



DIVERSITY MATTERS

Kulturelle Diversität und ergotherapeutische Inhaltsmodelle und Assessments

Kritische Auseinandersetzung der Anwendung
ergotherapeutischer Inhaltsmodelle und Assessments
mit kulturell diversem Klientel

Autorinnen:

Elisa Dartsch (2067182)

Pia Wissing (2067210)

bachelorarbeit-kulturellediversitaet@gmx.de

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

Betreuerin: Tanja Klein

Eingereicht: November 2022

Bachelorarbeit

zur kritischen Auseinandersetzung der Anwendung ergotherapeutischer
Inhaltsmodelle und Assessments mit kulturell diversem Klientel

Autorinnen: **Elisa Dartsch**, (2067182), Ergotherapeutin, tätig in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung, Studierende des Bachelorstudiengangs Ergotherapie der Zuyd Hogeschool, Heerlen

Pia Wissing, (2067210), Ergotherapeutin, tätig in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, Studierende des Bachelorstudiengangs Ergotherapie der Zuyd Hogeschool, Heerlen

Kontakt: bachelorarbeit-kulturellediversitaet@gmx.de

Abgabetermin: 16. November 2022

Ort und Datum: Mülheim an der Ruhr, 16. November 2022

Studiengang: Bachelorstudiengang Ergotherapie, Zuyd Hogeschool Heerlen

Titel: Diversity Matters – Kulturelle Diversität und ergotherapeutische Inhaltsmodelle und Assessments

Begleiterin: **Tanja Klein**, Dozentin des Bachelorstudiengangs der Zuyd Hogeschool, Heerlen

Vorwort

Positionierung der Forscherinnen innerhalb der Bachelorarbeit

Die Forscherinnen dieser Studie sind zwei *weiße** Ergotherapeutinnen, die sich als CIS*-Frauen identifizieren und in Deutschland geboren und aufgewachsen sind. Sie möchten verdeutlichen, dass das gewählte Forschungsthema aus ihrer Perspektive betrachtet wird. Aufgrund ihres *Weißseins** haben sie Privilegien in der Gesellschaft, mit denen sie sich, auch im Rahmen der Forschungsarbeit, auseinandersetzen. Sie profitieren, ob gewollt oder ungewollt, von rassistischen Machtstrukturen. Rassismus* oder Diskriminierung* aufgrund der Kultur wurde somit nie selbst wahrgenommen.

Das Ziel ist es, innerhalb der Forschungsarbeit und darüber hinaus, dabei zu unterstützen, die Ergotherapie kultursensibler zu gestalten und dazu aufzufordern, die eigenen Privilegien zu hinterfragen und das eigene Verhalten kritisch zu reflektieren. Den Forscherinnen ist bewusst, dass die Arbeit von ihrer Position und der damit einhergehende Sichtweise beeinflusst ist.

Danksagung

Diese Bachelorarbeit wäre ohne die bereichernde Unterstützung vieler Menschen nicht in diesem Rahmen möglich gewesen:

Zu Beginn möchten wir uns gerne bei unserer begleitenden Dozentin, Tanja Klein, bedanken. Du hast uns immer wieder motiviert, gefordert und gefördert. Deine kritischen Anmerkungen und Rückmeldungen, haben uns den Druck verschafft, von dem wir am Anfang des Prozesses erzählt haben, ihn zu brauchen. Vielen, lieben Dank dafür!

Außerdem möchten wir an dieser Stelle auch die Teilnehmer für die Pilotinterviews nennen. Danke für eure Zeit und das hilfreiche Feedback zur Durchführung. Ihr habt uns dadurch ein großes Stück weitergebracht.

Ein besonderer Dank gilt selbstverständlich den vier Teilnehmerinnen. Ein herzliches Dankeschön, dass ihr uns, dieser Studie und diesem so wichtigen Thema eure Zeit und Aufmerksamkeit geschenkt habt. Nur durch eure Bereitschaft und euer Engagement konnte diese Forschung realisiert werden!

Danke an unsere beiden Korrekturleser! Dank euch und eurer hilfreichen Anmerkungen fällt etwas weniger auf, wie müde wir wohl zwischendurch während des Verfassens dieser Arbeit waren.

Ganz wichtig zu erwähnen sind selbstverständlich auch unsere Familie und Freund:innen. Danke für eure Geduld und das Ertragen jeden Gemütszustandes während der letzten Wochen und Monate. Ohne euren Rückhalt, eure Fürsorge und stetige Motivation wäre diese Arbeit so nicht umsetzbar gewesen!

Vielen, vielen Dank!

Nicht zu vergessen, sind hier unsere kleinen technischen Hilfen, wie die Produktivitätsapp *Forest* auf dem Handy und die Noise-Cancellation-Kopfhörer, dank derer wir mit Hardstyle oder Balladen auf den Ohren überraschenderweise deutlich produktiver waren.

Ein abschließendes Danke an die Harry-Potter-Welt als funktionierendes Belohnungssystem und unsere Nachbarn die jegliche Freudenschreie oder Wutausbrüche mitbekommen und ertragen haben.

***Danke an euch, die uns begleitet und unterstützt haben,
Pia und Elisa***

Lesehinweise

Abkürzungen

Der Forschungsarbeit ist ein Abkürzungsverzeichnis beigelegt, in welchem genutzte Abkürzungen gelistet wurden. Bei der Erstnennung im Text ist diese in der Klammer hinter dem ausgeschriebenen Begriff zu finden.

Bachelorarbeit

Um einen besseren Lesefluss zu gewährleisten wird die vorliegende Bachelorarbeit auch Forschung, Forschungsarbeit, Studie oder Arbeit genannt.

Bildnachweis

Die für das Deckblatt und die Kapitelblätter verwendeten Bilder sind nicht urheberrechtlich geschützt und stammen von *Pixabay*.

Eigennamen

Eigennamen sowie die Namen von Modellen und Assessments werden in der vorliegenden Arbeit kursiv gedruckt (z.B. *DVE*).

Englische Zitate

Englische Zitate werden nicht übersetzt, um den Inhalt nicht zu verfälschen. Teilweise gilt dies auch für vereinzelte englische Begriffe. Diese werden in einfachen Anführungszeichen dargestellt (z.B. ‚Cultural Humility‘).

Forscherinnen

Zur besseren Lesbarkeit werden die Forscherinnen im Verlauf der Bachelorarbeit auch als Autorinnen bezeichnet.

