird eine einheitliche Sprache geschaffen.

3. Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus:

Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau

Die vorab paraphrasierten Daten werden, unter Beachtung des Abstraktionsniveaus, verallgemeinert. Ein hohes Abstraktionsniveau bedeutet, dass ein Begriff möglichst weit verallgemeinert wird. Paraphrasen dessen Abstraktionsniveau höher ist als das insgesamt angestrebte Abstraktionsniveau, werden nicht verändert. Die Inhalte sollen trotz der Verallgemeinerung bestehen bleiben.

4. Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen

Inhaltsgleiche Phrasen werden in diesem Schritt so reduziert, dass diese jeweils nur einmal vorhanden sind. Wenn Phrasen aufgrund des erhöhten Abstraktionsniveaus unwichtig geworden sind, werden diese entfernt.

5. Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau

In der zweiten Reduktion werden ähnliche Paraphrasen gebündelt. Hierbei werden auch inhaltlich gleiche, aber in der Terminologie^o unterschiedliche, Paraphrasen zusammengefasst. Die Forscherinnen haben bei der qualitativen Inhaltsanalyse die Schritte der ersten und zweiten Reduktion zusammengefasst und Oberkategorien gebildet, denen die Aussagen zugeordnet werden können.

6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

Kategorien, die im Sinne der zweiten Reduktion gebündelt wurden, werden so zusammengefasst, dass zusammenhängende, übergeordnete Themenbereiche entstehen. Dies entspricht der zuvor beschriebenen *induktiven^o Kategorienbildung*. Die Schritte fünf und sechs wurden zusammengefasst und wie unter Schritt fünf beschrieben von den Forscherinnen abgehandelt.

7. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Sinn der Rücküberprüfung ist es, noch einmal zu evaluieren, ob die Kerninhalte der ursprünglichen Aussagen sinngemäß wiedergegeben wurden und so das Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse erreicht wurde. Falls dies nicht zutrifft, müssen die entsprechenden Abschnitte geändert und erneut evaluiert werden.

Die unten abgebildete Graphik zeigt beispielhaft die Reduktion innerhalb der von den Forscherinnen vorgenommenen Inhaltsanalyse:



Abbildung 6 Beispielhafte Darstellung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

3.6.6 Darstellung der Ergebnisse der ersten Runde

Insgesamt haben 48 Studienteilnehmer den Fragebogen in der ersten Befragungsrunde ausgefüllt (► A11). Wie bereits in Erstellung des Fragebogens (► 3.6.2) beschrieben, haben die Forscherinnen hier überwiegend qualitative Fragen gestellt, um einen breiten Konsens zu erreichen (Hsu & Sanford, 2007).

Die Antworten ließen sich durch die Inhaltsanalyse, in Anlehnung an Mayring, (► 3.6.5), in die folgenden acht Kategorien einordnen:

K1	Formale Kriterien
	• Länge einer Definition • Verständlichkeit • sprachliche Aspekte • strukturelle Aspekte • wer sollte in die Erstellung einer Ergotherapie-Definition miteinbezogen werden • wen sollte die Definition der Ergotherapie ansprechen • Anzahl der Ergotherapie-Definitionen
K2	Rolle der Ergotherapeuten
	• Rolle im System • persönliche Qualitäten • Prinzipien und Grundlagen des ergotherapeutischen Handelns • Zusammenhang Berufsdefinition & Berufsidentität sowie deren Auswirkungen auf die ergotherapeutische Rolle
K3	Ergotherapeutische Kompetenzen
	• Deutsches Kompetenzprofil • niederländische Kompetenzen • Enablement-Skills aus dem Canadian Model of Client-Centred Enablement • weitere Kompetenzen
K4	Aufgaben der Ergotherapeuten
	• Bezug auf das professionelle Handeln (Oevermann, 1999; Dewe & Otto, 2002) • Einsatzgebiete (aktuell vorherrschende • Fachbereiche, innovative Arbeitsfelder)
K5	Ergotherapeutische Zielgruppe
	• Lebensbereiche der Zielgruppe • Rolle und Beitrag der Zielgruppe im therapeutischen Prozess
K6	Ziele der Ergotherapie
	• Therapeuten und Zielgruppe → partnerschaftliche Zielfindung
K7	Spezifizierung der Terminologie
	• z.B. Betätigungsbegriff, Klientenbegriff
K8	Internationale Aspekte
	• z.B. AOTA Framework, WFOT-Definition, COTEC Code of Ethics, Occupational Justice, Occupational Science

Abbildung 7 Darstellung der induktiv^o erhobenen Kategorien

Im Folgenden werden diese Kategorien durch Zitate der Teilnehmer aus der Online-Befragung erläutert. Viele Aussagen können mehreren Kategorien zugeordnet werden. Die ausgewählten Zitate sind beispielhaft.

Formale Kriterien:

Die Teilnehmer nannten verschiedene formale Kriterien bezüglich der Definition des DVE, die sich in dieser Kategorie wiederfinden. Beispielsweise schrieb TN18R1: „[...]im Prinzip steht da alles drin, was ich praktiziere. Aber sie ist mir viel zu lang [...]“. Hingegen meinte TN14R1: „[...] ich persönlich [finde] die Länge der DVE Definition angemessen [...]“. Insgesamt wurde nicht nur die Länge der Definition benannt, sondern auch allgemeine Aussagen zu Formalien getroffen, wie: „Erster Eindruck: sperrige, nicht eingängige, erklärungsbedürftige Formulierungen.“ (TN25R1) oder auch „Zu ausschweifend und (je nach Handlungsfeld) zu unspezifisch“ (TN45R1). Zu dem formalen Aspekt, wer an der Erstellung einer neuen Definition beteiligt sein sollte, schrieb TN23R1: „Für einen weiteren wichtigen Prozess der Berufsdefinition sollten aber unbedingt auch Klienten einbezogen werden.“

Rolle der Ergotherapeuten:

In dieser Kategorie finden sich Aspekte der Teilnehmer wieder, die die Rolle der Ergotherapeuten näher beschreiben. Sie benannten mannigfaltige Aspekte wie: „Ergotherapeuten sind für mich ganz kurz und knackig: Alltagshelfer“ (TN22R1). TN18R1 beschrieb eine für ihn sinnvolle Ergänzung der Rolle folgendermaßen: „Ich würde einfach noch gerne unsere Expertise in der Definition mit erwähnt haben. Wir sind nicht nur zum Begleiten und Beraten da, wir analysieren, diagnostizieren und informieren auch. Ein Großteil hat ein abgeschlossenes Studium absolviert, das macht uns zu Spezialisten im Bereich des Gesundheitswesens.“ Zudem wurde beschrieben, dass die Ergotherapie ihre Rolle nach außen tragen sollte: „Mit einer Berufsdefinition kann man sich identifizieren und auch für Außenstehende Klarheit verschaffen für den Beruf“ (TN23R1). TN09R1 ergänzte diese Meinung wie folgt: „Abgrenzung und Gemeinsamkeiten zu anderen Berufsgruppen, Grundlage für Verhandlungen mit Kostenträgern, Teil meiner persönlichen Berufsidentität“ und machte damit deutlich, dass hier ein Zusammenhang zwischen Berufsdefinition und Berufsidentität besteht. Diese Aussage wurde von TN24R1 weiter untermauert: „Eine gute Definition, die der Berufsausübende versteht und mit der er sich identifizieren kann, unterstützt das Verständnis über den Beruf und so auch das therapeutische Handeln. Die Herangehensweise, die Zielsetzung werden durch die aufgeführten Kernelemente einer Definition geprägt. Sie ist die Basis für das ergotherapeutische Handeln.“

TN45R1 benannte als spontan assoziierte Begriffe zur Ergotherapie: „Innovation, Kreativität, Empathie“, die die Forscherinnen als persönliche Qualitäten von Ergotherapeuten einstufen.

Ergotherapeutische Kompetenzen:

Die ergotherapeutischen Kompetenzen wurden von vielen Teilnehmern an mehreren Stellen in ihre Antworten einbezogen. Es wurden verschiedene Publikationen ergotherapeutischer Kompetenzen genannt: „Wichtige Aspekte, aber neben unterstützen und begleiten kommen auch andere skills an der Reihe, wie coachen, eintreten für etc. Denke hierbei auch an der CMCE skills.“ (TN12R1).

Zudem bezogen sich Teilnehmer darauf, welchen Stellenwert die Kompetenzen in einer Definition einnehmen sollten. So meint TN25R1: „Ich würde nur die Rollen / Kompetenzen weiterausführen ... wir machen mehr als behandeln, begleiten und co... vielleicht ist hier eine Vernetzung mit Dimensionen aus dem Kompetenzprofil möglich“.

Aufgaben der Ergotherapeuten:

Die Teilnehmer verdeutlichten die Vielseitigkeit der Aufgaben eines Ergotherapeuten. TN38R1 beschrieb diese wie folgt: „Dabei werden individuelle Behandlungspläne in Zusammenarbeit mit dem Klienten erarbeitet und nach Möglichkeit evidenzbasierte Behandlungsmethoden, bedeutungsvolle Aktivitäten, Umwelanpassungen und Beratung eingesetzt, so dass der Klient gewünschte Aktivitäten, Rollen und Aufgaben wieder für ihn zufriedenstellend ausführen kann.“ (TN38R1). Eine Ergänzung der Definition des DVE (2007), die auch die Aufgaben der Ergotherapeuten widerspiegelt, benennt TN43R1: „Außerdem finde ich das der individuelle Blickwinkel, also die ganzheitlich Sicht auf den Menschen irgendwie fehlt.“ (TN43R1). TN20R1 formulierte dahingehend: „Ich berate und coache aber vermittele auch zwischen Personengruppen und ihren Interessen (z.B. Schule, Arbeitgeber und Klient*in) und verstehe mich dabei als Klient*innenanwältin. Also auch das Eintreten für die Klient*innen finde ich wichtig. [...] Vllt. wäre aber empoweren noch eine mögliche Formulierung. Am Liebsten natürlich Enablement aber da das für außen wieder schwer verständlich ist, muss man da wahrscheinlich Kompromisse zwischen unserem Fachvokabular und bekannten Begriffen machen.“

Ergotherapeutische Zielgruppe:

Hier werden Aspekte, die die Rolle der ergotherapeutischen Zielgruppe, ihren Beitrag zur Therapie sowie die Lebensbereiche, in denen sie unterstützt wird betreffen, dargestellt. TN05R1 begründete die Benennung der ergotherapeutischen Zielgruppe wie folgt: „Klienten - wenn schon, da hier die Eigenverantwortung und Mitsprache eher größer ist als beim Patienten“. TN33R1 schlug eine Erweiterung in Bezug auf die Zielgruppe vor: „Der Klient ist nicht immer nur eine Person, eventuell sollte erwähnt werden, dass es Klienten jedes Alters, Klientengruppen oder sogar Populationen und ein erweitertes Klientel gibt“. Der Vorschlag „Ergotherapie unterstützt JEDEN oder ALLE“ von TN13R1 schließt daran an.

TN01R1 machte deutlich, dass der Einbezug der Zielgruppe auch eine Relevanz für die Definition der Ergotherapie hat: „Das Wort Zusammenarbeit halte ich für sinnvoll in einer neuen Definition, um deutlich zu machen das durch einen gemeinsamen Weg von Therapeut und Klient das Ziel erreicht werden kann“ (TN01R1).

Bezüglich der Lebensbereiche der ergotherapeutischen Zielgruppe schrieb TN03R1: „Lebensbereiche zu bestimmen, finde ich schwierig. Je nach Kultur, Lebensgeschichte, Lebenssituation etc. unterscheiden sie sich bzw. ihre Gewichtungen“. Lebensbereiche zu benennen, wurde insgesamt kontrovers diskutiert. So meinte TN30R1 „Ich finde nicht, dass Lebens- oder Betätigungsbereiche in die Definition aufgenommen werden sollten, da ich nicht finde, dass es Bereiche gibt, die für jeden verständlich sind und die Vielfalt von Betätigungen abbilden. Eine Kategorisierung wären die vier Dimensionen nach Wilcock (Doing, Being, Becoming, Belonging). Sie bilden meiner Meinung nach alle Betätigungen ab, wären aber viel zu speziell für eine Definition des Berufes“. Hingegen beschrieb TN38R1 „Die Lebensbereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit sind für mich wichtig in der Definition der Ergotherapie, da viele Therapeuten in mindestens einem diesen Bereichen seine Arbeit ansetzt“.

Ziele der Ergotherapie:

Bezugnehmend auf die Ziele der Ergotherapie nannten die Teilnehmer verschiedene Aspekte. So schrieb TN39R1: „Ich finde es sollte gesellschaftliche Teilhabe und Lebensqualität erhalten bleiben, weil sich das in der ICF° und auch in der WHO in Zielen und Definitionen wieder findet und wir uns als medizinischer Beruf daran orientieren sollten. Auch das Ziel „Handlungsfähigkeit im Alltag“ empfinde ich als wertvoll“. Erweiternd beschrieb TN02R1 die Zielsetzung der Ergotherapie: „Ergotherapeuten(g.n.) versuchen den Menschen zu befähigen, seine Ressourcen zu nutzen, um sein Leben so gestalten zu können, wie es diesem Menschen wichtig ist“. So beschrieb TN25R1, dass die Ergotherapie das Ziel verfolgt „Kontextfaktoren zu verändern“ um „Teilhabe und Beteiligungsgerechtigkeit“ zu ermöglichen und „Gesundheit und Wohlbefinden“ zu unterstützen.

Spezifizierung von Terminologie°:

In dieser Kategorie werden Begriffe aufgenommen, bei denen das Forschungsteam ein vermeintlich unterschiedliches Verständnis unter den Teilnehmern identifiziert hat.

TN39R1 schrieb: „Das Wort ‘begleitet’ [der aktuellen Definition des DVE (2007)] zu Beginn, empfinde ich als störend, es löst bei mir aus das der Klient passiv in der Behandlung ist“. Auch TN13R1 äußerte sich zu dieser Thematik: „Undeutlich/unklar finde ich die Formulierung ‘spezifische Aktivitäten’. Damit sind doch die Fähigkeiten/Kompetenzen der Ergotherapeuten gemeint“.

Vielfach wurde vor allem der Betätigungsbegriff aufgegriffen. Hierzu meint TN39R1: „ich habe oft erlebt das Klienten, Angehörige oder auch Berufseinsteiger mit dem Wort Betätigung nicht viel anfangen können.“. Des Weiteren wurden in spontaner Assoziation viele verschiedene Begriffe bezüglich der Thematik ‘Betätigung’ genannt, die im Einzelnen nicht näher spezifiziert wurden: „Handlungsorientierung“ (TN02R1), „Betätigungsbasiert“ (TN47R1; TN12R1), „Betätigungsorientierung“ (TN20R1; TN44R1), „Betätigungsfokussierung“ (TN26R1), „Betätigungss selbst“ (TN34R1) und „Betätigungszentriert“ (TN39R1).

TN20R1 zeigte eine Möglichkeit auf, an welcher Stelle der Betätigungsbegriff in einer Berufsdefinition näher erläutert werden könnte: „Ergotherapeut*innen [...] ermöglichen Individuen, Systemen und Gemeinschaften Betätigungszufriedenheit (oder wie auch immer man das am besten auf Deutsch dann ausdrückt), insofern dass sie [hier dann eine Erklärung für Betätigung einfügen [...]].“

Internationale Aspekte:

Unter diese Kategorie fallen die Aspekte der Teilnehmer, die internationale Bezüge aufweisen.

TN27R1 regte dazu an, sich an anderen Verbänden zu orientieren, beziehungsweise Aspekte aus dem kanadischen Modell oder dem AOTA-Framework aufzunehmen. TN09R1 beschrieb den „Aspekt des ‘Rechts’ auf Occupation“ als „relevant“. TN02R1 nennt gleich mehrere internationale Aspekte: „Prinzipiell halte ich die Occupational Science als die wichtigste wissenschaftliche Grundlage der Ergotherapie. [...] Ansonsten finde ich, dass die Definition der WFOT (2012) moderne Anteile enthält“ (TN02R1). TN20R1 wollte „die Säulen der Ergotherapie (Christiansen & Baum, 2004) ggfs. mit den Erweiterungen zum Ursprungskonzept“ ergänzen. Außerdem empfand er „die Dimensionen von Betätigung „Doing, being, becoming, belonging“ als Kernkonzept wichtig“.

Ergänzend zur qualitativen Ebene wurden zwei quantitative Fragen in der ersten Runde des Fragebogens erhoben. Beide entsprechen einer Ordinalskala, das bedeutet, dass eine Rangordnung zwischen den Variablen hergestellt wird (Mayring, 2010)

4. Wie wichtig ist Ihnen eine Berufsdefinition?

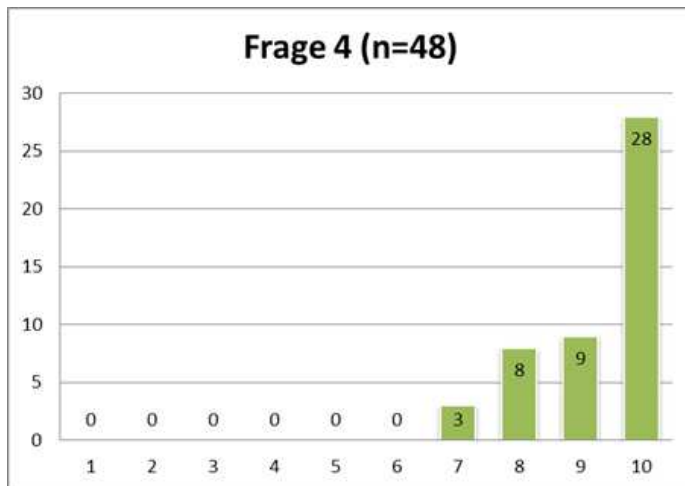


Abbildung 8 Wichtigkeit der Berufsdefinition

Bezogen auf die individuell empfundene Wichtigkeit gaben 28 von 48 Teilnehmern an, dass diese für sie auf einer Skala von 1 bis 10 einer 10 und somit der höchsten Wichtigkeit entspräche. Keiner der Teilnehmer nannte hierbei eine Zahl unter 7. Der sich aus allen Angaben ergebende Mittelwert entspricht, gerundet auf die zweite Nachkommastelle, einer 9,67.

6. Wie gut können Sie sich mit der aktuellen Berufsdefinition des DVE (2007) identifizieren?

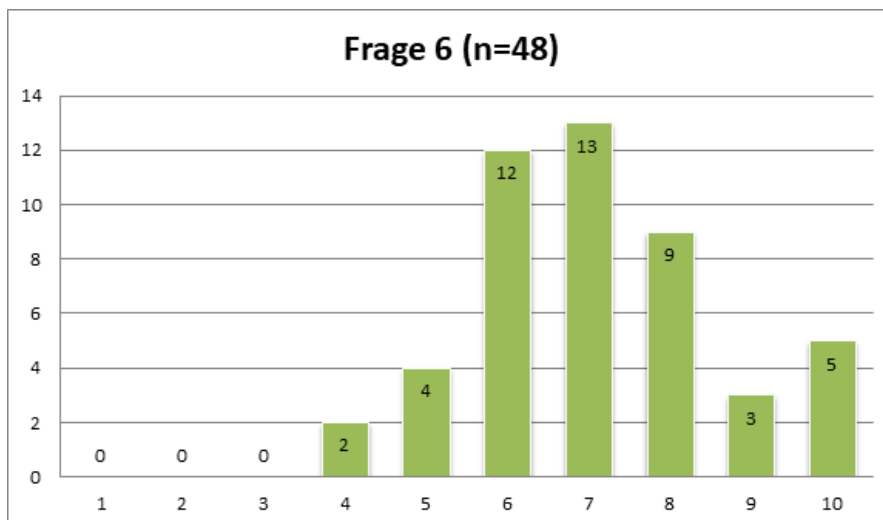


Abbildung 9 Identifikation mit der Berufsdefinition (DVE, 2007)

Bei der Frage, inwieweit sich die Experten mit der aktuellen Berufsdefinition des DVE identifizieren können, ist der mit 13 Teilnehmern am häufigsten Angegebene Wert eine 7. Dieser ist mit 12 Teilnehmern dicht gefolgt von dem Wert 6. Insgesamt wurden Werte zwischen 4 bis 10 angegeben, bei denen sich ein Mittelwert von 7,08 ergibt.

3.7 Forschungsdesign zwei: quantitative Erhebung

Abschließend für dieses Kapitel wird die quantitative Teilstudie, welche auf den Ergebnissen der ersten Befragung aufbaut, erläutert.

3.7.1 Quantitative Forschung im Allgemeinen

Die quantitativ *empirische Sozialforschung*° ist *deduktiv*° (Perkhofer et al., 2016b). Indem Theorien, bzw. Hypothesen, mittels standardisierter Verfahren überprüft werden, wird laut Windelband (in Perkhofer et al., 2016b, S.138) das Ziel verfolgt, allgemeingültige Aussagen zu treffen. Im Unterschied zur qualitativen Forschung, bei der das subjektive Erleben im Vordergrund steht (Perkhofer et al., 2016a), geht es bei der quantitativen Forschung um das, was 'objektiv wahr' ist (Perkhofer et al., 2016b).

Da vor Beginn der Forschung noch kein Meinungsbild der Ergotherapie-Gesellschaft über die Aktualität der derzeitigen Definition der Ergotherapie des DVE (2007) bestand, bot sich ein allein quantitatives Untersuchungsdesign nicht an, sondern nur die Kombination (► 3.5) mit einer vorgeschalteten qualitativen Befragung (Döring & Bortz, 2016).

3.7.2 Konstruktion des zweiten Fragebogens

Im zweiten Fragebogen wurden der Expertengruppe Ergebnisse der ersten Runde in Form eines daraus entwickelten neuen Fragebogens mit Verweisen auf kontrovers diskutierte Themen dargestellt. Dies bot die Möglichkeit, das eigene Urteil zu überdenken, Einstimmigkeiten und Widersprüche festzustellen und Missverständnisse zu klären, um Aussagen zu vereinheitlichen (► 3.1). Dabei lag der Fokus der Befragung auf quantitativen Fragen.

Auf der Grundlage der Ergebnisse von Runde eins (► 3.6.6) wurden die Fragen generiert und konnten den jeweiligen *induktiv*° erhobenen Kategorien (► Abb.7) zugeordnet werden. Frage 1 und Frage 20 behandeln kategorieunabhängige Themen und werden deshalb nicht in ► Abb.10 eingeordnet. Es handelt sich um die Einordnung der Experten in ihre Teilnehmerkategorie sowie die Feedbackfrage. Frage 1 wurde zudem erst nach dem Pretest hinzugefügt und wird deshalb nicht bei der Beschreibung der Konstruktion des Fragebogens, sondern erst bei der Durchführung des Pretests (► 3.7.3) beschrieben.

K1	Formale Kriterien
	•2, 3a-b, 4a-b, 5, 12
K2	Rolle der Ergotherapeuten
	•6, 7, 8
K3	Ergotherapeutische Kompetenzen
	•10a-d
K4	Aufgaben der Ergotherapeuten
	•11, 13a-d
K5	Ergotherapeutische Zielgruppe
	•9, 14
K6	Ziele der Ergotherapie
	•15
K7	Spezifizierung der Terminologie
	•16, 17, 18
K8	Internationale Aspekte
	•19a-d

Abbildung 10 Einordnung der Fragen in die entsprechenden Kategorien

Durch die erste Runde war bereits ausreichend Wissen über die Thematik vorhanden und somit die von Perkhofer et al. (2016b) beschriebene Voraussetzung für eine geschlossene Fragebogenstruktur geschaffen. Ein offenes Kurzantwortfeld, bei nahezu allen geschlossenen Fragen, ermöglicht es Teilnehmern zusätzliche Aspekte aufzuführen (Perkhofer et al., 2016b). Dieses Feld wurde im Fragebogen mit „weitere“ bezeichnet. Gerade im Sinne der Delphi-Studie, bei der die Experten ihre Meinung überdenken sollen (Döring & Bortz, 2016), ist es sinnvoll, den Raum zu bieten neue Aspekte einzubringen, die in der ersten Runde möglicherweise noch nicht bedacht wurden.

Ergänzt wurden die geschlossenen Fragen durch vier offene. Qualitativ erhobene Daten aus der ersten Runde, die noch nicht konkret genug für eine quantitative Abfrage waren, wurden dadurch näher beleuchtet. Zudem ermöglichte ein offenes Feld den Teilnehmern, Anregungen und Feedback bezüglich der Umfrage, oder der Definition selbst, geben zu können.

Bei geschlossenen Fragen „bieten sich verschiedene Skalierungsverfahren“ für die Gestaltung der Antwortkategorien an“ (Perkhofer et al., 2016b, S.164). Bei der folgenden Skalierung der Fragen wird sich auf Perkhofer et al. (2016b) sowie Döring und Bortz (2016) bezogen: Bei einer Anzahl von 29 Unterfragen, die im zweiten Fragebogen gestellt wurden, wurde bei einer großen Mehrheit von 24 Unterfragen eine Nominalskala verwendet. Bei nominalen Skalen stellen „Antwortkategorien reine Bezeichnungen dar, sogenannte Labels, deren Eigenschaften keinerlei Rangordnung ergeben“ (Perkhofer et al., 2016b, S.165). Da sich die Antwortkategorien des zweiten Fragebogens aus Aspekten der ersten Runde ergaben, deren Einbezug in eine zeitgemäße Definition der Ergotherapie überprüft werden sollte, bot sich diese Art der Skalierung an. Die Variablen von 22 der 24 Fragen mit nominalen Skalenniveaus, waren mehrfach gestuft nominalskaliert. Es handelte sich um ‘Multiple-Choice Fragen’, deren einzelnen Antwortkategorien jeweils eine neue *binäre*

Variable° bilden (Döring & Bortz, 2016). Frage 1, die erst nach dem Pretest hinzugefügt wurde, weist eine mehrfach gestufte, nominalskalierte *polytome Variable* auf. Das heißt, dass von den Teilnehmern lediglich eine Einfachauswahl getroffen werden kann.

Frage 4a ist mit *ja* bzw. *nein* zu beantworten und ist somit eine zweifach gestufte nominalskalierte (binäre, dichotome) *Variable*°. Zusätzlich wurde bei Frage 2 eine Ordinalskala verwendet *zu kurz, zu lang* bzw. *angemessen*. In Anlehnung an die Likert-Skala sollte der Abstand zwischen den Antwortmöglichkeiten möglichst gleich empfunden werden. Da „die Wahrnehmung der Abstände durch die ausfüllende Personen [jedoch] unterschiedlich sein kann“ (Perkhofer et al., 2016b, S.165), handelt es sich im mathematischen Sinne um eine *Pseudoäquidistanz*°. Begonnen wird der erste Abschnitt des zweiten Fragebogens, wie bereits in der ersten Runde, mit einem kurzen Einleitungstext. Hier werden Aufbau, Inhalt und Länge des Fragebogens erläutert bzw. auf Aspekte, die bei der Beantwortung zu beachten waren, hingewiesen.

Aus der Kategorie **Formale Kriterien**, die sich aus der Inhaltsanalyse bildete und sich mit formalen Aspekten einer Definition beschäftigt, entstand in dem Fragebogen der zweite Abschnitt. Aspekte die sich in dieser Kategorie wiederfanden, wurden zu Fragen bezüglich der Länge, Zielgruppe, Sprache und Struktur einer Berufsdefinition aufgeteilt. Ebenso wurde hier der Vorschlag aus der ersten Befragungsrunde aufgegriffen, Klienten in die Erstellung einer Definition der Ergotherapie mit einzubeziehen. Dieser Aspekt sollte in der zweiten Befragungsrunde überprüft werden und wurde durch weitere Antwortmöglichkeiten von den Forscherinnen ergänzt (Anhang). Die Frage bezüglich der Anzahl an Ergotherapie-Definitionen wird erst in Abschnitt fünf des Fragebogens aufgegriffen, da in diesem Abschnitt auf die Fachbereiche der Ergotherapie eingegangen wurde und diese Fragen inhaltlich in engem Zusammenhang stehen.

Im dritten Abschnitt wurden den Experten, wie auch in den weiteren Abschnitten, inhaltliche Kriterien einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie zur Diskussion gestellt. Kategorien, die aus den Antworten der ersten Runde generiert und in diesem Abschnitt aufgenommen wurden, sind: **Rolle der Ergotherapeuten, Aufgaben der Ergotherapeuten und Zielgruppe**. Die Antworten der Teilnehmer wurden wie im Folgenden beschrieben mit Literatur abgeglichen und bei der Fragestellung miteinbezogen.

Die erste Frage des Abschnitts beschäftigt sich mit der *Rolle der Ergotherapeuten im Gesundheitssystem*. Zudem wurden von zahlreichen Teilnehmern innerhalb der ersten Runde Werte bzw. *Qualitäten von Ergotherapeuten* genannt, die große Übereinstimmung mit den persönlichen Qualitäten der Ergotherapeuten nach Cup und Van Hartingsveldt (2019) aufwiesen. Zusätzliche, in dieser Literatur wiederzufindende Qualitäten, die bisher von den Teilnehmern nicht genannt wurden, stellten die Forscherinnen in der zweiten Runde mit zur Diskussion.

Ähnlich verhielt es sich mit grundlegenden Aspekten, die, bezogen auf das ergotherapeutische Handeln, aus den Antworten der ersten Runde herausgefiltert werden konnten. Diese weisen große Übereinstimmungen mit den Prinzipien oder Grundlagen der Berufsausübung aus dem niederländischen Berufsprofil (Van Hartingsveldt et. al, 2010) auf.

Neben der Rolle des Ergotherapeuten wurden auch inhaltliche Aspekte bezüglich der Zielgruppe angesprochen. Die entsprechende Frage beschäftigt sich mit dem *Beitrag der Zielgruppe* der

Ergotherapie, den diese in die Therapie mit einbringt und damit, ob dieser Aspekt Einbezug in die Definition finden solle.

Abschnitt vier des Fragebogens beschäftigt sich mit den ergotherapeutischen Kompetenzen. Diesbezüglich wurde in der ersten Runde das jüngst erschienene Kompetenzprofil des DVE (2019) zur Diskussion gestellt. In den Antworten wurde deutlich, dass kontroverse Auffassungen über den Einbezug der darin beschriebenen, oder auch weiterer Kompetenzen, vorherrschen. Aus diesem Grund wurden aus der Kategorie **Ergotherapeutische Kompetenzen** vier separate Fragen gebildet. Diese greifen erneut die Kompetenzen des Kompetenzprofils auf, ebenso wie die niederländischen Kompetenzen nach Verhoef und Zalmstra (2013), die Enablement-Skills aus dem Canadian Model of Client-Centred^o Enablement von Townsend et al. (2013) sowie zusätzlich aufgeführte Kompetenzen aus der aktuellen Definition des DVE und Anregungen der Teilnehmer, die keinem bestehenden Konzept zuzuordnen sind. Sowohl die Aufnahme der niederländischen, als auch der kanadischen ergotherapeutischen Kompetenzen, wurden von einzelnen Teilnehmern gewünscht und in der zweiten Runde der gesamten Expertenrunde zur Diskussion gestellt.

Die Aufgaben und Einsatzgebiete der Ergotherapeuten werden im fünften Abschnitt angesprochen. Bezug genommen wurde auf die Kategorien **Aufgaben der Ergotherapeuten**, **Ziele der Ergotherapie** sowie die **Zielgruppe**. Bei der erstgenannten Kategorie zwischen den Aussagen der Teilnehmer wieder ein Bezug mit dem theoretischen Hintergrund herstellen. Es handelt sich hierbei um die Theorien des professionellen Handelns (Oevermann, 1999; Dewe & Otto, 2002). Die entsprechende Frage behandelt die ergotherapeutischen Aufgaben in Bezug auf das professionelle Handeln und greift Aspekte, die die Teilnehmer in der ersten Runde nannten, auf. Diese wurden in der zweiten Runde der gesamten Expertenrunde in Hinblick auf den Einbezug in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie zur Diskussion gestellt. Bei der Überarbeitung des ersten Fragebogens wurden die Fragen bezüglich der Fachbereiche und Arbeitsfelder zurückgestellt, um den Teilnehmern nicht zu sehr vorwegzugreifen. In der zweiten Runde fanden diese Aspekte dann Einzug. Hierzu wurden zwei separate Fragen gestellt, bei denen jeweils zunächst der generelle Wunsch des Einbezugs von aktuell vorherrschenden Fachbereichen der Ergotherapie sowie der innovativen Arbeitsfelder erfragt wurde. Zusätzlich gab es für die Teilnehmer die Möglichkeit, die vom DVE aufgeführten Fachbereiche bzw. die in der ersten Runde genannten innovativen Arbeitsfelder auszuwählen.

Kontrovers diskutiert wurden in der ersten Runde die Lebensbereiche. Damit die Experten angeregt werden ihre Meinung potentiell zu überdenken, wurde der kontroverse Diskurs in der Fragestellung mit aufgenommen:

*Frage 13: Über die konkrete Benennung der Lebensbereiche wurde im ersten Fragebogen kontrovers diskutiert. So sprachen sich einige Teilnehmer*Innen gegen die konkrete Benennung einzelner Lebensbereiche aus, da dies der holistischen Sichtweise der Ergotherapie widerspräche. Andere Teilnehmer*Innen benannten, dass die Lebensbereiche aus der aktuellen Definition des DVE (2007) beibehalten werden oder durch Änderungen bzw. Ergänzungen konkretisiert werden sollen.*

Die Antwortmöglichkeiten zu der oben genannten Frage setzten sich aus den Aspekten der aktuellen Definition sowie zusätzlich von den Teilnehmern benannten Bereichen zusammen. Darüber

hinaus hatten die Experten die Möglichkeit, den Einbezug der Lebensbereiche in eine zeitgemäße deutsche Ergotherapie-Definition abzulehnen oder die aktuelle Formulierung des DVE (2007) durch *in allen Lebensbereichen* zu ersetzen.

Im sechsten Abschnitt des Fragebogens werden die **Ziele der Ergotherapie** näher betrachtet. Dabei wurden Aspekte aus der gleichnamigen Kategorie aufgegriffen. Die zahlreichen Aspekte, die unter diese Kategorie fallen, wurden im Zuge der Inhaltsanalyse gebündelt und legten den Grundstein für die Antwortmöglichkeiten.

Bedarf bezüglich der Spezialisierung bestimmter Begriffe zeigte sich vor allem im Zusammenhang mit dem Betätigungsbegriff und der Zielgruppe der Ergotherapie. Diesbezügliche Ideen und Möglichkeiten, die in der ersten Runde aufkamen, wurden in Abschnitt sieben zur Wahl gestellt. In der ersten Runde wurden sowohl die unterschiedlichen Auffassungen deutlich, als auch der Wunsch, diese Begriffe in der Ergotherapie-Definition zu spezifizieren. Die erhobenen Aspekte, die unter die Kategorie **Spezifizierung der Terminologie**° fallen, wurden im Sinne der nutzerfreundlichen Beantwortung des Fragebogens erneut zusammengefasst.

Bezüglich der Zielgruppe entstanden zwei separate Fragen, wovon sich eine mit der konkreten Benennung der Zielgruppe und die andere mit einer potentiell gewünschten näheren Beschreibung jener beschäftigt.

Der vorletzte Abschnitt stellt **Internationale Aspekte** dar und behandelt die Aspekte der gleichnamigen Kategorie. Es handelt sich hier sowohl um bestimmte Begrifflichkeiten, deren Einbezug in eine Definition in Frage 19a erfragt wird, als auch um eine Konkretisierung von genannten, aber nicht näher beschriebenen Aspekten aus Runde eins. Die Fragen 19b-d wiesen in dieser Runde als einziges eine offene Fragenstruktur auf. Diese beschäftigen sich mit der WFOT-Definition, dem Code of Ethics (COTEC) sowie dem AOTA Framework.

Abschnitt neun bot den Teilnehmern die Möglichkeit, Anregungen und Feedback bezüglich der Umfrage oder zur Definition zu geben.

Damit die Teilnehmer die Chance hatten, weitere Aspekte, die durch die in der zweiten Runde gestellten Fragen angeregt wurden, zu nennen, wurde zu jeder Frage ein freies Feld angeboten.

3.7.3 Durchführung des Pretests Runde zwei

Mit dem zweiten Fragebogen wurde ebenfalls ein Pretest durchgeführt (► A13). Hierfür wurden die gleichen Personen, die bereits den ersten Pretest durchgeführt haben, erneut angeschrieben. Diese hatten vom 08. Juli 2020 bis 12. Juli 2020 Zeit, den Fragebogen auszufüllen und wie schon in der ersten Runde auf Verständlichkeit, Logik des Fragebogenablaufs und den zeitlichen Aufwand hin zu überprüfen (► 3.6.3). Die Rücklaufquote belief sich mit 3 Teilnehmer auf 60%. Auf der Basis der Anmerkungen und Antworten im Pretest und anschließendem Austausch der Forscherinnen, wurde der Fragebogen erneut angepasst.

Der Einleitungstext des Fragebogens wurde durch den Satz „Beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte auch immer die von Ihnen gewünschte Länge einer Berufsdefinition!“ ergänzt, da die Menge an angekreuzten Antworten Angabe häufig der gewünschten Definitionslänge widersprach. Die Forscherinnen entschieden sich dennoch gegen eine Limitierung der Antwortmöglichkeiten, um das Antwortverhalten der Teilnehmer nicht zu beeinflussen. Damit jedoch während

des gesamten Antwortprozesses der Zusammenhang zwischen der gewünschten Definitionslänge und der Zahl der angekreuzten Aspekte bewusst blieb, wurde zu Beginn jeden Abschnittes eine Erinnerung eingefügt.

Um Missverständnisse bei den Antwortmöglichkeiten bezüglich des Genders zu vermeiden, wurde folgende Erklärung ergänzt: „Bei Antwortmöglichkeiten, bei denen es um Formulierungen in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie geht, haben wir bewusst auf das Gendern verzichtet, um den sprachlichen Aspekt des Genders separat erheben zu können“. Aus diesem Grunde wurden alle im Pretest genderkonform formulierten Antwortmöglichkeiten bei direkten Formulierungsvorschlägen angepasst.

Frage 1 der ersten Runde wurde erneut in Runde zwei an den Anfang des Fragebogens gestellt, um die Möglichkeit offen zu lassen, Rückschlüsse bezüglich des Antwortverhaltens in Zusammenhang mit der Teilnehmerkategorie ziehen zu können. Somit verschob sich die Nummerierung der Fragen bei der Durchführung, im Verhältnis zum Pretest, um eine Frage nach hinten.

Bei Frage 4b (3b im Pretest) wurde die Antwortmöglichkeit *keine spezifischen Aspekte* durch *keine der unten genannten spezifische Aspekte* ergänzt, da ein Pretester sowohl *keine spezifischen Aspekte* als auch *leichte Sprache* angekreuzt hatte und sich diese Angaben widersprechen. Möglicherweise war der Begriff *leichte Sprache* für die Pretester nicht eindeutig. Aus diesem Grund wurde Frage 12 (11 im Pretest), bei der es um die Anzahl an Definitionen geht, um den Aspekt *leichte Sprache* erweitert: *Eine zusätzliche für die Zielgruppe der Ergotherapie (beispielsweise in "leichter Sprache" zur Barrierefreiheit).*

Bei Frage 10a-c (9a-c im Pretest) wurde bei der Antwortmöglichkeit zum Verweis auf das jeweilige Kompetenzprofil das „ein * mit“ entfernt, da dies möglicherweise verwirren könnte und nicht relevant für die Erhebung war. Zudem wurde die Kompetenz *Professionalität* bei Frage 10a ergänzt. Die CMCE-Skills wurden nicht inhaltlich, jedoch sprachlich der Originalliteratur angepasst (Bspw. *Adapting* wurde zu *Adapt*). Da zwei Sätze in der Fragestellung 10a-d (9a-d im Pretest) einen ähnlichen Inhalt hatten, wurden diese zusammengefasst.

Eine zeitliche Angabe gab lediglich Pretester 1 an. Auf Grundlage dessen wurde die Zeitangabe von 15 Minuten auf 15-20 Minuten erweitert. Die zuvor beschriebenen sowie weitere kleinere Anpassungen, sind auszugsweise der Gegenüberstellung von Pretest und Durchführung der ersten Runde dem Anhang zu entnehmen (► A14).

3.7.4 Durchführung der zweiten Runde

Der Fragebogen der zweiten Runde wurde, mit einer Ausnahme, allen Teilnehmern, die bereits an der ersten Runde beteiligt waren, über einen Link per E-Mail zur Verfügung gestellt. Einem Teilnehmer, der zwar den Link zur ersten Runde bekommen hatte, wurde der Link zur zweiten Runde nicht zugesendet. Dies lag daran, dass die Einverständniserklärung nicht wie angekündigt postalisch nachgereicht wurde. Von 50 Personen, die den Link für die erste Runde erhalten hatten, haben 48 Personen die erste Befragungsrunde letztendlich ausgefüllt. Da die Erhebung anonym stattfand, konnte nicht ermittelt werden, welche zwei Personen den Fragebogen nicht ausfüllten. Aus diesem Grund wurden die Teilnehmer in der E-Mail darum gebeten den zweiten Fragebogen nur zu beantworten, wenn sie an der ersten Befragungsrunde bereits teilgenommen hatten. Neben dem Hinweis, dass die Beantwortung ca. 15-20 Minuten dauern würde und eine

zwischenzeitliche Unterbrechung nicht möglich sei, wurden die Teilnehmer darum gebeten, sich erneut für die Ihnen zugewiesenen Teilnehmerkategorien einzutragen, die sie bereits vor der ersten Befragungsrunde mitgeteilt bekommen hatten. Insgesamt war der Fragebogen vom 14. Juli 2020 bis 22. Juli 2020 online. Am 20. Juli 2020 erhielten die Teilnehmer eine Erinnerungs-E-Mail, mit der Bitte, den Fragebogen innerhalb der nächsten zwei Tage auszufüllen, falls sie dies noch nicht getan hatten.

3.7.5 Auswertung der Ergebnisse der zweiten Runde

Die Rücklaufquote der zweiten Runde, bemessen an der Anzahl an Personen, die den ersten Fragebogen ausgefüllt hatten (48 Teilnehmer), beläuft sich auf rund 96% (46 Teilnehmer). Identische Fragebögen, die von 'Google Formulare' doppelt abgespeichert wurden, löschten die Forscherinnen nach mehrfacher Gegenprüfung. Die Ergebnisse der Umfrage wurden mit Hilfe von Excel graphisch dargestellt und im Sinne der Triangulation innerhalb des Forschungsteams gegengeprüft.

3.7.6 Darstellung der Ergebnisse der zweiten Runde

Nachfolgend werden die Ergebnisse des Fragebogens der zweiten Runde (► A15) dargestellt.

1. Bitte kreuzen Sie hier erneut die Teilnehmer*Innenkategorie an, für die Sie sich angemeldet haben.

Diese Frage wurde in beide Runden mit aufgenommen, um möglicherweise Bezüge zwischen den Angaben der Teilnehmer und ihrer Kategorie herstellen zu können. Da die Angaben der Teilnehmer in der zweiten Runde jedoch in 7 von 17 Kategorien (► A16) von den Angaben der ersten Runde abwichen, können keine aussagekräftigen Schlüsse gezogen werden.

Formale Kriterien einer zeitgemäßen Berufsdefinition:

2. Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an: Bezogen auf die Definitionslänge ist die aktuelle Definition des DVE (2007) zu kurz, zu lang oder angemessen?

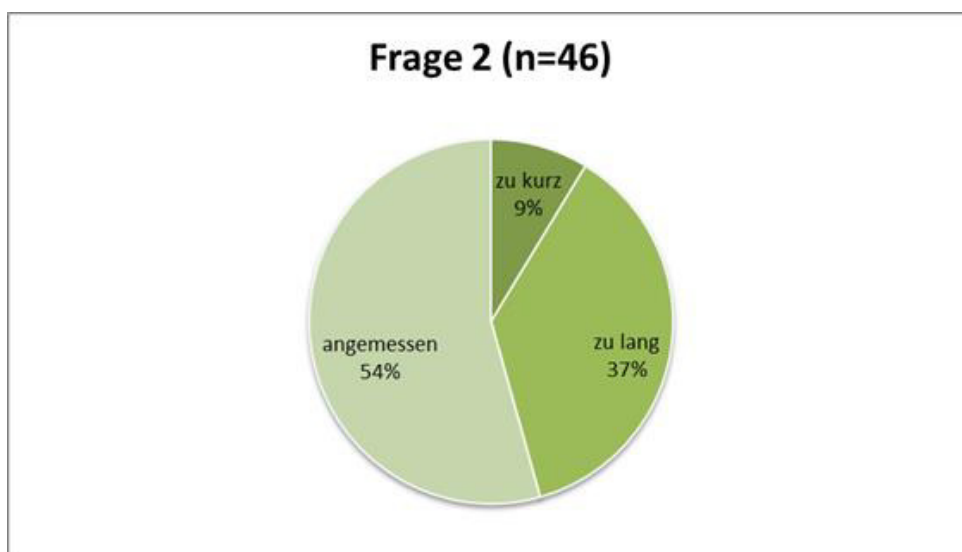


Abbildung 11 Länge der Definition

Ziel dieser Frage war zum einen, einen Überblick über die gewünschte Länge einer Definition der Ergotherapie zu bekommen, zum anderen sollten die Teilnehmer vor der Beantwortung der weiteren Fragen dahingehend sensibilisiert werden, bei der Anzahl an angekreuzten Aspekten diesen Richtwert vor Augen zu haben. Es lässt sich erkennen, dass eine Mehrheit von 54% (25 TN) die Länge der derzeitigen Definition des DVE als angemessen empfand. Lediglich 4 von 46 Teilnehmern gaben an, dass die derzeitige Definition zu kurz sei. Die restlichen 37% (17 TN) empfanden sie als zu lang.

3.a) Wer ist die Zielgruppe bzw. für wen sollte eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie verständlich sein? (Mehrfachnennungen möglich)

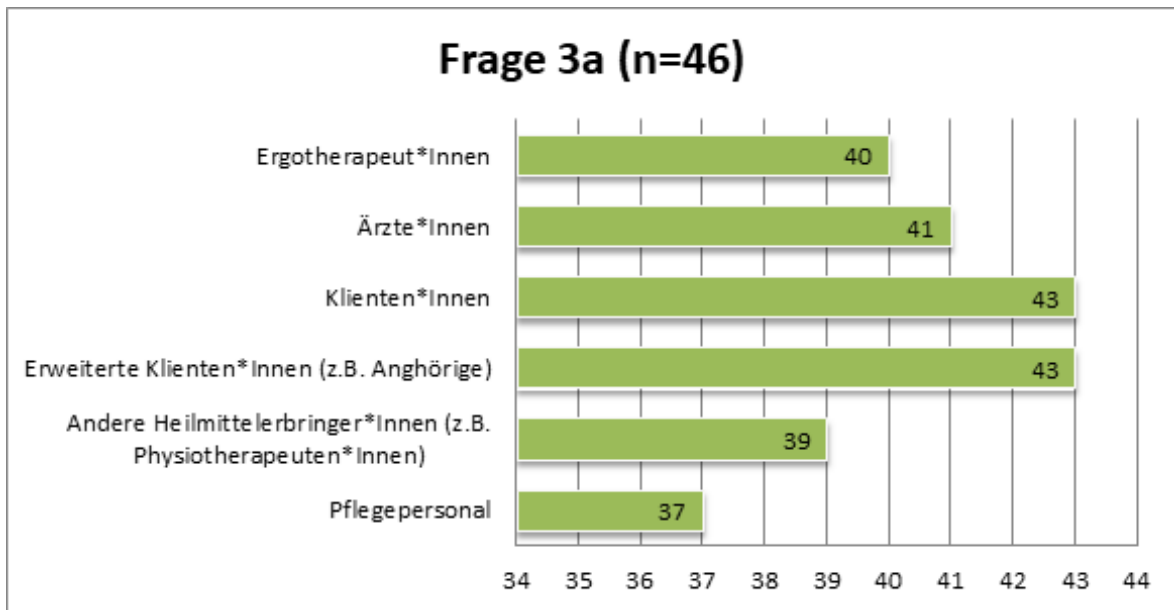


Abbildung 12 Zielgruppe der Berufsdefinition

Mit je 43 von 46 Angaben ist zu erkennen, dass *Klienten* und *erweiterte Klienten* als primäre Zielgruppe gesehen wurden. Die Antworten verteilten sich jedoch auf alle Optionen, wobei die am wenigsten genannte Antwortmöglichkeit immer noch von 37 Teilnehmern gewählt wurde.

3. b) Wer sollte in die Erstellung einer Definition der Ergotherapie miteinbezogen werden? (Mehrfachnennungen möglich)

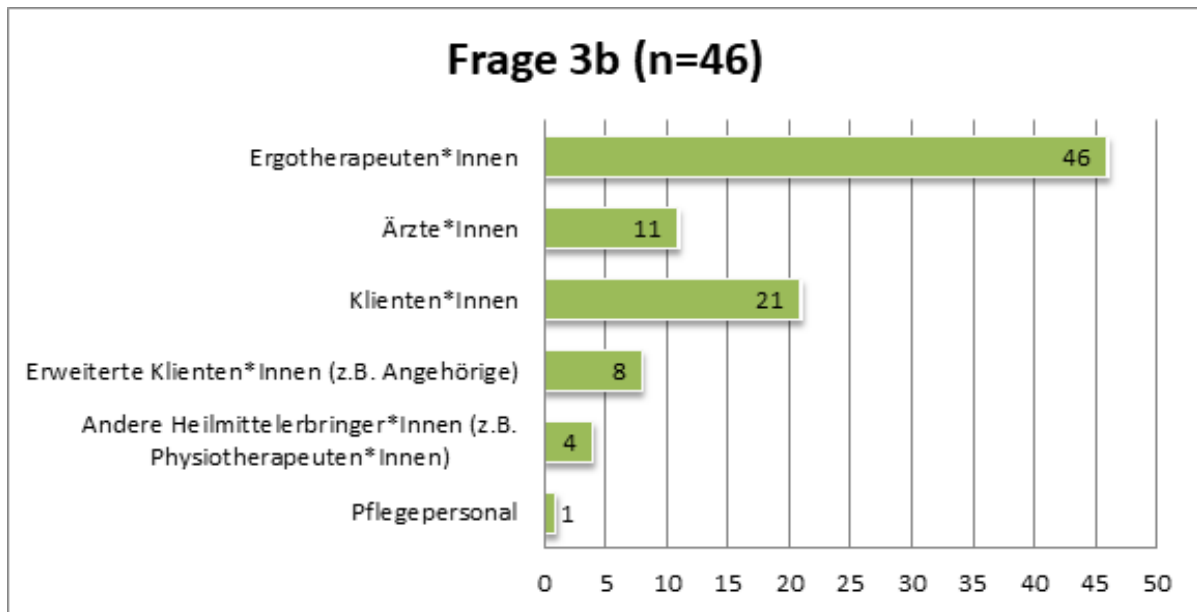


Abbildung 13 Beteiligte bei der Erstellung einer Berufsdefinition

Diese Frage wurde in der zweiten Runde mit zur Diskussion gestellt, da in der ersten Runde der Vorschlag kam, *Klienten* mit in die Erstellung einer Definition der Ergotherapie einzubeziehen. 21 von 46 Teilnehmern teilten in der zweiten Befragungsrunde diesen Wunsch. Ausnahmslos alle Teilnehmer waren der Auffassung, dass *Ergotherapeuten* bei der Erstellung mit einbezogen werden sollten.

Unter der Option „weitere“ wurde von Teilnehmern vorgeschlagen, fachunabhängige Sprachexperten (TN36R2), z.B. für leichte Sprache (TN13R2), mit einzubeziehen. Auch Schüler und Studenten (TN18R2) sowie Dozenten für Ergotherapie (TN16R2), wurden erwähnt. Als Ergänzung brachte TN28R2 ein, dass Ergotherapie nur von Ergotherapeuten selbst definiert werden kann, es jedoch zur Überprüfung der Verständlichkeit sinnvoll wäre, in der Graphik genannte Vertreter der Gesellschaft heranzuzuziehen.

4. a) Ist die aktuelle Definition (DVE, 2007) in Bezug auf sprachliche Aspekte (z.B. Wortwahl, Formulierungen) zeitgemäß?

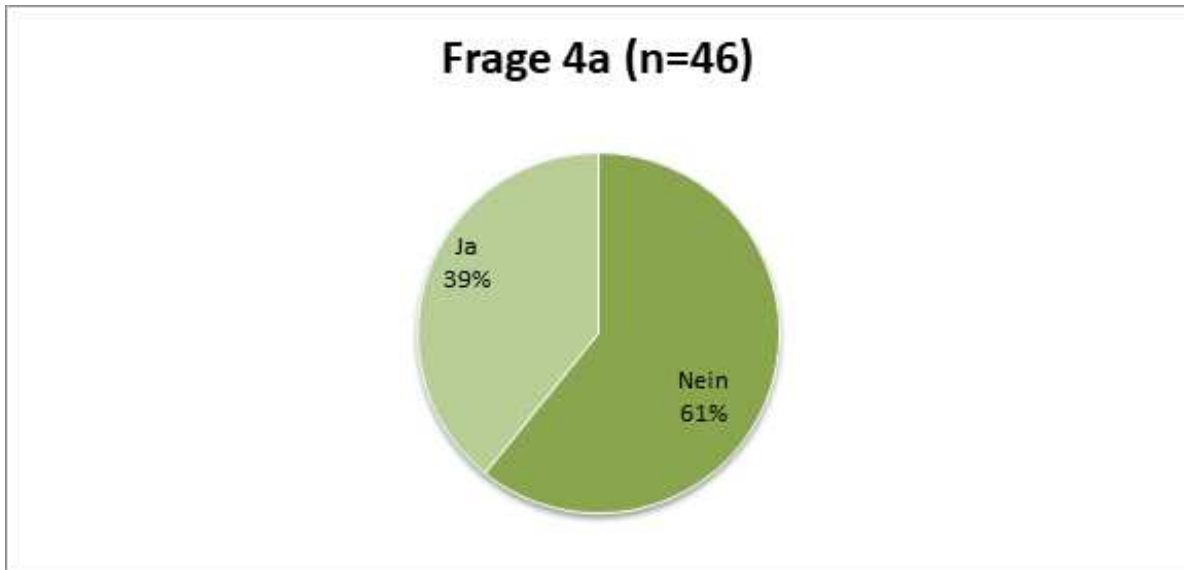


Abbildung 14 Aktualität der sprachlichen Aspekte der Berufsdefinition (DVE, 2007)

Um im Sinne des Forschungsziels die Aktualität der derzeitigen Definition der Ergotherapie vom DVE (2007) zu überprüfen, wurden in dieser Frage zunächst die sprachlichen Aspekte angesprochen. Eine Mehrheit von 61% empfand die aktuelle Definition des DVE (2007) in Bezug auf sprachliche Aspekte als nicht zeitgemäß.

4. b) Welche zusätzlichen sprachlichen Aspekte sind für Sie in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie relevant? (Mehrfachnennungen möglich)

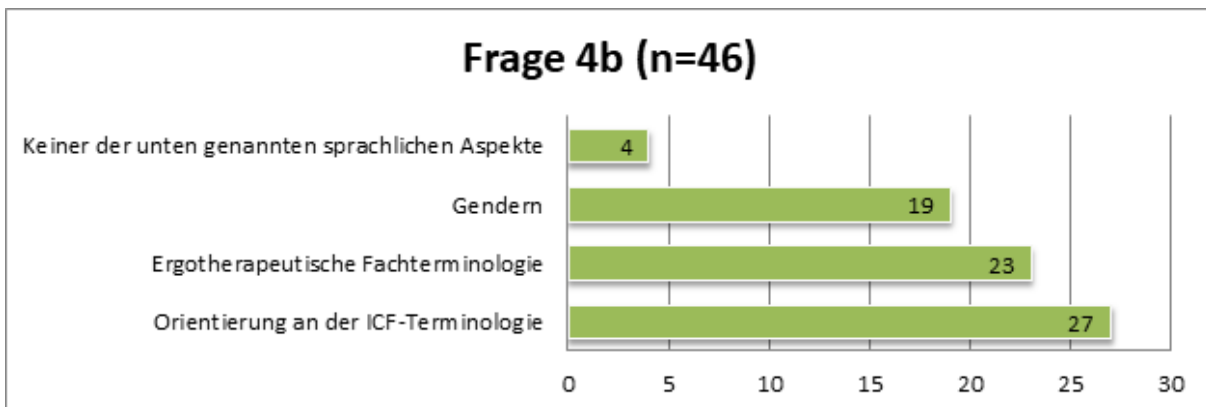


Abbildung 15 Zusätzlich relevante sprachliche Aspekte einer Berufsdefinition

Es ist zu sehen, dass eine *Orientierung an der ICF°-Terminologie* von einer Mehrheit der Teilnehmer (59%) als relevant für eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie empfunden wurde. Auch der sprachliche Aspekt des *Genderns* und die Verwendung *ergotherapeutischer Fachterminologie* fanden mit je 19 bzw. 23 Stimmen Anklang.

Unter „weitere“ wurde häufig angegeben, dass auf die leichte Verständlichkeit der Sprache geachtet werden sollte. Aspekte, die hierzu aufgeführt wurden, sind der Verzicht auf Fachterminologie (TN13R2; TN28R2) sowie die Verwendung von kurzen prägnanten und nicht verschachtelten

Sätzen (TN36R2; TN45R2). Weitergehend wurde angemerkt, dass eine Definition eher zeitlos (TN11R2) und zukunftsorientiert (TN15R2) sein solle. Es wurden jedoch keine konkreten Vorschläge für sprachliche Aspekte gemacht, wie dies aussehen könnte. Mit eingebracht wurde zudem, politische Entscheidungen, wie z.B. die UN-Behindertenrechtskonvention, mit zu bedenken (TN34R2).

5. Für den Überblick: Welche strukturellen Aspekte sollte eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie enthalten? (Mehrfachnennungen möglich)

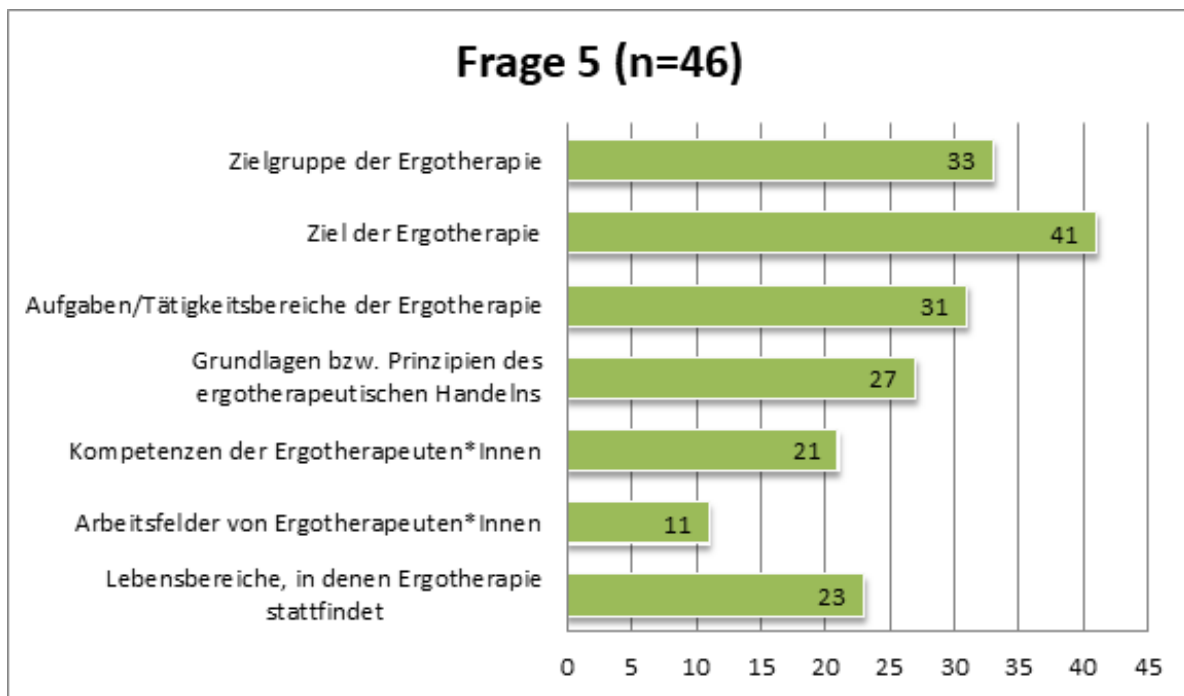


Abbildung 16 Strukturelle Aspekte der Berufsdefinition

Die Frage diente v.a. dazu, den Teilnehmern einen Überblick über die im Fragebogen behandelten Themen zu geben und darüber nachzudenken, welche Oberthemen prinzipiell in einer Definition angesprochen werden sollten, bevor diese näher beleuchtet wurden.

Bei den Angaben der Teilnehmer lässt sich die größte Differenz zwischen den Aspekten der Ziele und Arbeitsfelder feststellen. So sprachen sich 89% für den Einbezug von *Zielen der Ergotherapie* in eine zeitgemäße Definition aus und lediglich 24% für die *Arbeitsfelder*. Ansonsten lassen sich keine klaren Tendenzen erkennen. Dies geht einher mit der Aussage eines Teilnehmers (TN40R2), dass grundsätzlich alle Bereiche wichtig und relevant seien. Ebenjener Teilnehmer gab jedoch auch zu bedenken, dass der Einbezug aller Bereiche den Rahmen einer Definition sprengen würde. Für eine detaillierte Beschreibung seien das Berufsprofil bzw. die Berufskompetenzen da (TN28R2). Darüber hinaus könne über weiterführende, z.B. zielgruppenorientierte, Definitionen nachgedacht werden (TN40R2).

Inhaltliche Kriterien einer zeitgemäßen Ergotherapie-Definition:

6. Sollten in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie die grundlegenden Rollen des*r Ergotherapeuten*In innerhalb des Gesundheitssystems benannt werden und wenn ja, welche wären das?

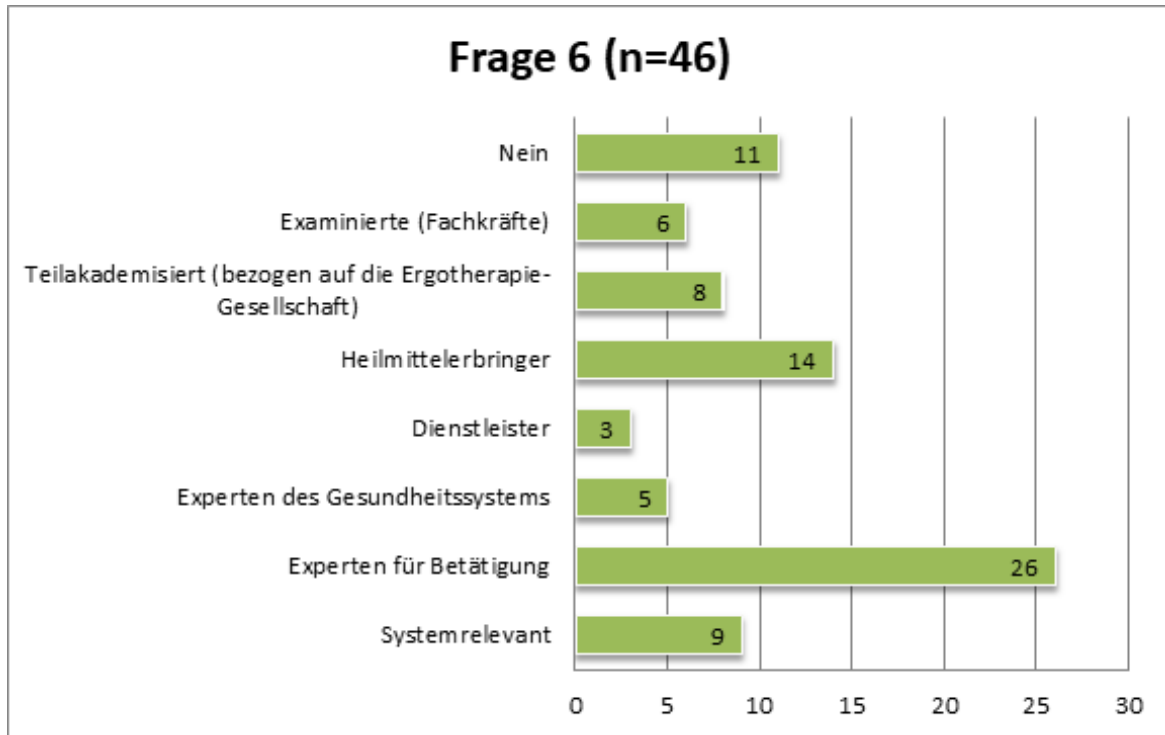


Abbildung 17 Rolle der Ergotherapeuten

Knapp über die Hälfte der Teilnehmer (57%) gaben an, dass sie die Rolle der Ergotherapeuten gerne mit dem Aspekt *Experten für Betätigung* in der Definition wiederfinden würden. Im Kontrast zu lediglich 7% der Teilnehmer, die den Aspekt *Dienstleister* auswählten, ist dies die am häufigsten genannte Angabe. Die Anzahl an Stimmen für die übrigen Aspekte, wichen zahlenmäßig kaum voneinander ab und wurden jeweils von 5 bis 14 Teilnehmern ausgewählt.

Vorschläge, die unter „weitere“ angegeben wurden, sind z.B. die Rolle des Change Agent (TN37R2) und des Stakeholders innerhalb des ganzheitlichen Gesundheitssystems (TN36R2). Des Weiteren wurde benannt, dass Ergotherapeuten diagnostizieren und therapieren und sich diese Begriffe daher wiederfinden sollten (TN17R2). 1 Teilnehmer (TN07R2) verwies auf das Framework CanMEDS, welches mit dem Zweck, die notwendigen Kompetenzen aller medizinischer Praxisbereiche zu definieren, entwickelt wurde (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2020). Zudem wurde die Ergotherapie als Schnittstelle zu anderen Bereichen des Gesundheitssystems (TN34R2), bzw. als Gesundheitsfachberuf (TN12R2), gesehen. Darüber hinaus wurde der Aspekt angebracht, dass Ergotherapeuten nicht nur in einem Gesundheitssystem arbeiten und daher die Benennung der Rolle innerhalb des Gesundheitssystems in einer Definition einschränkt (TN15R2).

7. Sollten die persönlichen Qualitäten der Ergotherapeuten*Innen (Cup & Van Hartigsveldt, 2019) in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie benannt werden, wenn ja welche? (Mehrfachnennungen möglich)

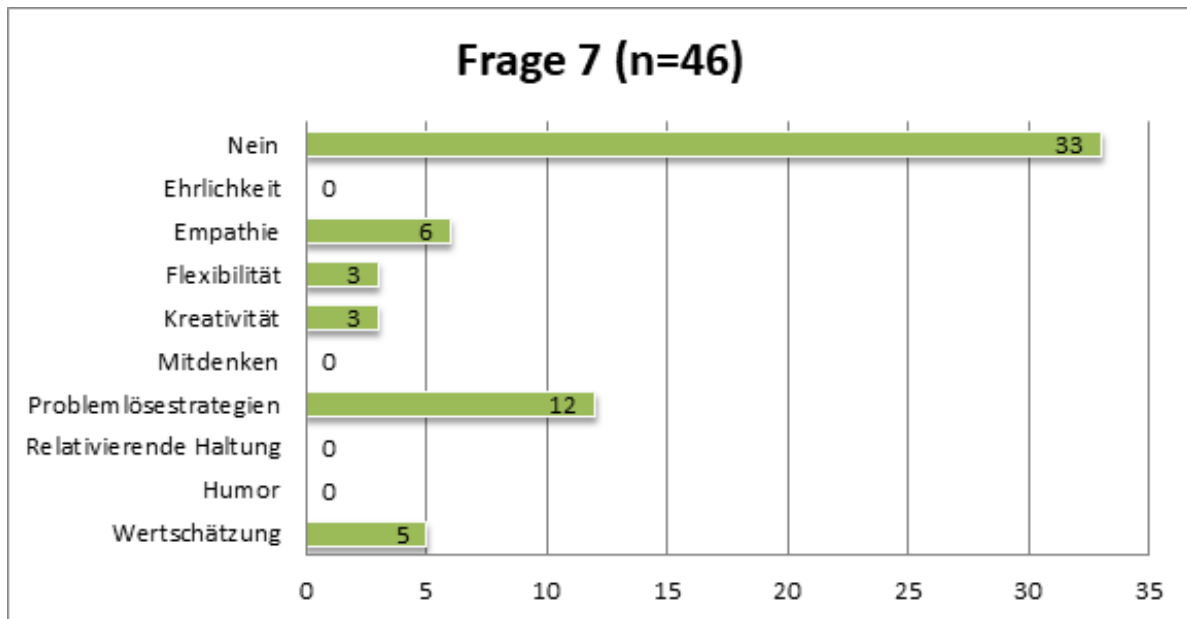


Abbildung 18 Qualitäten der Ergotherapeuten

Bezüglich der Benennung von persönlichen Qualitäten der Ergotherapeuten lässt sich eine deutliche Mehrheit von 72% feststellen, die gegen eine konkrete Nennung dieser innerhalb einer Definition der Ergotherapie waren. Die Qualitäten *Ehrlichkeit*, *Mitdenken*, *relativierende Haltung* und *Humor* wurden von keinem der Teilnehmer angekreuzt. Angaben zu den Qualitäten *Empathie* (13%), *Flexibilität* und *Kreativität* (je 7%) bzw. *Wertschätzung* (11%) ließen sich nur vereinzelt finden. Mit 26% (12 von 46 TN) war bei der Qualität *Problemlösestrategien* ein etwas höherer Ausschlag zu verzeichnen. Weitergehend wurden unter „weitere“ die Qualitäten „Klientenzentriert, objektiv [und] Handlungsorientiert“ (TN34R2) angegeben.

8. Im ersten Fragebogen wurden verschiedene Prinzipien bzw. Grundlagen des ergotherapeutischen Handelns (Van Hartingsveldt et al., 2010) erhoben. Sollten diese in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie benannt werden und wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

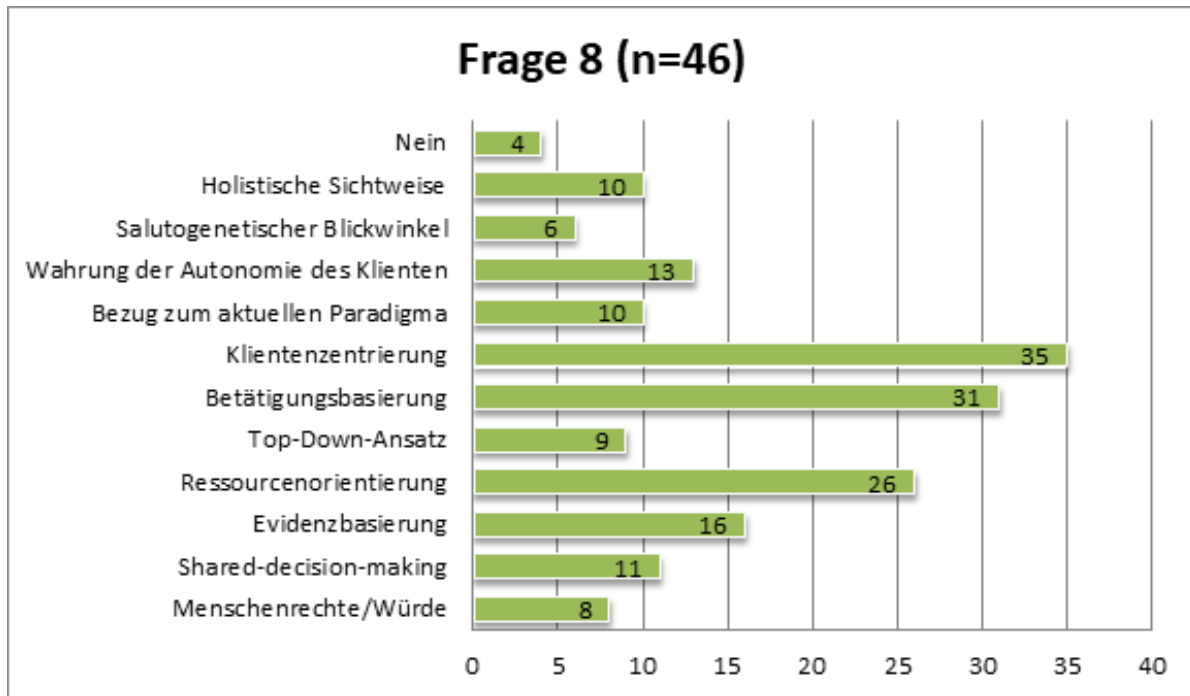


Abbildung 19 Prinzipien bzw. Grundlagen des ergotherapeutischen Handelns

In den Ergebnissen zu dieser Frage zu nennen, die am häufigsten ausgewählt wurden: *Klientenzentrierung*° (35 TN), *Betätigungsbasierung* (31 TN) und *Ressourcenorientierung* (26 TN). Alle weiteren Aspekte bewegen sich in dem Prozenträum von 9-34%. Ferner wurde unter „weitere“ das „methodisch geleitete[s] prozesshafte[s] Handeln“ erwähnt (TN36R2).

9. Sollte in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgeführt werden, was die ergotherapeutische Zielgruppe in den Therapieprozess mit einbringt und wenn ja, wie würden Sie dieses benennen? (Mehrfachnennungen möglich)

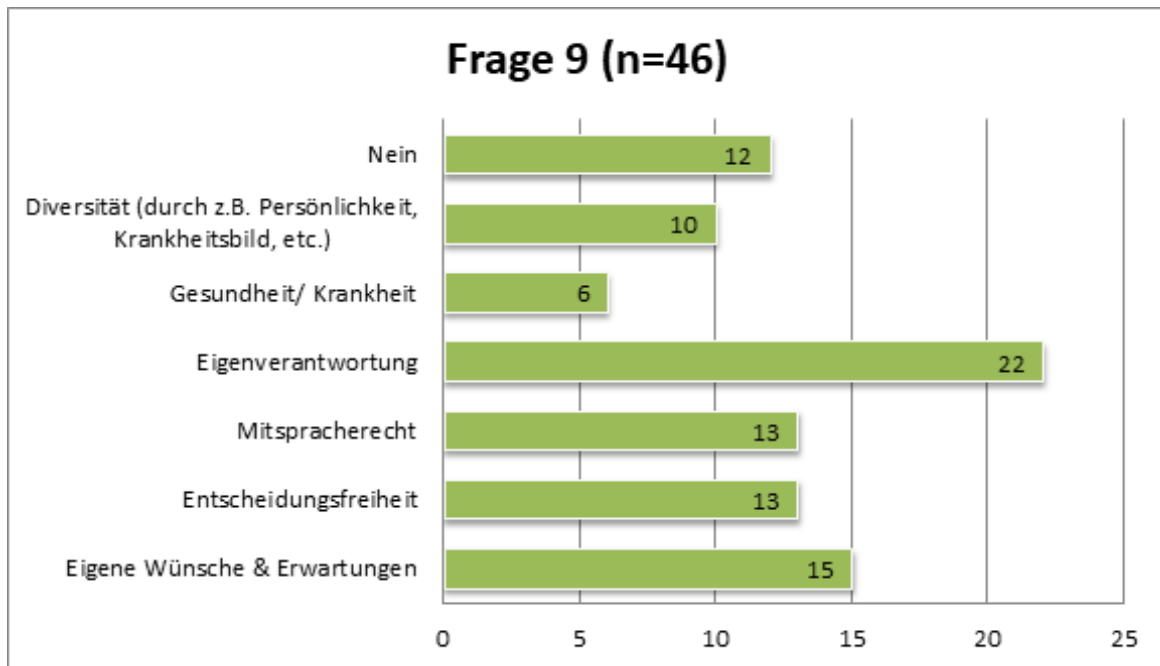


Abbildung 20 Beitrag der ergotherapeutischen Zielgruppe

In dieser Frage stand die Zielgruppe der Ergotherapie im Fokus. Es sollte erfasst werden, ob ihr Beitrag am Therapieprozess in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie angesprochen werden sollte. Gegen den Einbezug sprachen sich 26% der Teilnehmer aus. Es ist lediglich eine relative Mehrheit bezüglich des Aspektes der *Eigenverantwortung* (46%) zu verzeichnen. Unter dem Antwortfeld „weitere“ wurde vorgeschlagen, den Aspekt der *Eigenverantwortung* durch Mitverantwortung zu ersetzen (TN36R2). Zusätzlich wurde angemerkt, dass der Aspekt *Gesundheit und Krankheit* nicht alle Anliegen, die die Bewältigung des persönlichen Alltags betreffen umfassen und somit zu kurz greifen würde (TN28R2).

10. Sollten Ihrer Meinung nach ergotherapeutische Kompetenzen in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgeführt werden? Wenn nein, gehen Sie weiter zu Frage 11! Wenn ja, in welcher Form?

a) Kompetenzen des DVE (2019) (Mehrfachnennungen möglich)

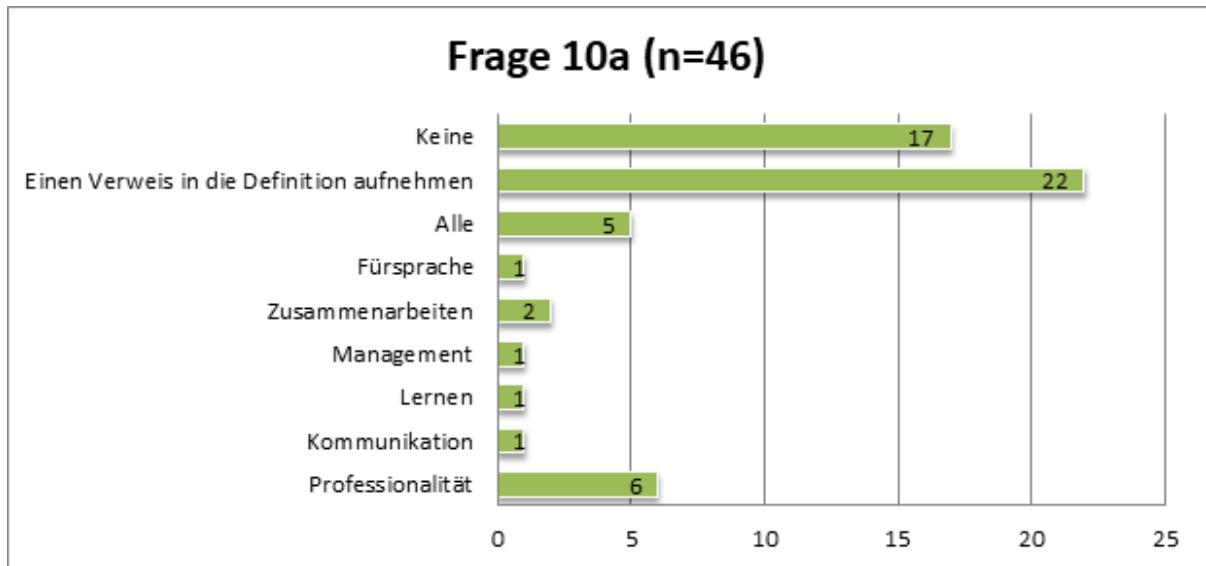


Abbildung 21 Berufskompetenzen des DVE (2019)

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die direkte Benennung der einzelnen Kompetenzen des DVE in einer Definition der Ergotherapie nicht gewünscht sind. Mit 48% bzw. 37% favorisierten die Teilnehmer einen *Verweis auf das Kompetenzprofil* (DVE, 2019b) bzw. diese Kompetenzen unerwähnt zu lassen.

10. b) Niederländische Kompetenzen (Verhoef & Zalmstra, 2013) (Mehrfachnennungen möglich)

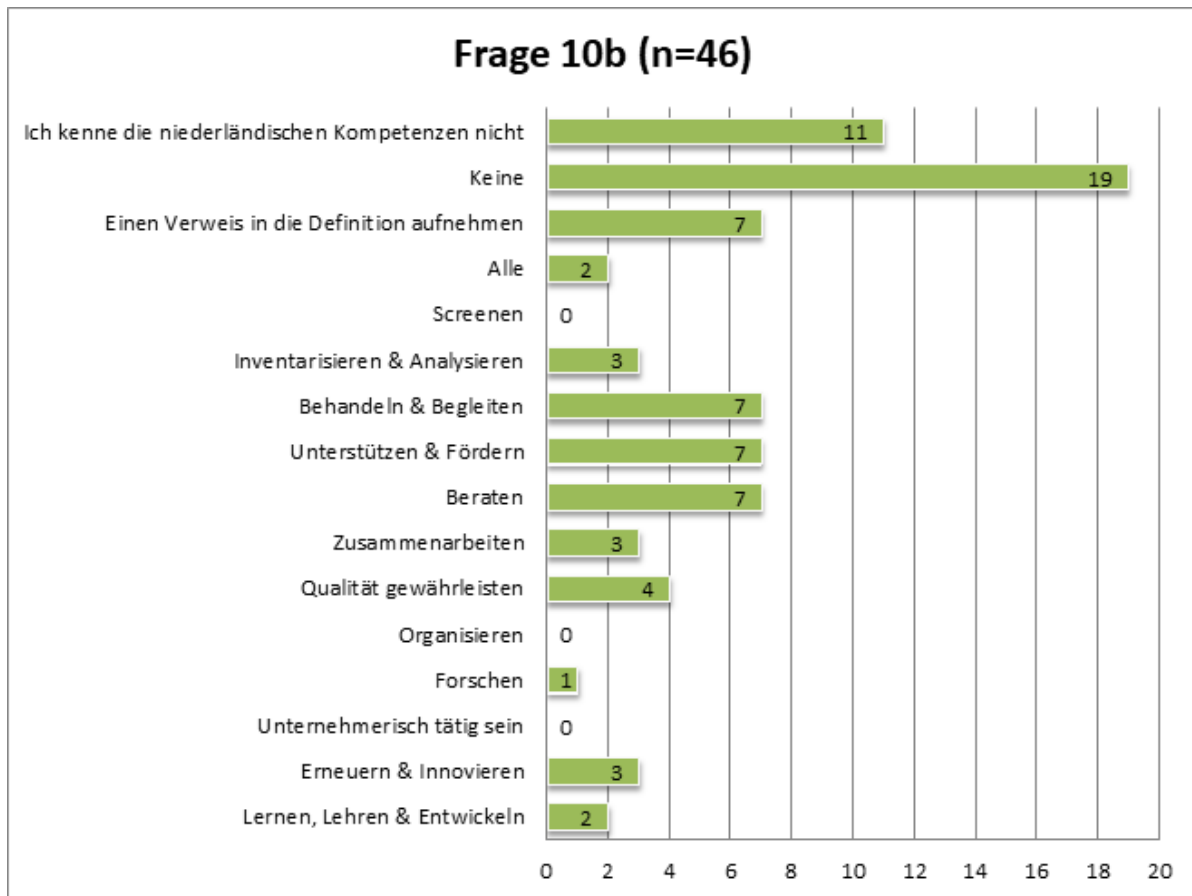


Abbildung 22 Niederländische Kompetenzen

Bezüglich der niederländischen Kompetenzen zeigte sich vorerst ein etwas weniger klares Bild. Würde man jedoch die 11 Teilnehmer abziehen, welche angaben, dass sie diese Kompetenzen nicht kennen und damit keine konkrete Aussage über einen möglichen Einbezug in eine deutsche Berufsdefinition treffen können, ergäbe sich, bezogen auf eine niedrigere Grundgesamtheit, eine höhere Prozentzahl für die Option die niederländischen Kompetenzen unerwähnt zu lassen. Demnach waren 70% der Teilnehmer, die die Kompetenzen kennen, gegen den Einbezug dieser in eine Definition. Keiner der Teilnehmer sprach sich für die Benennung der Kompetenzen *Screenen*, *Organisieren* und *unternehmerisch Tätig sein* aus. Alle weiteren Kompetenzen wurden von 1 bis 7 Teilnehmern angekreuzt. 7 Teilnehmer kreuzten zudem die Option an, einen Verweis auf die niederländischen Kompetenzen einzufügen.

10. c) Enablement-Skills aus dem Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE; Townsend, Polatajko, Craik, & Davis, 2013) (Mehrfachnennungen möglich)

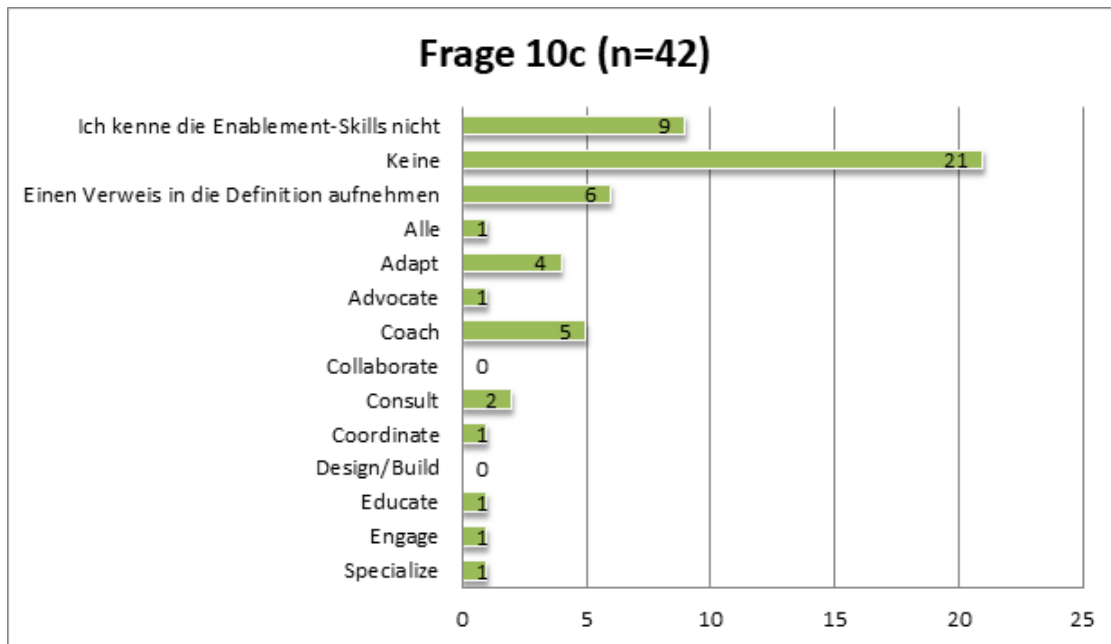


Abbildung 23 Enablement-Skills

In den Ergebnissen der Fragen 10c-d kommt zum Tragen, dass die Fragen 10a-d optional zu beantworten waren. Von 42 Teilnehmern, die diese Frage beantworteten, gaben 9 Teilnehmer an, die Enablement-Skills nicht zu kennen. Somit beziehen sich die folgenden Prozentangaben, wie bereits bei Frage 10b, auf eine kleinere Grundgesamtheit von hier 31 Teilnehmern. 68% davon sprachen sich gegen den Einbezug dieser Kompetenzen aus. Lediglich 1 Teilnehmer gab an, dass *alle* Kompetenzen aufgeführt werden sollten. Auch alle weiteren Angaben sind eher schwach vertreten: 4 Teilnehmer sprachen sich für den Aspekt *Adapt* und 5 Teilnehmer für *Coach* aus. *Collaborate* bzw. *Design/Build* wurden von keinem Teilnehmer ausgewählt, während alle weiteren Aspekte lediglich einmal genannt wurden.