Genderaspekt

Diese Arbeit ist in gendergerechter Sprache verfasst. Es wurde mit einem Doppelpunkt gegendert. Diese Schreibweise bezieht das weibliche, das männliche und diverse

Geschlecht gleichermaßen miteinbezieht. Wird ein Begriff nicht gegendert, dann gibt es dafür folgende Gründe: Es handelt sich um ein wörtliches Zitat, das als solches gekennzeichnet ist oder die angesprochene Personengruppe identifiziert sich mit demselben Gender (z.B. Teilnehmerinnen).

Glossar

Begriffe mit zusätzlichem Erklärungsbedarf werden bei Erstnennung mit einem Sternchen versehen, welches darauf hinweist, dass diese im Glossar genauer erläutert sind.

Inhaltsmodelle

Ergotherapeutische Inhaltsmodelle werden zur besseren Lesbarkeit auch als Modelle bezeichnet. Es ist also zu vermerken, dass mit "Assessments und Modelle" ergotherapeutische Assessments und Inhaltsmodelle und nicht etwa Prozessmodelle gemeint sind.

Interviews

Um die Anonymität der Teilnehmerinnen zu wahren, werden diese mit "TN" abgekürzt, ergänzt durch die Nummer des Interviews, z.B. "TN1". Die wörtlichen Zitate werden mit dem entsprechenden Kürzel (z.B. TN2), der inhaltlichen Kategorie (z.B. K4) und der Position in der Codierungsmatrix (z.B. #3) gekennzeichnet.

Klient:innen/Patient:innen

Im ergotherapeutischen Kontext wird in dieser Bachelorarbeit von Klient:innen oder Klientel geredet. Im Bezug zum Gesundheitssystem wird der Begriff Patient:innen genutzt. Dadurch kommt es teilweise zur Doppelnennung. Die Teilnehmerinnen nutzen innerhalb der zitierten Aussagen beide Begriffe für das ergotherapeutische Klientel.

Verweise

Innerhalb einiger Kapitel der vorliegenden Arbeit wird auf andere Kapitel, den Anhang oder Kategorien verwiesen. Das ist anhand des Pfeils "→" zu erkennen, gefolgt von der jeweiligen Bezeichnung. K für eine Kategorie (z.B. →K3), römische Zahlen für den Anhang (z.B. →IX) oder die jeweilige Kapitelnummer (z.B. →2.2.1).

Wortwahl

In dieser Arbeit werden Wörter politisch inkorrekte vermieden. Für Erläuterungen im historischen Kontext werden teilweise die Originalbegriffe genutzt, die unter Umständen nicht politisch korrekt oder veraltet sind und diskriminierende Sprache beinhalten. Diese werden in einfachen Anführungszeichen dargestellt (z.B. ‚Beispiel‘). Die Forscherinnen grenzen sich so von diesen Begrifflichkeiten ab.

Zitation

Die Forschungsarbeit wurde nach den Vorgaben der American Psychological Association (APA 6) verfasst.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
Abb.	Abbildung
AOTA	American Occupational Therapy Association
BI_PoC	Black, Indigenous and People of Color
bzw.	beziehungsweise
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie
etc.	et cetera (lat.: und so weiter)
et al.	et alteri (lat.: und andere)
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapy
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COPM-a-kids	Canadian Occupational Performance Measure für Kinder
COSA	Child Occupational Self Assessment
GDS	Geriatrische Depressionsskala
K	Kategorie (z.B. K2.3)
MOHO	Model of Human Occupation
NCCAH	The National Collaborating Centre for Aboriginal Health heute: The National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH)
o.D.	ohne Datum
PEAP	Pädiatrisches Ergotherapeutisches Assessment und Prozessinstrument
Tab.	Tabelle
TN	Teilnehmer:innen
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
S.	Seite
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel

Zusammenfassung (DE)

Einleitung: Das Berufsfeld der Ergotherapie ist stark von der westlichen Kultur geprägt, was sich auch in den genutzten Befunderhebungsinstrumenten zeigt. Die vorliegende Forschungsarbeit untersucht die Erfahrungen von Ergotherapeut:innen bezüglich der Anwendung von Assessments und Inhaltsmodellen mit Klient:innen, deren kultureller Hintergrund nicht-westlich geprägt ist.

Methode: Die Datenerhebung fand mittels qualitativer Interviews mit vier *weißen*, kulturell westlich geprägten Ergotherapeutinnen statt. Die Daten wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet.

Resultate: Die Inhaltsmodelle und Assessments der Ergotherapie stoßen, bei der Anwendung mit Klient:innen, deren kultureller Hintergrund nicht-westlich geprägt ist, an ihre Grenzen. Die interviewten Teilnehmerinnen nennen einige Ressourcen und Barrieren, die in der Anwendung aufgefallen sind, wobei letztere überwiegen.

Schlussfolgerung: Eine Adaption und die Erstellung neuer kultursensibler Inhaltsmodelle und Assessments sind unausweichlich. Außerdem müssen Ergotherapeut:innen während der Anwendung kultursensibel agieren können.

Abstract (EN)

Introduction: The occupational therapy profession is strongly influenced by Western culture, which is also reflected in the assessment tools. This research examines the experiences of occupational therapists regarding the use of assessments and models with clients whose cultural background is not western.

Method: Data collection took place through qualitative interviews with four *white*, culturally westernized occupational therapists. Data were analyzed using Kuckartz's qualitative content analysis.

Results: Occupational therapy models and assessments reach their limits when used with clients, whose cultural backgrounds are not western. The interviewed participants mentioned some resources and barriers that were noticed in the application, but the barriers predominating.

Conclusion: The adaptation and creation of new culturally sensitive models and assessments are unavoidable. In addition, 'Cultural Humility' is an important skill for occupational therapists when using assessments and models.

Samenvatting (NL)

Invoering: Het beroep van ergotherapeut wordt sterk beïnvloed door de westerse cultuur, wat ook tot uiting komt in de gebruikte meetinstrumenten. Dit onderzoek bestudeerde de ervaringen van ergotherapeuten met het gebruik van assessments en inhoudsmodellen bij cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond.

Methode: De dataverzameling heeft plaats gevonden door middel van kwalitatieve interviews met vier *white*, cultureel westerse ergotherapeuten. De gegevens werden geanalyseerd met behulp van kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Kuckartz.

Resultaten: De inhoudelijke modellen en assessments van de ergotherapie bereiken hun grenzen wanneer zij worden gebruikt bij cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond. De geïnterviewde deelnemers benoemen enkele resources en belemmeringen die bij de toepassing en uitvoering werden opgemerkt, waarbij de laatste overheersen.