10. d) weitere Kompetenzen (Mehrfachnennungen möglich)

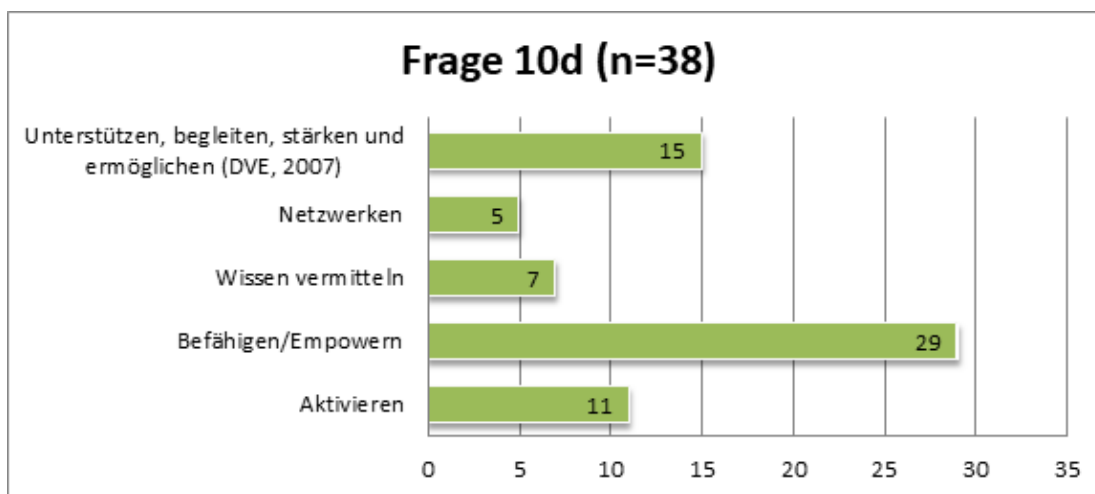


Abbildung 24 Weitere Kompetenzen

Neben den Kompetenzen, die bestehenden Kompetenzprofilen zugeordnet werden konnten, wurden in der ersten Runde auch weitere Kompetenzen benannt, die in der zweiten Runde abgefragt werden sollten. Zudem wurde die Formulierung „*unterstützen, begleiten, stärken und ermöglichen*“ (2007) aus der derzeit aktuellen Definition des DVE von 2007 zur Auswahl gestellt. Von 38 Teilnehmern, die diese Frage beantworteten, sprachen sich 15 Teilnehmer dafür aus, die aktuelle Formulierung beizubehalten. Bezogen auf die kleinere Grundgesamtheit von 38 Teilnehmern kreuzte eine Mehrheit von 76% die Kompetenz *Befähigen/Empowern* an.

11. Welche dieser ergotherapeutischen Aufgaben in Bezug auf das professionelle Handeln (Oevermann, 1999; Dewe & Otto, 2002) sollten in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgenommen werden? (Mehrfachnennungen möglich)

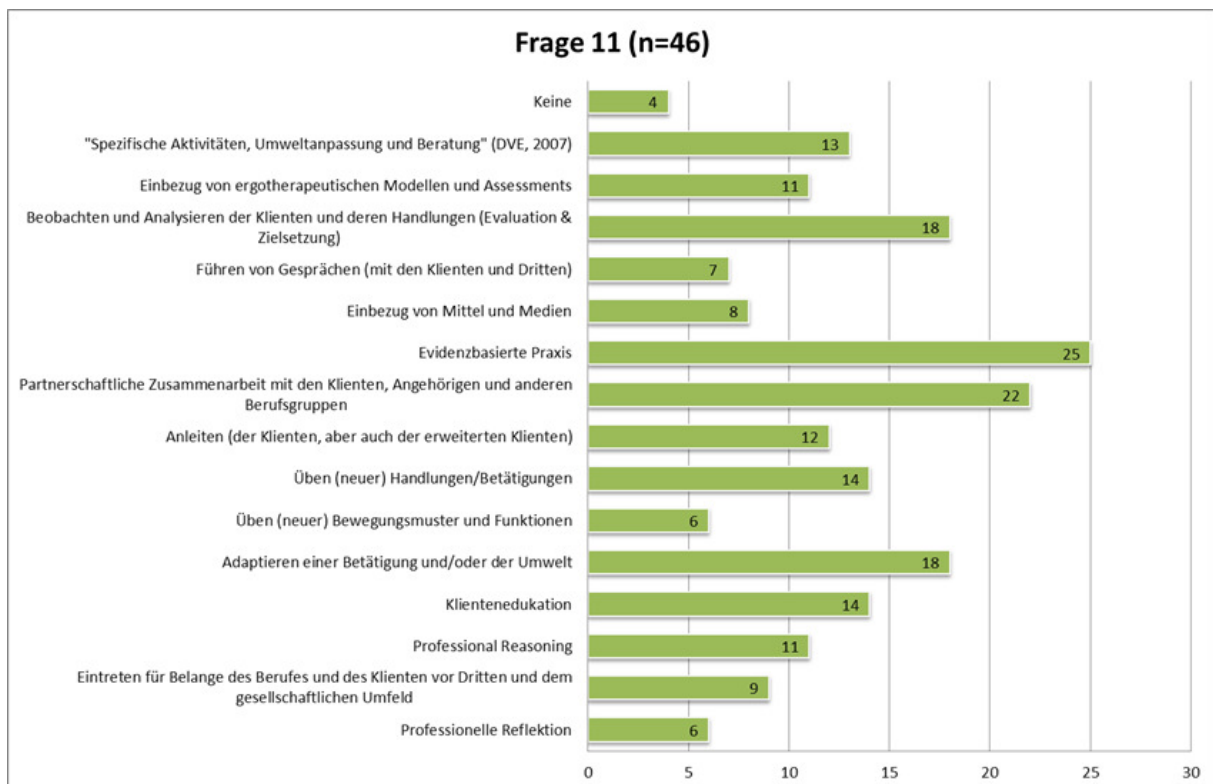


Abbildung 25 rgotherapeutische Aufgaben

Die Ergebnisse bezüglich der Frage, ob, und wenn ja, welche ergotherapeutischen Aufgaben Einbezug in die Definition der Ergotherapie finden sollen, ergaben kein einheitliches Meinungsbild. Kleine Tendenzen sind für die Aspekte *evidenzbasierte Praxis* und *partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Klienten, Angehörigen und andern Berufsgruppen* zu erkennen. Für *evidenzbasierte Praxis* sprach sich knapp über die Hälfte der Teilnehmer (54%), bzw. für *partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Klienten, Angehörigen und andern Berufsgruppen* knapp weniger als die Hälfte der Teilnehmer (48%) aus.

12. Wie viele Definitionen der Ergotherapie sollte es Ihrer Meinung nach geben? (Mehrfachnennungen möglich)

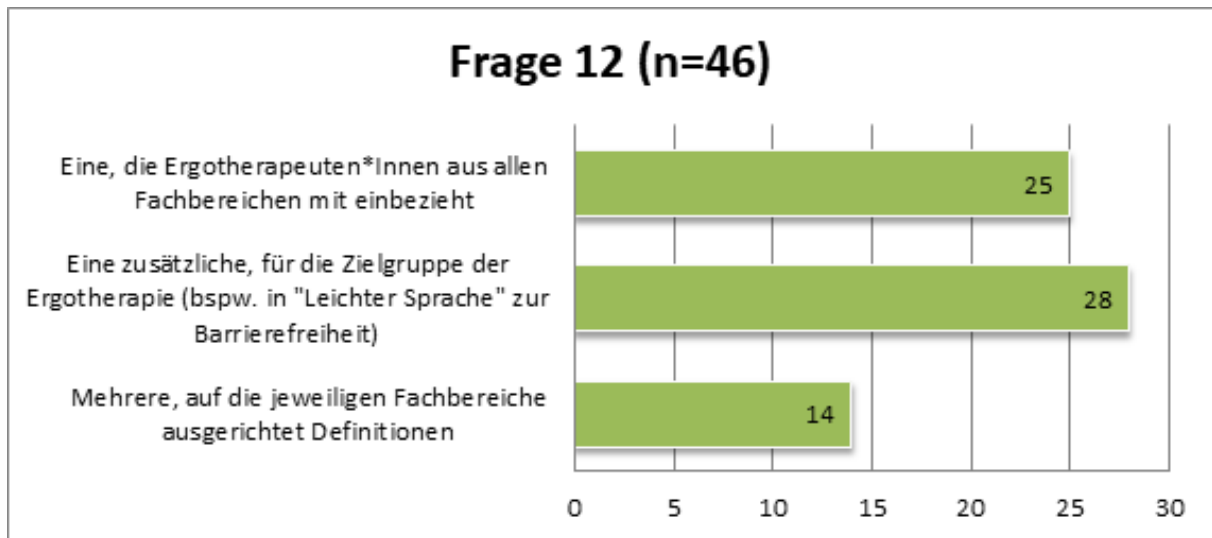


Abbildung 26 Anzahl an Definitionen

In der ersten Runde wurde mehrfach vorgeschlagen, separate Definitionen für die jeweiligen Fachbereiche zu verfassen, weshalb diese Option in der zweiten Runde gegeben wurde.

Wegen des, von einigen Teilnehmern genannten Wunsches, eine Definition für alle verständlich zu gestalten, wurde zusätzlich die Option für eine separate, zielgruppenspezifische Definition gegeben.

Durch die Ergebnisse lässt sich erkennen, dass sich mit einer Anzahl von 25 Teilnehmern, die Mehrzahl für eine Definition aussprach, die alle Fachbereiche miteinbezieht. 14 Teilnehmern waren hingegen der Meinung, dass es *mehrere, auf die jeweiligen Fachbereiche ausgerichtete Definitionen* geben sollte. 61% der Teilnehmer griffen die Idee auf, eine separate Definition, z.B. in leichter Sprache, für Klienten zur Verfügung zu stellen.

Optionen, die unter „weitere“ aufgeführt wurden:

- Kurz- und Langversion (TN16R2)
- Drei Definitionen: eine kurze und präzise Definition für die Außendarstellung, eine detaillierte für die Ergotherapeuten selbst und stärker interessierte Personen sowie eine in leichter Sprache (TN14R2)
- Eine kurze und prägnante Definition sowie weitere spezifische Definitionen, die auf die Fachbereiche oder Zielgruppen ausgerichtet sind (TN40R2)
- Ein Hinweis auf Definitionen der einzelnen Fachbereiche (TN46R2)
- Profilbeschreibungen für die einzelnen Fachbereiche (TN36R2)

13. a) Sollten die aktuell vorherrschenden Fachbereiche der Ergotherapie Ihrer Meinung nach in einer allgemeingültigen und zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgeführt werden und wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

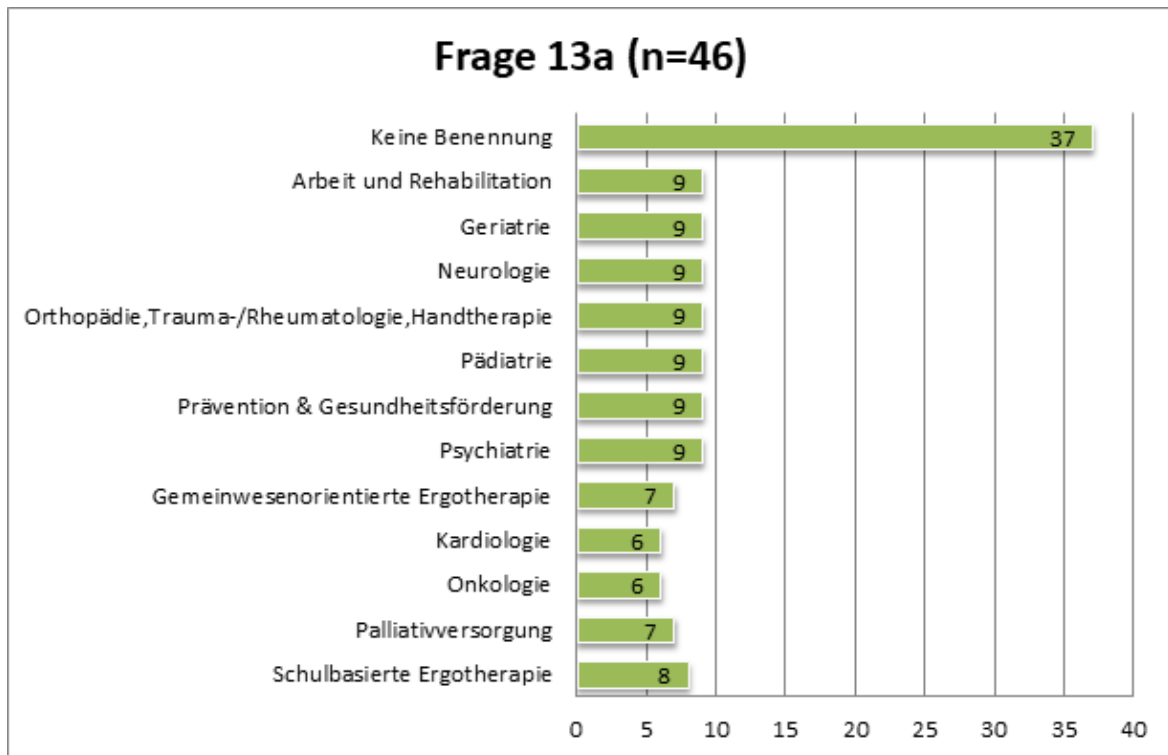


Abbildung 27 Fachbereiche der Ergotherapie

Die Frage, ob die aktuell vorherrschenden Fachbereiche in einer allgemeingültigen und zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgeführt werden sollten, zeigt ein sehr eindeutiges Ergebnis in der zweiten Runde. 37 Teilnehmer und somit 80%, sprachen sich gegen die explizite Nennung der Fachbereiche aus. Für die Nennung der einzelnen Fachbereiche waren jeweils nur zwischen 13% und 20% der Teilnehmer.

13. b) Sollten Ihrer Meinung nach innovative Arbeitsfelder der Ergotherapie in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie aufgenommen werden und wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

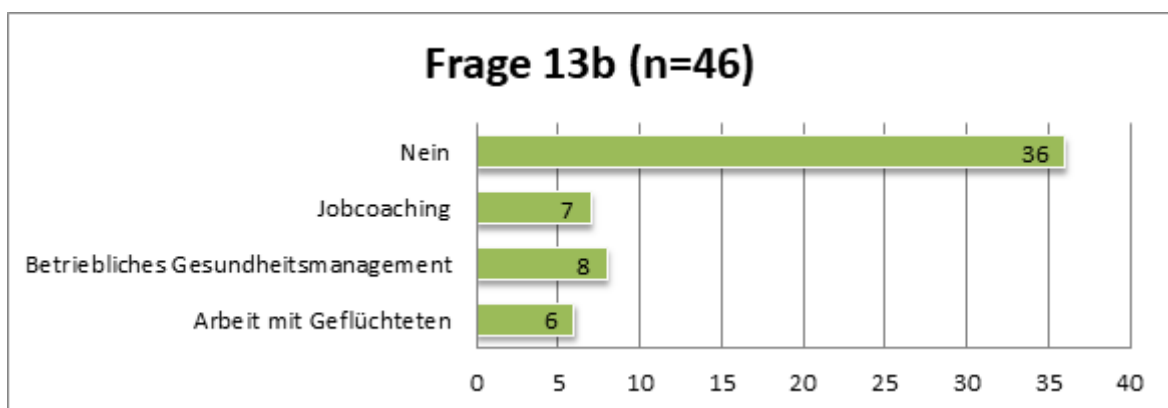


Abbildung 28 Innovative Arbeitsfelder der Ergotherapie

Auch die Ergebnisse dieser Frage, die sich mit dem Einbezug der innovativen Arbeitsfelder der Ergotherapie in eine zeitgemäße Definition beschäftigte, fielen sehr eindeutig aus. So war auch hier eine Mehrheit von 36 Teilnehmern (78%) dagegen. Die konkrete Nennung der Aspekte *Jobcoaching*, *betriebliches Gesundheitsmanagement* und *Arbeit mit Geflüchteten* wurde von lediglich je 6 bis 8 Teilnehmern gewünscht.

Ein zusätzlich angesprochener Aspekt, der unter „weitere“ benannt wurde, ist die Arbeit in „städtischen Handlungsfeldern“ (TN34R2). Des Weiteren wurde angemerkt, dass die Arbeitsfelder nur in einer potentiellen Langversion auftauchen (TN16R2) oder auszugsweise bzw. allgemein (bezogen auf aktuell vorherrschende UND innovative Arbeitsfelder), beschrieben werden sollten (TN33R2).

14. Sollten Ihrer Meinung nach nun die Lebensbereiche in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie genannt werden und wenn ja, in welcher Form? (Mehrfachnennungen möglich)

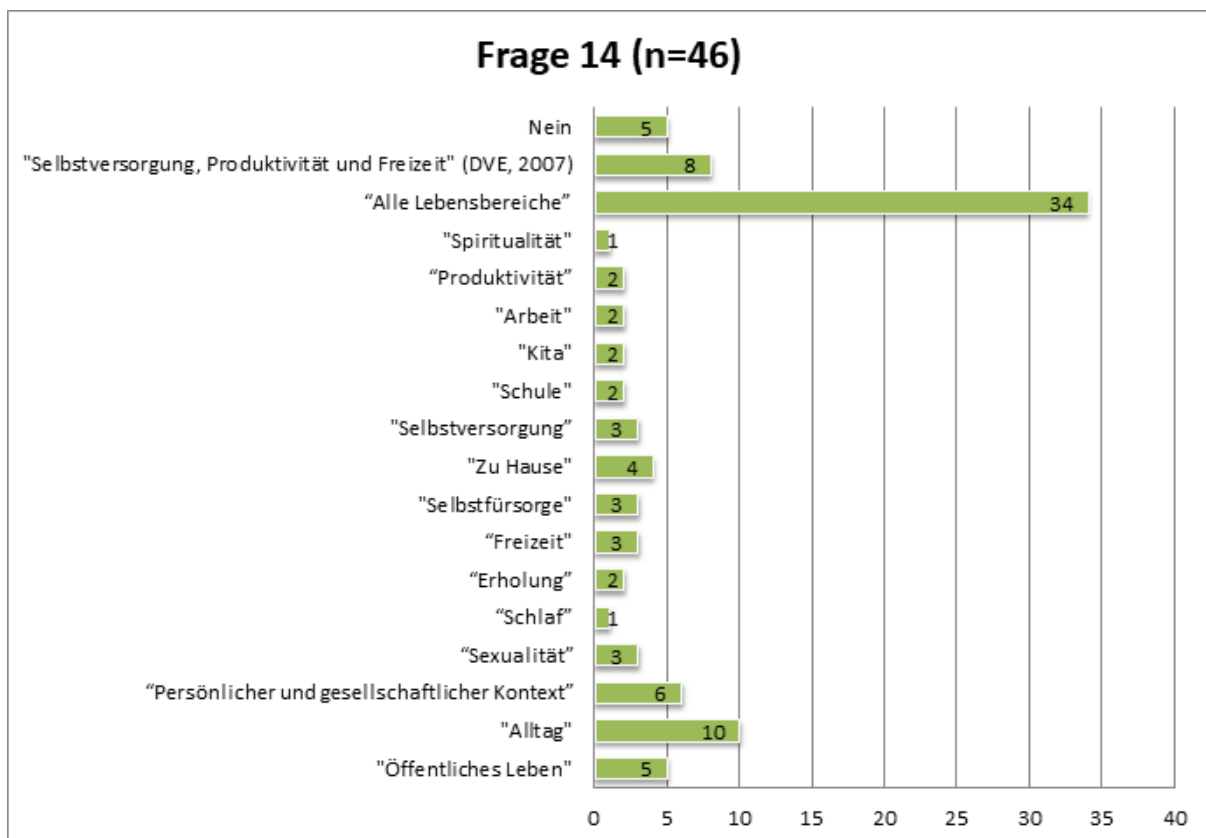


Abbildung 29 Die Lebensbereiche

Im Gegensatz zur ersten Runde, bei der das Thema Lebensbereiche kontrovers behandelt wurde, waren die Ergebnisse der zweiten Runde sehr einstimmig. 34 von 46 Teilnehmern, und somit rund 74%, waren der Meinung, dass die Formulierung *alle Lebensbereiche* gewählt werden sollte. Immerhin 10 Teilnehmer sprachen sich für die Formulierung *Alltag* aus und 8 Teilnehmer dafür, die Formulierung der derzeitigen DVE Definition „*Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit*“ (2007) beizubehalten. 5 Teilnehmer würden die Lebensbereiche in einer zeitgemäßen deutschen

Definition der Ergotherapie unerwähnt lassen. Alle weiteren Einzelaspekte waren mit je 1 bis 6 Stimmen belegt.

15. Sollten Ziele der Ergotherapie in einer zeitgemäßen Berufsdefinition benannt werden und wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

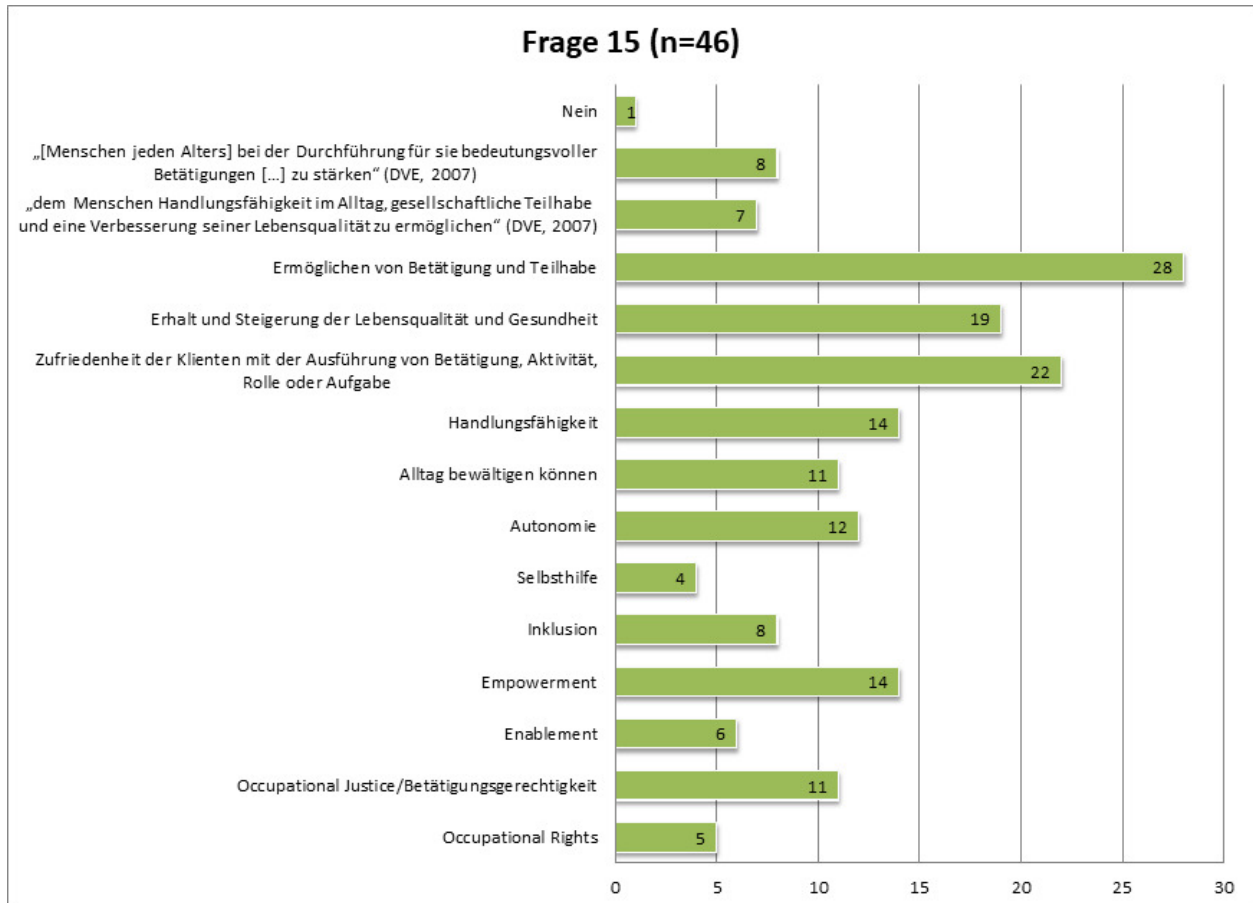


Abbildung 30 Ziele der Ergotherapie

Ähnlich wie bei Frage 11 zeigen diese Ergebnisse kein einheitliches Meinungsbild. Kleine Tendenzen zeigen sich für die Formulierung *Ermöglichen von Betätigung und Teilhabe*, für die 28 Teilnehmer stimmten. Weniger als 50% der Teilnehmer, jedoch mit 19 bzw. 22 Stimmen unter den drei meist gewählten Antworten, wählten die Aspekte *Erhalt und Steigerung der Lebensqualität und Gesundheit*, bzw. *Zufriedenheit der Klienten mit der Ausführung von Betätigung, Aktivität, Rolle oder Aufgabe*. Alle weiteren Aspekte zeigen keine eindeutige Tendenz.

Ein Vorschlag, der unter „weitere“ aufgeführt wurde, ist die Formulierung „Erhalt und Steigerung der Lebensqualität“ (TN11R2) unter Auslassen des Begriffs der „Gesundheit“. Eine weitere Idee war die Ergänzung des im Fragebogen vorgeschlagenen Aspektes *Ermöglichen von Betätigung und Teilhabe* durch die Bedeutung dessen für den individuellen Klienten (TN14R2). Des Weiteren wurde kritisch hinterfragt, ob es bei einer potentiellen Anpassung der Definition eher darum gehe, sie allgemein verständlicher zu machen, als darum, die Internationalität der Ergotherapie zu betonen und ob dahingehend Anglizismen wirklich von Nöten seien (TN45R2).

16. Sollte Ihrer Meinung nach der Betätigungsbegriff in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgeführt werden und wenn ja, in welcher Form?

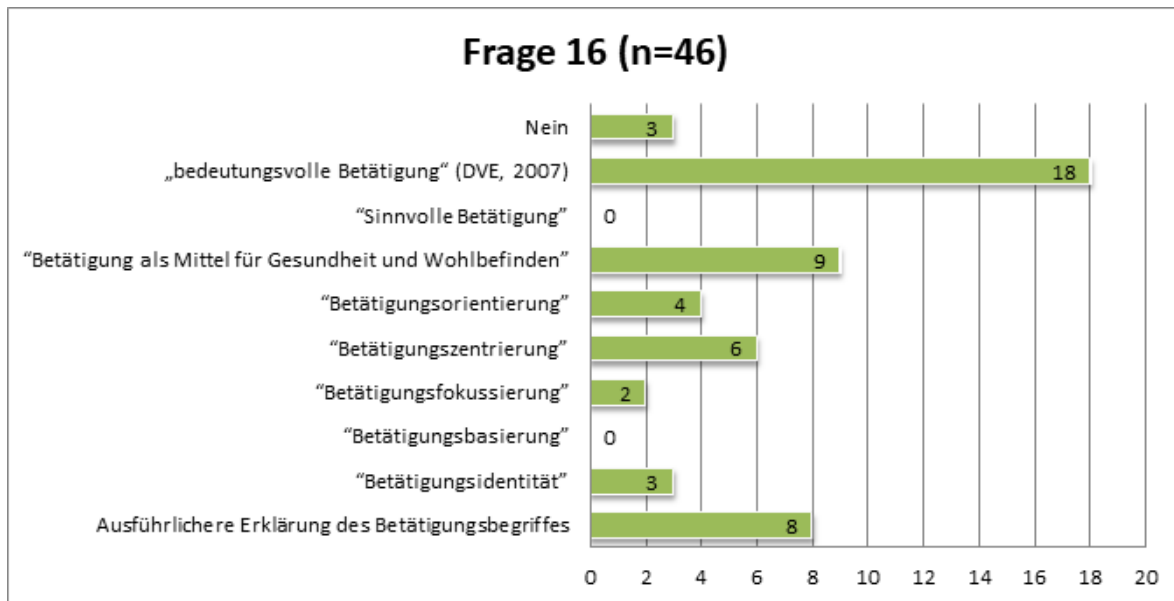


Abbildung 31 Der Betätigungsbegriff

In der ersten Runde wurde deutlich, dass bezüglich des Betätigungsbegriffes unterschiedliche Auffassungen herrschen und der Wunsch besteht, diese Begriffe in der Ergotherapie-Definition zu spezifizieren. Es zeigt sich jedoch eine relative Mehrheit von 39%, die mit der derzeitigen Beschreibung des DVE (2007) „*bedeutungsvolle Betätigung*“ zufrieden ist. Kein Teilnehmer wählte die Beschreibungen *sinnvolle Betätigung* und *Betätigungsbasierung* aus. Ansonsten zeigt sich ein sehr durchmisches Bild, welches neben den Aspekten des DVE nur minimale Tendenzen für die Formulierung *Betätigung als Mittel für Gesundheit und Wohlbefinden* (20%) und dem generellen Wunsch nach einer ausführlicheren Erklärung des Betätigungsbegriffes (17%) aufweist. Weitere Beschreibungen, die angegeben wurden, sind:

- Betätigung als Mittel und Ziel (TN07R2)
- bedeutungsvolle Aktivität (TN11R2)
- individuell (oder persönlich) bedeutsame Betätigung (TN16R2)
- Tätigkeit, Alltagshandlung (TN19R2)
- bedeutungsvolle und zweckdienliche Betätigung als Mittel für Gesundheit und Wohlbefinden (TN37R2)
- Betätigung in Verknüpfung mit der individuellen Handlungsfähigkeit (TN45R2)

Weitere Vorschläge waren eine potentiell neue Definition von Fachfremden auf ihre Verständlichkeit hinsichtlich des Betätigungsbegriffes prüfen zu lassen (TN28R2), oder den Fokus eher auf die Begriffe *Handlungsfähigkeit* und *Empowerment* zu legen, da diese jede Art der individuellen und bedeutungsvollen Betätigung einschließen würden (TN40R2).

17. Sollte die Zielgruppe der ergotherapeutischen Interventionen benannt werden und wenn ja, in welcher Form? (Mehrfachnennungen möglich)

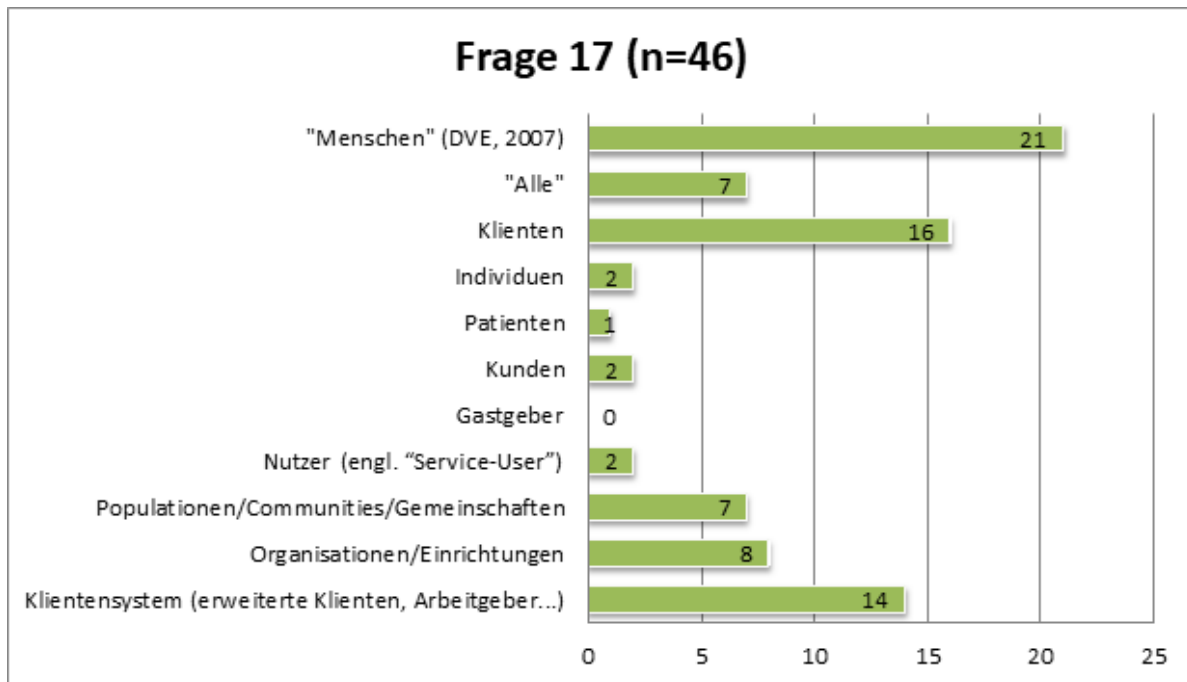


Abbildung 32 Der Zielgruppenbegriff

Bei dieser Frage ging es thematisch um den Begriff, mit welchem die Zielgruppe der Ergotherapie bezeichnet werden sollte. Ähnlich wie bei Frage 16, sprach sich bei dieser Frage eine relative Mehrheit von 46% der Teilnehmer für die Beibehaltung der aktuellen Formulierung „*Menschen*“ des DVE (2007) aus. Ebenfalls stark vertreten waren die Begriffe *Klienten* (16 TN) mit 34% und *Klientensystem*, also erweiterte Klienten, Arbeitgeber, etc. mit 30% der Teilnehmer (14 TN).

Unter „weitere“ forderte 1 Teilnehmer die Kombination der drei Antwortmöglichkeiten *Individuen*, *Populationen/Communities/Gemeinschaften* und *Organisationen/Einrichtungen*. Seine Aussage erklärte er damit, dass auch die Bezeichnung *Klienten* gehen würde, diese dann aber weniger eindeutig wäre (TN27R2). Weitere Vorschläge waren „Einzelne + Gruppen“ (TN24R2) oder die Bezeichnung *Menschen* beizubehalten und in einem Nachsatz zu ergänzen, dass es sich dabei um Einzelne, Gruppen und Organisationen handeln könne (TN08R2).

18. Sollte der von Ihnen oben gewählte Begriff für die Zielgruppe in einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie näher beschrieben werden und wenn ja, wie? (Mehrfachnennungen möglich)

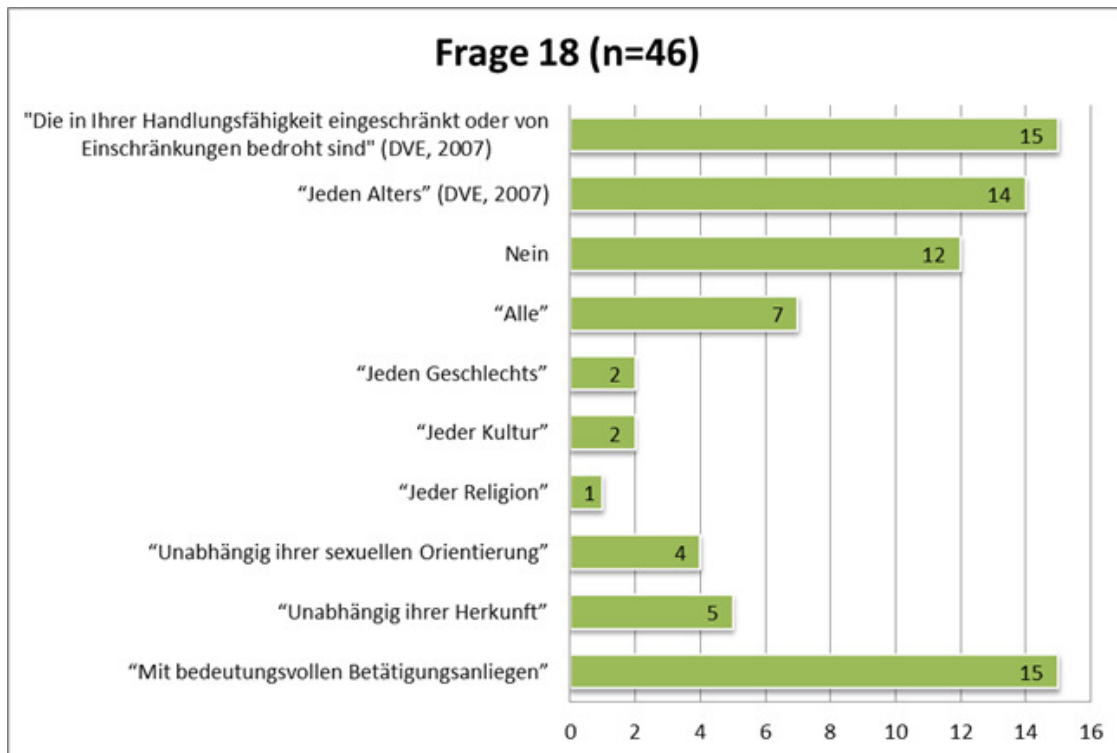


Abbildung 33 Nähere Beschreibung der Zielgruppe

Diese Frage beschäftigte sich mit der näheren Beschreibung der Zielgruppe. Aus den Ergebnissen lassen sich keine klaren Aussagen ableiten. Es gibt eine 'Gruppe' von Aspekten, z.B. *jeder Religion*, *jeder Kultur* oder *unabhängig ihrer Herkunft*, welche lediglich 1 bis 7 Teilnehmer auswählten. Die andere 'Gruppe' wurde von je 12 bis 15 Teilnehmern als wichtig für eine Definition der Ergotherapie erachtet.

Die Aspekte der aktuellen Definition des DVE „*die in Ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind*“ bzw. „*jeden Alters*“ (DVE, 2007) sowie die Beschreibung *mit bedeutungsvollen Betätigungsanliegen* wurden zusammen mit der grundsätzlichen Ablehnung einer näheren Beschreibung der Zielgruppe am häufigsten ausgewählt.

Internationale Aspekte

19. a) Sollten diese internationalen Aspekte zusätzlich in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie einbezogen werden? (Mehrfachnennungen möglich)

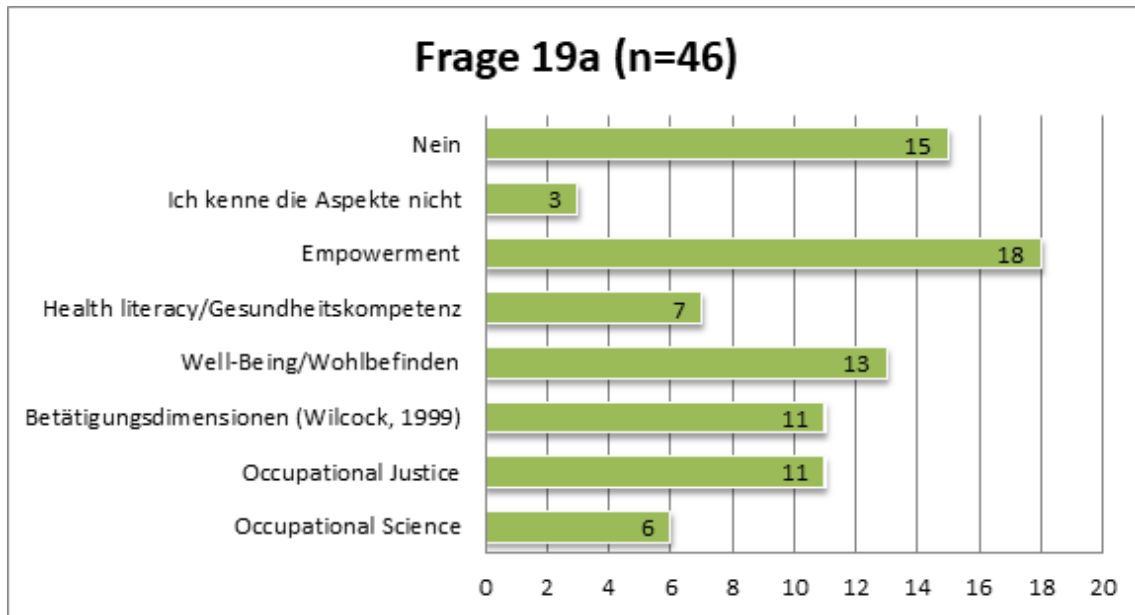


Abbildung 34 Internationale Aspekte

Auch aus Frage 19a lässt sich kein klares Meinungsbild ableiten. 15 Teilnehmer, und somit 33%, sprachen sich gegen den Einbezug von internationalen Aspekten in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie aus. Lediglich 7% der Befragten (3 TN) gaben an, die aufgeführten Aspekte nicht zu kennen.

Betrachtet man die Aspekte, die von den Teilnehmern als relevant angekreuzt wurden, ist zudem kein eindeutiges Ergebnis für spezifische Aspekte zu erkennen. Die Anzahl an Teilnehmern, die für die jeweiligen Aspekte abstimmten, liegt zwischen 6 und 18. Die Spitze bildete hierbei der Aspekt *Empowerment* und der 'Schlussreiter' die *Occupational Science*.

Bei den Fragen 19b-d wurden die Teilnehmer darum gebeten, mittels offener Fragenstruktur nicht näher beschriebene Aspekte aus der ersten Runde zu konkretisieren. Fragen, die lediglich mit *nein* beantwortet wurden und keine näheren Informationen boten, wurden aus der Auswertung herausgelassen.

19. b) Sollten Aspekte aus der WFOT-Definition mitaufgenommen werden? Wenn ja, geben Sie bitte die entsprechenden Aspekte in dem nachfolgenden Feld an. Wenn nein, können Sie zur nächsten Frage weitergehen.

Diese Frage beantworteten 8 (n=8) von 46 Teilnehmer, wobei 7 ausgewertet wurden. Die Teilnehmer führten einige Aspekte der aktuellen WFOT-Definition (2012) auf (► 2), die sie für eine deutsche Berufsdefinition der Ergotherapie als relevant erachteten. Die Aspekte *client-centredness*° (TN07R2; TN27R2; TN28R2; TN32R2) und *enablement* (TN27R2; TN28R2; TN32R2) waren unter den Antworten am häufigsten vertreten. So erwähnte TN32R2 z.B. den Satz der WFOT Definition (2012), in dem es darum geht, dass Ergotherapeuten die Partizipation von Menschen ermöglichen:

„enable people to participate in the activities of everyday life“. Weitere Kernaspekte die genannt wurden, beschäftigen sich mit dem Well-being und der Gesundheitsförderung des Menschen durch Betätigung (TN07R2) bzw. den Aspekten des Engagements und des Modifizierens (Kompensation bzw. Adaption) (TN37R2). Darüber hinaus benannte 1 Teilnehmer den Einbezug von Aspekten der WFOT-Definition zwar als relevant, er verfüge jedoch nicht über ausreichendes Wissen, um diese zu konkretisieren (TN34R2). Ein weiterer Teilnehmer empfand die gesamte WFOT-Definition als stimmig (TN28R2).

19. c) Sollten Aspekte aus dem Code of Ethics (COTEC) aufgenommen werden? Wenn ja, geben Sie bitte die entsprechenden Aspekte in dem nachfolgenden Feld an. Wenn nein, können Sie zur nächsten Frage weitergehen.

Zu dieser Frage wurden insgesamt 5 Antworten (n=5) gegeben, in denen jedoch keine spezifischen Aspekte genannt wurden. Es wurden 3 Vorschläge angebracht, die inhaltlich voneinander abweichen. So brachte TN18R2 den Vorschlag mit ein, einen Verweis auf den Code of Ethics (COTEC) in die Definition einzufügen. TN34R2 war der Meinung, dass Aspekte aus dem Code of Ethics (COTEC) mit aufgenommen werden sollten, er diese jedoch nicht ausreichend kenne, um den Einbezug konkretisieren zu können. Demgegenüber steht die Aussage von TN37R2, dass diese separat und nicht in einer Definition zu behandeln sei.

19. d) Sollten Aspekte aus dem AOTA Framework aufgenommen werden? Wenn ja, geben Sie bitte die entsprechenden Aspekte in dem nachfolgenden Feld an. Wenn nein, können Sie zur nächsten Frage weitergehen.

Die Frage, ob Aspekte aus dem AOTA Framework aufgenommen werden sollten, wurde von 8 Teilnehmern (n=8) beantwortet, wobei lediglich 6 Antworten ausgewertet werden konnten, da die anderen beiden mit *nein* beantwortet wurden. Aspekte, die Teilnehmer erwähnten, sind z.B. der Zusammenhang zwischen Person, Betätigung und Kontext (TN14R2) sowie, dass Klienten Einzelpersonen, Gruppen und Populationen sein können (TN14R2). Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass es im Leben auch darum gehe, Aktivitäten tun zu 'müssen' (TN11R2). Ein weiterer Teilnehmer betonte den Aspekt, dass Ergotherapeuten Partizipation fördern und Klienten in ihren bedeutsamen Betätigungen befähigen würden (TN18R2). Zudem wurde gewünscht, dass die Einteilung des Therapieprozesses in Evaluations-, Interventions- und Outcomephase in eine deutsche Definition der Ergotherapie übernommen wird (TN22R2). TN28R2 hatte bereits in Frage 19c angegeben, dass er die Definition des WFOT stimmig finde. Gleiches gelte für ihn in Bezug auf die Beschreibung von Ergotherapie der AOTA (2020), weshalb er eine Mischung aus den beiden Publikationen favorisieren würde. Laut eines weiteren Teilnehmers könne das AOTA Framework ein gemeinsamer Nenner sein (TN37R2).

4. Interpretation der Ergebnisse

4.1 Stärken und Schwächen

Im folgenden Kapitel wird die Qualität der Studie, mit ihren Stärken und Schwächen näher beschrieben. Hierfür wird untersucht, welche allgemeinen Stärken und Schwächen die Studie möglicherweise beeinflusst habe und inwieweit die unter ► 3.3 beschriebenen Gütekriterien erfüllt werden. Für die vorliegende Arbeit kommen durch die Wahl des Mixed-Methods-Designs zahlreiche Kriterien zum Tragen, die jedoch an dieser Stelle nicht in aller Ausführlichkeit beschrieben, sondern selektiv aufgegriffen werden. Die Stärken und Schwächen werden an dieser Stelle der Forschungsarbeit dargelegt, damit die Beantwortung der Forschungsfrage in die darauffolgende Schlussfolgerung übergehen kann.

Die **Literaturrecherche** wurde durch die Covid-19-Pandemie maßgeblich beeinflusst, da der Zugang zu Bibliotheken nicht, oder nur sehr eingeschränkt, möglich war (► 2.1.1). Zusätzlich war eine Recherche zum Forschungsthema schwierig, da es in der aktuellen Forschung bislang wenig untersucht wurde. Das Thema zeigte sich als sehr spezifisch und somit waren kaum aktuelle Studien zu finden. Es konnte jedoch auf einige Basiswerke zurückgegriffen werden, die zwar nicht wie die verwendeten Studien, anhand der Forschungspyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) auf ihre wissenschaftliche Evidenz hin überprüft werden konnten, jedoch etablierte Werke sind.

Bei den Befragungsrunden ließ sich aufgrund der **Anonymität** nicht zurückverfolgen, welche zwei Teilnehmer den Fragebogen der ersten Runde nicht ausgefüllt haben. Um auszuschließen, dass jene Teilnehmer sich an der zweiten Befragungsrunde beteiligen, baten die Forscherinnen in der E-Mail mit dem Zugangslink darum, dass nur jene Teilnehmer, die bereits die erste Runde beantworteten, auch an dieser teilnehmen.

Im Zusammenhang mit den **internationalen Aspekten** der zweiten Befragungsrunde ist nachträglich aufgefallen, dass die Möglichkeit, diese Fragen zu überspringen, die Aussagekraft der Antworten mindert. Die Anzahl an Teilnehmern, die angaben, die Aspekte nicht zu kennen bzw. diese als nicht relevant für eine deutsche Definition der Ergotherapie zu erachten, ist somit nicht repräsentativ. Experten, die die Fragen überprungen, sind zusätzlich einer der beiden Antworten zuzuschreiben, jedoch nicht zu eruieren.

Die Studie stieß auf **großes Interesse** seitens der Teilnehmer, weshalb nahezu alle zuvor definierten Gruppen, außer der lehrenden Ergotherapeuten ohne akademischen Abschluss, mit ihren verschiedenen Perspektiven auf das Thema vertreten waren. Zudem konnte die Teilnehmeranzahl erweitert werden. Das große Interesse zeigte sich auf in der hohen Rücklaufquote der Fragebögen sowie in den ausführlichen Antworten der Teilnehmer. Die zwei aufeinander aufbauenden Runden, in Zusammenhang mit den zuvor genannten Aspekten, führen zu einer größeren Aussagekraft der Ergebnisse.

Wie bereits unter ► 3.3 beschrieben, sind für diese Studie, in Bezug auf spezifische **Gütekriterien der Mixed-Methods Forschung**, die *Datenqualität*, *Interpretationsqualität* und *Nützlichkeit* (► 3.3.1) von besonderer Relevanz. Um eine aussagekräftige Stichprobe zu generieren, wurde, im Sinne der *Datenqualität*, der Einteilung der Ergotherapie-Population in Gruppen im Forschungsprozess viel Aufmerksamkeit geschenkt. Eine Schwäche der Stichprobenziehung ist, dass einige

Teilnehmer aufgrund ihrer Expertise mehreren Gruppen zugeordnet werden konnten und die endgültige Zuweisung in Einzelfällen durch die Forscherinnen geschehen musste. Eine große Stärke stellen wiederum die aufeinander aufbauenden Befragungsrunden dar. Da der Fragebogen für die zweite Runde aus den Ergebnissen der ersten entwickelt wurde, können die Daten der Teilstudien, im Sinne der *Interpretationsqualität*, sinnvoll aufeinander bezogen werden. Dies bestätigte sich im Rahmen der Diskussion. Die *Nützlichkeit* der Ergebnisse für die Praxis ist bisher noch nicht abzusehen. Das Feedback der Teilnehmer im Rahmen der beiden Befragungsrunden und das Interesse an einer dritten Befragungsrunde, verdeutlicht die Relevanz des Themenkomplexes, wodurch sich der Wunsch der Forscherinnen, die Ergebnisse in Zukunft weiter nutzen zu können verstärkt und über einen Projektantrag nachgedacht wird.

Für den ersten Teil der Studie zogen die Forscherinnen die **qualitativen Gütekriterien nach Mayring (2016)** heran. Da die Auswertung der Ergebnisse ebenfalls angelehnt an Mayring (2015) stattfand, ist in diesem Zusammenhang eine Stringenz zu verzeichnen (► 3.3.2). Besondere Stärken stellen hierbei die *Verfahrensdokumentation*, die *Regelgeleitetheit* und die *Nähe zum Gegenstand* dar. So wurden die einzelnen Schritte des Forschungsprozesses, im Sinne der *Verfahrensdokumentation*, detailliert in der Methodik beschrieben (► 3; ► 3.4) und durch ergänzendes Material im Anhang untermauert. Bei der Datenauswertung der ersten Runde wurden Verfahrensregeln, angelehnt an Mayring (2015), angewendet. Dabei wurden die Vorgaben nicht eins zu eins übernommen, sondern dem Gegenstand der Forschung, konform der *Regelgeleitetheit*, angepasst. Die *Nähe zum Gegenstand* wird dadurch erreicht, dass die Experten zu ihrer persönlichen Sicht auf die Ergotherapie befragt werden und auf Alltagserfahrungen zurückgreifen können. Bereits bei der Akquise^o zeigte sich zudem durch die Rückmeldungen der Anwärtler, dass eine Interessensüberschneidung zwischen den Forscherinnen und Teilnehmern bezüglich des Forschungsgegenstandes besteht.

Eine Schwäche, die sich durch die Wahl der Online-Befragung ergab, wird beim Kriterium der *kommunikativen Validierung* deutlich. Zwar wurden den Experten die interpretierten Ergebnisse der ersten Runde erneut in einer zweiten Runde zur Diskussion vorgelegt. Jedoch konnte aufgrund der Anonymität nicht überprüft, ob sich die Experten individuell in den Analyseergebnissen und Interpretationen wiederfinden.

Bezogen auf die zweite Teilstudie der Forschung werden die Stärken und Schwächen bezüglich der **quantitativen Gütekriterien** Objektivität, Reliabilität und Validität dargestellt (► 3.3.3).

Hinsichtlich der *Objektivität* konnten gemäß der Durchführungsobjektivität situative Störfaktoren aufgrund der Online-Befragung nicht beeinflusst werden. Um zumindest möglichst standardisierte Bedingungen bei der Fragebogengestaltung zu ermöglichen, wurde auf Reihenfolgeeffekte der Items geachtet und die Verständlichkeit sowohl vom Forschungsteam als auch durch Pretester überprüft. In der ersten Runde des Pretests konnte jede Expertengruppe durch einen Pretester repräsentiert werden. Dies war für die zweite Runde nicht zu gewährleisten, da hier lediglich drei Pretester teilgenommen haben. Der Umstand, dass die Ergebnisse des Pretests wenig aussagekräftig waren, wurde vom Forschungsteam versucht dadurch auszugleichen, dass vermehrt Triangulation eingesetzt wurde. Auch für die Auswertungsobjektivität kam die Triangulation zum Einsatz. In der ersten Runde verglichen zunächst je zwei Forscherinnen das Vorgehen bei der

Inhaltsanalyse sowie die daraus resultierenden Ergebnisse, bevor Unstimmigkeiten im gesamten Forschungsteam besprochen wurden. Die Interpretationsobjektivität wurde überprüft, indem bei der Diskussion alle Forscherinnen vertreten waren, als es darum ging, aus den Ergebnissen zu schlussfolgern. Insgesamt kommt die Interpretationsobjektivität in dieser Studie wenig zum Tragen, da kaum numerische Befragungsergebnisse interpretiert werden mussten. Lediglich zwei Fragen erhoben Daten auf einer Skala von 1-10.

Da die Befragung der Teilnehmer nicht wiederholt wurde und keine vergleichbaren Fragebögen verfügbar waren, kann die *Reliabilität*, im Sinne einer Test-Retest-Methode bzw. einer Paralleltest-Methode, nicht gewährleistet werden. Um dennoch eine möglichst hohe Reliabilität zu erreichen können, wurden die Ergebnisse des Pretests beispielhaft ausgewertet, bevor der Fragebogen an die Experten verschickt wurde. Zusätzlich werteten mindesten zwei Forscherinnen die Ergebnisse aus, um eine hohe Interrater-Reliabilität zu gewährleisten.

Die *Validität* lässt sich lediglich für Runde zwei nachvollziehen, da der zweite Fragebogen auf den Ergebnissen der ersten Runde beruht. Die Gültigkeit kann jedoch nicht durch einen Vergleich mit stark verwandten, zur Forschung unabhängigen, Konstrukten sichergestellt werden, weil eine Forschung dieser Art bisher nicht vorliegt.

Bei der **Triangulation** orientierte sich das Forschungsteam an Höhsl (2016). Diese wurde in Bezug auf die gesamte Studie beachtet und stellt in der vorliegenden Arbeit eine große Stärke dar. So fand durch die Anzahl von vier Forscherinnen eine permanente gegenseitige Kontrolle während des gesamten Forschungsprozesses statt. Dies machte sich v.a. bei der Konstruktion von Fragebögen, der Datenanalyse sowie der anschließenden Diskussion, bei der eine Verknüpfung von Ergebnissen mit den zugrundeliegenden Theorien stattfand, bemerkbar. Darüber hinaus wurde durch den Einsatz sowohl der qualitativen als auch quantitativen Methode zusätzlich die Methodentriangulation gewährleistet (Höhsl, 2016). Entsprechend der Datentriangulation konnten durch einen deutschlandweiten Teilnehmerruf (► 3.4.2) unterschiedliche Erhebungsorte erreicht werden.

4.2. Diskussion der Ergebnisse

In der Studie wurden in zwei Befragungsrunden zentrale Aspekte, die aus Sicht der Berufsangehörigen in eine zeitgemäße Definition der Ergotherapie in Deutschland gehören, erhoben. Nach der ersten Befragungsrunde kristallisierten sich unterschiedliche Themenkomplexe heraus, die den Teilnehmern wichtig erschienen (► 3.6.5). So konnten zentrale Aspekte in der zweiten Befragungsrunde konkretisiert werden. Im Folgenden werden die erhobenen Ergebnisse mit den zuvor recherchierten und im theoretischen Hintergrund dargestellten Entwicklungen in Verbindung gebracht, um damit die drei Leitfragen zum Forschungsthema zu beantworten. Diese Beantwortung dient als Grundlage für die Klärung der Forschungsfrage, welche eine Synthese der Leitfragen darstellt und daher im Rahmen der Schlussfolgerung beantwortet.

Leitfrage 1: Welche Aspekte der aktuellen deutschen Berufsdefinition des DVE (2007) sind obsolet°?

Im Laufe der zwei Befragungsrunden kristallisierte sich heraus, dass laut Experten wenige Aspekte der aktuellen Definition des DVE als grundlegend veraltet zu bewerten sind. Sie wünschen sich vielmehr zu etlichen Aspekten eine Vertiefung oder Ergänzung durch aktuelle, dem zeitgenössischen Paradigma entsprechende Aspekte, die in der zweiten Leitfrage genauer ausgeführt werden. Hierunter fallen z.B. die Aufgaben der Ergotherapeuten, die Ziele der Ergotherapie sowie die Spezifizierung bestehender Terminologie°.

Vermutlich als obsolet° zu betrachten und einer Anpassung bedürftig, ist die Formulierung der **Aufgaben von Ergotherapeuten**, die der DVE durch „spezifische Aktivitäten, Umwelthanpassungen und Beratung“ beschreibt. 13 Teilnehmer, also 28%, stimmten für das Beibehalten dieser Formulierung. Somit sind weniger als ein Drittel der Befragten für die ursprüngliche Formulierung, was vermuten lässt, dass diese obsolet° ist und eine Anpassung benötigt.

Für die in der DVE-Definition festgeschriebenen **Ziele der Ergotherapie** stimmten lediglich etwa ein Drittel der Teilnehmer. Sie lauten „[Menschen jeden Alters] bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen [...] zu stärken“ und „dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität [zu] ermöglichen“.

Viele Beiträge der ersten Befragungsrunde ähneln den aktuellen Formulierungen des DVE. Es wird jedoch auch deutlich, dass Teilnehmer sich bei einigen Begriffen, wie beispielsweise der *Lebensqualität* (TN02R1; TN44R1), eine konkretere Formulierung oder den Einbezug der Meso-° und Makroebene° wünschen würden (TN20R1).

Zudem wird durch die Antworten der ersten Runde deutlich, dass sowohl der **Betätigungs-**, als auch der **Zielgruppenbegriff** von zentraler Bedeutung sind. Der Bedarf an terminologischer Spezifizierung lässt sich dort bereits erkennen.

Auch wenn die aktuelle Definition bezüglich des **Betätigungsbegriffs** kontrovers diskutiert wurde, zeichnet sich in der zweiten Runde, durch etwa ein Drittel der Teilnehmer, eine relative Mehrheit für die aktuelle Formulierung des **Betätigungsbegriffs** ab, welche „*bedeutungsvolle Betätigungen*“ (DVE, 2007) lautet. Mit großem Abstand folgt der Aspekt *Betätigung als Mittel für Gesundheit und Wohlbefinden*, welcher lediglich von neun Teilnehmern ausgewählt wurde. An den Ergebnissen wird deutlich, dass die aktuelle Formulierung zwar von einer relativen Mehrheit ausgewählt wurde und somit nicht direkt als obsolet° bezeichnet werden kann, jedoch mit 39% kein klares Meinungsbild zu erkennen ist. Die Problematik ergotherapeutischer Terminologie° (► 2.3.1.2) wird schon seit Jahren sowohl im nationalen als auch internationalen Raum thematisiert. So betont beispielsweise Fisher (2014) die Notwendigkeit eines definierten Verständnisses, gerade in Bezug auf den Betätigungsbegriff, indem sie anführt, dass dadurch erst die Kraft der Betätigung wirklich in die Praxis übertragen werden könne. Ergotherapeuten können auf diese Weise in Forschung, Lehre und Praxis ihre Arbeitsweise erklären (Fisher, 2014).

Ähnliches ist in Bezug auf die **Zielgruppe**, die die Ergotherapeuten als Dienstleister (DVE, 2020b) (► 2.5.3) in Anspruch nimmt, zu beobachten: Fast die Hälfte der Teilnehmer stimmte für die aktuelle Bezeichnung „*Menschen*“ (DVE, 2007). Auch hier handelt es sich um eine relative Mehrheit, die keine eindeutige Aussage darüber zulässt, ob der Begriff veraltet ist oder nicht.

Ausschließlich TN39R2 wählte in der zweiten Befragungsrunde den Begriff *Patienten*. Dieses Ergebnis entspricht den Entwicklungen des zeitgenössischen Paradigmas, in dem die Bezeichnung *Patienten* häufig als nicht (mehr) zeitgemäß und als widersprüchlich zum klientenzentrierten Ansatz gesehen wird (Flotho, 2015).

Die Zielgruppe wird in der aktuellen Definition des DVE (2007) durch den Nachsatz „*die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind*“ sowie „*jeden Alters*“ näher beschrieben. Diese Beschreibungen stellen, zusammen mit dem Aspekt *[mit] bedeutungsvollen Betätigungsanliegen*, die am häufigsten gewählten Antworten dar. Dabei fällt auf, dass leichte Tendenzen hinsichtlich dieser Aspekte festzustellen sind, sich jedoch kein klares Meinungsbild abzeichnet. Zwölf Teilnehmer wünschten sich beispielsweise *keine* weitere Beschreibung der ergotherapeutischen Zielgruppe.

Die Ergebnisse der zweiten Runde zeichnen deutlich ab, welche Ergänzungen in Bezug auf die Zielgruppe nicht erwünscht sind. Jedoch treffen die Ergebnisse keine klare Aussage darüber, ob die derzeitigen Formulierungen veraltet sind und durch welche sie ggf. ersetzt oder vertieft werden müssten.

Eindeutigere Aussagen hinsichtlich der Aktualität lassen sich in Bezug auf die sprachlichen Aspekte der Definition und auf die Lebensbereiche, in denen die Zielgruppe gestärkt werden soll, feststellen.

Die Frage, ob die aktuelle Definition des DVE (2007) in Bezug auf **sprachliche Aspekte** zeitgemäß ist, beantworteten 61% mit *Nein*. Das Ergebnis betont die Wichtigkeit Formulierungen und Wortwahl zu überdenken, worauf in Leitfrage zwei ausführlicher eingegangen wird. Diese Wichtigkeit betont auch Stadler-Grillmaier (2007) indem sie darlegt, dass kein wissenschaftlicher und professioneller Austausch stattfinden kann, wenn die Terminologie^o vorher nicht definiert ist (► 2.3.1.2). Im Gegensatz zur ersten Befragungsrunde, in der die Diskussion um die Beschreibung der **Lebensbereiche** kontrovers war, sind die Ergebnisse der zweiten Runde sehr aussagekräftig. Lediglich acht Teilnehmer stimmten für die aktuelle Aufzählung „*Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit*“ (DVE, 2007). Das lässt darauf schließen, dass diese Begriffe und die damit einhergehenden **Lebensbereiche** obsolet^o sind. Bereits in der ersten Runde erläuterten die Experten ihre Meinung, dass die Lebensbereiche 'überholt' seien damit, dass diese die Arbeit von Ergotherapeuten auf die genannten Bereiche reduzieren würden (TN18R1) bzw. die Unterscheidung der Bereiche oft kaum möglich sei (TN04R1).

Leitfrage 2: Welche Aspekte müssten in der Definition des DVE erneuert oder ergänzt werden, damit diese im Jahre 2020 kongruent zu den nationalen gesundheitspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Entwicklungen ist?

Neben den zuvor beschriebenen (teilweise) obsoleten^o Aspekten der aktuellen Definition des DVE (2007), wurden vor allem ergänzende Aspekte von Seiten der Teilnehmer benannt, die in der zweiten Leitfrage interpretiert werden.

Betrachtet man die ergänzungswürdigen Aspekte, fällt hauptsächlich ein **sprachlicher Aspekt** auf, der kongruent zu politischen Entwicklungen innerhalb der letzten Jahre ist. Das *Gendern*, dem zur heutigen Zeit immer mehr Relevanz zugeschrieben wird (Lobin & Nübling, 2018), sollte laut 19 Teilnehmern ebenfalls in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie beachtet

werden. Dies wurde bereits in der ersten Befragungsrunde gefordert (TN20R1). Der Aspekt des Genders kann mit dem inklusiven Blick der Ergotherapie auf die Individuen der Gesellschaft in Verbindung gebracht werden, der den Einbezug aller Menschen mit ihren Rechten, Pflichten und Chancen meint (Stademann & Tsangaveli, 2016) und einen immer relevanter werdenden Platz im politischen und gesetzgebenden Diskurs einnimmt. Beispielhaft zu nennen wäre in diesem Zusammenhang das Konzept des Universal Designs, das auf physischer Ebene den Inklusionsgedanken umsetzen möchte (Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS], 2011; Internationales Design Zentrum Berlin [IDZ], 2008). Dies sollte auch auf sprachlicher Ebene, in Form von einer inklusiv gestalteten Terminologie° und Taxonomie°, stattfinden. Hier zeigt sich in simpler Form, wie Inklusion umgesetzt werden kann. In Bezug auf die deutsche Definition der Ergotherapie heißt das konkret, diese so inklusiv zu gestalten, dass vulnerable Gruppen die Möglichkeit haben den Inhalt zu erfassen und die Zugänglichkeit zur Ergotherapie erleichtert wird. Durch die Umsetzung des Inklusionsgedankens, stellt sich die Ergotherapie als einen Vertreter des Klienten dar. Dies bildet einen Teilaspekt in den Theorien des professionellen Handelns und würde sie im Rahmen der ergotherapeutischen Tätigkeit partiell bestätigen (► 2.4.1).

Ein weiterer Aspekt, für den sich circa die Hälfte aller Teilnehmer in der zweiten Befragungsrunde aussprach, ist der Einbezug *ergotherapeutischer Fachterminologie* (► 2.3.1.2) in eine zeitgemäße Definition der Ergotherapie. Sogar 59 % vermerkten, dass eine *Orientierung an der ICF°-Terminologie* für eine zeitgemäße Definition der Ergotherapie angemessen sei. Es stellt sich die Frage, inwieweit dies Erwähnung in der Definition finden soll, bzw. bei welchen inhaltlichen Themen die Terminologie° des Klassifikationssystems brauchbar und anwendbar ist.

Die international anerkannte ICF°-basierte Dokumentation zeigt sich als praktikabel einsetzbar, um Kommunikation zwischen verschiedenen Disziplinen (Cup, Kinébanian, & Heerkens, 2019) auf Augenhöhe zu gestalten, was im Sinne der Kooperation (► 2.3.1.3) die Professionalisierung der Ergotherapie fördern würde. Durch die berufsübergreifende einheitliche Sprache der ICF° könne laut der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [BAR] (2016) ein gemeinsames Rehabilitationsverständnis als Voraussetzung für gute Interdisziplinäre Zusammenarbeit entwickelt werden. Dies beschrieb bereits TN26R1 in der ersten Runde. Aus seiner Sicht würde das zudem dazu beitragen, dass die Ergotherapie eine stabile Daseinsberechtigung innerhalb des Gesundheitssystems hätte und weniger hinterfragt würde. Dieses Ergebnis zeigt sich als kongruent zu den, von den Teilnehmern priorisierten **Aufgaben der Ergotherapie** bei denen die *Zusammenarbeit* mit anderen, am Therapieprozess beteiligten Personengruppen, mehr in den Fokus zu rücken scheint.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob das Einbeziehen von ergotherapiespezifischer oder ICF°-Terminologie den Aussagen zu Frage 3a (R2) widerspricht, da dort beispielsweise 43 Teilnehmer angaben, dass eine zeitgemäße Definition für Klienten und erweiterte Klienten verständlich sein sollte. Ob dies trotz Einbezug entsprechender Terminologie° jedoch möglich wäre, ist fraglich. Eine denkbare Lösung hierfür wäre der in der zweiten Befragungsrunde erfragte Aspekt, wie viele Definitionen der Ergotherapie es aus Sicht der Berufsangehörigen geben sollte. Dabei sprachen sich über die Hälfte der Teilnehmer für eine zusätzliche Definition für die Zielgruppe der Ergotherapie aus, in der beispielsweise auf eine *Leichte Sprache* zur Barrierefreiheit geachtet werden sollte, welche wiederum Teilhabe ermöglichen würde.

Zu diesem Thema gab beispielsweise TN05R1 Feedback im Rahmen der ersten Runde, in der er sagte, dass er immer noch nach einer Möglichkeit suche, einer fachfremden Person kurz und knapp zu erklären, was die Ergotherapie ist.

Eine weitere Möglichkeit, die sich aus Ideen der Teilnehmer ergibt, ist die Erstellung mehrerer Versionen, ähnlich wie bei den Leitlinien. In diesem Fall wäre es möglich eine Kurzversion für die Außendarstellung und eine Langversion für die Ergotherapeuten selbst, ebenso wie eine Klientenversion zu veröffentlichen. Zudem wurden seitens einiger Teilnehmer fachbereichsspezifische Definitionen gewünscht, auf die durch Verweise in einer allgemeinen Definition hingewiesen werden könnte. Durch die Umsetzung dieser Vorschläge könnte eine gemeinsame Sprache, bzw. ein einheitliches Verständnis der Ergotherapie geschaffen werden, die jedoch an den jeweiligen Adressaten angepasst wäre.

Durch aktuelle Entwicklungen wie die der Blankoverordnung^o, die zur Autonomie des Berufes (► 2.3.3.1) beiträgt, wird auch das mit der zuvor benannten Rolle des Ergotherapeuten einhergehende Expertenwissen (► 2.4.2) relevanter. Expertenwissen als Grundlage für die Arbeit im Gesundheitswesen kann durch eine einheitliche Ausbildung geschaffen werden (► 2.3.1.1). Den Fokus bei der Rolle des Ergotherapeuten auf die Betätigung zu legen, deutet auf eine Verschiebung der Eigenwahrnehmung und des Aufgabenfeldes hin, die von verschiedenen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte (► 2.7) geprägt sind.

Bei der Frage nach dem **Aufgabenbereich** der Ergotherapeuten gaben in Runde zwei nur 13 % das *Üben (neuer) Bewegungsmuster und Funktionen* an. Unter Einbezug des zeitgenössischen Paradigmas und im Vergleich zu vergangenen ergotherapeutischen Paradigmen (► 2.6) lässt sich feststellen, dass sich das Denken der Teilnehmer, die stellvertretend für die Ergotherapie-Gesellschaft stehen, in eine mehr betätigungsorientierte und weniger funktionsorientierte Richtung entwickelt.

An Leitfrage eins kann der Themenbereich Terminologie^o, und was von den jeweiligen Teilnehmern unter dem **Begriff der Betätigung** verstanden wird, angeschlossen werden. Das Verständnis der Ergotherapie und ihrer Terminologie^o ist uneinheitlich, wenn auch sehr relevant für ihre Professionalisierung (► 2.3.1.2). So beschrieben die Teilnehmer in der ersten Befragungsrunde, dass es wichtig wäre, deutlicher auf die Betätigung einzugehen (TN33R1) und dass bezüglich dieses Schwerpunktes bisher eine genauere Erläuterung fehle (TN04R1). Eine konkrete Erklärung einzelner Begriffe wie des Betätigungsbegriffes forderten in Runde zwei jedoch nur wenige Teilnehmer (11%). Daraus ergibt sich die Frage, welche genaue Beschreibung seitens der Teilnehmer erwünscht wäre. Es lassen sich zumindest Bezeichnungen feststellen, die für eine weitere Diskussion keine Relevanz haben. Hierunter fällt z.B. die Bezeichnung der *sinnvollen Betätigung* (Frage 16) oder die des *Gastgebers* (Frage 17), die jeweils eine Auswahlrate von 0% hatten.

Es lässt sich durch die in den beiden Runden erhobenen Daten und die im Rahmen des theoretischen Hintergrundes recherchierten Informationen auf eine uneinheitliche Berufsidentität (► 2.1.2.4) der deutschen Ergotherapeuten schließen. Dies wird beispielsweise durch die Antworten in Bezug auf die Rolle der Ergotherapeuten innerhalb des Gesundheitswesens deutlich, ebenfalls aber auch durch den Aspekt der Prinzipien bzw. Grundlagen des ergotherapeutischen Handelns, auf den zu einem späteren Zeitpunkt eingegangen wird.

Bezogen auf die **Rolle der Ergotherapeuten** stimmte die Mehrheit mit 57% der Teilnehmer dafür, die Bezeichnung *Experten für Betätigung* in einer Definition zu benennen. Diese Ansicht ist kongruent zum zeitgenössischen Paradigma. In der Vielzahl an individuellen Antworten, die in dem Feld "weitere" bei dieser Frage angegeben wurden, spiegelt sich jedoch auch ein uneinheitliches Verständnis der Berufsidentität wider. Ein Teilnehmer (TN15R2) gab zudem kritisch zu bedenken, dass Ergotherapeuten auch außerhalb des Gesundheitswesens zum Einsatz kommen und die Festbeschreibung von Rollen innerhalb einer Definition das Handlungsspektrum des Ergotherapeuten limitieren würde.

Diese Uneinigkeit innerhalb der Teilnehmergruppe spiegelt die in Befragungsrunde eins erhaltenen Informationen, in Bezug auf den Zusammenhang zwischen einer Berufsdefinition und der Berufsidentität der Berufsangehörigen, wider. TN02R1 sprach sich beispielweise gegen einen Zusammenhang zwischen Berufsdefinition und Berufsidentität aus: „Für meine Berufsidentität ist eine Definition nicht nötig, da ich mein eigenes Bild von mir habe, wie ich als Therapeutin agiere“. Im Kontrast hierzu wurde benannt, dass die Berufsdefinition die Basis für die Entwicklung einer Berufsidentität darstellt (TN05R1; TN06R1; TN10R1; TN15R1; TN19R1) und Berufsangehörige unterstützt: „Eine klare und eingängige Definition, die allgemein bekannt ist, stärkt die Berufsidentität von innen (ich weiß, was ich kann, darf und will) und von außen (jeder, der die Definition liest und kennt, weiß, was er von einem Ergotherapeuten erwarten kann)“ (TN40R1).

Zudem wurde auch eine Verbindung zu den verschiedenen Paradigmen der Ergotherapie (► 2.6) gezogen, die die Berufsangehörigen und ihre Berufsidentität prägen (TN33R1).

Im Zusammenhang mit den **Zielen der Ergotherapie**, die die Basis des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses bilden (Costa, Brauchle, & Kannedy-Baehr, 2017), widersprechen die am häufigsten angekreuzten Aspekte den aktuell formulierten Zielen des DVE (2007) nicht, sondern komprimieren oder spezifizieren diese. Dies kann beispielweise mit einer leichteren Verständlichkeit für Fachfremde begründet werden, sodass Begrifflichkeiten ohne terminologische Kenntnisse der Ergotherapie für Klienten greifbarer werden (► 2.3.1.2).

So wählten z.B. 61% mit der Bezeichnung *Ermöglichen von Betätigung und Teilhabe* eine komprimierte Verknüpfung zwischen den beiden aktuellen Formulierungen des DVE. Auch der Aspekt der Lebensqualität wird von etwa einem Drittel aufgegriffen, jedoch in dem Aspekt *Erhalt und Steigerung der Lebensqualität und Gesundheit* in einen neuen Zusammenhang gesetzt. Dies verdeutlicht, dass Ergotherapeuten den Menschen nicht „heilen“, sondern das Ziel sich im Sinne des zeitgenössischen Paradigmas verschoben hat.

So schrieb bereits ein Teilnehmer der ersten Runde:

Unser Ziel und Kernverständnis ist dabei nicht, Krankheit, Behinderung, (unerwünschte) soziale Teilhabeeingrenzung zu "heilen", "wegzumachen". Nein, einfach gesagt, begleiten wir diese Menschen, sich selber (wieder) so befähigen zu können, bedeutungsvolle Betätigungen so lebensqualitativ wie möglich in ihrer individuellen Lebenswelt und Lebenssituation, mit allen Bereichen, die so dazugehören, durchführen zu können. (TN26R1)

Auffällig ist, dass die derzeitige Beschreibung der Zielgruppe *„von Einschränkungen bedroht sind“* des DVE (2007), in gewisser Weise schon einen präventiven Charakter beinhaltet. Durch die

oben benannte Formulierung *Erhalt und Steigerung von Lebensqualität und Gesundheit* würde der Gedanke der Prävention jedoch positiver beschrieben werden.

Wie bereits erwähnt, wurde beispielsweise betont, dass Ergotherapie nicht nur im Gesundheitssystem stattfinden kann. In Bezug zum Ziel *Erhalt von Lebensqualität und Gesundheit* ist diese Aussage eine Beschreibung des ergotherapeutischen Wirkungsspektrums außerhalb des 'klassischen Tätigkeitsbereichs'. Erweitert sich das Ziel in der Definition also von *Steigerung* zu *Erhalt*, würde auch für Fachfremde deutlicher werden, dass Ergotherapie präventiv anwendbar ist und so neue Arbeitsfelder der Ergotherapie in verschiedenen Systemen in der Gesellschaft eine nachvollziehbare Legitimation erhielten. Walkenhorst erforschte schon 2008 die Potenziale der Ergotherapie und das Handlungsfeld der Prävention kristallisierte sich heraus.

Einen für die deutsche Definition der Ergotherapie neuen Aspekt stellt das Ziel der *Zufriedenheit der Klienten mit der Ausführung von Betätigung, Aktivität, Rolle oder Aufgabe* dar. Hiermit wird der Klient mit seinen individuellen Vorstellungen in den Fokus gerückt, was die Klientenzentrierung^o unterstreicht. Laut der Theorien des Professionellen Handelns hat die Wahrung der Autonomie des Klienten Priorität (► 2.4). Das bedeutet die Wünsche und die Bedürfnisse des Klienten zu achten, sowie seine Perspektive einzunehmen (► 2.3.3.2). Um zu messen, ob dies gelingt, zeigt sich die Zufriedenheit als Ziel und Indikator. Dies zeigt sich beispielweise im Canadian Occupational Process Measure (Law et al., 2015), in dem die Zufriedenheit des Klienten in Bezug auf seine Betätigungen explizit abgefragt wird.

Auch in Bezug auf die **Prinzipien und Grundlagen des ergotherapeutischen Handelns** (► 2.3.3.2), findet der Betätigungsbegriff großen Anklang unter den Berufsangehörigen. Ganze 31 Mal wurde die *Betätigungsbasierung* ausgewählt. An dieser Stelle ergibt sich allerdings die Frage, weshalb 67% der Teilnehmer in Frage 8 für die *Betätigungsbasierung* als Prinzip und Grundlage des ergotherapeutischen Handelns stimmten, dieser jedoch in Frage 16, in der danach gefragt wird, wie der **Betätigungsbegriff** in die deutsche Definition einfließen sollte, von keinem Teilnehmer ausgewählt wurde. Dies lässt darauf schließen, dass die Antworten der Teilnehmer vom Kontext in dem eine Frage gestellt wird abhängig sind. Andererseits könnte es in diesem Fall auch daran liegen, dass die *Betätigungsbasierung* in Frage 8 als einziger Betätigungsbegriff wählbar war.

Ein weiterer Aspekt, der mit großem Abstand zu anderen Antwortmöglichkeiten ausgewählt wurde, ist die *Ressourcenorientierung*. Wie der Betätigungsbegriff ist die *Ressourcenorientierung* durch das zeitgenössische Paradigma und den damit einhergehenden *salutogenetischen Blickwinkel* (► 2.6.4) geprägt und spricht für eine Veränderung der Sichtweise der Berufsangehörigen auf die Ergotherapie. Gesundheit und Krankheit werden nun mehr als ein Kontinuum betrachtet, indem Gesundheit gefördert und Krankheit verhindert werden kann (Antonovsky, 1996).

Die jedoch meist gewählte Antwort ist die *Klientenzentrierung*^o. Antwortmöglichkeiten wie *shared-decision-making* oder der *salutogenetischen Blickwinkel* wurden von wenigen Teilnehmern ausgewählt, was die Frage aufwirft, ob diese für die Teilnehmer in Aspekten wie der *Klientenzentrierung*^o oder *Ressourcenorientierung* inkludiert sind oder die Begrifflichkeiten von den Berufsangehörigen je unterschiedlich verstanden wurden. Dies könnte im Rahmen einer dritten Befragungsrunde erhoben werden.

Auf den internationalen Bezug von *Betätigungsbasierung*, *Ressourcenorientierung* und *Klientenzentrierung*^o wird in Leitfrage drei genauer eingegangen.

Wie bei der Erörterung der ersten Leitfrage benannt, lassen die Antworten der Teilnehmer darauf schließen, dass die aktuelle Beschreibung der **Lebensbereiche** obsolet^o ist. Die absolute Mehrheit wählten stattdessen die Option *alle Lebensbereiche* aus. Bereits im Rahmen der ersten Runde fiel es den Teilnehmern teilweise schwer, konkrete **Lebensbereiche** zu formulieren, da diese die Sicht auf den Klienten limitieren würden (TN07R1). Zusätzlich sollte erwähnt werden, dass der Wunsch nach einer umfassenderen Bezeichnung der Lebensbereiche besteht. Das könnte sich mit dem deutlich holistischer gewordenen Blickwinkel auf den Klienten und seiner Umwelt begründen lassen (► 2.6).

Der Aspekt der Limitierung kann auch in Bezug auf die Benennung der **ergotherapeutischen Zielgruppe** aufgeführt werden. 21 Teilnehmer sprachen sich weiterhin für die Bezeichnung „*Menschen*“ (DVE, 2007) und 16 Teilnehmer für *Klienten* als Zielgruppenbeschreibung einer zeitgemäßen Definition aus. TN28R2 schlug vor, die Bezeichnung „*Menschen*“ (DVE, 2007) durch den Nachsatz, dass es sich dabei neben Individuen auch um „Gruppen und Organisationen“ handeln kann, zu ergänzen. Dieser Wunsch wurde bereits in Befragungsrunde eins deutlich, in der beispielsweise TN03R1 sagte, dass Ergotherapeuten neben dem „einzelnen Klienten [...] auch mit Angehörigen, dem Arbeitgeber, Organisationen, Gruppen, Populationen, im interprofessionellen Team etc.“ arbeiten.

Dicht gefolgt von der Bezeichnung *Menschen* ist der Begriff *Klienten*, der jedoch wie der Begriff *Menschen*, mit lediglich einem Individuum und nicht mit einer Gruppe assoziiert wird. Eine alternative Möglichkeit, die sich durch die Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde ergibt, ist die Bezeichnung „*Menschen*“ (DVE, 2007) durch den Begriff *Klientensystems* zu ergänzen. Zum Klientensystem gehören z.B. Angehörige und Arbeitgeber. Der Einbezug des Klientensystems bekommt in den letzten Jahren immer mehr Bedeutung (► 2.9), da das soziale Umfeld des Klienten häufig Teil des Therapieprozesses wird. Seine Erwähnung in einer zeitgenössischen Definition der Ergotherapie ist auch dahingehend relevant, die Gesellschaft entsprechend zu sensibilisieren. Dieser Aspekt steht auf Platz 3 der am häufigsten gewählten Bezeichnungen für die Zielgruppe.

In diesem Zusammenhang kann aufgeführt werden, dass laut der Ergebnisse in Runde zwei, der **Beitrag der Zielgruppe** mehrheitlich in der *Eigenverantwortung* liegt, also im Sinne des Empowerments (► 2.8.3.4) dem Klienten immer mehr Selbstbestimmung zugeschrieben wird. Auch alle weiteren Angaben in Frage 9 (► 3.7.6) zeigen, dass den Klienten, kongruent zu zeitgenössischen Entwicklungen des Paradigmas (► 2.6), verstärkte Autonomie zugesprochen wird. Bezugnehmend auf die Theorien des professionellen Handelns (nach Oevermann, 1999, in Kälbe, 2012) steht das Verhältnis zwischen dem Klienten und dem Therapeuten im Fokus und erfordert kontinuierliche Anpassung des Therapeuten auf eben jenen individuellen Klienten. Da der Beitrag der Zielgruppe auch Einbezug in den Entscheidungsprozess des Therapeuten findet (► 2.5.1), ist hier das Clinical Reasoning^o zu benennen.

Das zuvor benannte *Empowern/Befähigen* wurde von 29 Teilnehmern auch als meistgewählte **Kompetenz der Ergotherapeuten** hervorgehoben, was dessen Relevanz für eine zeitgemäße Definition der Ergotherapie verdeutlicht.

Das **deutsche Kompetenzprofil** wurde aufgrund seiner Aktualität in die Befragung aufgenommen. Der Großteil der Teilnehmer stimmte jedoch dafür, dieses nicht, oder nur durch einen Verweis, in eine zeitgemäße Definition der Ergotherapie aufzunehmen. Dies könnte in der zuvor angegebenen

erwünschten Länge der Definition begründet sein. Auffällig ist, dass der Aspekt des Zusammenarbeitens, in Verbindung mit dem deutschen Kompetenzprofil, lediglich zwei Mal ausgewählt wurde. Da dieser in Verbindung mit den Aufgaben eines Ergotherapeuten jedoch zu den meistgewählten Antworten zählt, ist hier ebenfalls von einem inhaltlichen Zusammenhang zwischen den Antworten und dem Kontext der Frage auszugehen.

Zusätzlich ist auch an den **Aufgaben der Ergotherapeuten** eine Veränderung des Berufsbildes zu erkennen. Neben der aktuellen Formulierung des DVE standen 14 weitere Antwortmöglichkeiten zur Wahl. Diese orientierten sich an den Theorien des professionellen Handelns nach Oevermann (1999) (► 2.4.1) bzw. Dewe und Otto (2002) (► 2.4.2) und den aus Befragungsrunde eins erhobenen Informationen der Experten. Bezüglich der ausgewählten Aspekte ergab sich kein eindeutiges Meinungsbild. Leichte Tendenzen lassen sich für die Aspekte *evidenzbasierte Praxis* (► 2.5.2) und *partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Klienten, Angehörigen und andern Berufsgruppen* (► 2.3.1.3) erkennen, was die Ansätze und Ideen der zuvor benannten Professionalisierungstheorien betont. Bezogen auf die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Disziplinen zeigt dies die Anpassung an Wandlungen und Fortschritt in der Versorgung von Klienten im Gesundheitssystem (► 2.3.1.3).

Die Tatsache, dass 54% der Teilnehmer den Aspekt der *evidenzbasierten Praxis* auswählten, lässt vermuten, dass die Ergotherapie-Gesellschaft immer mehr für das Thema EBP^o sensibilisiert wird. Dies geht auch mit den Bestrebungen des DGEW einher, den Transfer evidenzbasierter theoretischer Inhalte in die Praxis zu ermöglichen, indem sie in die Lehre mit einfließen (► 2.3.1.2). Gleiches gilt für die Anliegen des DVE, evidenzbasierte Praxis durch eine online Datenbank, die 2010 veröffentlicht wurde, zugänglich zu machen. Dies kann helfen das professionelle Handeln im Alltag zu analysieren und darzustellen und somit dem Klienten, dem Therapeuten und der ergotherapeutischen Berufsgruppe an sich zu nutzen. Es wird jedoch immer wieder hinterfragt, ob die EBP^o überhaupt ausreichend im ergotherapeutischen Arbeitsalltag integriert ist. Durch die Ergebnisse der Studie lässt sich die maßgebliche Relevanz der EBP^o für die Teilnehmer bestätigen, indem sogar ihr Einzug in die Definition gefordert wird. Diese Feststellung mag nach den Theorien des Professionellen Handelns deutlich zeigen, dass der ergotherapeutische Beruf Kernelemente einer professionellen Praxis enthält und somit eine Profession zu sein scheint (► 2.4).

Zudem spiegelt sich die Betrachtung des Klient-Therapeuten-Verhältnisses auf einer Mikroebene^o, die als elementar für die Theorie nach Oevermann gilt (Walkenhorst, 2008) (>2.4.1), in den Antworten der Teilnehmer durch die häufige Auswahl des Aspektes *partnerschaftliche Zusammenarbeit* wider. Als zentraler Gedanke der Theorie stellt sich das Arbeitsbündnis zwischen dem Therapeuten und dem Klienten dar, in dem es unabdingbar ist, dass der Klient freiwillig eintritt und aktiv an einer Lösung der Problemstellung mitarbeitet (Walkenhorst, 2008). Der Therapeut bietet einen Rahmen, in dem der Klient so autonom wie nur möglich entscheiden und handeln soll. Hier zeigt sich, dass die *partnerschaftliche Zusammenarbeit* auch eng mit dem **Beitrag der Zielgruppe** verknüpft ist, da diese Kooperationsform nur funktioniert, indem die Wahrung der Autonomie des Klienten als oberstes Ziel der Therapie gilt. So soll er eine aktive Rolle einnehmen, Wünsche und Bedürfnisse formulieren, sowie sein Mitspracherecht und seine Entscheidungsfreiheit nutzen.