Conclusie: Aanpassing van bestaande en het creëren van nieuwe cultuurgevoelige inhoudsmodellen en beoordelingen zijn daarom nodig. Bovendien moeten ergotherapeuten tijdens de toepassing cultureel sensitief kunnen handelen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Danksagung	4
Lesehinweise	5
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung (DE)	9
Abstract (EN).....	10
Samenvatting (NL)	11
1. Einleitung	16
2. Theoretischer Hintergrund	19
2.1 <i>Weiß</i> e Privilegien im westlichen Gesundheitssystem.....	19
2.1.1 Westlich geprägte Gesellschaft	20
2.1.2. Entstehung der <i>Weiß</i> en Vorherrschaft	21
2.2 Heutige Situation	23
2.2.1 Kulturelle Diversität	24
2.2.2 Auswirkungen des Kolonialismus	25
2.3 Cultural Humility und Critical Reflexivity	26
2.4 <i>White</i> Fragility.....	28
2.5 Gesetzlicher Rahmen.....	29
2.6 Kulturelle Diversität in der Ergotherapie	30
2.7 Anwendung ergotherapeutischer Inhaltsmodelle und Assessments.....	32
2.7.1 Kritik an den Inhaltsmodellen und Assessments.....	33
3. Methode	36
3.1 Forschungsprozess	36
3.2 Forschungsfrage	37
3.3 Forschungsdesign	38
3.4 Literaturrecherche.....	39
3.5 Datenerhebung	40
3.5.1 Ausgewählte Datenerhebungsmethode	40
3.5.2 Teilnehmer:innen	40
3.5.3 Interviewleitfaden	42
3.5.4 Pilotinterviews	43

3.5.5 Durchführung der Interviews.....	44
3.5.6 Datentranskription	44
3.6 Datenanalyse.....	45
3.6.1 Gütekriterien.....	48
4. Resultate.....	51
Kategorie 1: Inhaltsmodelle/Assessments	52
Kategorie 2: Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem Hintergrund	54
Kategorie 3: Ressourcen der Assessments/Inhaltsmodelle	54
Kategorie 4: Barrieren der Assessments/Inhaltsmodelle.....	56
Kategorie 5: Umgang mit aufgetretenen Ressourcen und Barrieren	57
Kategorie 6: Klient:innenperspektive.....	58
Kategorie 7: Einfluss auf die therapeutische Beziehung	59
Kategorie 8: Austausch im Team.....	59
Kategorie 9: Kultursensibilität des Berufsfeldes Ergotherapie	60
Kategorie 10: Cultural Humility der Ergotherapeut:innen	61
Kategorie 11: Adaption der Assessments/Inhaltsmodelle	63
5. Diskussion	66
5.1 Leitfrage 1	67
5.1.1 Ressourcen und Barrieren	67
5.1.2 Umgang.....	68
5.2 Leitfrage 2	69
5.3 Leitfrage 3	70
5.3.1 Gründe	70
5.3.2 Änderungen.....	70
5.4 Stärken und Limitationen der Forschung.....	71
5.4.1 Limitationen	71
5.4.2 Stärken	72
6. Schlussfolgerung.....	75
6.1 Ausblick	76
Literaturverzeichnis	78
Glossar	89
Abbildungsverzeichnis.....	92
Tabellenverzeichnis	92

Anhang	93
I. Literaturrecherche	94
II. Auszug aus der Literaturrecherche	96
III. Flyer des Rekrutierungsprozesses	97
a. Beispiele von Veröffentlichungen	98
IV. ‚Einführungsschreiben in das Interview‘ für TNs	99
V. Einwilligungserklärung Anhang B	100
VI. Interviewleitfaden	102
VII. Transkriptionsregeln adaptiert nach Kuckartz und Rädiker (2022)	105
VIII. Schritte der Datenanalyse	107
a. Auszug Transkript am Beispiel ‚TN3‘	107
b. Inhaltliche Zusammenfassung für Membercheck am Beispiel ‚TN3‘	109
c. (Haupt-)Kategoriendefinition	111
d. Auszug 1. Codierungsprozess am Beispiel ‚TN3‘	114
e. Auszug 2. Codierungsprozess am Beispiel ‚Hauptkategorie CHE‘	119
IX. Erläuterung Inhaltsmodelle und Assessments	122
X. Ehrenwörtliche Erklärung	125



KAPITEL 1

EINLEITUNG

1. Einleitung

"Werden wir mit unseren Modellen allen Klienten gerecht?" Diese Frage stellte sich Le Granse (2020) und eröffnet damit einen für die Forscherinnen neuen Blick auf die eigene ergotherapeutische Arbeit.

Die tägliche Arbeit wird durch verschiedene Modelle und Assessments strukturiert und geleitet. Ergotherapeut:innen nutzen die Instrumente, um ihren Klient:innen ganzheitlich zu begegnen und bedeutungsvolle Betätigungen* zu erheben (Le Granse, 2020). Sie ermöglichen "...eine Brille, durch die man Klienten betrachten kann. . ." (Le Granse, 2020, S. 1). Viele der Modelle und Assessments sind jedoch stark westlich geprägt, weshalb Kulturen mit anderen Normen und Werten außen vorgelassen werden (Le Granse, 2020). Deshalb sollten Ergotherapeut:innen sich fragen: Mit welcher Brille schauen wir auf unsere Klient:innen? Und werden wir ihnen damit gerecht?

Die Forscherinnen haben in ihrer Arbeit die Erfahrung gemacht, dass Modelle und Assessments bei kulturell diversem Klientel Grenzen hatten. Dadurch entstand die Auseinandersetzung, die die Themenfindung der vorliegenden Forschungsarbeit prägte.

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Forschungsfrage:

"Welche Erfahrungen haben Ergotherapeut:innen innerhalb der
ergotherapeutischen Behandlung, bei der Anwendung verschiedener
ergotherapeutischer Modelle und Assessments bezüglich der kulturellen Diversität
Ihrer Klient:innen gemacht?"

Zusätzlich wird der Forschungsprozess durch drei Leitfragen strukturiert (→3.2).

Deutschland wird stetig diverser und die Gesellschaft immer mehr durch die kulturelle Vielfalt* geprägt (Ette, Schneider, Straub & Weinmann, 2020). Auch im Klientel der Ergotherapie zeichnet sich dies ab. Und doch kommen überwiegend westlich geprägte* ergotherapeutische Modelle und Assessments zum Einsatz, obwohl die meisten Menschen mit einer Beeinträchtigung nicht im westlichen Teil der Welt leben (Le Granse, 2020).

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es die Praxiserfahrungen von Ergotherapeut:innen zu erfassen und die aktuellen ergotherapeutischen Modelle und Assessments kritisch zu hinterfragen.