Zwischen den Aspekten der *partnerschaftlichen Zusammenarbeit* und der *evidenzbasierten Praxis* lassen sich Zusammenhänge darstellen. So werden entsprechend des CCEBOT-Modells

nach Egan et al. (1998) Klienten dazu befähigt, die vorgelegten evidenzbasierten Methoden zu verstehen und über deren Anwendung zu entscheiden (► 2.5.2). Der respektvolle Umgang mit den Wünschen des Klienten hinsichtlich seines Betätigungsziels entspricht dem Prinzip der Autonomie, einem der ethischen Prinzipien, die von der *Projektgruppe Ethik* des DVE 2020 veröffentlicht wurden. Der Ergotherapeut bietet demnach sein Wissen an, um im Behandlungsprozess einen Weg für selbstbestimmte Entscheidungen des Klienten zu schaffen (► 2.3.3.2).

Zudem kann erneut die Verbindung zu den **Kompetenzen eines Ergotherapeuten** gezogen werden, da das *Zusammenarbeiten* im deutschen sowie in mehreren internationalen Kompetenzprofilen Einzug findet.

Gesundheitspolitische und -wissenschaftliche Aspekte sind zudem *Occupational Justice* (► 2.8.3.2), *Occupational Science* (► 2.8.3.1) oder auch *Empowerment* (► 2.8.3.4). Diese Begriffe stammen vor allem aus dem internationalen Raum, finden in den letzten Jahren jedoch auch vermehrt Einzug in die deutsche Ergotherapie-Gesellschaft und dienen insofern als Verbindungsstück zwischen dem nationalen und internationalen Raum.

Leitfrage 3. Um welche Aspekte muss die aktuelle deutsche Berufsdefinition des DVE (2007) ergänzt werden, damit diese auch im internationalen Vergleich standhalten kann?

Hinsichtlich des Einbezugs internationaler Aspekte in eine deutsche Definition der Ergotherapie weichen die Meinungen der Experten sehr stark voneinander ab. Da im Rahmen der Forschung lediglich zwei Befragungsrunden stattfinden konnten, fiel die Konsensbildung, gerade in Bezug auf die internationalen und teilweise für die Experten unbekannten Themenkomplexe, schwer.

Neben den Begriffen *Occupational Justice*, *Occupational Science* und *Empowerment*, welche in Leitfrage zwei zuletzt genannt wurden, erwähnten über die Hälfte der Teilnehmer in der ersten Befragungsrunde weitere internationale Aspekte, die sie für eine deutsche Definition als potentiell relevant erachteten. Diese umfassten ein weites Spektrum und lassen nur wenige Tendenzen im Sinne einer Meinungsüberschneidung erkennen. Es gab dennoch einige Überschneidungen zwischen den genannten Aspekten der Teilnehmer und den vom Forschungsteam recherchierten Themenkomplexen. Darunter fielen, neben den zuvor genannten Aspekten, das *Enabling* (► 2.8.3.5), das *Engagement* (► 2.8.3.3) und das *Well-being* (► 2.8.3.6).

Bezüglich des *Well-beings* zitierte z.B. TN25R1 den WFOT, um den Zusammenhang zwischen Gesundheit, Wohlbefinden und Betätigung zu verdeutlichen. Eben jener Teilnehmer verwies auch auf das *Engagement* und benannte dies im Sinne der Partizipation als wichtiges Primärziel der Ergotherapie. Betrachtet man internationale Definitionen der Ergotherapie (► 2.8.2), so wird vor allem die Relevanz des *Well-Beings* im internationalen Raum deutlich. Neben den Definitionen der CAOT oder der AOTA findet das *Well-Being* auch in der Definition der OT-EUROPE Einzug. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass das *Well-Being* im deutschen Kontext bekannter ist und deshalb 13 Experten diesen Aspekt in der zweiten Befragungsrunde als relevant für eine deutsche Definition der Ergotherapie auswählten.

Occupational Science beschrieb ein Teilnehmer bereits in der ersten Befragungsrunde als „wichtigste wissenschaftliche Grundlage der Ergotherapie, da sie ihren Gegenstandsbereich (=Betätigung) beschreibt und erforscht“ (TN03R1). Jedoch lediglich sechs Teilnehmer wählten diesen

Aspekt in der zweiten Runde als tatsächlich relevant für eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie. Bei der Literaturrecherche fiel auf, dass es über den Zusammenhang zwischen *Occupational Science* und der Ergotherapie kaum Literatur gibt. Es wird davon gesprochen, dass *Occupational Science* dazu dient, das komplexe Konstrukt der Betätigung und somit den Kern der Ergotherapie (Le Granse, 2019), zu erfassen (Thapa-Görder & Rottenecker, 2010). Anhand der Bemühungen des DGEW werden Bestrebungen deutlich, die „Ergotherapiewissenschaft“ (DGEW, o.D.) in den deutschen Kontext zu implementieren. Ob dies jedoch mit *Occupational Science* in Verbindung gebracht werden kann, welcher konkrete Einfluss zwischen der Ergotherapie und *Occupational Science* besteht und ob sie als zusammengehörig oder unabhängig voneinander betrachtet werden können, bleibt fraglich.

Proaktiv erwähnten lediglich zwei Teilnehmer (TN12R1; TN20R1) den Aspekt *Occupational Justice* in der ersten Befragungsrunde. Bei der konkreten Abfrage in der zweiten Runde sprachen sich jedoch bereits elf Teilnehmer für den Einbezug dieses internationalen Aspektes in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie aus. *Occupational Justice* verfolgt das Recht auf Betätigung und Partizipation, trotz der ungleichen Verteilung von Chancen (Thapa-Görder & Rottenecker, 2010). Somit geht es um Gleichberechtigung. Beschrieb Thorn 2005 noch, dass Frauen in keinem Land der Welt die gleichen „(Über-)Lebens- und Entwicklungschancen“ (Thorn, 2005) wie Männer haben, so sind die Debatten zum Thema Gleichberechtigung vor allem in den letzten Jahren lauter geworden. Dies ist an nationalen sowie internationalen Publikationen zu erkennen, die sich beispielsweise mit der Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen auseinandersetzen (Schmidt, 2018) oder auch an der Debatte zum Gendern in der Schriftsprache (European Parliament, 2018). Doch auch in Bezug auf die sexuelle Orientierung eines Menschen, seine Herkunft oder beispielsweise Religion, findet selbst im Jahre 2020 noch längst keine Gleichberechtigung statt, auch wenn dies zu massiven Einschränkungen in der Betätigung und Teilhabe führen kann und die Gleichberechtigung doch eigentlich durch den dritten Artikel des Grundgesetzes festgeschrieben ist (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2017). Zumindest steigt die Aufmerksamkeit hinsichtlich dieses Mankos, was auch die Veröffentlichung eines *Nationalen Aktionsplanes gegen Rassismus* der Bundesregierung (o.D.) zeigt, in dem sich zu den zuvor benannten Problematiken positioniert und ein Umgang damit dargelegt wird. *Occupational Justice* als solche wird in keiner Definition der WFOT-Mitgliedsländer aufgeführt (WFOT, 2012), auch wenn sie im ergotherapeutischen Kontext viel Einbezug findet, was darauf schließen lässt, dass sie noch nicht ausreichend Implementierung in die ergotherapeutische Arbeit gefunden hat.

Vorreiter bei der Frage zum Einbezug internationaler Aspekte war das *Empowerment*. Eine mögliche Schlussfolgerung neben der tatsächlichen Relevanz für den deutschen Kontext könnte sein, dass dieser Begriff im Vergleich zu den anderen Aspekten schon großen Anklang im Sprachgebrauch deutscher Ergotherapeuten findet. Im Rahmen der Umfrage wurden, wie in Leitfrage zwei beschrieben, internationale Publikationen, wie die CMCE-Skills oder das niederländische Kompetenzprofil, neben dem deutschen Kompetenzprofil des DVE (2019a) aufgenommen. Daran wird erkenntlich, dass es verschiedene Darstellungsformen von ergotherapeutischen Kompetenzen in den jeweiligen Kontexten gibt. Bereits in der ersten Runde wurden diese internationalen Kompetenzen proaktiv von Seiten der Teilnehmer benannt, wobei der Begriff *Empowerment* auch hier mit großem Abstand von den Teilnehmern ausgewählt wurde. In der zweiten Befragungsrunde

stimmten jedoch circa die Hälfte der Teilnehmer gegen den Einbezug der CMCE-Skills oder der niederländischen Kompetenzen in eine deutsche Definition der Ergotherapie. Zudem gaben 9 Teilnehmer an, die **CMCE-Skills** und 11 Teilnehmer **die niederländischen Kompetenzen** nicht zu kennen. Die Uneinigkeit lässt sich vermutlich auf die vielfältigen Kontexte, in denen Ergotherapeuten tätig sind (Stademann & Tsangaveli, 2016) oder gar auf die uneinheitlichen Ausbildungen (► 2.3.1.1) zurückführen. Die Ergotherapie ist, wie sich im theoretischen Hintergrund erkennen lässt, ein Beruf, der sich in den letzten Jahren zwar im internationalen Vergleich zeitverzögert, doch dafür relativ umfassend und divers entwickelt (► 2.6; ► 2.7). Das erschwert eine einheitliche Perspektive auf den zu Behandelnden.

Da mehrere Teilnehmer in der ersten Runde den Wunsch äußerten, Aspekte der WFOT-Definition, des Code of Ethics (COTEC) und des AOTA Frameworks in eine Definition der Ergotherapie mit einzubeziehen, wurden diese in der zweiten Befragungsrunde der gesamten Expertengruppe zur Diskussion gestellt. Hier benannten jedoch nur wenige Teilnehmer konkrete Aspekte der zuvor benannten Publikationen für einen tatsächlichen Einbezug in eine deutsche Definition. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Vielfalt der Antworten sehr groß war und sich einzig die Aspekte *Client-centredness*° (TN07R2; TN27R2; TN28R2; TN32R2) und *Enablement* (TN27R2; TN28R2; TN32R2) in mehreren Antworten der Teilnehmer widerspiegelten. Alle weiteren Aspekte und Vorschläge, die in Frage 19b-d der zweiten Runde von den Teilnehmern vorgeschlagen wurden, waren Einzelnennungen (► 3.7.6), was die Uneinigkeit der Experten erneut aufzeigt. Die Relevanz für eine Implementierung dieser in die deutsche Definition der Ergotherapie erscheint somit, zumindest ohne eine Expertendiskussion innerhalb einer dritten Runde oder im Rahmen einer Fokusgruppe, fraglich.

Die Ergebnisse werfen die Frage auf, ob die in der Studie erfragten Aspekte wenigen Teilnehmern bekannt sind, oder lediglich ihre Relevanz für den Einbezug in eine Definition als gering erachtet wird. Explizite Aussagen diesbezüglich lassen sich nur hinsichtlich der in Frage 19a (zweite Runde) aufgelisteten Aspekte treffen, in der über ein Drittel der Teilnehmer sich gegen den Einbezug dieser internationalen Aspekte aussprachen und einige sogar angaben, die genannten Aspekte nicht zu kennen. Aus den Ergebnissen ist ersichtlich, dass sich knapp die Hälfte der Teilnehmer grundsätzlich eine Ergänzung internationaler Aspekte wünscht. Klare Tendenzen für spezifische Aspekte lassen sich jedoch aus den ausgewählten bzw. in Frage 19b-d qualitativ erhobenen nicht erkennen.

Ausschlaggebendere Ergebnisse sind, wie bereits in der zweiten Leitfrage erwähnt, bezüglich der Aspekte *Klientenzentrierung*°, *Betätigungsbasierung* und *Ressourcenorientierung* mit jeweils hohen Prozentzahlen zwischen 57% und 76% in Runde zwei zu verzeichnen. In Zusammenhang mit der WFOT-Definition von 2012 (► 2.8.2) wurde die Klientenzentrierung° von nur vier Teilnehmern in der zweiten Befragungsrunde als internationaler Aspekt beschrieben, der auch in eine deutsche Definition übernommen werden sollte. In Runde eins wurde von zwei Teilnehmern (TN26R1; TN20R1) bereits auf die Begriffe *Klientenzentrierung*° und *Betätigungsbasierung* verwiesen, die im niederländischen Raum Teil der *Säulen der Ergotherapie* sind (Kinébanian & Le Granse, 2006). Daraus könnte man schließen, dass diese Aspekte im internationalen Kontext vertreten und inzwischen auch im nationalen Raum weit verbreitet sind, auch wenn sie innerhalb der Umfrage nicht unter dem Abschnitt **internationale Aspekte** zur Auswahl gestellt wurden. Gleiches gilt

beispielsweise auch für die ICF°, deren Terminologie° von 59% der Teilnehmer in der zweiten Befragungsrunde als relevant erachtet wurde.

Abschließend soll die Frage von TN45R2 nicht unerwähnt bleiben, ob es bei einer potentiellen Anpassung der Definition nicht eher darum gehe, sie allgemein verständlicher zu machen als darum, die Internationalität der Ergotherapie zu betonen und ob dahingehend Anglizismen wirklich von Nöten seien. Zusätzlich gab der Teilnehmer den Zweck einer Anpassung der Definition zu bedenken. Er stellte zur Frage, ob die deutsche Ergotherapie Anschluss an die internationale Ergotherapie suchen und auch zeigen wolle oder erst einmal die Unwissenheit im eigenen Land bekämpfen möchte. TH45R2 äußerte zu dieser Problematik, dass der Facettenreichtum des Berufes eine Beschreibung gegenüber Fachfremden so schwierig und wenig greifbar macht.

Den Sinn und Zweck einer Definition im Zusammenhang mit der Übertragbarkeit internationaler Aspekte auf den deutschen Kontext kritisch zu hinterfragen, sollte immer bedacht werden.

Folglich lässt sich anhand der zuvor diskutierten Aspekte feststellen, dass eine Mehrheit der Experten den Einbezug von internationalen Aspekten als wenig relevant für den deutschen Kontext und für eine zeitgenössische deutsche Definition der Ergotherapie erachtet. Lediglich der Aspekt *Empowerment*, sowie bereits in den deutschen Kontext implementierte Aspekte, scheinen für die Experten relevant.

Forschungsfrage: Welche zentralen Aspekte gehören aus Sicht der Berufsangehörigen zu einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie in Deutschland?

Abschließend werden nun die in den Leitfragen erörterten Aspekte, die in Zusammenhang mit nationalen und internationalen Entwicklungen gesetzt wurden, synthetisiert. Die aus der Sicht der Berufsangehörigen zu einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie in Deutschland gehörenden zentralen Aspekte, die im Rahmen der Leitfragen bereits erläutert wurden, werden dabei nicht erneut interpretiert, sondern lediglich zusammenfassend dargestellt.

Formale Kriterien:

Neben dem Inhalt einer Definition, sind auch ihre formalen Kriterien von besonderer Relevanz. Sie bilden die Rahmenbedingungen, die die Teilnehmer bei der Auswahl ihrer Präferenzen bedenken sollten. Insbesondere die gewünschte Länge einer Definition sollte beachtet werden, um eine bewusste Priorisierung von zentralen inhaltlichen Aspekten zu ermöglichen.

Bei der Befragung wurde deutlich, dass die aktuelle **Länge der Definition** (drei Sätze) angemessen ist, tendenziell sogar eher kürzer ausfallen sollte. Hier stellt sich die Frage, ob dies nicht im Widerspruch dazu steht, dass bei der Betrachtung der Ergebnisse der Wunsch nach Ergänzung bisher unerwählter Aspekte und genauerer Beschreibung bereits bestehender Aspekte zu beobachten ist. Bei der Formulierung einer Definition der Ergotherapie sollte darauf geachtet werden, dass diese vor allem für *Klienten* und *erweiterte Klienten* verständlich ist, welche potentiell bei der Erstellung einer Definition beteiligt werden sollten. Die Ergebnisse lassen jedoch darauf schließen, dass eine Definition grundlegend für die Allgemeinheit verständlich sein sollte. Um dies zu gewährleisten wäre es möglich, fachunabhängige Sprachexperten bei der Überprüfung der Verständlichkeit mit einzubeziehen. Eine weitere Lösung wäre es, wie in Leitfrage zwei ausführlich beschrieben, über die **Anzahl an Definitionen** nachzudenken. Dieser Gedanke wurde erstmals in

Runde zwei dem gesamten Expertenkreis vorgestellt und durchlief somit lediglich eine Runde. Auch wenn bisher noch kein Konsens zu verzeichnen ist, wurde deutlich, dass diese Frage bedeutsam für die Teilnehmer ist. Der Vorschlag eine zusätzliche Definition für die ergotherapeutische Zielgruppe bereitzustellen, findet hohen Anklang. Wie vieler Definitionen es jedoch genau bedarf, ist nicht eindeutig festzustellen.

Weitere sprachliche Aspekte, die große Beachtung fanden, sind das *Gendern*, die *ergotherapeutische Fachterminologie* und die *Orientierung an der ICF°-Terminologie*°. Um ein konsensträchtigeres Ergebnis zu erreichen, bzw. die Frage zu klären, inwieweit sich ergotherapeutische Fachterminologie mit der allgemeinen Verständlichkeit einer Definition vereinbaren lässt, wäre eine dritte Befragungsrunde notwendig.

Inhaltliche Kriterien:

Bezüglich der **Rollen der Ergotherapeuten** innerhalb des Gesundheitssystems, stimmte bereits knapp über die Hälfte der Teilnehmer für die Formulierung *Experten für Betätigung*. Da jedoch, wie unter Leitfrage zwei erörtert, noch viele zusätzliche Vorschläge eingebracht wurden, bedarf es weiterer Klärung.

Nachdem in Runde eins zahlreiche Vorschläge im Zusammenhang mit den **persönlichen Qualitäten** eines Ergotherapeuten genannt wurden, fand eine Überprüfung innerhalb der zweiten Runde statt. Unter 33 Teilnehmern bestand der Konsens, diese innerhalb einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie *nicht* zu erwähnen.

Hinsichtlich der **Prinzipien bzw. Grundlagen des ergotherapeutischen Handelns** zeigt sich in der zweiten Runde eine recht klare Tendenz bezüglich der Inhalte *Klientenzentrierung*°, *Betätigungsbasierung* und *Ressourcenorientierung*, was kongruent zu aktuellen zeitgenössischen Geschehnissen und Entwicklungen ist.

Die Ergotherapie stellt sich als Dienstleistung dar, welche ihre **Zielgruppe** definieren muss. Mit einer relativen Mehrheit wurde der in der aktuellen Definition verwendete Begriff *Menschen* dafür gewählt. Abzugrenzen wäre dieser in einer weiteren Runde von *Klienten*, da dieser Begriff ähnlich oft favorisiert wurde. An dritter Stelle steht die Bezeichnung *Klientensystem*, was betont, dass Ergotherapeuten nicht nur mit Individuen arbeiten. Durch die Art der Fragestellung ist noch nicht eindeutig zu sagen, ob die Entscheidung auf lediglich einen, oder eine Kombination von Begriffen fallen soll.

Von den zehn zur Auswahl gestellten **näheren Beschreibungen der Zielgruppe** treffen vier Aspekte auf großen Anklang. Hierunter fallen sowohl die aktuellen Formulierungen des DVE (2007) „*die in Ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind*“ bzw. „*jeden Alters*“ als auch die Beschreibung *mit bedeutungsvollen Betätigungsanliegen*, bzw. die Option, die Zielgruppe *nicht näher* zu beschreiben. Um zu beurteilen, welche dieser Aspekte definitiv einbezogen werden sollen, müsste die reduzierte Auswahl erneut überprüft werden.

Auch in Bezug auf den **Beitrag der Zielgruppe** in den therapeutischen Prozess wird noch nicht eindeutig ersichtlich, ob dieser näher beschrieben werden sollte und wenn ja durch welchen Aspekt. Entsprechend der Ergebnisse der zweiten Runde würde eine relative Mehrheit die Beschreibung *Eigenverantwortung* verwenden.

Recht eindeutige Aussagen lassen sich hinsichtlich des Einbezugs **ergotherapeutischer Kompetenzen** machen. Nachdem eine Mehrheit der Teilnehmer gegen den Einbezug internationaler

Kompetenzpublikationen, wie der **niederländischen Kompetenzen** oder der **CMCE-Skills** stimmte, müssten lediglich die Aspekte des deutschen **Kompetenzprofils** und die in der zweiten Runde zur Auswahl gestellten **weiteren Kompetenzen** überprüft werden. Dementsprechend bleibt zu diskutieren, ob das Kompetenzprofil keiner Benennung bedarf oder durch einen Verweis in die Definition aufgenommen werden sollte. Der Einbezug der Kompetenzen der aktuellen Definition des DVE (2007) „unterstützen, begleiten, stärken und ermöglichen“ sowie die im Rahmen der Studie erhobenen Kompetenzen *Befähigen/Empowern* sollten ebenfalls geprüft werden.

Große Diversität im Meinungsbild der Teilnehmer zeichnete sich hinsichtlich der Aspekte zu **ergotherapeutischen Aufgaben** ab. Den eindeutigen Zuspruch fanden die beiden Aspekte *evidenzbasierte Praxis* und *partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Klienten, Angehörigen und andern Berufsgruppen*. Es zeigt sich im Vergleich zur aktuellen Definition des DVE also eine Verschiebung der Verantwortungsbereiche. Um zu diesem Punkt genauere Aussagen treffen zu können, müssten die am wenigsten repräsentierten Aspekte entfernt und die übrigen erneut zur Diskussion gestellt werden. Anhand der zahlreichen ausgewählten Aspekte wird jedoch bereits deutlich, dass es den Teilnehmern wichtig ist, die ergotherapeutischen Aufgaben in einer Definition näher zu beschreiben.

Ein Konsens wurde innerhalb der zwei Runden bereits bezüglich der aktuell vorherrschenden **Fachbereiche der Ergotherapie** sowie der **innovativen Arbeitsfelder** erreicht. So ist eine große Mehrheit dafür, diese Aspekte in einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie unerwähnt zu lassen.

Ein ebenso eindeutiges Ergebnis ist bei dem, bereits in den ersten beiden Leitfragen erörterten, Thema **Lebensbereiche** zu verzeichnen. Hier ist die absolute Mehrheit für die Bezeichnung *alle Lebensbereiche*, um die Diversität der Zielgruppe nicht zu limitieren.

Weniger eindeutig verhält es sich mit der Frage bezüglich der **Ziele der Ergotherapie**. Auch wenn eine eindeutige Mehrheit dafür stimmt, die Ziele der Ergotherapie als zentralen Aspekt in einer zeitgemäßen Definition zu beschreiben, herrscht bezüglich deren konkreter Benennung Uneinigkeit. Das Ergebnis, die Ziele in einer zeitgemäßen Definition generell zu benennen, ist wahrscheinlich so unumstritten, weil sie, sowie die Zielformulierungen für den ergotherapeutischen Behandlungsprozess grundlegend sind. Nach zwei Runden sind die drei konsensträchtigtsten Ziele *Ermöglichen von Betätigung und Teilhabe*, *Zufriedenheit der Klienten mit der Ausführung von Betätigung, Aktivität, Rolle oder Aufgabe* und *Erhalt und Steigerung der Lebensqualität und Gesundheit*. Im Vergleich mit der bisherigen Zielsetzung der Definition des DVE (2007) wird die aktuelle Formulierung nur um wenige Aspekte ergänzt.

Bezüglich des **Betätigungsbegriffes** ist eine relative Mehrheit für die aktuelle Beschreibung „*bedeutungsvolle Betätigung*“ (DVE, 2007). Um im Sinne eines Konsenses das Ergebnis zu verifizieren, sollte diese Formulierung unter Ausschluss der am wenigsten repräsentierten Aspekte erneut zur Diskussion gestellt werden.

Große Uneinigkeit herrscht bezüglich des Einbezugs **internationaler Aspekte**. Wenngleich für den Aspekt des *Empowerments* mit einer relativen Mehrheit gestimmt wurde, ist diese Auswahl dicht gefolgt von der Meinung, dass internationale Aspekte nicht zusätzlich in eine zeitgemäße deutsche Definition einbezogen werden sollten.

Abschließend bleibt generell zu bedenken, ob ein Nicht-Auswählen einer Antwortmöglichkeit mit einem Nicht-Identifizieren mit deren Inhalten einhergeht oder der jeweilige Aspekt tatsächlich nur für eine Definition irrelevant wäre. Da der Fokus der Umfrage auf dem Einbezug der Aspekte in eine Definition lag und nicht auf deren prinzipieller Relevanz für die Ergotherapie, lässt sich die Frage nicht endgültig beantworten. Grundsätzlich fiel auf, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Kontext in dem die Frage gestellt wird und der Beantwortung gibt.

5. Schlussfolgerung und Ausblick

Durch diese Forschung werden vor allem die Bedeutsamkeit und auch der Wunsch der Berufsangehörigen nach einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie deutlich. Dies zeigte bereits die erste Runde, in der nahezu alle Teilnehmer einer Berufsdefinition, individuell empfunden, die höchste Wichtigkeit zuschrieben. Der Bedarf die Aspekte der momentanen Definition des DVE auf ihre Aktualität hin zu überprüfen wird anhand der begrenzten **Identifikation** der Teilnehmer mit derselben verdeutlicht. Dies unterstreicht die Relevanz der vorliegenden Arbeit. Auch wenn die derzeitige Definition wenig obsolete Aspekte beinhaltet, benötigt sie doch ausführliche Ergänzungen, weshalb die Forscherinnen zu dem Schluss kommen, dass die aktuelle Definition des DVE (2007) nicht mehr zeitgemäß ist und sich somit die aufgestellte Hypothese bestätigen lässt.

Die Schwierigkeit, Ergotherapie kurz und verständlich zu definieren und zugleich eine Identifizierung möglichst vieler Berufsangehöriger mit dieser zu gewährleisten, begleitete den gesamten Forschungsprozess. Dies wird auch von zwei Teilnehmern betont, indem sie die Vielseitigkeit des Berufes als größtes Geschenk und zugleich als Fluch beschreiben (TN46R1). Jedoch ist "gerade wegen der Vielfalt eine gemeinsame Definition für eine gemeinsame Berufsidentität und ein gemeinsames Berufsverständnis von Bedeutung" (TN35R1). Zusätzliche Schwierigkeiten bei der Formulierung einer Definition bereitet die Tatsache, dass für die Ergotherapie relevante Themenkomplexe sehr stark ineinandergreifen und nicht klar voneinander abzugrenzen sind. Wie im theoretischen Hintergrund festgestellt werden konnte, ist zudem die Wissensgrundlage und der Sprachgebrauch innerhalb der deutschen Ergotherapie-Gesellschaft immer noch sehr divers, was die Problematik erneut unterstreicht und verstärkt.

In den Antworten der Teilnehmer spiegeln sich bezüglich einer Definition die Wünsche nach einer guten Außendarstellung, einer klaren Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen, einer gemeinsamen Berufsidentität sowie der Verständlichkeit für alle am Therapieprozess beteiligten Personen wider.

Aufgrund der uneinheitlichen Angaben der Teilnehmer bezüglich ihrer Teilnehmerkategorie war es den Forscherinnen nicht möglich, valide Verbindungen zwischen ihren Aussagen und ihrer jeweiligen Position innerhalb der Ergotherapie-Population festzustellen. Dahingehend wäre es interessant weitere Forschung zu betreiben, um auch einen potentiellen Zusammenhang zwischen der Berufsidentität und den Vorstellungen über die Definition von Ergotherapie herzustellen. Hierfür könnte eine überarbeitete Einteilung der Ergotherapie-Population in Gruppen von Nutzen sein.

Eine einheitliche Ausbildung, die im Rahmen der fortschreitenden Akademisierung erreicht werden soll, könnte zu einer Vereinheitlichung der Berufsidentität der deutschen Ergotherapeuten beitragen. Hier wäre auch eine zeitgemäße Berufsdefinition der Ergotherapie hilfreich. Indem sich Ergotherapeuten einig über die Kernelemente einer professionellen Praxis sind, können sie sich bzw. die Ergotherapie, trotz ihrer vielfältigen Handlungsfelder, gegenüber Kollegen, anderen Berufsgruppen, Klienten und der Gesellschaft als eine Gemeinschaft darstellen.

Durch das *Lebenslange Lernen* und das damit einhergehende kontinuierliche Einbeziehen und Hinterfragen neuer Entwicklungen, kann die Qualität im Behandlungsprozess gewährleistet werden. Dabei sind Konzepte wie die EBP^o und das Clinical Reasoning^o elementar, um die Professionalisierung der Ergotherapie zu erreichen und somit neue Möglichkeiten im internationalen Setting zu schaffen.

Mit der vorliegenden Arbeit wurde ein Grundstein für weiterführende Forschung gelegt. Auf Basis von den zwei durchgeführten Befragungsrunden konnten bereits Aspekte erhoben werden, die in der aktuellen Definition des DVE (2007) obsolet^o sind, bzw. solche, die in einer zeitgemäßen Definition angepasst oder ergänzt werden müssten. Neben Aspekten die bereits sehr eindeutige Aussagen zulassen, besteht, wie an entsprechenden Stellen bereits erörtert, bei einigen Themenkomplexen weiterer Forschungsbedarf. Es wäre erstrebenswert, die gewonnenen Ergebnisse im Rahmen einer dritten und gegebenenfalls vierten Runde zu überprüfen, um einen aussagekräftigeren Konsens zu erreichen. Besonderer Bedarf besteht hierbei bezüglich der **Anzahl an Definitionen**, den **Zielen** und **Aufgaben** der Ergotherapie. Um noch ein breiteres Bild über die Vorstellung der 'Ergotherapie-Gesellschaft' in Deutschland über ihren Beruf zu generieren, könnte eine größer angelegte Studie aufschlussreich sein.

Literaturverzeichnis

- Abel, T., & Hammer, S. (2019). Ab in die Zukunft!. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 58(8), 14-17. doi: 10.2443/skv-s-2019-51020190801
- Adams, K., Hean, S., Sturgis, P., & Clark, J. M. (2006). Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in Health and Social Care*, 5(2), 55–68. doi: 10.1111/j.1473-6861.2006.00119.x
- Ahrens, J., & Treusch, Y. (2020). Chancen und Risiken einer Vollakademisierung. *Ergosience*, 15(1), 12-21. doi: 10.2443/skv-s-2020-54020200102
- Akreml, L. (2019). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Empirischen Sozialforschung* (S. 313-331). Wiesbaden: Springer.
- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2020). *What is Occupational Therapy?* Abgerufen am 29. Juli 2020, von <https://www.aota.org/Conference-Events/OTMonth/what-is-OT.aspx>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide healthpromotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Alojado Publishing. (o.D.). *Alexander Graham Bell*. Abgerufen am 01. August 2020, von https://www.gutziert.de/zitat_autor_alexander_graham_bell_2306.html
- Ballinger, C., & Davey, C. (1998). Designing a Questionnaire: an Overview. *British Journal of Occupational Therapy* [BJOT] 61(12), 547-550.
- Berding, J., Dehnhardt, B., Reichel, K., Rode, A., Scheffler, & J., Späth, A. (2006). *Fachwörterbuch Ergotherapie. Deutsch – Englisch. Englisch – Deutsch* (5.Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Berding, J., Denhardt, B., Fischer, A., Marotzki, U., Mentrup, C., & Reichel, K., et al. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie. Deutsch-Englisch, Englisch-Deutsch* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., & Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. (2016). *Berufsethische Richtlinien*. Abgerufen am 9. April 2020, von <https://www.dgps.de/fileadmin/documents/Empfehlungen/ber-foederation-2016.pdf>
- Beyermann, G. (2006). Professionalisierung und Klientenzentrierung - zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken. *Ergosience*, 01(3), 92–99. doi: 10.1055/s-2006-927107
- Bollinger, H. (2012). Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In H. Bollingers, A. Gerlachs, & M. Pfadenhauers (Hrsg.), *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtung und Interpretation* (3. Aufl.) (S. 8-13). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Borgetto, B. (2017). Professionalisierungsperspektiven für die Ergotherapie. Eine Analyse der Wahlprogramme der im Bundestag 2017 vertretenen Parteien. *Ergosience*, 12(4), 158-163. doi: 10.2443/skv-s-2017-54020170404
- Borgetto, B., Tomlin, G., Max, S., Gantschnig, B. E., & Pfingsten, A. (2017). Die Forschungspyramide – Teil 3: Grundlagen der Anwendung für die kritische Evidenzbewertung. *Ergosience*, 12(4), 134-143. doi: 10.2443/skv-s-2017-54020170401
- Borgetto, B., Rübiger, J., Rottenecker, J., Hansen, H., Pfingsten, A., & Wasner, M. (2019). Akademisierung: Die vollständige hochschulische Ausbildung in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie ist notwendig und machbar. *Physioscience* 15(1), 41-42. doi: 10.1055/a-0832-9668

- Boyt Schell, B. A. (2008). Professional reasoning in practice. In B. A. Boyt Schell, & J.W. Schell (Hrsg.), *Clinical and professional reasoning in occupational therapy* (S. 315-327). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Bundesagentur für Arbeit. (2020). BERUFENET. Abgerufen am 15. März 2020, von <https://bit.ly/2Jnhpjg>
- Bundesgesetzblatt. (2009). Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (Nr. 64). Abgerufen am 13. April 2020, von <https://bit.ly/2DwZveD>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS]. (2011). *Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft: Der nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention*. Abgerufen am 01. August 2020 von <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a740-aktionsplan-bundesregierung.html>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF]. (2020). *DQR und EQR*. Abgerufen am 11. Juli 2020, von <https://www.dqr.de/content/2323.php>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF]. (o.D.). *Wissenschaftliche Weiterbildung*. Abgerufen am 13. April 2020, von <https://www.bmbf.de/de/wissenschaftliche-weiterbildung-1311.html>
- Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (o.D.). *Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“*. Abgerufen am 27. Juli 2020, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. (2017). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland - Art 3*. Abgerufen am 06. August 2020, von https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_3.html
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. (o.D.). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland - Art 12*. Abgerufen am 20. Juli 2020, von https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_12.html
- Bundesregierung. (o.D.). *Nationaler Aktionsplan gegen Rassismus - Positionen und Maßnahmen zum Umgang mit Ideologien der Ungleichwertigkeit und den darauf bezogenen Diskriminierungen*. Abgerufen am 06. August 2020, von https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/heimat-integration/nap.pdf?__blob=publication-File&v=6
- Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. [BED]. (2014). *Startseite*. Abgerufen am 05. Juni 2020, von <https://www.bed-ev.de/home/default.aspx>
- Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. [BED]. (o.D.). *FAQ – zum Verband*. Abgerufen am 11. April 2020, von <https://www.bed-ev.de/faq/antworten.aspx?kat=6#q51>
- Bundeszentrale für politische Bildung [Bpb]. (2006). *Soziale Milieus – eine praxisorientierte Forschungsperspektive*. Abgerufen am 01. April 2020, von <https://www.bpb.de/apuz/29429/soziale-milieus-eine-praxisorientierte-forschungsperspektive?p=2>
- Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen. (2019). *Für eine nachhaltige, zukunfts feste Ausbildung der Therapieberufe in Deutschland*. Abgerufen am 02. August 2020, von https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Positionspapier_Therapieberufe_Versand_f.pdf
- Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]. (2012). *Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada*. Abgerufen am 29. April 2020, von <https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf>

- Clouston, T. J., & Whitcombe, S. W. (2008). The Professionalisation of Occupational Therapy: A Continuing Challenge. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(8), 314-320. doi: 10.1177/030802260807100802
- Costa, U. M., Brauchle, G., & Kannedy-Baehr, A. (2017). Collaborative goal setting with and for children as part of therapeutic intervention. *Disabil Rehabil*, 39(16), 1589-1600. doi: 10.1080/09638288.2016.1202334
- Cup, E., & Van Hartingsveldt, M. (2019). Persönliche Qualitäten. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 201-202). Stuttgart: Thieme.
- Cup, E., Kinébanian, A., & Heerkens, Y. (2019). Internationale Klassifikation der Gesundheitsfürsorge. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 161-175). Stuttgart: Thieme.
- Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaften [DGEW]. (2019). *Die DGEW*. Abgerufen am 22. April 2020, von <http://www.dgew.info/die-dgew-2/>
- Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaften. (o.D.). *Ziele*. Abgerufen am 07. August 2020, von <http://www.dgew.info/ziele/>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE]. (2007). *Definition*. Abgerufen am 05. Februar 2020, von <https://dve.info/ergotherapie/definition>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE] (2012). *Perspektiven – DVE/Ergotherapie 2020*. Abgerufen am 13. August 2020, von <https://dve.info/resources/pdf/infothek/192-perspektiven-2020-web/file>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE]. (2019a). *Die Geschichte des DVE*. Abgerufen am 28. März 2020, von <https://dve.info/resources/pdf/dve/3844-zeitleiste-dve-2019/file>
- Deutscher Verband für Ergotherapeuten e.V. [DVE]. (2019b). *Kompetenzprofil Ergotherapie*. Abgerufen am 29. April 2020, von <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE] (2020a). *Ethik in der Ergotherapie. Handlungshilfe zur ethischen Situationseinschätzung im beruflichen Alltag*. Abgerufen am 21. Juli 2020, von
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE]. (2020b). *Verbandszweck*. Abgerufen am 24. Juli 2020, von <https://dve.info/der-dve/der-verband/verbandszweck>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE] (o.D.-a). *Schulen*. Abgerufen am 08. Mai 2020, von <https://dve.info/bildung/schulsuche>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE]. (o.D.-b). *Studiengangsuche*. Abgerufen am 14. April 2020, von <https://dve.info/bildung/studiengangsuche/>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE]. (o.D.-c). *Verordnung ergotherapeutischer Leistungen*. Abgerufen am 19. Juli 2020, von <https://dve.info/ergotherapie/infos-fuer-aerzte/verordnung-ergotherapeutischer-leistungen#Wer-kann-Ergotherapie-verordnen>
- De Vries-Uiterweerd, A., & Saenger, S. (2019). Berufskodex und Verhaltensstandards in der Ergotherapie. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 209-212). Stuttgart: Thieme.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- & Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Dudenredaktion. (o.D.-a). *begleiten*. Abgerufen am 19. August 2020, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/begleiten>
- Dudenredaktion. (o.D.-b). *Beruf*. Abgerufen am 15. März 2020, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Beruf>

- Dudenredaktion. (o.D.-c). *Definition*. Abgerufen am 05. Februar 2020, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Definition>
- Dudenredaktion. (o.D.-d). *Identität*. Abgerufen am 19. Juli 2020, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Identitaet>
- Dudenredaktion. (o.D.-e). *lehren*. Abgerufen am 19. August 2020, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/lehren>
- Dudenredaktion. (o.D.-f). *lernen*. Abgerufen am 19. August 2020, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/lernen>
- Dudenredaktion. (o.D.-g). *Profession*. Abgerufen am 13. April 2020, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Profession>
- Dudenredaktion. (o.D.-h). *unterstützen*. Abgerufen am 19. August 2020, von https://www.duden.de/rechtschreibung/unterstuetzen_beistehen_helfen_entlasten
- Dudenredaktion. (o.D.-i). *weiterentwickeln*. Abgerufen am 19. August 2020, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/weiterentwickeln>
- Dudenredaktion. (o.D.-j). *obsolet*. Abgerufen am 20. August 2020, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/obsolet>
- Eschenbeck, P., Hopstädter, W., Muth-Köhne, M., Radojewski, K., & Walkenhorst, U. (2011). Grundständiger Bachelor-Studiengang Ergotherapie der Hochschule für Gesundheit Bochum. *Ergoscience*, 6(4), 159-163. doi: 0.2443/skv-s-2011-54020110405
- Europa Parlament. (2018). *GENDER-NEUTRAL-LANGUAGE in the European Parliament*. Abgerufen am 17. August 2020, von https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/151780/GNL_Guidelines_EN.pdf
- Feiler, M. (2019). Über das Denken nachdenken: Formen und Arten unseres Professionellen Reasonings. In M. Feiler (Hrsg.), *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (S.150-159). Stuttgart: Thieme.
- Feiler, M., Meriaux-Kratochvila, S., & Zettel-Tomenendal, M. (2014). Careum-Dialog 2013 – die Gesundheitswelt der Zukunft denken. *Ergoscience*, 9(1), 34-38. doi: .2443/skv-s-2014-54020140104
- Fietz, J., & Friedrichs, J. (2019). *Gesamtgestaltung des Fragebogens*. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Empirischen Sozialforschung* (S. 813-828). Wiesbaden: Springer
- Fisher A.G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different?. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 96-107. doi: 10.3109/11038128.2014.952912
- Flaig, B.B. (2017). Hoher Nutzwert und Vielfältige Anwendung: Entstehung und Entfaltung des Informationssystems Sinus-Milieus®. In B. Barth, B.B. Flaig, N. Schäuble, & M. Tautscher (Hrsg.), *Praxis der Sinus-Milieus - Gegenwart und Zukunft eines modernen Gesellschafts- und Zielgruppenmodells* (S. 3-21). Berlin: Springer.
- Flotho, W. (2015). Klientenzentrierter Ansatz. In C. Sheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – vom Behandeln zum Handeln* (5. Aufl.) (S. 200-204). Stuttgart: Thieme.
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). Grundlagenpapier DDQ/SAQM - Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99(44), 1524–1529. doi: <https://doi.org/10.4414/saez.2018.17276>
- Götsch, K. (2015). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Sheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (5.Aufl.) (S. 1-185). Stuttgart: Thieme.

- Grime, M.M., & Wright, G. (2016). Delphi Method. *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*, 1-6. doi: 10.1002/9781118445112
- Höhl, 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). Berlin: Springer.
- Hölzl, J. (1998). Definition Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 2, 120.
- Hsu, C.-C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12(10), 1-8.
doi: <https://doi.org/10.7275/pdz9-th90>
- Hucke B., & Meiling C. (2019). Evidenzbasierte Praxis im Arbeitsalltag. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 58(1), 34-36. doi: 10.2443/skv-s-2019-510201901
- Institut für Wissen in der Wirtschaft [IWW]. (2017). *Direktzugang im internationalen Vergleich: Therapeuten können noch nicht diagnostizieren*. Abgerufen am 23. April 2020, von <https://www.iww.de/pp/perspektiven/direktzugang-direktzugang-im-internationalen-vergleich-therapeuten-koennen-noch-nicht-diagnostizieren-f105022>
- Jentschura, G. (1959). *Beschäftigungstherapie - Einführung und Grundlagen*. Stuttgart: Thieme.
- Jentschura, G., & Janz, H.-W. (1979). *Beschäftigungstherapie - Grundlagen und Praxis in 2 Bänden* (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Kaldewei, N. (2019). Was Ergotherapie ausmacht-Kompetenzprofil. *Ergopraxis*, 12(02), 8-9.
doi: 10.1055/a-0770-3229
- Kälble, K. (2012). Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen – Zum Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie. In H. Bollingers, A. Gerlachs, & M. Pfadenhauers (Hrsg.), *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtung und Interpretation* (3. Aufl.) (S. 14-31). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kelle, U. (2019). *Mixed Methods*. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Empirischen Sozialforschung* (S. 159-172). Wiesbaden: Springer
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation* (4. Aufl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4. Aufl.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kinébanian, A. (2019). Standortbestimmung der Ergotherapie – Der Begriff “Ergotherapie”. In M. Le Granse, , M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 34-73). Stuttgart: Thieme.
- Kinébanian, A., & Le Granse, M. (2006). *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- 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. 353-377). Stuttgart: Thieme
- Knagge, S. (2016). Modelle in der pädiatrischen Ergotherapie. In A. Baumgarten, & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie - Klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 63-82). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Kranz, F. (2012). Delphi-Studie-Blick in die Zukunft. *Ergopraxis*, 5(4), 16-17. doi: 10.1055/s-0032-1311774.
- Kraus. E., & Voigt-Radloff, S. (2008). Ergotherapie. In H. Bode, H. Schröder, & A. Waltersbacher (Hrsg.), *Heilmittel-Report 2008: Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie: eine Bestandsaufnahme* (S. 55-108). Stuttgart: Schattauer.