Schlussendlich sollen Anregungen für neue Ansätze zur zukünftigen Implementierung der kulturellen Diversität* in Inhaltsmodellen und Assessments entstehen. Wenn die Grenzen der aktuellen Assessments und Modelle identifiziert werden, können auf dieser Grundlage neue entwickelt oder vorhandene angepasst werden (Le Grasse, 2020). Damit hätten Ergotherapeut:innen in Zukunft die Möglichkeit betätigungsorientierter* und klient:innenzentrierter* zu arbeiten. Die Kultur der Klient:innen sowie die damit zusammenhängenden Lebensgewohnheiten und Betätigungen ständen im Fokus. Denn vielleicht ist es doch so, dass die metaphorische Brille durch die wir schauen mal neue Gläser benötigt, um allen Klient:innen ganzheitlich begegnen zu können?

Die vorliegende Bachelorarbeit wird in sechs Kapitel unterteilt. Nach der Einleitung wird die Forschung im theoretischen Hintergrund (→2) durch vertiefende Literatur gestützt. Zunächst werden hier einleitend die Themen ‚White* Privilege‘ im westlichen Gesundheitssystem (→2.1) erläutert, darauf aufbauend werden die ‚Westlich geprägte Gesellschaft‘ (→2.1.1) und die Entstehung der ‚Weißen Vorherrschaft*‘ (→2.1.2) erläutert. Es wird zudem auf die heutige Situation (→2.2) eingegangen, indem unter anderem die Auswirkungen des Kolonialismus (→2.2.2) thematisiert werden. Weiterhin wird die Auseinandersetzung mit den eigenen *weißen** Privilegien genauer beleuchtet (→2.3; →2.4). Die Kulturelle Diversität in der Ergotherapie (→2.6) wird, wie auch die Anwendung der ergotherapeutischen Inhaltsmodelle und Assessments (→2.7) und deren Kritik (→2.7.1) abschließend thematisiert. Die Beschreibung der Methodik (→3), in welcher der Forschungsprozess beschrieben wird, folgt. Dieser ist gegliedert durch die Forschungsfrage, das Forschungsdesign, die Literaturrecherche, Datenerhebung und Datenanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2022) (→3). In den Resultaten (→4) werden die Ergebnisse der Forschung dargelegt und im anhand der Leitfragen und zugezogener Literatur diskutiert (→5). Es folgt eine Reflexion der Forschungsarbeit (→5.4). Den Abschluss bilden die Schlussfolgerung (→6) und der Ausblick für die ergotherapeutische Praxis und Forschung (→6.1).



KAPITEL 2

THEORETISCHER HINTERGRUND

2. Theoretischer Hintergrund

Zu Beginn des theoretischen Hintergrundes wird die Entstehung der *weißen* Privilegien und Vorherrschaft erläutert, um den Leser:innen einen thematischen Einstieg zu gewährleisten und ein einheitliches Verständnis der anhaltenden Wirkung von Ungleichheiten im Gesundheitssystem zu schaffen. Anschließend wird neben einigen relevanten Begriffsdefinitionen die heutige Situation bezüglich der kulturellen Diversität der Gesellschaft und der gesetzliche Bezugsrahmen genauer beleuchtet. Abschließend wird die kulturelle Diversität im Kontext der Ergotherapie und der Verwendung von ergotherapeutischen Modellen und Assessments thematisiert.

2.1 Weiße Privilegien im westlichen Gesundheitssystem

Der Begriff der *weißen* Privilegien wurde 1988 von der Aktivistin McIntosh geprägt und listet einige der Vorteile und Privilegien auf, die sie als *Weiße* in der Gesellschaft erfahren hat. Sie beschreibt diese als "unearned" und "invisible" (McIntosh, 1988, S.1). Sie verdeutlicht dadurch, dass *weiße* Menschen mit Vorteilen geboren sind, welche als selbstverständlich wahrgenommen und zu wenig hinterfragt werden (McIntosh, 1988; Sow, 2008). Eines der von ihr aufgelisteten Privilegien lautet:

"I can be sure that if I need legal or medical help, my race will not work against me."
(McIntosh, 1988, S. 5)

Dieses benennt die Vorteile, die sie unter anderem in der medizinischen Versorgung erfährt. Diese Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen BI_PoC* und *weißen* Einwohner:innen bei sonst ähnlichen Grundvoraussetzungen wie Alter, Einkommen oder Versichertenstatus, werden auch in der heutigen Zeit von verschiedenen Autor:innen beschrieben (Fijal & Beagan, 2019; Grenier, 2020; Hobbs, 2018). Aus der ungleichen Qualität der Versorgung können Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit zu erkranken und der Lebenserwartung entstehen (Hobbs, 2018). Das Privileg der besseren Versorgung erhalten *weiße* Bürger:innen aufgrund von Vorurteilen gegen nicht-*weiße* Menschen und einem rassistischen System (Hobbs, 2018). *Weiße* gelten als übergeordnet und die *weiße* Perspektive wird als Norm wahrgenommen (Hasters, 2019; Hyatt, 2015). Diese unbegründete Hierarchie ist Teil einer mächtigen Struktur, der *weißen* Vorherrschaft, welche über mehrere Jahrhunderte errichtet wurde (Hasters, 2019). *Weiße* Privilegien

haben, auch im Gesundheitssystem, somit einen historischen Hintergrund, der bis ins 15. Jahrhundert zurückgeht (Geulen, 2017) und auf dem unterschiedlichen Erleben der kolonialen Vergangenheit des globalen Nordens und Südens basiert (Hyatt, 2015). McIntosh (1988) bezieht sich in ihrem Artikel auf die USA, er ist aber auch auf andere Länder, wie den deutschen Kontext übertragbar (Hyatt, 2015). Beide Länder sind zum globalen Norden beziehungsweise zur westlichen Welt zuzuordnen, welche im globalen System häufig eine privilegierte Position innehaben (Bendix et al., 2013).