- Krebs, D., & Menold, N. (2019). Gütekriterien quantitativer Sozialforschung. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Empirischen Sozialforschung* (S. 489-504). Wiesbaden: Springer.
- Le Granse, M. (2019). Den Fit optimieren – Person Environment Occupation (PEO) Model. *Ergopraxis*, 12(06), 38-39. doi: 10.1055/a-0883-2768
- Le Granse, M., & Kuiper, C. (2019). Der Klient. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 180-195). Stuttgart: Thieme.
- Lobin H., & Nübling, D. (2018). *Tief in der Sprache lebt die alte Geschlechterordnung fort*. Abgerufen am 31. Juli 2020, von <https://www.sueddeutsche.de/kultur/genderdebatte-tief-in-der-sprache-lebt-die-alte-geschlechterordnung-fort-1.4003975>
- Loogister-Proost, I. (2011). Klientenzentrierte evidenzbasierte Ergotherapie: ein neues Modell. *Ergoscience*, 6(3). 117-121. doi: 10.2443/skv-s-2011-5402011030
- Malfertheiner, K., Ritschl, H., Ritschl, V., Stoffer, M., Bösendorfer, A., & Höchtel, S. (2016). Weitere Forschungsmethoden. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 223-236). Berlin: Springer.
- Mangold, S. (2013). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Marotzki, U. (2006). *Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung – Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie* (2.Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Marotzki, U., & Hack B. (2009). Zum Fortgang der Professionalisierung der deutschen Ergotherapie-eine Fiktion. In U. Marotzkis, C. Jerosch-Herolds, & B. Stubners (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (3.Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Marotzki, U. (2019). Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft (DGEW) gegründet. *physioscience*, 15(01), 45–47. doi: 10.1055/a-0832-9403
- Marquardt, M. (2004). *Geschichte der Ergotherapie: 1954-2004*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mentrup, C. (2014). Das ergotherapeutische Paradigma - Was hat unser Beruf mit Steinobst zu tun?. In E. Scholz-Minkwitz, & K. Minkwitz (Hrsg.), *Ergotherapie sucht Topmodelle – Theorie und Praxis aktuell* (S. 9-16). Idstein: Schulz-Kirchner
- Melchart D., & Gronwald S. (2016). *Gesundheitsförderung für kleine Unternehmen*. Heidelberg: Springer.
- Miesen, M. (2004). *Berufsprofil Ergotherapie 2004*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Mitzkat, A., Berger, S., Reeves, S., & Mahler, C. (2016). Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellen Feld – ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungs- und Forschungsfeld. *GMS Journal for Medical Education*, 33(2). doi: 10.3205/zma001035
- Mischner, J. (2019). "Ein wichtiger Schritt für die Professionalisierung" - Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft. *Ergopraxis*, 12(04), 12-13. doi: 10.1055/a-0839-1359
- Olbertz, J.-H. (2014). Die Universität als Bildungsprojekt – eine Besinnung. In M. P. Schwarz, W. Ferchhoff, & R. Vollbrecht (Hrsg.), *Professionalität Wissen-Kontext* (S. 663–672). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- OT-EUROPE. (o.D.). *What is OT?*. Abgerufen am 22. April 2020, von <https://www.oteurope.eu/what-is-ot/>

- Perkhofer, S., Gebhart, V., Tucek, G., Wertz, F.J., Weigl, R., Ritschl, V. et al. (2016a). Qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 67-135). Berlin: Springer.
- Perkhofer, S., Stamm, T., Titschl, V., Hirmann, E., Huber, A., Unterhumer, G. et al. (2016b). Quantitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 138-206). Berlin: Springer.
- Petrucci, M., & Wirtz, M. (2007). *Sampling und Stichprobe*. Abgerufen am 05. August 2020, von <https://quasus.ph-freiburg.de/sampling-und-stichprobe/>
- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, L., & Purdie, L. et al. (2013). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl.) (S. 13-36). Ottawa: CAOT Publications.
- Porst, R. (2019). *Frageformulierung*. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Empirischen Sozialforschung* (S. 829-842). Wiesbaden: Springer.
- Räbiger, J., Rottenecker, J., Lauer, N., Warnke, A., Hansen, H., Wasner, M., et al. (2019). Therapeuten mit berufsqualifizierendem Studienabschluss: Berufseinmündung und Erfahrungen im Berufsalltag – Ergebnisse einer Absolventenbefragung. *Ergoscience*, 14(4), 147-155. doi: 10.2443/skv-s-2019-54020190402
- Reglin, T. (2016). *Der Deutsche Qualifikationsrahmen und seine Bedeutung für die Ergotherapie*. Abgerufen am 11. Juli 2020, von <https://dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/kongress/2016/freitag-4/2418-s04-reglin/file>
- Ritschl, V., Mosor, E., Ritschl, U., Stamm, T., Becker, H., & Sturma, A. (2016). Themenfindung und Recherche. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 269-280). Berlin: Springer.
- Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Stichprobenverfahren und Stichprobengröße. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 61-65). Berlin: Springer.
- Robert Koch Institut [RKI]. (2016). *Das RKI als nationales Public-Health-Institut*. Abgerufen am 22. Juli 2020, von <https://bit.ly/3gtKk4g>
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2020). *About CanMEDS*. Abgerufen am 27. Juli 2020, von <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-e>
- Sailmann, G. (2018). *Der Beruf: Eine Begriffsgeschichte*. Bielefeld: transcript.
- Schirmer, J. (2019). Mit der Ausbildungsvergütung entfernen wir uns von der Akademisierung. *Ergopraxis*, 12(09), 8-9. doi: 10.1055/a-0957-8480
- Schönthaler, E. (2016). Assessments. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 249-266). Berlin: Springer.
- Schmid, C., & Sell-Krude, S. (2014). Vorteil Akademisierung?! Ein Diskussionsbeitrag zu den Akademisierungsbestrebungen in Deutschland. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 53(5), 11-17. doi: 10.2443/skv-s-2014-5102014050
- Schmidt, J. (2018). *Die EU-Strategie zur Gleichberechtigung von Frauen und Männern (2016–2019)*. Abgerufen am 06. August 2020, von https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/IW-Trends/PDF/2018/IW-Trends_2018-03-03_EU-Gleichstellung.pdf
- Schmidt, K., Prof. Dr. Bartscher, T., & Nissen, R. (2018). *Definition: "Was ist Beruf?"*. Abgerufen am 15. März 2020, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/beruf-31434/version-254991>

- Schubert, K., & Klein, M. (2018). Das Politlexikon: Begriffe – Fakten - Zusammenhänge (7. aktual. und erw. Aufl.). Bonn: Dietz.
- Schwarzmann A., Gerlach, S., Rohde-Schweizer, R., Straßer, S., Sören, P., & Hammer, S. (2018). „Ich bin dann mal weg!“ Eine Studie zur Berufsflucht von LogopädInnen. *Forum Logopädie*, 32(3), 22-27. doi: 10.2443/skv-s-2018-53020180303
- SINUS-Institut. (2020, 07. Januar). *Sinus-Millieus einfach erklärt (Erklärvideo/ Explainer video)* [Videodatei]. Abgerufen am 07. Februar 2020, von <https://www.youtube.com/watch?v=6YJzg4dtBBc>
- SINUS-Institut. (o.D.). *Sinus-Millieus Deutschland*. Abgerufen am 01. April 2020, von <https://www.sinus-institut.de/sinus-loesungen/sinus-millieus-deutschland/>
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. [SHV] (o.D.-a). *Mitgliedsverbände*. Abgerufen am 28. Juli 2020, von <https://www.shv-heilmittelverbaende.de/mitgliedsverbaende/>
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. [SHV] (o.D.-b). *Über uns*. Abgerufen am 28. Juli 2020, von <https://www.shv-heilmittelverbaende.de/ueber-uns/>
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. [SHV] (o.D.-c). *Patientenversorgung. Dafür brauchen sie den kurzen Weg – den Direktzugang*. Abgerufen am 23. April 2020, von <http://www.shv-heilmittelverbaende.de/themen/thema-direktzugang/>
- Stademann, M., & Tsangaveli, I. (2016). *Ergotherapie und Inklusion*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt „ET-Fachterminologie“ - Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie. *Ergoscience*, 2(3), 100-106. doi: 10.1055/s-2007-963236
- Stamm, T., Karner, G., Mösender, J., Ritschl, V., Perkhofer, S., Tucek, G. et al. (2016). Besonderheiten der Forschung im Gesundheitswesen. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 25–47). Berlin: Springer.
- Stitt-Gohdes, W. L., & Crews, T. B. (2004). The Delphi Technique: A Research Strategy for Career and Technical Education. *Journal of Career and Technical Education*, 20(2), 55–67.
- Taylor, R.R. (Hrsg.). (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application* (5. Aufl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Thapa-Görder, N., & Rottenecker, J. (2010). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Ergotherapie-Ausbildung: eine neue Herausforderung für Lehrende und Lernende*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Thorn, C. (2005). Gender justice auf dem Prüfstand: Lebensbedingungen, Entwicklungschancen und Machtgleichstellung im internationalen Vergleich. *Armut und Geschlecht*, 16, 31-58.
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 189–196. doi: 10.5014/ajot.2011.000828
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Hrsg.) (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being and Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., & Landry, J. et al. (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) Ottawa: CAOT Publications.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Hrsg.). (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications.

- Uhlendorff, U. (2010). Typenbildende Verfahren. In K. Bock, & I. Miethe (Hrsg.), *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 314-324). Leverkusen: Barbara Budrich.
- Unsworth, C., & Baker, A. (2016). A systematic review of professional reasoning literature in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 5-16. doi: 10.1177/0308022615599994
- Van Hartingsveldt, M., & Piškur, B. (2019). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) and Canadian Practice Process Framework (CPPF). In M. Le Grange, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébian (Hrsg.) (S. 378–420), *Grundlagen der Ergotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Verband Deutscher Ergotherapie Schulen e.V. [VDES]. (2017). *Positionspapier zur Zukunft der Ergotherapieausbildung*. Abgerufen am 12. April 2020, von <https://dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/3783-vdes-positionspapier-2018/file>
- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2013). Beroepscompetenties ergotherapie (L. Köhler, Übersetz.), (S. 16-33). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Walkenhorst, U. (2006). Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie auf dem Weg zur Professionalisierung. In J. Pundt (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen* (1. Aufl.) (S. 93-105). Bern: Hans Huber.
- Walkenhorst, U. (2008). *Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung - Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse*. Idstein: Schulz Kirchner.
- Walz, G. (2017). *dichotome Variable*. Abgerufen am 25. August 2020, von <https://www.spektrum.de/lexikon/mathematik/dichotome-variable/2436>
- Weber, B., & Hücke, B. (2019). Qualitätsmanagement in der deutschen Ergotherapie. In M. Le Grange, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 579-582). Stuttgart: Thieme.
- Weichbold, M. (2019). Pretest. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Empirischen Sozialforschung* (S. 349-356). Wiesbaden: Springer.
- Weninger, G. (2000). *Deklaratives Wissen*. Abgerufen am 01. August 2020, von <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/deklaratives-wissen/3182>
- Weninger, G. (2000). *prozedurales Wissen*. Abgerufen am 01. August 2020, von <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/prozedurales-wissen/11947>
- Whalley Hammell, K. (2018). Opportunities for well-being: The right to occupational engagement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(4-5), 209-222. doi: 10.1177/0008417417734831
- Wikert, J. (2015). Rückschau auf Clinical Reasoning in der Ergotherapie. *Ergoscience*, 10(2), 77-80. doi: 10.2443/skv-s-2015-54020150204
- Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health* (2. Aufl.). Thorofare, NJ: SLACK.
- Wills, F. (2014). *Kognitive Therapie nach Aaron T. Beck – Therapeutische Skills kompakt*. Paderborn: Junfermann.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Genf: Department of Human Resources for Health.
- World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2012). *About Occupational Therapy*. Abgerufen am 24. März 2020, von <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2016). *Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten*. Abgerufen am 27. Juli 2020, von <https://dve.info/bildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung/wfot-mindeststandards-für-die-ausbildung-von-ergotherapeuten/file>

- World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2018). *Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations*. Abgerufen am 16. Mai 2020, von <https://www.wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>
- Züll, C., & Menold, N. (2019). *Offene Fragen*. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Empirischen Sozialforschung* (S. 855-862). Wiesbaden: Springer.

Glossar

Akquise	Teilnehmererwerb; Probandengewinnung (Döring & Bortz, 2016)
Berufsethik	Spezifische moralische Handlungsgrundsätze, die bei der Ausübung eines bestimmten Berufes zugrunde liegen; bietet Hilfestellung Entscheidungen in herausfordernden Situationen (ethische Dilemmata) zu treffen (De Vries-Uiterweerd & Sanger, 2019)
Bias	Verzerrung eines Untersuchungsergebnisses in einer Studie (Perkhofer et al., 2016b)
binäre/dichtome Variable	Spezialfall nominalskaliertter Variablen, die nur zwei mögliche Werte annehmen kann (Walz, 2017)
Blankoverordnung	Der Arzt verordnet ein Heilmittel; der Therapeut darf über Art und Umfang der Therapie bestimmen (SHV, o.D.-c)
Clinical (and Professional) Reasoning	Technik sich Entscheidungsprozessen anzunähern und sein Denken und Handeln Außenstehenden darzulegen und zu begründen (Boyt Schell & Schell, 2018)
Deduktiv	In Bezug auf die quantitative empirische Sozialforschung bedeutet deduktiv, dass Theorien bzw. Hypothesen geprüft werden (Perkhofer et al., 2016b). Somit werden Kategorien vor der Studiendurchführung gebildet und Ergebnisse dort ein-/zusortiert (Mayring, 2015)
Deduktive Stichprobenziehung	Diese Art der Stichprobenziehung ist dadurch gekennzeichnet, dass die Auswahl aus dem theoretischen Vorwissen der Forscher abgeleitet (deduziert) wird. Indem bereits Kenntnisse über die Zielgruppe, welche potentiell Informationen zur Fragestellung liefern kann, vorhanden sind, kann die Stichprobe gezielt ausgewählt werden. (Petrucchi & Wirts, 2007)
Direktzugang	Möglichkeit unabhängig einer Verordnung vom Arzt einen Therapeuten aufzusuchen; Therapeut diagnostiziert Therapiebedarf selbstständig; ggf. an andere Disziplinen im Gesundheitssystem verweisen (SHV, o.D.-c)
deklaratives Wissen	Wissen über Sachverhalte, Begriffe, Fakten (<i>Knowing what</i>), ohne Angaben von Prozessen; kann sprachlich wiedergegeben werden bzw. ist erklärbar (Wenninger, 2000)

Empirische Sozialforschung	systematische Erhebung sozialwissenschaftlicher Tatsachen/Phänomene durch Sammlung und Auswertung von Informationen (Perkhofer et al., 2016b)
Evidence-Based-Practice (EBP)	Übers.: Evidenzbasierte Praxis; gezielte sowie verantwortungsbewusste Anwendung aktueller und vielversprechender Evidenzen, um in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Klienten Problemlösestrategien festzulegen; Integration der Expertise des Therapeuten mit wissenschaftlicher Forschung sowie Wünschen und Erwartungen des Klienten/systems (Hucke & Meiling, 2019)
externe Evidenz	Erfahrungswert anderer Personen oder Studien, der zu einer kontextbezogenen Individualentscheidung führt; eher objektiv (Mangold, 2013)
externe Heterogenität	Beschreibung zusammen mit der internen Homogenität, die Einteilung des Objektbereiches im Sinne der typenbildenden Verfahren; externe Heterogenität bei starker Unterscheidung der Typen (Uhlendorff, 2010)
Forschungsposition	Methodischer Standpunkt aus dem heraus ein Gegenstand untersucht wird (Döring & Bortz, 2016)
Fragensukzession	Reihenfolge der Fragen in Fragebögen (Perkhofer, 2016b)
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	Übers.: Internationale Klassifikation (System von Klassen) der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; dient zur Einschätzung von Art und Schwere einer Krankheit oder Behinderung; erstellt von der World Health Organisation (WHO, 2010)
induktiv	Forschungsansatz; aus den Ergebnissen einer Studie werden Theorien/Kategorien abgeleitet (Mayring, 2015)
interne Evidenz	eigener Erfahrungswert; der zu einer kontextbezogenen Individualentscheidung führt; eher subjektiv (Mangold, 2013)
Interne Homogenität	Siehe auch: externe Heterogenität Im Zusammenhang mit den typenbildenden Verfahren wird laut Kluge von interner Homogenität gesprochen, wenn "die Elemente innerhalb eines Typus möglichst ähnlich sind" (2001, zitiert nach Uhlendorff, 2010, S. 315).

Klientenzentrierung/client-centredness	Grundlage der modernen Ergotherapie; Situation, in der der Klient selbst über seine Versorgung entscheiden kann und nur nach seinen Wünschen entsprechend gehandelt wird (Le Granse, 2019)
klientenzentrierte Versorgung	In einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit finden Klient und Ergotherapeut eine Entscheidung; Teilhabenden sind gleichwertig; beide bringen dementsprechend Wissen und Erfahrungen mit ein; Fokus liegt auf den Wünschen und Bedürfnissen des Klienten; (Le Granse & Kuiper, 2019)
kundenorientierte Versorgung	Die Ergotherapie wird zur Dienstleistung und muss entsprechend mit dem Klienten einen Vertrag abschließen; dieser bekommt umfassende Informationen über die Behandlung, die Qualität und weiteren Rahmenbedingungen; Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbietern muss gewährleistet werden (Le Granse & Kuiper, 2019)
Makroebene	Analyseebene; große Systeme; z.B. politisches System, Gesetzesgrundlagen (Schubert & Klein, 2018)
Mesoebene	Analyseebene; Teil eines Systems; z.B. Institutionen, Organisationsstruktur; Team (Schubert & Klein, 2018)
Mikroebene	Analyseebene; kleinste Einheit eines Systems; Handlungen/Entscheidungen/Beziehungen der Akteure; z.B. Klient und Therapeut (Schubert & Klein, 2018)
obsolet	veraltet; nicht mehr zeitgenössisch (Dudenredaktion, o.D-j)
Paper-Pencil-Befragung	Fragebogen der auf Papier gedruckt ist und mit einem Stift beantwortet wird (Döring & Bortz, 2016)
Pathogenese	Lehre der Krankheit; Betrachtungsweise auf Gesundheit und Krankheit in medizinischen Systemen (Antonovsky, 1996)
peer-reviewed	Begutachtung/Prüfung eines Projektes/Schriftstücks von unabhängigen Personen des gleichen Fachgebietes; dient zur Qualitätssicherung (Döring & Bortz, 2016)
Professionswissen	Kernelement der Theorien des professionellen Handelns; <i>nach Oevermann</i> beschreibt es die Vermittlung zwischen Theorie und Praxis; praktisches

	Handeln wird vorab bestimmt durch theoretische Inhalte; <i>nach Dewe & Otto</i> beschreibt es das Können eines Professionellen; Theorie wird selektiv aufgenommen, interpretiert und im praktischen Rahmen innovativ angewandt; (in Walkenhorst, 2008)
Prozedurales Wissen	Wissen über Handlung, Verfahren und Prozeduren (<i>Knowing how</i>); Verknüpfung und Anwendung von (<i>deklarativem</i>) Wissen (Wenninger, 2000)
Pseudoäquidistanz	Äquidistanz: gleich großer Abstand; im Zusammenhang mit den Abständen der Antwortmöglichkeiten einer Nominalskala spricht man im mathematischen Sinne von einer Pseudoäquidistanz, da die Abstände von Personen unterschiedlich empfunden werden können (Perkhofer et al., 2016b)
Public Health	beschäftigt sich mit der Gesundheit der Bevölkerung; liegt in der Verantwortung der Gesellschaft; bezieht sich auf Systeme, Organisationsstruktur und Politik; verbindet Theorie und Praxis; ist multi- sowie interdisziplinär (RKI, 2016)
Reflexivität	Eigenschaft, der Spiegelung und Erkenntnis eigener Handlungen und Handlungskompetenzen in einem System (Walkenhorst, 2008)
Relationierung	In Verbindung setzen; miteinander verbinden (Dewe & Otto, 2002 in Walkenhorst, 2008)
Salutogenese	Lehre der Entstehung von Gesundheit; Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit in medizinischen Systemen (Antonovsky, 1996)
Skalierungsverfahren	Einsatz bei der Gestaltung der Antwortkategorien, wenn geschlossenen Antwortmöglichkeiten verwendet werden; man unterscheidet die Nominal-, Ordinal-, Intervall- und Verhältnisskalen (Perkhofer et al., 2016b)
Taxonomie	Zerlegung und Klassifikation komplexer sprachlicher Einheiten; Beschreibung des Aufbaus eines Sprachsystems; Erklärung von Zusammenhängen; Unterscheidung zwischen Kategorien; bedeutsam für die Entwicklung einer Wissenschaft (Fisher, 2014)
Terminologie	Festgelegte Wörter und Ausdrücke eines Fachgebietes; bedeutsam für die Entwicklung einer Wissenschaft (Stadler-Grillmaier, 2007)

Wissenschaftliches Wissen

Wissen der Forschung/ über Behandlungsverfahren oder Methoden, welches alleine auf theoretischer Ebene generiert wurde und im geschützten Rahmen wie z.B. in Studien erprobt wurde (Oevermann, 1999 in Walkenhorst, 2008)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Literaturrecherche	15
Abbildung 2 Kompetenzprofil Ergotherapie. Übernommen aus Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019b)	24
Abbildung 3 Darstellung des Forschungsprozesses	55
Abbildung 4 Einteilung der Ergotherapie-Population in Gruppen	62
Abbildung 5 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015)	75
Abbildung 6 Beispielhafte Darstellung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse	77
Abbildung 7 Darstellung der induktiv erhobenen Kategorien	78
Abbildung 8 Wichtigkeit der Berufsdefinition	82
Abbildung 9 Identifikation mit der Berufsdefinition (DVE, 2007)	82
Abbildung 10 Einordnung der Fragen in die entsprechenden Kategorien	84
Abbildung 11 Länge der Definition	89
Abbildung 12 Zielgruppe der Berufsdefinition	90
Abbildung 13 Beteiligte bei der Erstellung einer Berufsdefinition	91
Abbildung 14 Aktualität der sprachlichen Aspekte der Berufsdefinition (DVE, 2007)	92
Abbildung 15 Zusätzlich relevante sprachliche Aspekte einer Berufsdefinition	92
Abbildung 16 Strukturelle Aspekte der Berufsdefinition	93
Abbildung 17 Rolle der Ergotherapeuten	94
Abbildung 18 Qualitäten der Ergotherapeuten	95
Abbildung 19 Prinzipien bzw. Grundlagen des ergotherapeutischen Handelns	96
Abbildung 20 Beitrag der ergotherapeutischen Zielgruppe	97
Abbildung 21 Berufskompetenzen des DVE (2019)	98
Abbildung 22 Niederländische Kompetenzen	99
Abbildung 23 Enablement-Skills	100
Abbildung 24 Weitere Kompetenzen	100
Abbildung 25 ergotherapeutische Aufgaben	101
Abbildung 26 Anzahl an Definitionen	102
Abbildung 27 Fachbereiche der Ergotherapie	103
Abbildung 28 Innovative Arbeitsfelder der Ergotherapie	103
Abbildung 29 Die Lebensbereiche	104
Abbildung 30 Ziele der Ergotherapie	105
Abbildung 31 Der Betätigungsbegriff	106
Abbildung 32 Der Zielgruppenbegriff	107
Abbildung 33 Nähere Beschreibung der Zielgruppe	108
Abbildung 34 Internationale Aspekte	109

Anhang

Anhang 1: Auszug Suchstrategien Literaturrecherche

Nachstehend finden sich Auszüge der Suchstrategien aus der Literaturrecherche. Viele Begriffe wurden zu dem in mehrere Datenbanken eingegeben.

Beispiel 1

Schlüsselwörter:

- Occupational therapy / OT
- Well-being
- Definition

Zusätzliche Eingrenzungen:

- Free Fulltext
- Fulltext

Datenbank: PubMed			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	2010 -2020	English + German	Books and Documents
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
„Well-being“ AND „definition“			32.869
„Well-being“ AND „occupational therapy“			8.223
„Occupational therapy“ OR „ot“ AND „well-being“			178
„Occupational therapy“ OR „ot“ AND „well-being“ AND „definition“			6

Beispiel 3

Schlüsselwörter:

- Akademisierung
- Ergotherapie
- Deutschland
- Vollakademisierung
- Primärqualifizierendes Studium
- Heilmittelerbringer
- Therapeuten / Therapie
- Wissenschaftliche Ausbildung

Zusätzliche Eingrenzungen:

- Relevanz: Nach Datum sortieren

Datenbank: GoogleScholar			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	2010 -2020	Deutsch	-
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
„Akademisierung“ AND „Ergotherapie“			576
„Akademisierung“ AND „Ergotherapie“ AND „Deutschland“			454
„Akademisierung“ AND „Heilmittelerbringer“ AND „Deutschland“			64
„wissenschaftliche Ausbildung“ AND „Therapeuten“			127
„Vollakademisierung“ AND „Therapeuten“ OR „THERAPIE“ AND „Deutschland“			48
„Vollakademisierung“ AND „Heilmittelerbringer“ AND „Deutschland“			11
„primärqualifizierendes Studium“ AND „Ergotherapie“			5

Beispiel 3

Schlüsselwörter:

- Kompetenzen
- Ergotherapie
- Deutschland
- Kompetenzprofil
- Berufskompetenzen

Zusätzliche Eingrenzungen:

- Volltext

Datenbank: DiZ			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	1996-2020	Deutsch	Alle Ergebnisse
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
„Kompetenzen“ AND „Ergotherapie“ AND „Deutschland“			914
„Kompetenzprofil“ AND „Ergotherapie“			79
„Kompetenzprofil“ AND „Ergotherapie“ AND „Deutschland“			56
„Berufskompetenzen“ AND „Ergotherapie“			9
„Berufskompetenzen“ AND „Ergotherapie“ AND „Deutschland“			7

Anhang 2: Einschätzung des Evidenzlevels verwendeter Studien nach Tomlin und Borgetto (2011)

Die folgende Tabelle stellt verschiedene in der Forschungsarbeit genutzte Studien und deren Einordnung in die Evidenzlevel nach Borgetto und Tomlin (2011) dar.

Name der Studie	Level der Evidenz
Abel, T., & Hammer, S. (2019). Ab in die Zukunft!. In <i>Ergotherapie und Rehabilitation</i> , 58(8), 14-17. doi: 10.2443/skv-s-2019-51020190801	Evidenzlevel 2 nach Borgetto & Tomlin (2011), mixed-methods research (<i>correlational study, descriptive surveys</i>)
Ahrens, J., Treusch, Y. (20202). Chancen und Risiken einer Vollakademisierung. In <i>ErgoScience</i> 15(1), 12-21. doi: 10.2443/skv-s-2020-54020200102	Evidenzlevel 3 nach Borgetto & Tomlin (2011), qualitative research (<i>group study less rigor</i>)
Räbiger, J., Rottenecker, J., Lauer, N., Warnke, A., Hansen, H., Wasner, M., et al. (2019). Therapeuten mit berufsqualifizierendem Studienabschluss: Berufseinmündung und Erfahrungen im Berufsalltag – Ergebnisse einer Absolventenbefragung. <i>Ergoscience</i> , 14(4), 147-155. doi: 10.2443/skv-s-2019-54020190402	Evidenzlevel 3 nach Borgetto & Tomlin (2011), mixed-methods research (<i>multiple-case studies, descriptive surveys</i>)
Schwarzmann A., Gerlach, S., Rohde-Schweizer, R., Straßer, S., Sören, P., & Hammer, S. (2018). „Ich bin dann mal weg!“ Eine Studie zur Berufsflucht von LogopädInnen. <i>Forum Logopädie</i> , 32(3), 22-27. doi: 10.2443/skv-s-2018-53020180303	Evidenzlevel 3 nach Borgetto & Tomlin (2011), mixed-methods research (<i>multiple-case study</i>)
Marotzki, U. (2006). <i>Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung – Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie</i> (2.Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.	Evidenzlevel 2 nach Borgetto & Tomlin (2011), qualitative research (<i>grounded theory, more rigor</i>)
Beyermann, G. (2006). Professionalisierung und Klientenzentrierung - zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken. <i>Ergoscience</i> , 01(3), 92–99. doi: 10.1055/s-2006-927107	Evidenzlevel 1 nach Borgetto und Tomlin (2011), descriptive research (<i>literature review</i>)

Walkenhorst, U. (2008). *Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung - Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse*. Idstein: Schulz Kirchner.

Evidenzlevel 3 nach Borgetto und Tomlin (2011), mixed-methods research (*delphi-method, descriptive surveys*)

Anhang 3: Critical Review Form – Qualitative Studies

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

Ahrens, J., & Treusch, Y. (2020). Chancen und Risiken einer Vollakademisierung. *Ergosience*, 15(1), 12-21.
doi: 10.2443/skv-s-2020-54020200102

	Comments
STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? ☒ yes ☐ no	Outline the purpose of the study and/or research question. Zweck: "Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Chancen und Risiken der Vollakademisierung der Ergotherapie in Deutschland aus Sicht von Professionsangehörigen komprimiert darzustellen. Dabei sollen auch Chancen und Risiken beleuchtet werden, die bislang kaum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen waren." (S.13) Forschungsfrage: Welche Chancen und Risiken bestehen bei einer Vollakademisierung der Ergotherapie in Deutschland aus Sicht der Professionsangehörigen? (S.13)
LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? ☒ yes ☐ no	Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling? Das Thema "Akademisierung der Gesundheitsfachberufe wird in Deutschland" sowohl "von Berufangehörigen" wie auch der "Politik intensiv diskutiert" (S.12). Da jedoch "über die Zukunft der Ergotherapie-Ausbildung bzw. Akademisierung in Deutschland politisch noch nicht abschließend entschieden wurde, soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur aktuellen Diskussion leisten." (S.13) Es wurde Literatur genutzt, die zum Zeitpunkt der Forschung nicht älter als 10 Jahre war. Viele Quellen entsprechen aktuellen berufspolitischen Entscheidungen und Theorien, die für die Studie relevant sind. Zu Beginn bekommt der Leser relevante Hintergrundinformationen im Teil der Einleitung und der Beschreibung des aktuellen Standes der Ergotherapie-Ausbildung in Deutschland. (S.13). Zudem wurde Literatur zur Untermauerung der Methodik genutzt.
	How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review? ¹ Die Studie beschäftigt sich, wie auch unsere Forschungsarbeit mit der Professionalisierung. Die in der Studie dargestellte Thematik der Vollakademisierung ist für den theoretischen Hintergrund unserer Bachelorarbeit relevant.

STUDY DESIGN: What was the design? ☒ phenomenology ☐ ethnography ☐ grounded theory ☐ participatory action research ☐ other _____	Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain. Das Design der Studie wird nicht direkt erwähnt. Es gibt jedoch Anhaltspunkte, die darauf schließen lassen, dass es sich um ein phänomenologisches Design handelt. In der Studie geht es darum, Meinungen zu einem bestimmten Phänomen mittels Interviews zu erheben. Im Speziellen werden Chancen und Risiken einer Vollakademisierung in Deutschland untersucht. Ein qualitatives Design eignet sich zur Beantwortung der Forschungsfrage, da es bisher wenig Evidenzen und Studien zu dem Thema gibt und deshalb die Sichtweise/ Meinung der Berufsangehörigen erfasst werden sollte. (S.13)
Was a theoretical perspective identified? ☐ yes ☒ no	Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective. Die Autoren beschreiben ihre Perspektive nicht direkt. Es wird aus dem Text lediglich deutlich, dass die Studie im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Döpperhochschule in Köln erstellt wurde. Dies lässt darauf schließen, dass die Forscherinnen durch ihren Beruf und ihre Ausbildung an einer Hochschule in Deutschland bereits mit dem Thema Akademisierung in Berührung gekommen sind.
Method(s) used: ☐ participant observation ☒ interviews ☐ document review ☐ focus groups ☐ other _____	Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose? "Hierzu wurden sechs leitfadengestützte Expert*inneninterviews durchgeführt und durch eine Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet." (S.12). Die Methode ist dem Zweck der Forschung entsprechend gewählt worden, da es darum ging verschiedene Perspektiven von Professionsangehörigen zu erfassen und darzustellen. Mit Hilfe der Expert*innen Interviews können "Sachverhalte anhand einer verbalen Beschreibung interpretiert" (S.13) und "Zusammenhänge empirisch identifiziert und dargestellt werden" (S.13).
SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? ☐ yes ☒ no	Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? Bei der Teilnehmerge Auswahl wurde darauf geachtet, dass diese ein möglichst breites Bild innerhalb der Ergotherapie-Gesellschaft darstellen. Hierzu wurden Expert*innen aus verschiedenen Bereichen der Ergotherapie rekrutiert (S.13). Insgesamt haben 6 Ergotherapeut*innen an der Studie teilgenommen, von denen zwei eine staatlich Anerkennung ohne eine weitere hochschulische Ausbildung hatten, drei zusätzlich zu ihrer Ausbildung ein additives Studium absolviert hatten und eine Person primärqualifizierend ein Diplom in Ergotherapie abgeschlossen hatte (S.14). Einschlusskriterium: Berufsangehörige, die in Deutschland im ergotherapeutischen Bereich arbeiten (S.14). Ausschlusskriterien: Meinungsvertreter*innen ohne ergotherapeutische Ausbildung oder ergotherapeutisches Studium bzw. jene die direkt nach ihrem Abschluss ausschließlich im Ausland gearbeitet hatten (S.14) Insgesamt hätte der Vorgang der Stichprobenauswahl genauer beschrieben werden können (z.B. Warum genau diese 6 Expert*innen? Wie sind die Autorinnen an die Kontakte gekommen? Warum wurden genau diese 6 angeschrieben?).

Was sampling done until redundancy in data was reached?² ☐ yes ☐ no ☒ not addressed	Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing? Es wird lediglich geschrieben: "Alle sechs angeschriebenen Expert*innen gaben ihre Zusage." (S.14). Daraus wird nicht deutlich, ob dies einer Sättigung entsprach.
Was informed consent obtained? ☒ yes ☐ no ☐ not addressed	Die Einverständniserklärung erfolgte mündlich zu Beginn der jeweiligen Interviews und wurde aufgezeichnet. Die Forscherinnen gaben zudem an, stark auf den Datenschutz zu achten (S.14).
DATA COLLECTION: Descriptive Clarity Clear & complete description of site: ☐ yes ☒ no participants: ☒ yes ☐ no Role of researcher & relationship with participants: ☐ yes ☒ no Identification of assumptions and biases of researcher: ☐ yes ☒ no	Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture? Die Interviews fanden telefonisch statt und dauerten zwischen 13:22 und 27:34 Minuten (S.14) Die berufliche Vorbildung und Tätigkeit der befragten Experten, wurden in tabellarischer Form dargestellt (s. Abb 1, S.14). Dabei wurden für die Forschung relevante Eigenschaften und Informationen aufgelistet. Insgesamt hätte die Beschreibung im Sinne einer qualitativen Studie etwas lebhafter ausfallen können, um ein genaueres und ganzheitliches Bild zu bekommen. Die Rolle der Forscherinnen sowie ihre Beziehung zu den Expert*innen wird nicht eindeutig beschrieben. Es wird nicht explizit beschrieben, welche möglichen Biases die Forscherinnen haben könnten. What was missing and how does that influence your understanding of the research? Ein internationaler Vergleich hätte vorgenommen werden können. Hierzu könnten vor allem Studien aus der Schweiz relevant sein, da dort vor einigen Jahren eine Vollakademisierung für Therapieberufe beschlossen wurde. Es wird nicht genauer beschrieben welche Fähigkeiten die Forscherinnen in Bezug auf das Führen von Interviews hatten. Zudem wird lediglich gesagt das die Erstautorin die Experten auswählte, aber nicht auf welche Weise sie die Kontaktdaten der Expert*innen bekommen hat, sprich ob Expert*innen und Forscherinnen sich kannten (S.14)
Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? ☒ yes ☐ no ☐ not addressed	Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods. Der Prozess der Datenerhebung wird recht ausführlich beschrieben: Die Daten wurden anhand eines leitfadengestützten Interviews telefonisch erhoben. Bei einem Telefonat war die Verbindung schlecht, sodass die befragte Person immer wieder "aus dem Redefluss" kam. "Die Interviews wurden telefonisch geführt und dauerten zwischen 13:22 und 27:34 Minuten" (S.14). Zudem werden Informationen zu der Erstellung des Leitfadens und der Durchführung der Interviews bereitgestellt (S.14). Es wird deutlich, dass eine gewisse Flexibilität bei der Datenerhebung herrschte und im Anschluss an die Interviews noch allgemeine und persönliche Gespräche über das Thema stattfanden. Ob die Erstautorin, welche die Interviews durchführte, in der Durchführung von Interviews geübt war, wird nicht erwähnt.

DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? ☐ yes ☒ no ☐ not addressed Findings were consistent with & reflective of data? ☒ yes ☐ no	Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? "Die Transkripte der Expert*inneninterviews wurden durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) kategorisiert, extrahiert und aufbereitet" (S.14). "In einem ersten Schritt wurden die vorher definierten und deduktiv gewonnenen Kategorien in Anlehnung an die Aspekte aus der Literatur zunächst den Textstellen der Interviews zugeordnet." (→ deduktive qualitative Inhaltsanalyse) (S.14) Zusätzlich entstanden durch das Datenmaterial neue Kategorien. Die "induktiv gebildete Kategorien wurden entweder unter bereits bestehende Kategorien subsummiert (teilweise in Form von Unterkategorien) oder zu neuen Kategorien abstrahiert." (S.14). "In einem zweiten Schritt wurden die Interviews quantitativ entsprechend der Häufigkeit der Nennungen im Verhältnis zu den Kategorien analysiert" (S.15) Die Schritte, die die Forscherinnen bei der Analyse vornahmen wurden auf diese Weise deutlich und nachvollziehbar. Sie sind dem Studienzweck passend gewählt. Ergebnisse: (S.15) Abschließend sind zehn Kategorien extrahiert worden, die sich als relevante Aspekte für die Profession bzw. für die Gesellschaft in der Frage nach Chancen und Risiken erweisen: - Modellfrage Akademisierung - Ausbildungskosten - Bezahlung der Ergotherapeut*innen - Fachkräftemangel - Anerkennung des Berufes - Definition des Gegenstandes und des eigenen Tätigkeitsfeldes - Abgrenzung zu anderen Berufen - Vergleichbarkeit mit dem Ausland/Mobilität - Veränderung der Gesellschaft und des Gesundheitswesens in Deutschland - Evidenz und Qualität der Ergotherapie im Vergleich zur berufsfachschulischen Ausbildung und hochschulischen Ausbildung.
Auditability Decision trail developed? ☐ yes ☐ no ☒ not addressed Process of analyzing the data was described adequately? ☒ yes ☐ no ☐ not addressed	Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes. Es wird beschrieben, welche einzelnen Schritte bei der Transformation vorgenommen wurden. Eine detailliertere Beschreibung der Entscheidungen, warum diese Schritte vorgenommen wurden, und ob diese vorher oder während des Prozesses beschlossen wurden, würde eine noch bessere Nachvollziehbarkeit gewährleisten. - deduktive Kategorienbildung - induktive Kategorienbildung zur Ergänzung: auf Grund der Stringenz wurden teilweise Formulierungen der befragten Expert*innen übernommen - Entscheidungen wurden über den gesamten Forschungsprozess hinweg dargestellt.
Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? ☒ yes ☐ no	How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged. Es wird ein Bezug zu aktuellen berufspolitischen Themen hergestellt, die in Verbindung mit der Studie ein sinnvolles Gesamtbild ergeben. Es soll die Sicht der Berufsangehörigen auf die Vollakademisierung erforscht und dargestellt werden. Hierzu werden berufspolitischen Bezüge, die es derzeit gibt (Modellklausel, Eckpunktepapier J. Spahn [Gesundheitsminister]) und die Sicht bzw. Erfahrungen von Ergotherapeuten dargestellt (S. 13). Die aus der Literatur im Vorhinein deduktiv erhobenen Kategorien wurden mit den Aussagen der Expert*innen verbunden. Neue Chancen und Risiken, die induktiv aus den Antworten erhoben wurden, wurden farblich abgehoben dargestellt (Tab. 2, S. 20). Auf diese Weise wird deutlich, inwieweit studierte Literatur mit den Daten verbunden werden kann. Insgesamt werden die Chancen und Risiken sehr detailliert und nachvollziehbar dargestellt.

OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility ☐ yes ☒ no Transferability ☐ yes ☒ no Dependability ☒ yes ☐ no Confirmability ☐ yes ☒ no	For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. Credibility: Hierzu werden keine ausreichenden Informationen gegeben. So wird z.B. nicht deutlich, ob ein Member Checking stattgefunden hat und inwieweit die Forscherinnen Triangulation eingesetzt haben. Um ein umfassendes Bild über das Phänomen zu bekommen, wäre eine längere Untersuchung der Expert*innen notwendig gewesen. Transferability: Eine Übertragbarkeit kann nicht geleistet werden. Es wurden insgesamt 6 Expertinnen befragt, eine Anzahl die nicht repräsentativ für Ergotherapeuten ist. Für eine bessere Übertragbarkeit wäre eine detaillierte Beschreibung der Expert*innen notwendig gewesen. Dependability: Es besteht eine Konsistenz zwischen den Daten und den Ergebnissen. Der Prozess wurde detailliert beschrieben. Für die Datenauswertung wurde eine theorie- und regelgeleitete Methode genutzt, wodurch die Daten belegbar werden. Confirmability: Es wurden keine Strategien beschrieben, die mögliche Biases verringern. What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? Die Forschung hat auf berufspolitischer Ebene Einfluss auf unsere Arbeit. Die wissenschaftliche Ausbildung spielt sowohl in Professionalisierungstheorien also auch in Merkmals-theorien zu Professionen eine Rolle. Da auch unsere Forschungsarbeit sich mit der Professionalisierung des Berufes beschäftigt, hat die für das Critical Law Review vorliegende Studie für diese Relevanz.
CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? ☒ yes ☐ no The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? ☒ yes ☐ no	What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study? Schlussfolgerung: "Eine Akademisierung der ergotherapeutischen Berufsausbildung kann aus Sicht der Professionsangehörigen empfohlen werden. Ob eine Voll- oder Teilakademisierung sinnvoller ist, sollte wissenschaftlich weiter untersucht werden" (S.12) Nutzen für die Ergotherapie: (S.21) - Vollakademisierung könnte die evidenzbasierte Praxis weiter verbreiten und vereinheitlichen - größere Anerkennung des Berufsstandes - bei einer Umsetzung der Vollakademisierung muss ein Übergang gestaltet werden Schwächen der Studie: (S.21) - Vertreter der Politik wurden nicht mit einbezogen - Mögliche Hemmungen der Expert*innen, ihre Meinungen frei zu äußern (Angst vor "unerwünschter" Meinungsäußerung im politischen Diskurs) - Expert*innenwissen war heterogen - Vorabinformationen über die politische Lage fehlte - Technische Schwierigkeiten bei Kommunikation per Telefon - Fehlender Vergleich mit internationaler Literatur

Anhang 4: Teilnehmeranschreiben

Was ist Ergotherapie eigentlich?**Diese Frage wird uns allen nur zu oft gestellt, oder?**

Liebe Ergotherapie-Gemeinschaft,

unsere Namen sind Denise Mahnke, Vanessa Göge, Jana Wieczorek und Cosima Eggert. Wir sind bereits examinierte Ergotherapeutinnen, die aktuell gemeinsam an der Zuyd Hogeschool in Heerlen ihren Bachelor in Ergotherapie machen.

Während unseres Studiums haben wir festgestellt, dass die aktuelle deutsche Definition der Ergotherapie vom Deutschen Verband für Ergotherapeuten e.V. von 2007 und somit über 12 Jahre alt ist. Deshalb erscheint es sinnvoll, die Aktualität der derzeitigen Berufsdefinition (DVE, 2007) zu prüfen und auch im internationalen Vergleich zu betrachten.

Die Weiterentwicklung des Berufes benötigt eine angemessene Darstellung der Inhalte und Expertise innerhalb der eigenen Berufsgruppe sowie gegenüber anderen Berufsgruppen und unseren Klienten*Innen. Gleiches gilt für Institutionen, Organisationen und die Gesellschaft. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit möchten wir uns, unter dem Einbezug der Vielfältigkeit unserer Ergotherapie-Gesellschaft, mit den folgenden Fragen auseinandersetzen:

*Bildet die aktuelle Definition vom DVE (2007) die Vielfältigkeit unseres Berufes ab? Können sich damit Ergotherapeut*Innen identifizieren und die Aspekte, entsprechend der Definition, nach außen tragen?*

Dabei werden wir mit Hilfe eines Querschnitts unserer deutschen Ergotherapie-Gesellschaft in zwei aufeinanderfolgenden Befragungen Daten erfassen. Hierfür ist Ihre Hilfe gefragt!