2.1.1 Westlich geprägte Gesellschaft

Innerhalb der Forschungsarbeit werden die Formulierungen ‚westlich geprägt‘, ‚typisch westlich‘ oder ähnliche Ausdrücke, im Zusammenhang mit der Gesellschaft oder Kultur wiederholt verwendet. Es wird außerdem vom globalen Süden oder Norden gesprochen. Um ein einheitliches Verständnis zu gewährleisten, werden die Begrifflichkeiten im folgenden Abschnitt für diese Ausarbeitung definiert:

Der Westen beschreibt in der Literatur meist die Länder Kanada, Neuseeland, Australien, das vereinigte Königreich, die USA und viele europäische Länder (Mahoney & Kiraly-Alvarez, 2019; Winkler, 2007), welche zusammen ungefähr 17% der Weltbevölkerung ausmachen (Hammell, 2009). Die dort lebende Gesellschaft ist geprägt durch ein bestimmtes Wertesystem und eine Kultur, die von Winkler (2007) als "typisch westlich" beschrieben wird (S. 66). Diese Werte sind veränderbar und nicht einheitlich (Winkler, 2007). Die westliche Kultur genau zu definieren, ist daher nicht möglich (Schneider, 2015). Allerdings lassen sich in der Literatur einige Wertvorstellungen, Normen oder Regeln finden, die als westlich beschrieben werden: Darunter beispielsweise Unabhängigkeit, Individualismus, Kompetenz und Materialismus (Hammell, 2009; Mahoney & Kiraly-Alvarez, 2019; Malkawi, Alqatarneh, & Fehring, 2020). Einige dieser Werte spiegeln auch die Sicht auf Betätigung und Gesundheit wider (Malkawi et al., 2020; Hammell, 2009). In der Medizin wird sich häufig auf Medikamente, Behandlung und Heilung der Krankheit fokussiert und weniger auf beispielsweise spirituelle Faktoren (Yeager & Bauer-Wu, 2013). Bei Menschen aus nicht-westlich geprägten Ländern der Welt kann die Sicht auf Gesundheit und Krankheit eine ganz andere sein (le Grasse, 2020). Bezüglich der Betätigungsperformanz nimmt die Balance zwischen Arbeit und Freizeit einen hohen Stellenwert ein, während in einigen nicht-westlich geprägten Kulturen z.B. die Produktivität höher geschätzt wird (Malkawi et al., 2020). In nicht-westlichen Kulturen ist die

wechselseitige Abhängigkeit und Unterstützung bei Familienmitgliedern tief verankert. In westlich geprägten Kulturen verlässt man sich bei Krankheitsfällen in der Familie eher auf die Dienstleistungen des medizinischen Fachpersonals (Hammell, 2009; Malkawi et al., 2020).

Man ordnet die oben genannten Länder, aufgrund ihrer meist privilegierten Situation, auch dem globalen Norden zu (Bendix et al., 2013). Der globale Süden hingegen beschreibt vor allem Länder aus Lateinamerika, Asien, Afrika und Ozeanien, welche in der Regel zu den Low-Income-Countries zählen und häufig politisch sowie kulturell marginalisiert werden (Dados & Connell, 2012). Die Bezeichnungen sind hier weniger geographisch zu betrachten, da es auch innerhalb eines Landes zu Unterschieden kommen kann (Bendix et al., 2013). So können z.B. Menschen aus Australien, wie die Aboriginies, Teil des globalen Südens sein, obwohl Australien zum Norden zählt (Bendix et al., 2013; Hyatt, 2015).

Die benachteiligte Situation des globalen Südens und die Unterschiede zwischen dem globalen Norden und Süden sind durch die unterschiedlichen Positionen in der kolonialen Geschichte entstanden (Bendix et al., 2013):

2.1.2. Entstehung der *Weiß*en Vorherrschaft

Europa galt aus medizinischer Sicht lange Zeit als rückständig, während Afrika in der Entwicklung von Operationen und Krankheitsheilungen einige Jahre voraus war (Sow, 2008). Dies galt bis zu dem Zeitpunkt, um 1500, an welchem afrikanische Länder von Europäern, mit dem Ziel von ökonomischen Einfluss und Machtgewinn, überfallen und Afrikaner:innen versklavt oder ermordet wurden (Sow, 2008). Der Wohlstand Europas geht somit auf koloniale Ausplünderungen von nicht-europäischen Ländern zurück (Geulen, 2017; Sow, 2008). Der Kolonialismus basiert auf dem Grundgedanken, dass Europäer:innen als *weiße* Menschen mehr Macht innehaben und überlegen sind (Benz, 2021). Die Unterdrückung und soziale Ausgrenzung geht somit einige Jahrhunderte zurück und hat Folgen, die das Zusammenleben und die Gesellschaft bis heute prägen. Im deutschen Kontext wird im Zuge einer rassismuskritischen Auseinandersetzung häufig nur die Zeit des Nationalsozialismus, Mitte des 20. Jahrhunderts, thematisiert. Die deutsche Kolonialgeschichte rückt in den Hintergrund (Hyatt, 2015), obwohl Deutschland, bereits ab dem 15. Jahrhundert bis hin zum 19. Jahrhundert bezeichnend am transatlantischen Sklavenhandel mitwirkte (Weber, 2009). Die Zeit ab dem frühen 19. Jahrhundert hat den

strukturellen Rassismus, auch im Bereich des Gesundheitssystems, geprägt. (Geulen, 2017). Der Rassebegriff wurde im medizinischen Kontext immer relevanter, sowohl zur Beschreibung des äußeren Erscheinungsbildes, als auch um bestimmte Eigenschaften zu bezeichnen (Geulen, 2017). Anfang bis Mitte des 19. Jahrhunderts wurden in Kanada, vielen Ländern Europas und später auch in den USA die Sklaverei verboten. Dies war allerdings nicht mit Freiheit oder einer neuen Sichtweise gleichzusetzen (Grenier, 2020). BI_PoC wurden weiterhin als unehrenhaft oder minderwertig angesehen, die Ungleichheiten im Gesundheitssystem stiegen an (Grenier, 2020) und der Kolonialismus nahm immer größere Ausmaße an, wodurch das Machtgefälle sich weiter verstärkte (Geulen, 2017). 1876 wurde in Kanada der Indian Act unterschrieben, welcher der Regierung die Macht über indigenes Land und politische Strukturen, wie dem Gesundheitssystem, erteilte (Grenier, 2020). Daraus folgte der Völkermord an vielen indigenen Bürger:innen, durch die Verweigerung von Behandlungen und Verhaftungen erkrankter, indigener Menschen (Grenier, 2020). Anfang des 20. Jahrhunderts kontrollierte die kanadische Politik auch die Gesundheitsversorgung für asiatische Einwohner:innen Kanadas (Grenier, 2020). Die Zeit um den Jahrhundertwechsel, vom 19. zum 20. Jahrhundert, war weiterhin von rassistischen Gesetzen und Strukturen geprägt, wie dem Verbot von ‚Mischehen‘ in Deutschland (Sow, 2008). Im Bereich der Medizin wurden in Deutschland ab 1884 nicht-weiße Menschen bei Menschenversuchen ermordet (Zickgraf, 2002 in Sow, 2008, S. 88). Später, in den 1920er Jahren, beeinflusste der Anthropologe Fischer die spätere Rassenvorstellung Hitlers mit seinem Buch über ‚Erblichkeitslehre‘ und ‚Rassenhygiene‘, welches das Verbot von ‚Mischehen‘ und Sterilisation von ‚Untüchtigen‘ befürwortete (Sow, 2008). Der Begriff der ‚Eugenik‘ gewann an Bedeutung, welcher die vermeintliche Verbesserung der Bevölkerung durch ‚Reinheit‘ als Ziel hatte und bei einem Weltkongress in London mit Eugenikern der westlichen Welt diskutiert wurde (Geulen, 2017). In der humanbiologischen Wissenschaft fand in der Nachkriegszeit ein Wandel statt und die Eugenik wandelte sich zur Genetik, womit sich der Forschungsschwerpunkt verlagerte (Geulen, 2017). Trotzdem verliert der bestehende Rassismus auch nach 1945 nicht seine Macht und spielt auch in folgenden Kriegen und Konflikten, wie dem Vietnamkrieg eine entscheidende Rolle (Geulen, 2017). In der Medizin fanden zwischen 1951 und 1974 Experimente an Schwarzen* Gefangenen in den USA statt (MacLure, 2020).

In den 1960er und 70er Jahren wird Rassismus durch soziale Bewegungen vermehrt auch kritisch thematisiert und durch die Globalisierung verändert er sich, verliert aber nicht an

Macht (Geulen, 2017). Die Anzahl an Migrant:innen steigt in Europa, Multikulturismus wird jedoch weiterhin negativ konnotiert und die Gesellschaft trägt wenig zur Integration bei (Geulen, 2017). Diese wird als Aufgabe der Migrant:innen verstanden und es wird eine ständige Anpassung von ihnen gefordert (Geulen, 2017). Eine veränderte Denkweise wurde, vor allem in den USA und Kanada, 1963 durch die Rede von King Jr., angestoßen, in welcher er über Gerechtigkeit für Schwarze Amerikaner:innen spricht (Christiansen & Haertl, 2019). 1966 bezieht er sich in einer seiner Ansprachen auch auf das Gesundheitssystem mit den Worten:

" . . . [O]f all the forms of inequality, injustice in health is the most shocking and the most inhumane. . ." (King, 1965, zitiert in Grenier, 2020, S. 636).

Er kritisiert, dass das Gesundheitssystem Ungleichheiten aufweist, welche für viele Schwarze Amerikaner:innen, aufgrund ungleicher Grundvoraussetzungen, zu Nachteilen werden (Grenier, 2020). 2001 hat sich der Rassismus durch den Anschlag 9/11 auf die Twin Tower des World Trade Centers verändert und verstärkt, wodurch die Chancenungleichheit im System, vor allem in Nordamerika weiter angestiegen ist (Grenier, 2020). Die Perspektive auf Gesundheit und Versorgung der nicht-weißen Einwohner:innen, wie der indigenen Bevölkerung wird nicht mit einbezogen, weshalb diese einen niedrigeren Gesundheitsstatus haben (Fijal & Beagan, 2019; Hunter & Pride, 2021).

2.2 Heutige Situation

Anfang des 21. Jahrhunderts lassen sich in den meisten Ländern der westlichen Welt, wie Deutschland, Kanada oder den USA soziale Wandlungsprozesse erkennen, wie die steigende Anzahl an Migrant:innen und Flüchtenden (Christiansen & Haertl, 2019; Zweck, Holtmannspötter, Braun, Hirt, Kimpeker, & Warnke, 2015). 2013 haben in Deutschland ungefähr 20% der Gesamtbevölkerung einen Migrationshintergrund (Die Bundesregierung, o.D.), 2021 sind es bereits über 27% (destatis, 2022), obwohl die Migrationsrate durch die Covid-19-Pandemie kurzzeitig sank (OECD, 2022). Die Gesellschaft wird stetig kulturdiverser (Zweck et al., 2015).

2.2.1 Kulturelle Diversität

Der Begriff ‚Kultur‘ wird als ". . . eines der komplexesten Wörter der deutschen Sprache" bezeichnet (Antweiler, 2018, S. 249), da sowohl unterschiedliche Disziplinen, als auch verschiedene soziale Gruppen oder Gesellschaften ihn anders definieren (Nünning, 2009). Für die vorliegende Forschungsarbeit war es den Forscherinnen ein Anliegen, ein einheitliches Verständnis für den Begriff zu schaffen. Die *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO, 2001)* definiert Kultur wie folgt:

"...set of distinctive spiritual, material, intellectual and emotional features of society or a social group, and that it encompasses, in addition to art and literature, lifestyles, ways of living together, value systems, traditions and beliefs".

In der Definition der Ergotherapeutin Hammell (2009) finden sich einige dieser Aspekte wieder:

"The concept of culture is used to describe the knowledge, beliefs, attitudes, morals, norms, and customs that people acquire through membership in a particular society or group". (S. 7)

Zusammengefasst wird Kultur somit für diese Bachelorarbeit als Glaubensvorstellungen, Normen- und Wertesysteme, Einstellungen und Bräuche bzw. Traditionen einer sozialen Gruppe oder Gesellschaft definiert, die die Formen des Zusammenlebens beeinflussen. Der ergotherapeutische Bezug wird durch die *American Occupational Therapy Association (AOTA)* (2020) vertieft. Hier heißt es, dass die Kultur der Klient:innen, als Teil der Klient:innenfaktoren, sowohl die persönliche Sichtweise auf die Erreichung der Therapieziele, als auch der Definition der eigenen Rollen und des Verständnisses von bedeutungsvollen Betätigungen beeinflusst.

Der Begriff ‚Diversity‘ bedeutet Vielfalt und meint individuelle, soziale und strukturelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Gesellschaft oder in Gruppen. Die *World Federation of Occupational Therapy (WFOT)* beschreibt als wesentliches Merkmal im Umgang mit Diversität:

". . . not to see people as ‘different’ in the sense of not similar but to comprehend and accept diversity as something that enriches us personally and collectively when

we recognize the things that unite us, our sameness, our common humanity" (2009, S. 14).

Die Unterschiede sollen wahrgenommen werden, da Diversität nicht meint, alle Menschen auf die gleiche Art zu behandeln, denn dadurch wird die Einzigartigkeit jedes Menschen verkannt (Taylor, 2007; WFOT 2009). Ein eventueller Nachteilsausgleich führt zur Gerechtigkeit, indem auf individuelle Bedürfnisse eingegangen wird (Bracher, 2021). Die WFOT (2009) beschreibt, dass Menschen immer gerecht behandelt werden müssen, ". . . no matter who they are, where they come from, what they look like or how they behave." (S. 14).