Damit wir im Rahmen unserer Forschung ein möglichst breites Bild unserer Ergotherapie-Gesellschaft einbeziehen können, bitten wir Sie, dieses Anschreiben und unseren Flyer mit Ihren Mitschülern*Innen, Kommilitonen*Innen und Kollegen*Innen zu teilen und zu verbreiten.

Die Anonymität und das uns entgegengebrachte Vertrauen unserer Teilnehmer*Innen sind für uns von großer Bedeutung. Deshalb legen wir viel Wert darauf, dass Ihre Daten vertraulich behandelt und keine Rückschlüsse auf individuelle Personen gezogen werden können.

Alle Informationen, ebenso wie das Anmeldeformular, sind auf der folgenden Homepage zu finden. Gerne stehen wir Ihnen auch für Fragen per E-Mail zur Verfügung.

 www.definition-ergotherapie.de

 info@definition-ergotherapie.de

Da sich die Zahl der Forschungsteilnehmer*Innen auf eine bestimmte Anzahl beschränkt, werden wir diese per Losverfahren bestimmen. Ob Sie Teilnehmer*In dieser Studie sind, erfahren Sie per Mail bis zum 21. Mai 2020.

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung!

Liebe Grüße,
Denise, Vanessa, Jana & Cosima

Es besteht auch die Möglichkeit über ein Nachrückverfahren zu einem späteren Zeitpunkt an der Studie mitzuwirken. Wir würden uns freuen, wenn wir Sie dann noch einmal kontaktieren dürften.

Anhang 5: Informationsflyer Teilnehmerakquise



Gemeinsam für eine moderne Definition der Ergotherapie

Bildet die aktuelle Definition vom DVE (2007) die Vielfältigkeit unseres Berufes ab? Können sich damit Ergotherapeut*Innen identifizieren und die Aspekte, entsprechend der Definition, nach außen tragen?

Wir studieren gemeinsam Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen und möchten innerhalb unserer Bachelorarbeit, unter dem Einbezug der Vielfältigkeit unserer Ergo-Gesellschaft, eine Antwort auf diese Frage finden.

Dafür benötigen wir Ihre Hilfe. Sind Sie:

- Auszubildende*r der Ergotherapie / Ergotherapie-Student*In in Erstausbildung / im additiven Studiengang (Bc Ergotherapie / MA in einem ergotherapielevanten Bereich)
- Praktizierende*r Ergotherapeut*In
- Lehrende*r an einer Berufsfachschule / Hochschule / Uni für Ergotherapie
- Funktionär*In einer ergotherapeutischen Instanz (DVE, BED, VDES, COTEC, WFOT etc.)
- Autor*In von Artikeln oder Beiträgen ergotherapeutischer Publikationen

Weitere Informationen zu den einzelnen Personengruppen können Sie unserer Homepage entnehmen.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Erhebung findet im Rahmen einer Delphi-Studie statt, die zwei Online-Fragebögen enthält.

1. Runde (25.05.2020 - 03.06.2020)
Dauer des Fragebogens ca. 30-45 Min.
 Die Fragestellung befasst sich mit verschiedenen thematischen Aspekten der derzeitigen Ergotherapie-Definition (DVE, 2007), sowie potentiell relevanten Merkmalen. Der Inhalt ist selbsterklärend dargestellt, so dass spezifische Vorkenntnisse nicht notwendig sind. Hier dürfen Sie Ihre Meinung formulieren.

2. Runde (29.06.2020 - 08.07.2020)
Dauer des Fragebogens ca. 15 Min.
 Auf Grundlage der Antworten der ersten Runde, erhalten Sie thematische Vorschläge, die in einer modernen Definition der Ergotherapie enthalten sein könnten. Sie dürfen hier die Relevanz dieser Aspekte bewerten.

Warum sollten Sie an unserer Studie teilnehmen?

Mit Ihrer Teilnahme an der Studie können Sie uns helfen, die aktuelle Darstellung der ergotherapeutischen Expertise zu reflektieren. Wir möchten dadurch einen kleinen, aber bewussten Schritt in Richtung eines einheitlichen Berufsverständnisses gehen. Eine moderne und zukunftsorientierte Definition kann die Verbreitung des Wissens über Ergotherapie in der deutschen Gesellschaft erleichtern sowie den Einbezug und die Darstellung neuer Arbeitsfelder ermöglichen.

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Gerne beantworten wir Ihnen offene Fragen per E-mail. Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage, auf der Sie sich direkt über folgenden Link oder QR-Code per Anmeldeformular anmelden können.


www.definition-ergotherapie.de

info@definition-ergotherapie.de

Damit wir im Rahmen unserer Forschung ein möglichst breites Bild unserer Ergotherapie-Gemeinschaft einbeziehen können, bitten wir Sie, unseren Flyer inklusive Anschreiben mit Ihren Kollegen*Innen zu teilen und zu verbreiten. Wir erbitten eine **Anmeldung bis zum 20.05.2020**.






Wir freuen uns von Ihnen zu hören!
Denise, Vanessa, Jana & Cosima



Anhang 6: Auszüge der Website

Startseite der für die Akquise erstellten Website:Anmeldeformular der Website:

Wenn Sie sich dafür interessieren an unserer Studie teilzunehmen und sich in einer der verschiedenen Teilnehmerkategorien wiedergefunden haben, kontaktieren Sie uns direkt mit den Daten, die neben dem Nachrichtenfeld aufgeführt sind.

Gerne beantworten wir Ihnen auch noch offen gebliebene Fragen.

Startseite Hintergrund Informationen zur Studie Anmeldeformular Über uns

E-Mail-Adresse (Pflichtfeld)

Nachricht

☐ Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden. (Pflichtfeld)

Informationen zum Umgang mit den erforderlichen Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung.
Ihre Einverständniserklärung zur Teilnahme holen wir, zu Beginn der Studie, mit einem separaten Dokument ein.

- Teilnehmerkategorie, für die Sie sich anmelden möchten
- Name & Alter
- Art Ihrer Ausbildung
(Berufsfachschule, Hochschule, Uni)
- Aktueller Stand Ihrer Ausbildung
- Position Ihrer ergotherapeutischen Tätigkeit
(z.B. Leitung, Angestellter, etc.)
- Dauer der Ausübung Ihrer ergotherapeutischen Position
(z.B. 4 Jahre & 8 Monate = 4;8 Jahre)
- Dauer Ihrer gesamten ergotherapeutischen Berufserfahrung
- Arbeitsfeld, in dem Sie tätig sind
- Institution (z.B. Praxis, Krankenhaus, etc.) bzw. Verein, in der/dem Sie tätig sind

Anhang 7: Einverständniserklärung zur Studienteilnahme

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie zum Thema:

“Gemeinsam für eine moderne Definition der Ergotherapie”

Forschungsprojekt: Bachelorarbeit

Forschungsteam: Denise Mahnke, Vanessa Göge, Jana Wieczorek und Cosima Eggert;
Studentinnen des Bachelor Aufbaustudiengangs Ergotherapie der ZUYD
University of Applied Sciences, Heerlen (NL)

1. Einleitung:

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben erbitten wir Ihre Bestätigung zur freiwilligen Teilnahme an unserer Studie zu dem oben genannten Thema. Wenn Sie teilnehmen möchten, benötigen wir dazu Ihre schriftliche Einverständniserklärung.

Zuvor erklären wir Ihnen jedoch, wie genau unsere Studie aussieht und was die Teilnahme für Sie bedeutet. Wir bitten Sie, dieses Schreiben gründlich durchzulesen und bei auftretenden Fragen mit uns, den für die Studie verantwortlichen Personen, unter der folgenden E-mail-Adresse Kontakt aufzunehmen: definition-ergotherapie@outlook.de

2. Forschungsthema:

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit beschäftigen wir uns mit der deutschen Definition der Ergotherapie und betrachten hierbei die aktuelle Definition vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE), die bereits 2007 erschien. Es stellt sich die Frage, ob diese noch einer modernen, zeitgemäßen Definition entspricht und das gesamte Spektrum des Berufes mit seinen Facetten und Aufgabenbereichen beschreibt.

Aus diesem Grund möchten wir beleuchten, ob und wenn ja, welche, Aspekte für eine zeitgemäße Definition angepasst werden müssen, damit diese Definition im Jahre 2020 kongruent zu den gesundheitspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Entwicklungen ist.

3. Ziel der Forschung:

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit möchten wir bei der Entwicklung eines modernen Berufsbildes mitwirken, da ein möglichst einheitliches Verständnis der Berufsangehörigen darüber, was die Ergotherapie einzigartig macht, hilft, diese von anderen Professionen abzugrenzen und unser Wissen, um die ergotherapeutische Expertise zu stärken. Die fortlaufende Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses soll helfen, Zuständigkeiten zu verinnerlichen, Grenzen des Berufes abzustecken und sich somit mehr mit der Rolle des*r Ergotherapeut*In zu identifizieren.

Eine zeitgemäße und zukunftsorientierte Definition könnte die Verbreitung des Wissens über die Ergotherapie in der deutschen Gesellschaft erleichtern und den Einbezug neuer Arbeitsfelder ermöglichen. Die Entwicklung einer modernen Definition soll zudem einen Beitrag zur

Professionalisierung unseres Berufes leisten. Angesichts des deutschen Gesundheitssystems obliegt es in der Verantwortung der Berufsangehörigen, die Ergotherapie zu positionieren und Kompetenzen deutlich zu formulieren.

4. Datenerhebung und zeitlicher Ablauf:

Insgesamt werden Daten von zwanzig Teilnehmer*Innen aus verschiedenen Personengruppen der deutschen Ergotherapie-Gemeinschaft erhoben.

Die Erhebung findet im Rahmen einer Delphi-Studie statt, wobei zwei Online-Fragerunden durchgeführt werden, die aufeinander aufbauen.

1. Runde: 25. Mai bis 03. Juni 2020, Dauer: ca. 30 - 45 Minuten

Die Fragen der ersten Runde befassen sich mit verschiedenen Aspekten der aktuellen Ergotherapie-Definition des DVE (2007), um die Aktualität zu prüfen und gegebenenfalls Inhalte zu verändern oder zu ergänzen. Darüber hinaus sollen auch potentiell relevante Merkmale aus dem internationalen Raum herangezogen werden.

2. Runde: 29. Juni bis 08. Juli 2020; Dauer: ca. 15 Minuten

Auf Grundlage der Ergebnisse aus der ersten Runde erhalten Sie thematische Vorschläge, die in einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie enthalten sein könnten. In der zweiten Runde der Befragung soll die Relevanz dieser Aspekte bewertet werden.

5. Datenspeicherung:

Im Rahmen dieser Studie werden personenbezogene Kontaktdaten, wie beispielsweise Ihr Name und Ihre E-Mail-Adresse erhoben, gespeichert und aufbewahrt. Diese Daten werden von den Daten der Online-Befragung getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Dies ist nötig, um die Ergebnisse der Studie veröffentlichen zu können.

5.1 Geheimhaltung der Daten:

Ihre Privatsphäre und das uns entgegengebrachte Vertrauen Ihrerseits ist uns von großer Bedeutung. Wichtig ist, dass in der Bachelorarbeit und möglichen weiteren Veröffentlichungen der Arbeit, Ihre personenbezogenen Daten verschlüsselt in Form eines Codes verwendet werden und keinerlei Rückschlüsse auf individuelle Personen gezogen werden können.

5.2 Einsicht in Ihre Daten zu Kontrollzwecken

Bestimmte Personen werden, auch ohne Verschlüsselung, Zugriff auf Ihre Daten haben. Dies geschieht jedoch ausschließlich zu Kontrollzwecken, ob unsere Studie vertrauenswürdig und ihr Aufbau stimmig ist. Einsicht in Ihre Daten bekommen aus diesem Grund:

- Denise Mahnke, Vanessa Göge, Jana Wieczorek und Cosima Eggert (Forschungsteam)
- Nicole Kaldewei (begleitende Dozentin; Erstkorrektorin)
- Zweitkorrektorin

5.3 Aufbewahrung Ihrer Daten

Die erhobenen Daten der Online-Befragungen werden, für den Zeitraum der Untersuchung, anonym auf OneDrive gespeichert. Nach Beendigung der Forschung, werden diese für weitere 10 Jahre auf einer gesicherten Festplatte der ZUYD Hogeschool aufbewahrt.

5.4 Weitere Informationen zur Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten:

Bei Fragen zu Ihren Rechten, können Sie gerne Kontakt mit uns aufnehmen.

Die Verantwortliche der Studie sind: Denise Mahnke, Vanessa Göge, Jana Wieczorek und Cosima Eggert. Sie erreichen uns unter der folgenden E-Mail-Adresse: definition-ergotherapie@outlook.de

5.5 Datenschutz

Die Rechte an den im Rahmen der Studie erstellten Dokumenten, wie beispielsweise den Fragebögen und den damit erhobenen Daten, obliegen dem Forschungsteam. Es ist nicht gestattet diese ohne Zustimmung unsererseits mit Dritten zu teilen oder zu verbreiten.

6. Freiwilligkeit:

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Auch nach der Einwilligung zur Teilnahme, haben Sie zu jeder Zeit die Möglichkeit, Ihre Forschungsteilnahme, ohne Angaben von Gründen, zu beenden. Die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten werden für die Studie verwendet, sollten Sie dem nicht ausdrücklich widersprechen.

7. Beendigung der Studie:

Ihre Teilnahme an der Studie endet, wenn

- Sie die beiden unter Punkt 4 beschriebenen Online-Fragebögen ausgefüllt haben.
- Sie Ihre Teilnahme an dieser Studie beenden möchten.

Die Studie endet, wenn alle Teilnehmer*Innen, die unter Punkt 4 beschriebene Datenerhebung, beendet haben.

Im Anschluss an die Datenanalyse informieren wir Sie gerne über die Ergebnisse der Studie und lassen Ihnen bei Interesse unserer Bachelorarbeit zukommen. Dies wird voraussichtlich im Februar 2021 sein.

8. Keine Vergütung für die Teilnahme

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist unentgeltlich.

9. Weitere Fragen

Bei offenen Fragen zur Studie, können Sie Kontakt zu den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen aufnehmen. Sie erreichen uns unter definition-ergotherapie@outlook.de

10. Unterschreiben der Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass:

- Ich die Einverständniserklärung sorgfältig gelesen und verstanden habe
- Ich freiwillig an dem Forschungsprojekt teilnehme und verstanden habe, dass ich meine Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden kann
- Ich über Ziele, Inhalt und Ablauf der Studie informiert wurde und diese verstanden habe
- Ich durch die Teilnahme keine finanzielle Vergütung erhalte
- Die Ergebnisse der Studie anonym, als wissenschaftliche Publikation, veröffentlicht werden
- Die Speicherung der Daten erfolgt wie unter dem **Punkt 5 Datenspeicherung** beschrieben
- Ich die Möglichkeit hatte Fragen zum Forschungsprojekt zu stellen und mich jederzeit für weitere Fragen und Informationen an das Forschungsteam wenden kann

Name, Vorname des*r Teilnehmers*In in Druckbuchstaben Datum, Unterschrift des*r Teilnehmers*In

Danke, dass Sie Teil unseres Forschungsprojektes sein möchten!

Datum, Unterschrift des Forschungsteams

Kontaktinformationen:

Name der Kontaktpersonen: Denise Mahnke, Vanessa Göge, Jana Wieczorek
& Cosima Eggert

E-Mail: definition-ergotherapie@outlook.de

Anhang 8: Auszüge Pretests Runde eins

Hier werden auszugsweise Feedbacks der Pretester von Befragungsrunde eins dargestellt. Entsprechend des Eintreffens der Fragebögen wurden die Pretests mit den Zahlen 1-5 versehen.

Auszug Pretest 2:

Haben Sie noch Anmerkungen zum Forschungsthema oder zu unserer Befragung selbst? *

Habe 60-90 Minuten gebraucht, um alle Frage mit gutem Gewissen und Wissen zu beantworten ;)

Auszug Pretest 4:

Was bedeutet eine Definition für Ihre ergotherapeutische Arbeit? *

Möglichkeit seinen Beruf kurz, aber aussagekräftig zu erklären und sich bei Bedarf auf etwas berufen können.

Wie gut können Sie sich mit der aktuellen Berufsdefinition des DVE (2007) identifizieren? *

*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ vollkommen

Feedback zu den Fragen des zweiten Blocks: Waren die Fragen für Sie verständlich formuliert? Haben Sie weitere Anregungen bezüglich der Fragen oder des Inhalts?

gut verständlich, evtl. die aktuelle Definition gleich zu Beginn des zweiten Blocks abbilden - ich wüsste sie nicht mehr auswendig

“Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsunfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind. [...] Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.“ (DVE, 2007) *

Führen Sie bitte aus, welche dieser Aspekte Ihrer Meinung nach weiterhin bestehen bleiben und welche aufgrund der möglicherweise fehlenden Aktualität entfernt, beziehungsweise ergänzt oder vertieft werden sollen?

Klienten, da dies unsere Arbeit noch mehr unterstreicht, in der nicht wir sondern die Klienten die Experten ihrer Erkrankung und Wahrnehmung sind

“Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters“ (DVE, 2007) *

Wie würden Sie in einer zeitgemäßen Definition die Menschen bezeichnen, die Ergotherapie in Anspruch nehmen? Nennen Sie einen konkreten Begriff und begründen Sie Ihre Auswahl.

Klienten - siehe oben

Der DVE (2007) führt “Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit” als (Lebens-)Bereiche auf, in denen Ergotherapeut*Innen ihre Zielgruppe stärken. *

Wie bezeichnen Sie die (Lebens-)Bereiche? Bitte ergänzen, übernehmen und/oder führen Sie auch gerne weitere Bereiche stichpunktartig an.

Privatleben/Selbstversorgung, Hobby, Freizeit und Arbeit/Produktivität (wobei sich diese nicht nur auf Arbeit beziehen sollte)

Feedback zu den Fragen des dritten Blocks: Waren die Fragen für Sie verständlich formuliert? Haben Sie weitere Anregungen bezüglich der Fragen oder des Inhalts?

gut verständlich, Frage 3 wiederholt sich quasi

Anhang 9: Auszug Gegenüberstellung Pretest Runde eins und Fragebogen Runde eins

Die Gegenüberstellung dient dazu, die Veränderung des ersten Fragebogens, die aufgrund des Pretests vorgenommen wurden, besser nachvollziehen zu können. In der Tabelle werden auszugsweise die wichtigsten Änderungen im direkten Vergleich dargestellt. Die für den Fragebogen vorgenommen Änderungen werden in der rechten Spalte dickgedruckt hervorgehoben.

Pretest 1	Fragebogen 1
“Was ist für Sie eine Definition”	“Was verstehen Sie generell unter einer Definition?”
“Wie gut können Sie sich mit der aktuellen Berufsdefinition des DVE (2007) identifizieren?”	Die aktuelle Definition des DVE wurde im Fragebogen zur Verdeutlichung der Frage vorangestellt und durch die nachfolgende Frage “Bezüglich Frage 6: Wie kommen Sie zu Ihrer Einschätzung?” ergänzt.
<i>“Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsunfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind. [...] Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.” (DVE, 2007)</i> - Führen Sie bitte aus, welche dieser Aspekte Ihrer Meinung nach weiterhin bestehen bleiben und welche aufgrund der möglicherweise fehlenden Aktualität entfernt, beziehungsweise ergänzt oder vertieft werden sollen? (Die obenstehende Frage war für die TN von der untenstehenden nicht klar abzugrenzen) <i>“Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters” (DVE, 2007)</i> - Wie würden Sie in einer zeitgemäßen Definition die Menschen bezeichnen, die	Was machen Ergotherapeut*Innen? <i>“Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsunfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind. [...] Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.” (DVE, 2007)</i> Führen Sie bitte aus, welche dieser Aspekte Ihrer Meinung nach weiterhin bestehen bleiben und welche aufgrund der möglicherweise fehlenden Aktualität entfernt, beziehungsweise ergänzt oder vertieft werden sollen? (Der fettgedruckte Satz wurde bei der oberen Frage ergänzt, um das Ziel der Frage deutlich zu machen.)

Ergotherapie in Anspruch nehmen Nennen Sie einen konkreten Begriff und begründen Sie ihre Auswahl.	
„Wie bezeichnen Sie die (Lebens-) Bereiche? Bitten ergänzen, übernehmen und/oder führen Sie auch gerne weitere Bereiche stichpunktartig an.“	„Sollten generell (Lebens-)Bereiche für Sie in einer Berufsdefinition benannt werden? Wenn ja, welche gibt es aus Ihrer Sicht und wie würden Sie diese bezeichnen? Bitte ergänzen, übernehmen und/oder führen Sie auch gerne weitere Bereiche stichpunktartig auf.“
Occupational Justice (Betätigungsgerechtigkeit) verfolgt das Ziel soziale, politische und <u>ökonomische</u> Veränderung zu fördern. [...]	Occupational Justice (Betätigungsgerechtigkeit) verfolgt das Ziel soziale, politische und <u>ökonomische</u> Veränderung zu fördern. [...]
Abschnitt: „Bezug zur Internationalen Ergotherapie“	Die Fragen des Abschnitts wurden ersetzt durch: „Kennen Sie internationale Aspekte, die potentiell relevant für eine Definition sind? Wenn ja, bitte benennen Sie diese und erläutern deren Relevanz.“

Anhang 10: Online-Umfrage Runde eins

Abschnitt 1 von 5

Umfrage zur Definition der Ergotherapie (DVE, 2007)

Liebe*r Teilnehmer*In,

dieser Fragebogen umfasst 16 Fragen, die überwiegend offen gestellt sind. Die Bearbeitungsdauer dieser Umfrage beträgt etwa 30-45 Minuten. Für den Erfolg der Studie ist es wichtig, dass Sie den Fragebogen vollständig ausfüllen und möglichst keine der Fragen auslassen. Ausführliche Erklärungen helfen uns, mögliche Inhalte einer Definition noch besser ausarbeiten zu können. Bedenken Sie, dass es keine richtigen und falschen Antworten gibt, sondern wir Ihre persönliche Meinung zu dem Themenkomplex erfassen möchten.

Wir freuen uns auf Ihre Antworten!

1. Bitte kreuzen Sie hier die Teilnehmerkategorie an, für die Sie sich angemeldet haben: *

- ☐ Auszubildende*r an einer Berufsfachschule in Deutschland
- ☐ Auszubildende*r an einer Berufsfachschule in Deutschland im ausbildungsbegleitenden Studiengang in De ...
- ☐ Student*In in Erstausbildung (Ergotherapie)
- ☐ Student*In im additiven Studiengang (BA in Ergotherapie oder MA in ergotherapierelevantem Bereichen)
- ☐ Ergotherapeut*In in einer Praxis in Deutschland mit kurzer Berufserfahrung
- ☐ Ergotherapeut*In in einer Praxis in Deutschland mit langer Berufserfahrung
- ☐ Ergotherapeut*In in ambulanter Reha, stationärer Reha, Klinik (Fach- oder Allgemeines Krankenhaus) oder ...
- ☐ Ergotherapeut*In in ambulanter Reha, stationärer Reha, Klinik (Fach- oder Allgemeines Krankenhaus) oder ...
- ☐ Ergotherapeut*In in einer Leitungs-/Führungsposition in einer Institution in Deutschland
- ☐ Leitende*r Ergotherapeut*In im innovativen Handlungsfeld
- ☐ Ergotherapeut*In im innovativen Handlungsfeld (z.B. Palliative Care, Kardiologie, Job-Coaching) mit kurzer ...
- ☐ Ergotherapeut*In im innovativen Handlungsfeld (z.B. Palliative Care, Kardiologie, Job-Coaching) mit langer ...
- ☐ Lehrende*r an einer Berufsfachschule in Deutschland
- ☐ Dozent*In an Uni und/oder Hochschule in Deutschland
- ☐ Funktionär*In des deutschen Verbandes für Ergotherapeuten e.V. (DVE)
- ☐ Funktionär*In einer ergotherapeutischen Instanz (BED, COTEC, WFOT, VDES, etc.)
- ☐ Autor*In von Artikeln oder Beiträgen, ergotherapeutischer Publikationen (Fachzeitschrift, Bücher o.ä.; digit ...

2. Wenn Sie an Ergotherapie denken: Welche drei Aspekte assoziieren Sie spontan mit Ihrem Beruf? *

Langantwort-Text

Abschnitt 2 von 5

Zu Beginn...

Beschreibung (optional)

3. Was verstehen Sie generell unter einer Definition? *

Langantwort-Text

4. Wie wichtig ist Ihnen eine Berufsdefinition? *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
gar nicht wichtig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	sehr wichtig

5. Was bedeutet eine Berufsdefinition für Ihre ergotherapeutische Arbeit? *

Kurzantwort-Text

6. "Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit * eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen." (DVE 08/2007)

Wie gut können Sie sich mit der aktuellen Berufsdefinition des DVE (2007) identifizieren?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
gar nicht	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	vollkommen

7. Bezüglich Frage 6: Wie kommen Sie zu Ihrer Einschätzung? *

Langantwort-Text

Abschnitt 3 von 5

Betrachtung der aktuellen Definition



Im Folgenden werden Ihnen einzelne Aspekte der Berufsdefinition des DVE (2007) vorgelegt und zur Diskussion gestellt.

Die aktuelle Berufsdefinition lautet:

"Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen." (DVE, 08/2007)

8. Das Ziel der Ergotherapie ist es, laut aktueller Definition, Menschen, die Ergotherapie in Anspruch nehmen, "bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken [...], dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen" (DVE, 2007). *

Denken Sie an Ihre bisherigen Erfahrungen mit Ergotherapie und die dort verfolgten Ziele. Wenn Sie die vom DVE (2007) benannte Zielsetzung betrachten, welche Aspekte sollten aus Ihrer Sicht weiterhin bestehen bleiben, aufgrund der möglicherweise fehlenden Aktualität entfernt, beziehungsweise ergänzt oder vertieft werden?

Langantwort-Text

9. Was machen Ergotherapeut*Innen? "Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind. [...] Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen." (DVE, 2007) *

Führen Sie bitte aus, welche dieser Aspekte Ihrer Meinung nach weiterhin bestehen bleiben und welche aufgrund der möglicherweise fehlenden Aktualität entfernt, beziehungsweise ergänzt oder vertieft werden sollen?

Langantwort-Text

10. "Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters" (DVE, 2007) *

Wie würden Sie in einer zeitgemäßen Definition die Menschen bezeichnen, die Ergotherapie in Anspruch nehmen? Nennen Sie einen oder ggf. mehrere konkrete Begriffe und begründen Sie ihre Auswahl.

Langantwort-Text

11. Der DVE (2007) führt "Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit" als (Lebens-)Bereiche auf, *
in denen Ergotherapeut*Innen ihre Zielgruppe stärken.

Sollten generell (Lebens-)Bereiche für Sie in einer Berufsdefinition benannt werden? Wenn ja, welche gibt es aus Ihrer Sicht und wie würden Sie diese bezeichnen? Bitte ergänzen, übernehmen und/oder führen Sie auch gerne weitere Bereiche stichpunktartig auf.

Langantwort-Text

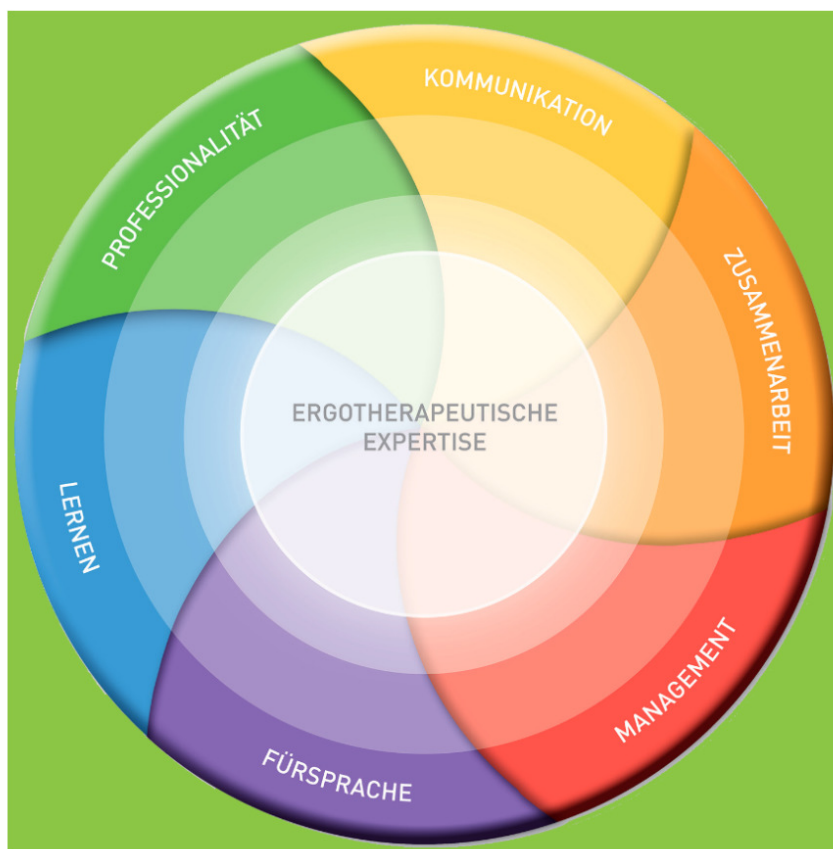
Abschnitt 4 von 5

Weiterführende Fragen

Aufnahme nationaler und internationaler Bezüge

12. Die untenstehende Grafik wurde im vergangenen Jahr von der Projektgruppe
„Kompetenzprofil und Modularisierung“ des DVE, mit dem Ziel, einen Konsens über die
Kompetenzen von Ergotherapeut*Innen herzustellen, entwickelt (DVE, 2019).

Bei weiterführendem Interesse, können Sie das gesamte Kompetenzprofil unter folgendem Link aufrufen: <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file>



Betrachten Sie die oben angezeigte Grafik des deutschen Kompetenzprofils (2019). Sollten die dort

Langantwort-Text

13. Kennen Sie internationale Aspekte, die potentiell relevant für eine Definition sind? Wenn ja, bitte benennen Sie diese und erläutern deren Relevanz.

Langantwort-Text

Abschnitt 5 von 5

...zu guter Letzt



Beschreibung (optional)

14. Was genau ist denn Ergotherapie jetzt für Sie? Schließen Sie gerne auch bisher unerwähnte Aspekte mit ein, die für Sie in einer zeitgemäßen Ergotherapie-Definition nicht fehlen dürfen. *

Langantwort-Text

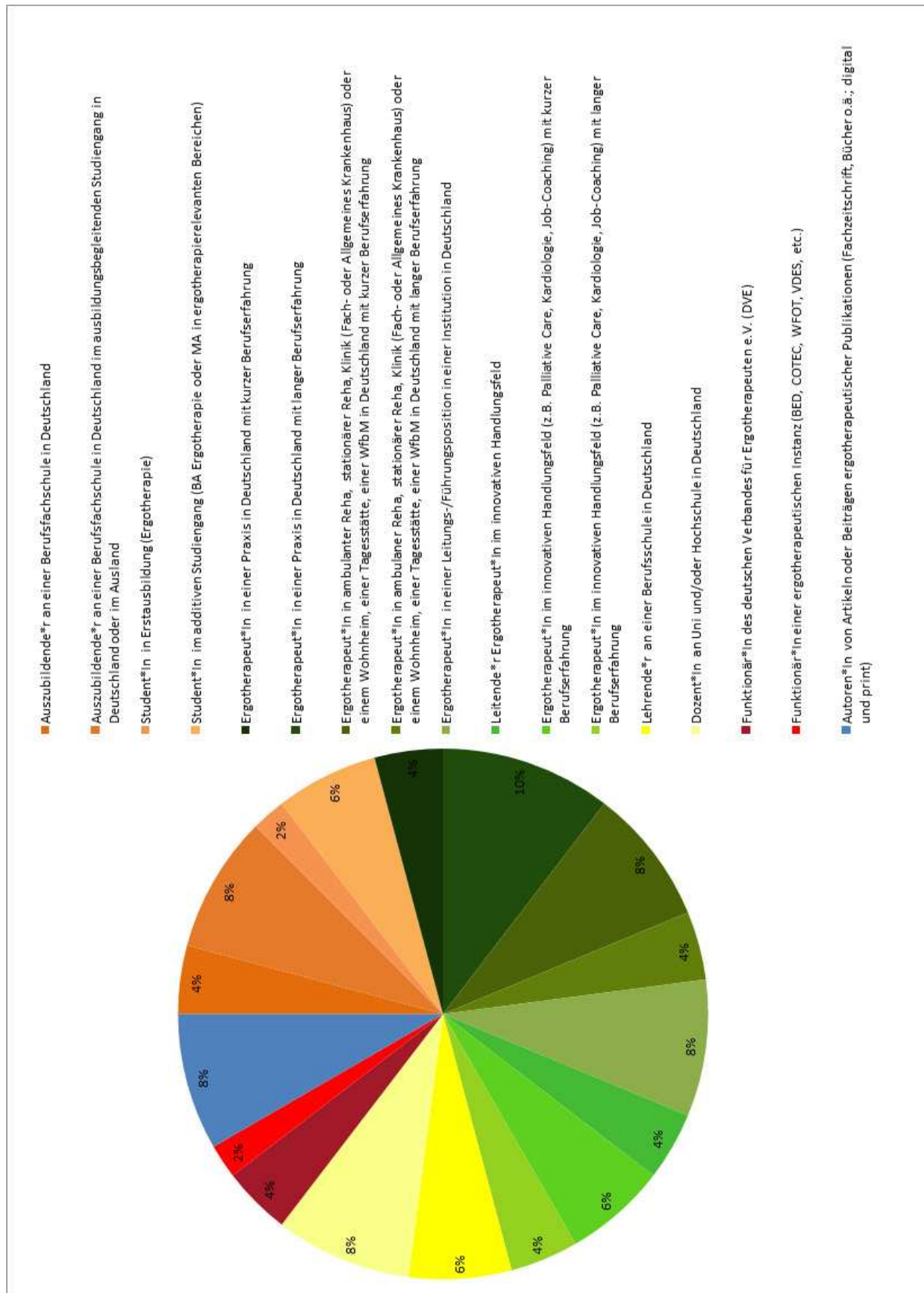
15. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Berufsdefinition und Berufsidentität? Bitte begründen Sie Ihre Meinung. *

Langantwort-Text

16. Haben Sie noch Anmerkungen zum Forschungsthema oder zu unserer Befragung selbst? *

Langantwort-Text

Anhang 11: Darstellung der Teilnehmer Runde eins



Anhang 12: Auswertung der ersten Online-Umfrage - Auszug der Inhaltsanalyse
 An dieser Stelle werden die Schritte der durch die Forscherinnen vorgenommenen zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2015) dargestellt. Die Tabellen umfassen ausschließlich die Auswertung der ersten Befragungsrunde und sind verkürzt bzw. beispielhaft dargestellt. Es ist jeweils gekennzeichnet welcher Frage die Antworten und Auswertungen zuzuordnen sind.

Frage 7: Bezüglich Frage 6: Wie kommen Sie zu Ihrer Einschätzung?

TN	Antwort	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
01	Ich finde die Definition eigentlich schon recht gut. In meinen Augen ist die Definition teilweise aber sehr schwammig bzw. hochgestochen. Begriffe wie Selbstversorgung und Produktivität kennt ein Ergotherapeut nur zu gut, sind für einen Klienten aber evtl. nicht ganz klar. Fehlen tut mir ein wenig das sehr individuelle und zielgerichtete Arbeiten. Es ist zwar teilweise enthalten aber es ist ein großer Schwerpunkt der in dieser Definition eher beiläufig genannt wird	Positive Einstellung zur Definition; betrachtet kritisch, dass die Definition zu ungenau ist für einen Klienten; vermisst die individuelle und zielgerichtete Arbeit	Positive Bewertung der Definition ergänzen/vertiefen: Unklare Terminologie für Fachfremde; Individuelle, zielgerichtete Arbeit	Positive Bewertung der Definition Ergänzen/ vertiefen: Unklare Terminologie für Fachfremde Zielführende, lösungsorientierte Terminologie Individuelle, zielgerichtete Arbeit Darstellung der Betätigung als Kernelement
02	Die Beschreibung passt ganz gut auf das was wir im Alltag tun, jedoch scheint sie mir zu unspezifisch bezüglich unserer Kompetenzen, gerade in der Positionierung gegenüber Entscheidungsträgern.	Findet die Definition passend für die alltägliche Arbeit als ET; Vermisst die präzise Beschreibung der Kompetenzen	Positive Bewertung der Definition für alltägliche Arbeit ergänzen/vertiefen: Kompetenzbeschreibung	Kompetenzbeschreibung Lebensbereiche Makroebene (Population, Politik, Betätigungsgerechtigkeit)
03	"Allgemein: Ich würde mir insgesamt eine für jeden verständliche Definition wünschen. Im Detail: 1. Der erste Satz ist recht negativ formuliert (2x Einschränkung, 1x Bedrohung). Anstatt zu beschreiben, worin Menschen eingeschränkt/wodurch sie bedroht	Wünscht sich eine verständliche Definition für die Allgemeinheit; wünscht sich eine zielführende und lösungsorientierte	Ergänzen/vertiefen: Verständlichkeit für Fachfremde Zielführende, lösungsorientierte	

	sind, könnte man formulieren, was ihre Anliegen sein könnten/was sie in der Ergotherapie erwarten können (mehr Zielführung/Lösungsorientierung). 2. Die Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit sind eigentlich überholt. 3. Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung bilden nur einen kleinen Teil der ergotherapeutischen Kompetenzen ab und vermitteln möglicherweise nur ein eingeschränktes Bild von dem, was Ergotherapeuten tatsächlich leisten - dies geht über die reine ""Behandlung"" den einzelnen Klienten hinaus."	Terminologie (nicht defizitär); findet Lebensbereiche veraltet; findet den Kompetenzbereich der ET unzureichend dargestellt (Aktivitäten, Umweltanpassung, Beratung)	Terminologie; Kompetenzbeschreibung Veraltet: Lebensbereiche defizitäre Terminologie	
04	Dass die Betätigung auch unser Medium ist, dass wir einsetzen fehlt mir	Vermisst Betätigung als Medium	Ergänzen/ vertiefen: Betätigung als Medium	
07	Es sind durch die Begrenzung auf Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit Bereiche ausgespart (vgl. Hammell, Wilcock) und die Betätigungs als Kernbereich steht zu wenig im Mittelpunkt. Sie läuft irgendwie an der Praxis vorbei / zu unkonkret. Es fehlt die Ebene der Population, bzw. die politische Ebene und die Betätigungsgerechtigkeit.	Findet Lebensbereiche unzureichend; Findet Betätigung als Kernelement unzureichend dargestellt; Vermisst die Makroebene (Population, Politik, Betätigungsgerechtigkeit)	Lebensbereiche Darstellung der Betätigung als Kernelement Makroebene (Population, Politik, Betätigungsgerechtigkeit)	

Frage 11: Der DVE (2007) führt „Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit“ als (Lebens-) Bereiche auf, in denen Ergotherapeut*Innen ihre Zielgruppe stärken.

Sollten generell (Lebens-)Bereiche für Sie in einer Berufsdefinition benannt werden? Wenn ja, welche gibt es aus Ihrer Sicht und wie würden Sie diese bezeichnen? Bitte ergänzen, übernehmen und/oder führen Sie auch gerne weitere Bereiche stichpunktartig auf.

TN	Antwort	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
TN01	Wie bereits oben geschrieben würde ich das allgemeiner fassen, da diese Begriffe teilweise sehr fachspezifisch sind. In unserer Fachsprache finde ich die Begriffe wichtig, aber zum einfachen Verständnis reicht eine allgemeine Ausführung, da sich so jeder Klient sein eigenes Bild von seinen Alltagsbereichen machen kann. Dinge wie Entspannung oder Kultur (Spiritualität) fehlen in der Aufzählung. Sie sollten aber auch nicht ergänzt werden da es sonst zu sehr ausufernd.	Die Begriffe sind teilweise sehr spezifisch. Dies ist in der Fachsprache wichtig, sollten für eine Definition jedoch allgemeiner gefasst werden. So kann sich jeder Klient sein eigenes Bild von seinen Alltagsbereichen machen.	Die Begriffe sollten allgemeiner gefasst werden.	Keine Änderung notwendig Lebensbereiche ersetzen durch: Lebensumfeld/ Unterstützung beim Erlangen/ Erhalten von Fähigkeiten, die ein selbstbestimmtes Leben in Würde ermöglichen ‘Betätigungsbalance’ Allgemeine Aspekte: Begriffe allgemeiner fassen
TN02	man könnte tatsächlich diese Begriffe weglassen lassen Eher Formulierungen wie: - Lebensumfeld - Unterstützung bei der Erlangung/ beim Erhalt von Fähigkeiten, die ein selbstbestimmtes Leben in Würde ermöglichen	Begriffe könnten weglassen und durch Formulierungen wie Lebensumfeld und Unterstützung beim Erlangen/ Erhalten von Fähigkeiten, die ein selbstbestimmtes Leben in Würde ermöglichen, ersetzt werden	Ersetzen durch Lebensumfeld und Unterstützung beim Erlangen/ Erhalten von Fähigkeiten, die ein selbstbestimmtes Leben in Würde ermöglichen	

TN03	Lebensbereiche zu bestimmen, finde ich schwierig. Je nach Kultur, Lebensgeschichte, Lebenssituation etc. unterscheiden sie sich bzw. ihre Gewichten. Ein Bauer wird mit Freizeit nicht viel anfangen können, und ein Arbeitsloser tut sich mit Produktivität schwer, auch wenn damit nicht nur die Erwerbsarbeit gemeint ist. Evtl. wäre es eine Überlegung, von Betätigungsbalance zu sprechen, bei der es darum geht, z.B. aktive und erholsame Betätigungen oder Betätigungen für sich und andere etc. in ein "gesundes" Gleichgewicht zu bringen.	Lebensbereiche zu bestimmen ist schwierig da je nach Kultur, Lebensgeschichte, Lebenssituation ihre Gewichtung unterscheidet. Eine mögliche Überlegung wäre diese durch 'Betätigungsbalance' zu ersetzen bei der es darum geht aktive und erholsame Betätigungen bzw. Betätigungen für sich selbst oder andere in ein 'gesundes' Gleichgewicht zu bringen.	Ersetzen durch 'Betätigungsbalance'	
17	Finde ich gut	Keine Änderungen notwendig	Keine Änderungen notwendig	

Frage 16: Haben Sie noch Anmerkungen zum Forschungsthema oder zu unserer Befragung selbst?