2.2.2 Auswirkungen des Kolonialismus

Die Auswirkungen der Kolonialgeschichte der westlichen Welt und der rassistischen Vergangenheit zeigen sich auch heute noch durch individuelle Handlungen, Ignoranz und strukturelle Diskriminierung (Jung, 2021; Holm, Gorosh, Brady, & White-Perkins, 2017). In Deutschland findet wenig Auseinandersetzung mit der kolonialen Vergangenheit statt. (Hasters, 2019). Beispiele hierfür sind, dass Straßennamen noch nach Mitwirkenden des Kolonialismus benannt sind (Jung, 2021) und diskriminierende Redewendungen täglich verwendet werden (Sow, 2008).

Straftaten mit rassistischen Motiven in den letzten Jahren zeigen wie tief verankert der Rassismus in Deutschland und anderen Ländern des globalen Nordens ist und welche Ausmaße er annehmen kann. Im Oktober 2019 fand der Anschlag mit antisemitischen Motiven auf eine Synagoge in Halle (Deutschland) statt, ein halbes Jahr nachdem ein Rechtsterrorist in Christchurch (Neuseeland) auf Menschen in zwei Moscheen schoss (Benz, 2021; Gensing, P., 2020). In El Paso (USA) erschoss ein 21-jähriger mehrere Einkaufende in einem Supermarkt und im Februar 2020 wurden mehrere Menschen aus rassistischen Motiven in einer Bar und einem Kiosk in Hanau ermordet (Benz, 2021; Gensing, P., 2020). Die Ermordung des Afroamerikaners George Floyd durch einen *weißen* Polizisten am 25. Mai 2020 in den USA führte dazu, dass Rassismus weiter an medialer Aufmerksamkeit gewann, auch in den sozialen Medien (Jung, 2021; Wellman, 2022). Die Protestbewegung *Black Lives Matter**, welche 2013 gegründet wurde, bekam vermehrt

Aufmerksamkeit und führte zu vielen Demonstration, auch außerhalb der USA (Deutscher Bundestag, 2021; Kronenberg, 2021).

Die vermehrte Aufmerksamkeit stößt langsame Veränderungsprozesse an und führt zum Umdenken der Menschen, jedoch sind tiefverankerte Denkstrukturen weiterhin eine Ursache für rassistisches Handeln (Hasters, 2019; Jung, 2021). Diskriminierendes Handeln scheint abgelehnt zu werden, doch *weiße* Privilegien sind in der Gesellschaft, auch im Gesundheitssystem weiterhin nicht abzuweisen (Holm et al., 2017). Zusätzlich handelt es sich um ein polarisierendes Thema. Während sich durch die ansteigende Aufmerksamkeit bei einigen Rassist:innen eine "Jetzt-erst-recht"-Einstellung entwickelt, beginnen viele *weiße* Menschen das eigene Denken kritischer zu hinterfragen und sich aktiver gegen Rassismus und Diskriminierung aussprechen (Jung, 2021, S. 205).

2.3 Cultural Humility and Critical Reflexivity

Dienstleister:innen des Gesundheitssystems, darunter auch Ergotherapeut:innen, benötigen, vor allem durch die steigende kulturelle Diversität, mehr Bewusstsein für die diversen Kulturen in den Ländern des globalen Nordens. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Position als *weiße* Person gewinnt immer mehr an Bedeutung (Dines, Triandafyllidou, Molho, & Levitt, 2021; Masters, 2019; Yeagan & Bauer-Wu, 2013). In der Literatur werden verschiedene Bezeichnungen diskutiert, die diesen Prozess beschreiben sollen (Beagan, 2015). ‚Culture Competence‘ wird häufig genannt, jedoch kritisiert, da sie als nicht tiefgreifend und umfassend genug betrachtet wird (Foronda, Baptiste, Reinholdt, & Ousman, 2016). Es beschreibt, dass Dienstleister:innen (im Gesundheitswesen) eine Kultur, die von der eigenen abweicht, verstehen (Agner, 2020; Hammell 2013). Kultur ist jedoch ein fortlaufender, sich verändernder, komplexer Prozess, der nie vollständig erlernt werden kann (Agner, 2020; Foronda et al., 2016; Yeagan & Bauer-Wu, 2013). Der Glaube, eine Kultur gänzlich zu verstehen, basiert auf Stereotypen und Vorannahmen (Agner, 2020). Außerdem fokussiert der Begriff ‚Cultural Competence*‘ vor allem die Dienstleister:innen (Yeager & Bauer-Wu, 2013). Es geht darum, dass diese sich im Umgang mit diversen kulturellen Hintergründen sicher fühlen, statt den Fokus auf die Klient:innen/Patient:innen mit kulturell nicht-westlich geprägtem Hintergrund zu legen (Yeager & Bauer-Wu, 2013). Das bereits bestehende ungleiche Machtverhältnis wird weiter verstärkt und nicht kritisch hinterfragt (Beagan, 2015).

Der Begriff ‚Cultural Humility*‘ beschreibt den Prozess des Hinterfragens. Tervalon und Murray-García (1998) schreiben in ihrem Artikel:

"Cultural humility incorporates a lifelong commitment to self-evaluation and self-critique, to redressing the power imbalances in the patient-physician dynamic, and to developing mutually beneficial and nonpaternalistic clinical and advocacy partnerships with communities on behalf of individuals and defined populations." (S. 1)

Im ergotherapeutischen Kontext werden ungleiche Machtverhältnisse dadurch verringert, dass die westliche Kultur nicht als Norm wahrgenommen wird (Agner, 2020; Beagan, 2015; Hammell, 2013), sondern zwei gleichwertige Weltanschauungen, die des/der Ergotherapeut:in und des/der Klient:in, anerkannt werden (Beagan, 2015). ‚Cultural Humility‘ wird in der Literatur häufig im Zusammenhang mit der Fähigkeit zur ‚Critical Reflexivity*‘ genannt:

"... one starts with an examination of her/his own beliefs and cultural identities. This critical consciousness is more than just self-awareness, but requires one to step back to understand one's own assumptions, biases and values" (Yeager & Bauer-Wu, 2013, S. 252).

Es sollen nicht nur die eignen Überzeugungen und Vorurteile kritisch hinterfragt werden, sondern auch Bewusstsein darüber geschaffen werden, dass diese Vorannahmen sowohl durch eigene Werte, als auch durch das soziale Umfeld und die Erziehung beeinflusst sind (Yeager & Bauer-Wu, 2013). Es handelt sich um einen Prozess, der nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeschlossen ist, sondern lebenslanges Lernen beinhaltet (Agner, 2020; Tervalon & Murray-García, 1998).