TN	Antwort	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
01	Ich finde es gut, dass die Idee besteht die Definition von Ergotherapie zu erneuern. In unserer schnelllebigen Zeit ist 2007 schon sehr alt. Die Definition ist zwar in gewisserweise noch aktuell, aber die Ergotherapie hat sich in vielen Bereichen bereits weiter entwickelt und somit umfasst die aktuelle Definition nicht mehr alle Aspekte.	Die Definition ist bereits in Teilen veraltet, da sie schon vor längerer Zeit herausgegeben wurde. In vielen Bereichen der Ergotherapie fanden Weiterentwicklungen statt, die in der derzeitigen Definition nicht widerspiegelt werden.	Definition ist teilweise veraltet Weiterentwicklung der Ergotherapie findet sich nicht wieder	Definition ist teilweise veraltet Weiterentwicklung der Ergotherapie findet sich nicht wieder Regelmäßige Anpassung Berufsdefinition wichtig
15	Eine gute Definition wird immer wieder bei veränderten Gegebenheiten (sei es kulturelle, umwelt, international, strukturell etc) angepasst.	Eine regelmäßige Anpassung der Definition sollte aufgrund verschiedener Faktoren vorgenommen werden.	Regelmäßige Anpassung	Außendarstellung (bzgl. Blankoverordnung, Meso- & Makroebene) Für Berufsfremde unverständlich
22	Ich finde die Ausarbeitung der Berufsdefinition deshalb so wichtig, weil ja nun die Blankoverordnung eingeführt werden soll. So hat ja dann schlussendlich der Klient die "Qual der Wahl" zu welchem Heilmittelerbringer er geht. Aber wenn er ja eigentlich nicht weiß, was ein Ergotherapeut tut, wird er wohl kaum einen Ergotherapeuten aufsuchen.	Berufsdefinition hat einen hohen Stellenwert. Sie dient der Außendarstellung, was besonders entscheidend in Bezug auf die ausstehende Blankoverordnung ist. Für Laien ist es in der derzeitigen Definition schwer herauszulesen was	Berufsdefinition wichtig Außendarstellung (bzgl. Blankoverordnung) Für Berufsfremde unverständlich Kürzere und expressivere Definition	Kürzere und expressivere Definition Umfangreiche Thematik in der Definition Kurze, angemessene Formulierung nötig

	Aus der Berufsdefinition liest sich für einen Laien nicht wirklich das ergotherapeutische Tun heraus. Für uns Ergos natürlich schon, aber auch nur, weil wir die erforderlichen Kenntnisse über die Modelle, etc. auch haben und es uns dadurch ableiten können. Deshalb wünsche ich mir eine kürzere, und aussagekräftigere Definition!	Ergotherapeuten tun. Eine neue Definition sollte kürzer und expressiver sein.	Individuelle Berufsidentität Beitrag zur Professionalisierung Weiterentwicklung der Ergotherapie auf Meso- & Makroebene
26	Veryyyyyyyyyy spannendes, wichtiges, umfassendes, komplexes, kompliziertes und interessantes Forschungsthema!!!!!! Da stecken so so viele Aspekte mit drin, und daraus dann (irgendwann) dennoch eine "knackige", (für Ergos & andere) verständliche Berufsdefinition hinzukriegen, ist ne Menge Arbeit. Und, trotz "guter" Definition werden wir Ergos haben, die sich da nicht wiederfinden werden oder sogar nicht wiederfinden wollen. Aber that`s life.	Die Berufsdefinition ist durch eine umfangreiche Thematik geprägt. Aus dieser soll später eine verständliche, kurze, exakte Definition formuliert werden. Die Berufsidentität bleibt individuell, eine Identifikation wird nicht für alle Ergotherapeuten möglich sein. Ergotherapeuten die "mitziehen" tragen zur Professionalisierung bei.	Umfangreiche Thematik in der Definition Kurze, angemessene Formulierung nötig Individuelle Berufsidentität Beitrag zur Professionalisierung

	Diejenigen von uns, die sich mitnehmen lassen, tragen zur Professionalisierung bei und sind enorm wichtig, uns auch gegenüber Klient*innen, anderen Gesundheitsberufen, dem Gesundheitssystem, Stakeholdern, politischen Entwicklungen usw. zeitgemäß aufstellen und entwickeln zu können. Sodass wir uns hoffentlich eines genialen Tages als Beruf/Profession nicht mehr im Kern ständig erklären und rechtfertigen zu müssen :-). Und für solche Entwicklungen ist es großartig, dass es Menschen gibt, die sich -wie Ihr- auch auf wissenschaftlicher Ebene mit solchen Themen befassen! Thanks for that :-)!	Die Außendarstellung und Entwicklung des Berufes soll kann durch eine zeitgemäße Definition gestützt und weiterentwickelt werden. Für diese Entwicklungen ist wissenschaftliches Arbeiten nötig.	Weiterverbreitung und –entwicklung der Ergotherapie auf Meso- und Makro Ebene	
--	--	---	--	--

Anhang 13: Auszüge Pretsets Runde zwei

An dieser Stelle werden auszugsweise Feedbacks der Pretester von Befragungsrunde zwei dargestellt. Entsprechend des Eintreffens der Fragebögen wurden die Pretests mit den Zahlen 1-3 versehen.

Auszug Pretest 1:

10. Welche dieser ergotherapeutischen Aufgaben in Bezug auf das professionelle Handeln (Oevermann, 1999, Dewe & Otto, 2002) sollten in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgenommen werden? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Keine
- ☐ "Spezifische Aktivitäten, Umlernanpassung und Beratung"
- ☒ Einbezug von ergotherapeutischen Modellen und Assessments
- ☒ Beobachten und Analysieren des Klienten und seinen Handlungen/ Evaluation & Zielsetzung
- ☐ Führen von Gesprächen (mit dem Klienten und Dritten)
- ☐ Einbezug von Mittel und Medien (z.B. Handwerk oder technische Medien)
- ☒ Evidenzbasierte Praxis (= Übertrag von fachspezifischem und fachfremden Wissen in die praktische Arbeit)
- ☒ partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Klienten, Angehörigen und anderen Berufsgruppe
- ☐ Anleiten (der Klienten, aber auch der erweiterten Klienten)
- ☐ Üben (neuer) Handlungen/Betätigungen
- ☐ Üben (neuer) Bewegungsmuster und Funktionen
- ☒ Adaptieren einer Betätigung und/oder der Umwelt
- ☒ Klientenedukation
- ☒ Professional Reasoning (= "Denkprozess des*r Ergotherapeuten*In in Bezug auf die Klienten*Innen in verschiedenen Phasen des Therapieprozesses", (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 628)
- ☒ Eintreten für Belange des Berufes und des*r Klienten*In vor Dritten und dem gesellschaftlichen Umfeld
- ☒ Professionelle Reflektion

Anregungen und Feedback

19. Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Studie! Falls Sie noch Anmerkungen zu unserer Umfrage oder der Definition selbst haben, können Sie diese gerne hier einbringen.

Ich habe 20 Minuten für den Fragebogen benötigt

Auszug Pretest 2

Ziele der Ergotherapie

14. Sollten Ziele der Ergotherapie in einer zeitgemäßen Berufsdefinition benannt werden und wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Nein
- ☐ Beibehalten: „[Menschen jeden Alters] bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen [...] zu stärken“ (DVE, 2007)
- ☐ Beibehalten: „dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (DVE, 2007)
- ☒ "Ermöglichen von Betätigung und Teilhabe"
- ☒ "Erhalt und Steigerung der Lebensqualität und Gesundheit"
- ☒ "Handlungsfähigkeit"
- ☐ "Alltag bewältigen können"
- ☒ "Autonomie"
- ☒ "Selbsthilfe"
- ☐ "Inklusion"
- ☒ "Empowerment"
- ☒ "Enablement"
- ☒ "Occupational Justice"
- ☐ "Occupational Rights"
- ☐ Sonstiges: _____

Auszug Pretest 3

Ziele der Ergotherapie

14. Sollten Ziele der Ergotherapie in einer zeitgemäßen Berufsdefinition benannt werden und wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Nein
- ☐ Beibehalten: „[Menschen jeden Alters] bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen [...] zu stärken“ (DVE, 2007)
- ☐ Beibehalten: „dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (DVE, 2007)
- ☐ "Ermöglichen von Betätigung und Teilhabe"
- ☐ "Erhalt und Steigerung der Lebensqualität und Gesundheit"
- ☐ "Handlungsfähigkeit"
- ☒ "Alltag bewältigen können"
- ☐ "Autonomie"
- ☐ "Selbsthilfe"
- ☐ "Inklusion"
- ☐ "Empowerment"
- ☐ "Enablement"
- ☐ "Occupational Justice"
- ☐ "Occupational Rights"
- ☐ Sonstiges: _____

→ es wird deutlich, dass die Anzahl an angekreuzten Aspekten sehr stark voneinander abweicht.

Anhang 14: Auszug Gegenüberstellung Pretest Runde zwei und Fragebogen Runde zwei

Die Gegenüberstellung dient dazu, die Veränderung des ersten Fragebogens, die aufgrund des Pretests vorgenommen wurden, besser nachvollziehen zu können. In der Tabelle werden auszugsweise die wichtigsten Änderungen im direkten Vergleich dargestellt. Die für den Fragebogen vorgenommen Änderungen werden in der rechten Spalte dickgedruckt hervorgehoben.

Pretst 2	Fragebogen 2
<u>Zielgruppe einer Berufsdefinition</u> 2a) Wer ist die Zielgruppe bzw. für wen sollte eine zeitgemäße deutsche Ergotherapie-Definition verständlich sein? (Mehrfachnennungen möglich) • Ergotherapeuten*Innen • Klienten*Innen • Ärzte*Innen • Andere Heilmittelerbringer*Innen • Pflegepersonal • Weitere _____	<u>Zielgruppe einer Berufsdefinition</u> 3a) Wer ist die Zielgruppe bzw. für wen sollte eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie verständlich sein? (Mehrfachnennungen möglich) • Ergotherapeuten*Innen • Klienten*Innen • Ärzte*Innen • Andere Heilmittelerbringer*Innen (z.B. Physiotherapeuten*Innen) • Pflegepersonal • Weitere _____ (diese Anpassung wurde auch in Frage 3a vorgenommen)
3b) Welche zusätzlichen sprachlichen Aspekte sind für Sie in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie relevant? (Mehrfachnennungen möglich) • Keine spezifischen sprachlichen Aspekte • Gendern • Ergotherapeutische Fachterminologie • „Leichte Sprache“ zur Barrierefreiheit • Orientierung an der ICF-Terminologie • Weitere _____	4b) Welche zusätzlichen sprachlichen Aspekte sind für Sie in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie relevant? (Mehrfachnennungen möglich) • keiner der unten genannten sprachlichen Aspekte • Gendern • ergotherapeutische Fachterminologie • Orientierung an der ICF-Terminologie • Weitere _____
5.Sollten in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie die grundlegenden Rollen des*r Ergotherapeuten*In innerhalb des Gesundheitssystems benannt werden und wenn ja, wie? (Mehrfachnennungen möglich) • Nein • Examierte*r (Fachkräfte) • Teilakademisiert	6.Sollten in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie die grundlegenden Rollen des*r Ergotherapeuten*In innerhalb des Gesundheitssystems benannt werden und wenn ja, wie? (Mehrfachnennungen möglich) • Nein • Examierte (Fachkräfte)

• Heilmittelerbringer • Dienstleister • Experten des Gesundheitssystems • Systemrelevant • Weitere _____	• Teilakademisiert (bezogen auf die Ergotherapie-Gesellschaft) • Heilmittelerbringer • Dienstleister • Experten des Gesundheitssystems • Experten für Betätigung • Systemrelevant • Weitere _____
Abschnitt 4: In der ersten Fragerunde wurde der Einbezug des Kompetenzprofils des DVE (2019b) in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie kontrovers diskutiert, wobei auch internationale Kompetenzen thematisiert wurden. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte wurden die Inhalte der folgenden Fragen generiert. Im Folgenden finden Sie die verschiedenen Quellen und Autoren ergotherapeutischer Berufskompetenzen, die im Rahmen des ersten Fragebogens erhoben wurden.	Abschnitt 4: *Beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte auch immer die von Ihnen gewünschte Länge einer Berufsdefinition!* In der ersten Fragerunde wurde der Einbezug des Kompetenzprofils (DVE, 2019b) in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie kontrovers diskutiert, wobei auch internationale Quellen und Autoren ergotherapeutischer Berufskompetenzen thematisiert wurden. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte wurden die Inhalte der folgenden Fragen generiert.
a) Kompetenzen des DVE (2019b) • Keine • Alle • Fürsprache • Zusammenarbeiten • Management • Lernen • Kommunikation	10a) Kompetenzen des DVE (2019b) • Keine • Einen Verweis auf das deutsche Kompetenzprofil in die Definition aufnehmen • Alle • Fürsprache • Zusammenarbeiten • Management • Lernen • Kommunikation • Professionalität
9c) Enablement-Skills aus dem Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE; Townsend, Polatajko, Craik, & Davis, 2013) (Mehrfachnennungen möglich) • Keine • Ich kenne die Enablement-Skills nicht • Alle • Adaptung	10c) Enablement-Skills aus dem Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE; Townsend, Polatajko, Craik, & Davis, 2013) (Mehrfachnennungen möglich) • Ich kenne die Enablement Skills nicht • Keine • Einen Verweis auf die CMCE-Skills in die Definition aufnehmen

• Advocating • Coaching • Collaborating • Consulting • Coordinating • Designing/building • Educating • Engaging • Specializing • ein * mit dem Verweis auf die CMCE-Skills in die Definition aufnehmen	• Alle • Adapt • Advocate • Coache • Collaborate • Consult • Coordinate • Design/Build • Educate • Engage • Specialize
10. Welche dieser ergotherapeutischen Aufgaben in Bezug auf das professionelle Handeln (Oevermann, 1999, Dewe & Otto, 2002) sollten in einer zeitmäßigen deutschen Definition der Ergotherapie aufgenommen werden? (Mehrfachnennungen möglich) • Keine • „Spezifische Aktivitäten, Umwelтанpassung und Beratung“ • Einbezug von ergotherapeutischen Modellen und Assessments • Beobachten und Analysieren der Klienten und deren Handlungen/Evaluation & Zielsetzung • Führen von Gesprächen (mit den Klienten und Dritten) • Einbezug von Mitteln & Medien (z.B. Handwerk, technische Medien) • Evidenzbasierte Praxis (=Übertrag von fachspezifischem und fachfremden Wissen in die praktische Arbeit) • partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Klienten, Angehörigen und anderen Berufsgruppen • Anleiten (der Klienten, aber auch der erweiterten Klienten) • Üben (neuer) Handlungen/Betätigungen • Üben (neuer) Bewegungsmuster und Funktionen	11. Welche dieser ergotherapeutischen Aufgaben in Bezug auf das professionelle Handeln (Oevermann, 1999, Dewe & Otto, 2002) sollten in einer zeitmäßigen deutschen Definition der Ergotherapie aufgenommen werden? Mehrfachnennungen möglich) • Keine • Beibehalten: „spezifische Aktivitäten, Umwelтанpassung und Beratung“ (DVE, 2007) • Einbezug von ergotherapeutischen Modellen und Assessments • Beobachten und Analysieren der Klienten und deren Handlungen (Evaluation & Zielsetzung) • Führen von Gesprächen (mit den Klienten und Dritten) • Einbezug von Mitteln & Medien (z.B. Handwerk, technische Medien und andere Therapiematerialien) • Evidenzbasierte Praxis (=Übertrag von fachspezifischem und fachfremden Wissen in die praktische Arbeit) • partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Klienten, Angehörigen und anderen Berufsgruppen • Anleiten (der Klienten, aber auch der erweiterten Klienten) • Üben (neuer) Handlungen/Betätigungen

• Adaptieren einer Betätigung und der Umwelt • Klientenedukation • Professional Reasoning (= “Denkprozess des*r Ergotherapeuten*Innen in Bezug auf die Klienten*Innen in verschiedenen Phasen des Therapieprozesses”, Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 628) • Eintreten für Belange des Berufes und des*r Klienten*Innen vor Dritten und dem gesellschaftlichen Umfeld • Professionelle Reflektion	• Üben (neuer) Bewegungsmuster und Funktionen • Adaptieren einer Betätigung und der Umwelt • Klientenedukation • Professional Reasoning (= “Denkprozess der Ergotherapeuten in Bezug auf die Klienten in verschiedenen Phasen des Therapieprozesses”, Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 628) • Eintreten für Belange des Berufes und der Klienten vor Dritten und dem gesellschaftlichen Umfeld • Professionelle Reflektion
11. Wie viele Ergotherapie-Definitionen sollte es Ihrer Meinung nach geben? (Mehrfachnennungen möglich) • Eine, die Ergotherapeuten*Innen aus allen Fachbereichen einbezieht • Eine zusätzliche, für die Zielgruppe der Ergotherapie • Mehrere, auf den jeweiligen Fachbereich ausgerichtete Definitionen	12. Wie viele Definitionen der Ergotherapie sollte es Ihrer Meinung nach geben? (Mehrfachnennungen möglich) • Eine, die Ergotherapeuten*Innen aus allen Fachbereichen miteinbezieht • Eine zusätzliche für die Zielgruppe der Ergotherapie (beispielsweise in “leichter Sprache” zur Barrierefreiheit) • Mehrere, auf die jeweiligen Fachbereiche ausgerichtete Definitionen • Weitere _____
14. Sollten Ziele der Ergotherapie in einer zeitgemäßen Berufsdefinition benannt werden und wenn ja, welche? • Nein • Beibehalten: „[Menschen jeden Alters] bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen [...] zu stärken“ (DVE, 2007) • Beibehalten: „dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (DVE, 2007)	15. Sollten Ziele der Ergotherapie in einer zeitgemäßen Berufsdefinition benannt werden und wenn ja, welche? • Nein • Beibehalten: „[Menschen jeden Alters] bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen [...] zu stärken“ (DVE, 2007) • Beibehalten: „dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (DVE, 2007)

• Ermöglichen von Betätigung und Teilhabe • Erhalt und Steigerung der Lebensqualität und Gesundheit • Handlungsfähigkeit • Alltag bewältigen können • Autonomie • Selbsthilfe • Inklusion • Empowerment • Enablement • Occupational Justice • Occupational Rights • Weitere_____	• Ermöglichen von Betätigung und Teilhabe • Erhalt und Steigerung der Lebensqualität und Gesundheit • Zufriedenheit der Klienten mit der Ausführung von Betätigung, Aktivität, Rolle oder Aufgabe • Handlungsfähigkeit • Alltag bewältigen können • Autonomie • Selbsthilfe • Inklusion • Empowerment • Enablement • Occupational Justice/Betätigungsgerechtigkeit • Occupational Rights • Weitere_____
17.Sollte der von Ihnen oben gewählte Begriff für die Zielgruppe in einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie näher beschrieben werden und wenn ja, wie? • Beibehalten: “Die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind” (DVE, 2007) • Beibehalten: “jeden Alters” (DVE, 2007) • Nein • “Alle” • Jeden Geschlechts • Jeder Kultur • Jeder Religion • Unabhängig ihrer sexuellen Orientierung • Unabhängig ihrer Herkunft • mit bedeutungsvollen Betätigungsanliegen • weitere_____	18.Sollte der von Ihnen oben gewählte Begriff für die Zielgruppe in einer zeitgemäßen Definition der Ergotherapie näher beschrieben werden und wenn ja, wie? • Beibehalten: “die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind” (DVE, 2007) • Beibehalten: “jeden Alters” (DVE, 2007) • Nein • “Alle” • Jeden Geschlechts • Jeder Kultur • Jeder Religion • Unabhängig ihrer sexuellen Orientierung • Unabhängig ihrer Herkunft • mit bedeutungsvollen Betätigungsanliegen • weitere_____
18a) Welche dieser internationalen Aspekte sollten <u>zusätzlich</u> in eine zeitgemäße deutsche	19a) Sollten diese internationalen Aspekte <u>zusätzlich</u> in eine zeitgemäße deutsche

Ergotherapie-Definition miteinbezogen werden und wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich) • Nein • ich kenne keinen der internationalen Aspekte • Empowerment • Health literacy • Well-Being/Wohlbefinden • Betätigungsdimensionen („Doing, being, becoming, belonging“, Wilcock, 1999) • Occupational Justice • Occupational Science	Definition der Ergotherapie einbezogen werden und wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich) • Nein • ich kenne die Aspekte nicht • Empowerment • Health literacy • Well-Being/Wohlbefinden • Betätigungsdimensionen („doing, being, becoming, belonging“, Wilcock, 1999) • Occupational Justice • Occupational Science
18b) Sollten Aspekte aus der WFOT-Definition aufgenommen werden? Wenn Nein, können Sie zur nächsten Frage weitergehen. Wenn ja, geben Sie bitte die entsprechenden Aspekte in dem untenstehenden Kästchen an. _____	19b) Sollten Aspekte aus der WFOT-Definition aufgenommen werden? Wenn ja, geben Sie bitte die entsprechenden Aspekte in dem nachfolgenden Feld an. Wenn nein, können Sie zur nächsten Frage weitergehen. _____ (diese Anpassung wurde auch in den Fragen 19c-d vorgenommen)

Anhang 15: Online-Umfrage Runde zwei

Abschnitt 1 von 9

Zweite Umfragerunde zur Definition der Ergotherapie (DVE, 2007)

Liebe*r Teilnehmer*In,

die folgenden Kategorien und Antwortmöglichkeiten wurden auf der Basis der im ersten Fragebogen erhobenen Informationen, generiert. Es gibt so genannte "Pflichtfelder", die Sie beantworten müssen, um zum nächsten Abschnitt des Fragebogens zu gelangen. Diese sind mit einem Sternchen markiert. Außerdem gibt es "freiwillige Fragen", die Sie überspringen können, falls Ihnen die dort thematisierten Aspekte unbekannt sind. Die Beantwortung des Fragebogens dauert circa 15 - 20 Minuten.

Auch wenn die im Fragebogen angesprochenen Aspekte für die Ergotherapie von hoher Relevanz sind, bitten wir Sie zu bedenken, dass es bei der Beantwortung der Fragen ausschließlich um die Anwendung oder den Einbezug der jeweiligen Aspekte auf bzw. in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie geht. Beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte auch immer die von Ihnen gewünschte Länge einer Berufsdefinition!

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihr Engagement, wünschen Ihnen viel Spaß beim Ausfüllen und freuen uns auf Ihre Antworten!

Denise, Vanessa, Jana & Cosima

1. Bitte kreuzen Sie hier erneut die Teilnehmer*Innenkategorie an, für die Sie sich angemeldet haben.

- ☐ Auszubildende*r an einer Berufsfachschule in Deutschland
- ☐ Auszubildende*r an einer Berufsfachschule in Deutschland im ausbildungsbegleitenden Studiengang in De ...
- ☐ Student*In in Erstausbildung (Ergotherapie)
- ☐ Student*In im additiven Studiengang (BA in Ergotherapie oder MA in ergotherapierelevanten Beichen)
- ☐ Ergotherapeut*In in einer Praxis in Deutschland mit kurzer Berufserfahrung
- ☐ Ergotherapeut*In in einer Praxis in Deutschland mit langer Berufserfahrung
- ☐ Ergotherapeut*In in ambulanter Reha, stationärer Reha, Klinik (Fach- oder Allgemeines Krankenhaus), einem ...
- ☐ Ergotherapeut*In in ambulanter Reha, stationärer Reha, Klinik (Fach- oder allgemeines Krankenhaus), einem ...
- ☐ Ergotherapeut*In in einer Leitungs-/Führungsposition in einer Institution in Deutschland
- ☐ Leitende*r Ergotherapeut*In in innovativem Handlungsfeld

- ☐ Ergotherapeut*In in innovativem Handlungsfeld mit kurzer Berufserfahrung
- ☐ Ergotherapeut*In in innovativem Handlungsfeld mit langer Berufserfahrung
- ☐ Lehrende*r an einer Berufsfachschule in Deutschland
- ☐ Dozent*In an Uni und/oder Hochschule in Deutschland
- ☐ Funktionär*In des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V.
- ☐ Funktionär*In einer ergotherapeutischen Instanz (BED, COTEC, WFOT, VDES, etc.)
- ☐ Autor*In von Artikeln oder Beiträgen ergotherapeutischen Publikationen (Fachzeitschrift, Bücher, o.ä.; digit ...

Abschnitt 2 von 9

Formelle Kriterien einer zeitgemäßen Berufsdefinition



In diesem Abschnitt werden Ihnen Fragen zu formellen Kriterien gestellt. Diese beschäftigen sich mit der Länge, der Zielgruppe, der Sprache und strukturellen Aspekten einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie.

Bei Antwortmöglichkeiten, bei denen es um Formulierungen in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie geht, haben wir bewusst auf das Gendern verzichtet, um den sprachlichen Aspekt des Genderns separat erheben zu können.

Beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte auch immer die von Ihnen gewünschte Länge einer Berufsdefinition!

2. Bitte kreuzen Sie die für sie zutreffende Antwort an: Bezogen auf die Definitionslänge ist die aktuelle Definition des DVE (2007) *

1. zu kurz.
2. zu lang.
3. angemessen.

3. a) Wer ist die Zielgruppe bzw. für wen sollte eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie verständlich sein? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Ergotherapeuten*Innen
- ☐ Ärzte*Innen
- ☐ Klienten*Innen
- ☐ Erweiterte Klienten*Innen (z.B. Angehörige)
- ☐ Andere Heilmittelerbringer*Innen (z.B. Physiotherapeuten*Innen)
- ☐ Pflegepersonal

3. b) Wer sollte in die Erstellung einer Definition der Ergotherapie miteinbezogen werden? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Ergotherapeuten*Innen
- ☐ Ärzte*Innen
- ☐ Klienten*Innen
- ☐ Erweiterte Klienten*Innen (z.B. Angehörige)
- ☐ Andere Heilmittelerbringer*Innen (z.B. Physiotherapeuten*Innen)
- ☐ Pflegepersonal
- ☐ Weitere...

4. a) Ist die aktuelle Definition (DVE, 2007) in Bezug auf sprachliche Aspekte (z.B. Wortwahl, Formulierungen) zeitgemäß? *

1. Ja
2. Nein

4. b) Welche zusätzlichen sprachlichen Aspekte sind für Sie in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie relevant? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Keiner der unten genannten sprachlichen Aspekte
- ☐ Gendern
- ☐ Ergotherapeutische Fachterminologie
- ☐ Orientierung an der ICF-Terminologie
- ☐ Weitere...

5. Für den Überblick: Welche strukturellen Aspekte sollte eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie enthalten? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Zielgruppe der Ergotherapie (Wer kann von Ergotherapie profitieren?)
- ☐ Ziel der Ergotherapie (Was soll durch die Ergotherapie erreicht werden?)
- ☐ Aufgaben/Tätigkeitsbereiche der Ergotherapie (Was machen Ergotherapeuten*innen?)
- ☐ Grundlagen bzw. Prinzipien des ergotherapeutischen Handelns
- ☐ Kompetenzen der Ergotherapeuten*Innen
- ☐ Arbeitsfelder von Ergotherapeuten*Innen (z.B. Neurologie, Pädiatrie, Jobcoaching, ...)
- ☐ Lebensbereiche, in denen Ergotherapie stattfindet (z.B. Selbstversorgung, Freizeit, Erholung, ...)
- ☐ Weitere...

Abschnitt 3 von 9

Inhaltliche Kriterien einer zeitgemäßen Berufsdefinition



Beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte auch immer die von Ihnen gewünschte Länge einer Berufsdefinition!

Der folgende Abschnitt geht auf die Rolle des*r Ergotherapeuten*Innen und der ergotherapeutischen Zielgruppe in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie ein.

6. Sollten in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie die grundlegenden Rollen ^{*} des*r Ergotherapeuten*In innerhalb des Gesundheitssystems benannt werden und wenn ja, welche wären das?

- ☐ Nein
- ☐ Examierte (Fachkräfte)
- ☐ Teilakademisiert (bezogen auf die Ergotherapie-Gesellschaft)
- ☐ Heilmittelerbringer
- ☐ Dienstleister
- ☐ Experten des Gesundheitssystems
- ☐ Experten für Betätigung
- ☐ Systemrelevant
- ☐ Weitere...

7. Sollten die persönlichen Qualitäten der Ergotherapeuten*Innen (Cup& van Hartigsveldt, 2019) ^{*} in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie benannt werden, wenn ja welche? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Nein
- ☐ Ehrlichkeit
- ☐ Empathie
- ☐ Flexibilität
- ☐ Kreativität
- ☐ Mitdenken
- ☐ Problemlösestrategien
- ☐ Relativierende Haltung
- ☐ Humor
- ☐ Wertschätzung
- ☐ Weitere...

8. Im ersten Fragebogen wurden verschiedene Prinzipien bzw. Grundlagen des ergotherapeutischen Handelns (van Hartingsveldt et al., 2010) erhoben. Sollten diese in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie benannt werden und wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Nein
- ☐ Holistische Sichtweise
- ☐ Salutogenetischer Blickwinkel
- ☐ Wahrung der Autonomie des Klienten
- ☐ Bezug zum aktuellen Paradigma
- ☐ Klientenzentrierung
- ☐ Betätigungsbasierung
- ☐ Top-Down-Ansatz
- ☐ Ressourcenorientierung
- ☐ Evidenzbasierung
- ☐ Shared-decision-making
- ☐ Menschenrechte/Würde
- ☐ Weitere...

9. Sollte in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgeführt werden, was die ergotherapeutische Zielgruppe in den Therapieprozess mit einbringt und wenn ja wie würden Sie dieses benennen? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Nein
- ☐ Diversität (durch z.B. Persönlichkeit, Krankheitsbild, etc.)
- ☐ Gesundheit/ Krankheit
- ☐ Eigenverantwortung
- ☐ Mitspracherecht
- ☐ Entscheidungsfreiheit
- ☐ Eigene Wünsche & Erwartungen
- ☐ Weitere...

Abschnitt 4 von 9

Ergotherapeutische Kompetenzen



Beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte auch immer die von Ihnen gewünschte Länge einer Berufsdefinition!

In der ersten Fragerunde wurde der Einbezug des Kompetenzprofils (DVE, 2019) in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie kontrovers diskutiert, wobei auch internationale Quellen und Autoren ergotherapeutischer Berufskompetenzen thematisiert wurden. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte wurden die Inhalte der folgenden Fragen generiert.

10. Sollten Ihrer Meinung nach ergotherapeutische Kompetenzen in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgeführt werden? Wenn nein, gehen Sie weiter zu Frage 11! Wenn ja, in welcher Form? a) Kompetenzen des DVE (2019) (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Keine
- ☐ Einen Verweis auf das deutsche Kompetenzprofil in die Definition aufnehmen
- ☐ Alle
- ☐ Fürsprache
- ☐ Zusammenarbeiten
- ☐ Management
- ☐ Lernen
- ☐ Kommunikation
- ☐ Professionalität

10. b) niederländische Kompetenzen (Verhoef & Zalmstra, 2013) (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Ich kenne die niederländischen Kompetenzen nicht
- ☐ Keine
- ☐ Einen Verweis auf das niederländische Kompetenzprofil in die Definition aufnehmen
- ☐ Alle

- ☐ Screenen
- ☐ Inventarisieren & Analysieren
- ☐ Behandeln & Begleiten
- ☐ Unterstützen & Fördern
- ☐ Beraten
- ☐ Zusammenarbeiten
- ☐ Qualität gewährleisten
- ☐ Organisieren
- ☐ Forschen
- ☐ Unternehmerisch tätig sein
- ☐ Erneuern & Innovieren
- ☐ Lernen, Lehren & Entwickeln

10. c) Enablement-Skills aus dem Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE; Townsend, Polatajko, Craik, & Davis, 2013) (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Ich kenne die Enablement-Skills nicht
- ☐ Keine
- ☐ Einen Verweis auf die CMCE-Skills in die Definition aufnehmen
- ☐ Alle
- ☐ Adapt
- ☐ Advocate
- ☐ Coach
- ☐ Collaborate
- ☐ Consult
- ☐ Coordinate

- ☐ Design/Build
- ☐ Educate
- ☐ Engage
- ☐ Specialize

10. d) weitere Kompetenzen (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Kompetenzen aus der derzeit aktuellen Definition beibehalten: unterstützen, begleiten, stärken und ermögli ...
- ☐ Netzwerken
- ☐ Wissen vermitteln
- ☐ Befähigen/Empowern
- ☐ Aktivieren
- ☐ Weitere...

Abschnitt 5 von 9

Aufgaben und Einsatzgebiete der Ergotherapeuten*Innen



Beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte auch immer die von Ihnen gewünschte Länge einer Berufsdefinition!

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit den Aufgaben der Ergotherapeuten*Innen, den Einsatzgebieten der Ergotherapie und den Lebensbereichen, in denen sie ihre Zielgruppe unterstützt.

11. Welche dieser ergotherapeutischen Aufgaben in Bezug auf das professionelle Handeln (Oevermann, 1999, Dewe & Otto, 2002) sollten in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgenommen werden? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Keine
- ☐ Beibehalten: "Spezifische Aktivitäten, Umweltpassung und Beratung" (DVE, 2007)
- ☐ Einbezug von ergotherapeutischen Modellen und Assessments

- ☐ Beobachten und Analysieren der Klienten und deren Handlungen (Evaluation & Zielsetzung)
- ☐ Führen von Gesprächen (mit den Klienten und Dritten)
- ☐ Einbezug von Mittel und Medien (z.B. Handwerk, technische Medien und andere Therapiematerialien)
- ☐ Evidenzbasierte Praxis (= Übertrag von fachspezifischem und fachfremden Wissen in die praktische Arbeit)
- ☐ partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Klienten, Angehörigen und anderen Berufsgruppen
- ☐ Anleiten (der Klienten, aber auch der erweiterten Klienten)
- ☐ Üben (neuer) Handlungen/Betätigungen
- ☐ Üben (neuer) Bewegungsmuster und Funktionen
- ☐ Adaptieren einer Betätigung und/oder der Umwelt
- ☐ Klientenedukation
- ☐ Professional Reasoning (= "Denkprozess des Ergotherapeuten in Bezug auf die Klienten in verschiedenen P...
- ☐ Eintreten für Belange des Berufes und des Klienten vor Dritten und dem gesellschaftlichen Umfeld
- ☐ Professionelle Reflektion

12. Wie viele Definitionen der Ergotherapie sollte es Ihrer Meinung nach geben? *
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Eine, die Ergotherapeuten*Innen aus allen Fachbereichen mit einbezieht
- ☐ Eine zusätzliche, für die Zielgruppe der Ergotherapie (bspw. in "Leichter Sprache" zur Barrierefreiheit)
- ☐ Mehrere, auf die jeweiligen Fachbereiche ausgerichtete Definitionen
- ☐ Weitere...

13. a) Sollten die aktuell vorherrschenden Fachbereiche der Ergotherapie Ihrer Meinung nach in einer allgemeingültigen und zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgeführt werden und wenn ja, welche? *
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Keine Benennung
- ☐ Arbeit und Rehabilitation
- ☐ Geriatrie

- ☐ Neurologie
- ☐ Orthopädie/Traumatologie/Rheumatologie/Handtherapie
- ☐ Pädiatrie
- ☐ Prävention & Gesundheitsförderung
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Gemeinwesenorientierte Ergotherapie
- ☐ Kardiologie
- ☐ Onkologie
- ☐ Palliativversorgung
- ☐ Schulbasierte Ergotherapie

13. b) Sollten Ihrer Meinung nach innovative Arbeitsfelder der Ergotherapie in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie aufgenommen werden und wenn ja, welche? *
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Nein
- ☐ Jobcoaching
- ☐ Betriebliches Gesundheitsmanagement
- ☐ Arbeit mit Geflüchteten
- ☐ Weitere...

14. Über die konkrete Benennung der Lebensbereiche wurde im ersten Fragebogen kontrovers diskutiert. So sprachen sich einige Teilnehmer*Innen gegen die konkrete Nennung der Lebensbereiche aus, da dies der holistischen Sichtweise der Ergotherapie widerspräche. Andere Teilnehmer*Innen benannten, dass die Lebensbereiche aus der aktuellen Definition des DVE (2007) beibehalten werden oder durch Änderungen bzw. Ergänzungen konkretisiert werden sollen. Sollten Ihrer Meinung nach nun die Lebensbereiche in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie genannt werden und wenn ja, in welcher Form? *
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Nein
- ☐ Beibehalten: "Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit" (DVE, 2007)

- ☐ "Alle Lebensbereiche"
- ☐ "Spiritualität"
- ☐ "Produktivität"
- ☐ "Arbeit"
- ☐ "Kita"
- ☐ "Schule"
- ☐ "Selbstversorgung"
- ☐ "Zu Hause"
- ☐ "Selbstfürsorge"
- ☐ "Freizeit"
- ☐ "Erholung"
- ☐ "Schlaf"
- ☐ "Sexualität"
- ☐ "persönlicher und gesellschaftlicher Kontext"
- ☐ "Alltag"
- ☐ "Öffentliches Leben"

Abschnitt 6 von 9

Ziele der Ergotherapie



Beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte auch immer die von Ihnen gewünschte Länge einer Berufsdefinition!

15. Sollten Ziele der Ergotherapie in einer zeitgemäßen Berufsdefinition benannt werden und wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Nein
- ☐ Beibehalten: „[Menschen jeden Alters] bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen [...] zu s ...
- ☐ Beibehalten: „dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesseru...
- ☐ Ermöglichen von Betätigung und Teilhabe
- ☐ Erhalt und Steigerung der Lebensqualität und Gesundheit
- ☐ Zufriedenheit der Klienten mit der Ausführung von Betätigung, Aktivität, Rolle oder Aufgabe
- ☐ Handlungsfähigkeit
- ☐ Alltag bewältigen können
- ☐ Autonomie
- ☐ Selbsthilfe
- ☐ Inklusion
- ☐ Empowerment
- ☐ Enablement
- ☐ Occupational Justice/Betätigungsgerechtigkeit
- ☐ Occupational Rights
- ☐ Weitere...

Abschnitt 7 von 9

Spezifizierung bestimmter Begriffe/ Terminologie



Beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte auch immer die von Ihnen gewünschte Länge einer Berufsdefinition!

Im Zusammenhang mit der Ergotherapie ist die Auffassung bestimmter Begrifflichkeiten uneinheitlich. Diese sollen im folgenden Abschnitt spezifiziert werden.

16. Sollte Ihrer Meinung nach der Betätigungsbegriff in einer zeitgemäßen deutschen Definition der Ergotherapie aufgeführt werden und wenn ja, in welcher Form? *

- ☐ Nein
- ☐ Beibehalten: „bedeutungsvolle Betätigung“ (DVE, 2007)
- ☐ „Sinnvolle Betätigung“
- ☐ „Betätigung als Mittel für Gesundheit und Wohlbefinden“
- ☐ „Betätigungsorientierung“
- ☐ „Betätigungszentrierung“
- ☐ „Betätigungsfokussierung“
- ☐ „Betätigungsbasierung“
- ☐ „Betätigungsidentität“
- ☐ Ausführlichere Erklärung des Betätigungsbegriffes
- ☐ Weitere...

17. Sollte die Zielgruppe der ergotherapeutischen Interventionen benannt werden und wenn ja, in welcher Form? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Beibehalten: "Menschen" (DVE, 2007)
- ☐ "Alle"
- ☐ Klienten
- ☐ Individuen
- ☐ Patienten
- ☐ Kunden
- ☐ Gastgeber
- ☐ Nutzer (engl. "Service-User")
- ☐ Populationen/Communities/Gemeinschaften
- ☐ Organisationen/Einrichtungen

☐ Klientensystem (erweiterte Klienten, Arbeitgeber, etc.)

☐ Weitere...

18. Sollte der von Ihnen oben gewählte Begriff für die Zielgruppe in einer zeitgemäßen Definition * der Ergotherapie näher beschrieben werden und wenn ja, wie? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Beibehalten: "Die in Ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind" (DVE, ...

☐ Beibehalten: "Jeden Alters" (DVE, 2007)

☐ Nein

☐ "Alle"

☐ "Jeden Geschlechts"

☐ "Jeder Kultur"

☐ "Jeder Religion"

☐ "Unabhängig ihrer sexuellen Orientierung"

☐ "Unabhängig ihrer Herkunft"

☐ "mit bedeutungsvollen Betätigungsanliegen"

☐ Weitere...

Abschnitt 8 von 9

Internationale Aspekte



Beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte auch immer die von Ihnen gewünschte Länge einer Berufsdefinition!

In internationalen Definitionen der Ergotherapie gibt es Aspekte, die auch im Rahmen der ersten Fragerunde vermehrt von den Teilnehmern*Innen benannt wurden.

19. a) Sollten diese internationalen Aspekte zusätzlich in eine zeitgemäße deutsche Definition der Ergotherapie einbezogen werden? (Mehrfachnennungen möglich) *

- ☐ Nein
- ☐ Ich kenne die Aspekte nicht
- ☐ Empowerment
- ☐ Health literacy/Gesundheitskompetenz
- ☐ Well-Being/Wohlbefinden
- ☐ Betätigungsdimensionen („doing, being, becoming, belonging“ [Wilcock, 1999])
- ☐ Occupational Justice
- ☐ Occupational Science

19. b) Sollten Aspekte aus der WFOT-Definition mitaufgenommen werden? Wenn ja, geben Sie bitte die entsprechenden Aspekte in dem nachfolgenden Feld an. Wenn nein, können Sie zur nächsten Frage weitergehen.

Kurzantwort-Text

19. c) Sollten Aspekte aus dem Code of Ethics (COTEC) aufgenommen werden? Wenn ja, geben Sie bitte die entsprechenden Aspekte in dem nachfolgenden Feld an. Wenn nein, können Sie zur nächsten Frage weitergehen.

Kurzantwort-Text

19. d) Sollten Aspekte aus dem AOTA Framework aufgenommen werden? Wenn ja, geben Sie bitte die entsprechenden Aspekte in dem nachfolgenden Feld an. Wenn nein, können Sie zur nächsten Frage weitergehen.

Kurzantwort-Text

Abschnitt 9 von 9

Anregungen und Feedback



Beschreibung (optional)

20. Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Studie! Falls Sie noch Anmerkungen zu unserer Umfrage oder der Definition selbst haben, können Sie diese gerne hier einbringen.

Langantwort-Text

Anhang 16: Teilnehmerkategorien Runde eins vs. Runde zwei

In der untenstehenden Tabelle werden Unterschiede in der Anzahl der von den befragten Experten angegebenen Teilnehmerkategorien aufgezeigt. Zahlen die in beiden Befragungsrunden differieren sind **fett** gekennzeichnet.

Frage 1 aus Umfrage 1 + 2: Eigenständige Einordnung der Teilnehmer in ihre jeweilige Kategorie. Angegeben wird bei ‚Anzahl erste Runde‘ und ‚Anzahl zweite Runde‘ jeweils zuerst die Anzahl an Teilnehmern, die sich für die Kategorie eingetragen haben und dahinter die Anzahl, die die Forscherinnen festgelegt hatten.

Kategorie	Anzahl 1. Runde	Anzahl 2. Runde
Auszubildende*r an einer Berufsfachschule in Deutschland	2 / 3	3 / 3
Auszubildende*r an einer Berufsfachschule in Deutschland im ausbildungsbegleitenden Studiengang in Deutschland oder im Ausland	4 / 3	3/3
Student*In in Erstausbildung (Ergotherapie)	1 / 1	1 / 1
Student*In im additiven Studiengang (BA Ergotherapie oder MA in ergotherapierelevanten Bereichen)	3 / 3	3/ 3
Ergotherapeut*In in einer Praxis in Deutschland mit kurzer Berufserfahrung	2 / 3	3/3
Ergotherapeut*In in einer Praxis in Deutschland mit langer Berufserfahrung	5 / 3	5/3
Ergotherapeut*In in ambulanter Reha, stationärer Reha, Klinik (Fach- oder Allgemeines Krankenhaus) oder einem Wohnheim, einer Tagesstätte, einer WfbM in Deutschland mit kurzer Berufserfahrung	4 / 3	3/3
Ergotherapeut*In in ambulanter Reha, stationärer Reha, Klinik (Fach- oder Allgemeines Krankenhaus) oder einem Wohnheim, einer Tagesstätte, einer WfbM in Deutschland mit langer Berufserfahrung	2 / 2	2 / 2

Ergotherapeut*In in einer Leitungs-/Führungsposition in einer Institution in Deutschland	4 / 6	4/6
Leitende*r Ergotherapeut*In im innovativen Handlungsfeld	2 / 2	0 / 2
Ergotherapeut*In im innovativen Handlungsfeld (z.B. Palliative Care, Kardiologie, Job-Coaching) mit kurzer Berufserfahrung	3 / 3	3/3
Ergotherapeut*In im innovativen Handlungsfeld (z.B. Palliative Care, Kardiologie, Job-Coaching) mit langer Berufserfahrung	2 / 2	3/2
Lehrende*r an einer Berufsschule in Deutschland	3 / 3	2 / 3
Dozent*In an Uni und/oder Hochschule in Deutschland	4 / 3	4/3
Funktionär*In des deutschen Verbandes für Ergotherapeuten e.V. (DVE)	2 / 2	2 / 2
Funktionär*In einer ergotherapeutischen Instanz (BED, COTEC, WFOT, VDES, etc.)	1 / 1	1 / 1
Autoren*In von Artikeln oder Beiträgen ergotherapeutischer Publikationen (Fachzeitschrift, Bücher o.ä.; digital und print)	4 / 5	4/5
	48	46