Das Verständnis von ‚Cultural Humility‘ und das Handeln nach den dazugehörigen Eigenschaften, wie "... openness, self-awareness, egoless, supportive interactions, and self-reflection and critique" ermöglicht ein Umfeld, welches ‚Cultural Safe‘ ist (Foronda et al., 2016, S. 210). ‚Cultural Safety*‘ ist vorwiegend geprägt durch die Nutzung des Begriffs in Neuseeland, Australien und Kanada, bezogen auf die ungleichen Machtverhältnisse zwischen Māori, Aboriginies oder Indigenous People und der *weißen* Bevölkerung, in Folge des Kolonialismus (Beagan, 2015; National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2013). Es soll eine Umgebung ohne Rassismus und Diskriminierung geschaffen werden, in der sich die Klient:innen/Patient:innen mit nicht-westlich geprägtem Hintergrund, durch inklusiven und respektvollen Umgang, sicher fühlen (Beagan, 2015; First Nations Health

Authority, 2016). Es ist für Erbringer:innen von Gesundheitsdienstleistungen in den westlichen Ländern wichtig zu erkennen, dass die eigenen Vorannahmen von der westlichen Sicht auf die Medizin geprägt sind und diese den Patient:innenkontakt beeinflussen (Agnes, 2020; *The National Collaborating Centre for Aboriginal Health* (NCCAH), 2013). Das Bewusstsein über die herrschenden, häufig ungleichen Machtverhältnisse und Privilegien sollte das Handeln beeinflussen (Agnes, 2020; Yeager & Bauer-Wu, 2013), da das Gefühl von Machtlosigkeit seitens der Patient:innen/Klient:innen negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann (Beagan, 2015). Es sollte demnach nicht das Ziel sein, dass Ergotherapeut:innen jedes Detail einer bestimmten Kultur kennen, sondern ihnen die westliche Prägung des Systems bewusst ist und sie in Interaktion mit den Klient:innen stehen, um das individuelle Verständnis des Gegenübers zu respektieren (Agnes, 2020; Hammell, 2013). Dieses Verhalten hat das Potenzial die therapeutische Beziehung im interkulturellen Kontext zu stärken (Humbert, Burket, Deveney & Kennedy, 2011).

„Cultural Humility“ ist ein Prozess, der Reflexionsfähigkeit erfordert, um kulturelle Unterschiede wahrzunehmen und auch in der (ergotherapeutischen) Forschung relevant ist (Yeager & Bauer-Wu, 2013). Forschende sollten sich innerhalb der Forschungsarbeit selbst positionieren und die eigene Situation und Perspektive, sowie die Voreingenommenheiten kritisch hinterfragen und konkret benennen (Berger, 2015; Wollrad, 2005; Yeager & Bauer-Wu, 2013). Diese wirken sich auf den Forschungsprozess aus, da sie den Blick auf die Informationen und erhobenen Daten formen (Berger, 2015). Relevante Daten sind z.B. Gender, Zugehörigkeit oder persönliche Erfahrungen (Berger, 2015).

2.4 White Fragility

Ein Prozess, der der „Critical Reflexivity“ im Weg stehen kann, ist die „Weiße Zerbrechlichkeit“. Rassismus wird häufig mit rassistischen Vorurteilen oder rassistisch motivierten Handlungen gleichgesetzt und definiert (DiAngelo, 2015). Die Menschen, die diese Gedanken nicht äußern oder die Taten nicht begehen, gelten im Umkehrschluss als nicht-rassistisch (DiAngelo, 2015; Hasters, 2019). Diese Definitionen sind nicht tiefgreifend genug, da außer Acht gelassen wird, dass Rassismus nicht ausschließlich individuelle Handlungen sind, sondern es sich um eine Weltanschauung und ein System auf politischer und wirtschaftlicher Ebene handelt (Beagan, Sibbald, Bizzeth, & Pride, 2022; DiAngelo, 2015; Hasters, 2019). Durch die fehlende Anerkennung dieser Hierarchie werden

bestehende Machtverhältnisse aufrecht erhalten (Beagan et al., 2022; Hasters, 2020; Kronenberg, 2021). *Weiß*e Menschen handeln demnach häufig unbewusst rassistisch (Hasters, 2019). Diese vermeintlich kleinen Handlungen oder Reaktionen, auch Mikroaggressionen genannt, sind eine Form von Alltagsrassismus (Beagan et al., 2022; Hasters, 2019). Werden *Weiß*e auf ihren (unbewusst ausgeführten) Rassismus angesprochen, reagieren sie häufig mit Unverständnis oder Ablehnung (DiAngelo, 2015; Hasters, 2019). Diese Reaktion wird als ‚*Weiß*e Zerbrechlichkeit‘ bezeichnet (DiAngelo, 2015).

"*Weiß*e Menschen haben so wenig Übung darin, mit ihrem eigenen Rassismus konfrontiert zu werden, dass sie meist wütend darauf reagieren, anfangen zu weinen oder einfach gehen" (Hasters, 2019, S. 14).

Durch Bagatellisierung, Diskussionen, Relativierung oder einem Gegenangriff wird versucht das Gefühl von Unbehagen zu reduzieren (DiAngelo, 2015). ‚*Weiß*e Zerbrechlichkeit‘ hindert *Weiß*e daran, sich mit diesem Themenkomplex und den eigenen Privilegien auseinanderzusetzen und die Perspektive von ‚BI_PoC‘ anzuhören und wahrzunehmen. Die Autorin Hasters, welche sich selbst als Schwarz identifiziert, schreibt:

"Wenn ich jemanden rassistisch nenne, dann hört dieser Mensch meist nicht, was ich ihm oder ihr sage. Was er oder sie hört, ist: »Du bist ein schlechter Mensch. Du bist böse. Du bist ein Nazi.«" (2019, S. 15).

*Weiß*e müssen lernen, das ausgelöste Unbehagen zu tolerieren und die eigene Perspektive als begrenzt anzuerkennen (DiAngelo, 2015), vor allem da sie Rassismus nie am eigenen Leib erfahren können (Hasters, 2020). Rassismus ignorieren zu können, ist ein Privileg *weißer* Menschen, welches von ihnen als solches erkannt werden muss (Hasters, 2020).

2.5 Gesetzlicher Rahmen

Im internationalen Kontext legt die Charta der Vereinten Nationen fest, dass Menschen nicht aufgrund ihrer ". . . Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprach, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft. . ." anders behandelt werden dürfen (Vereinte Nationen, 1948, S. 2).

Das findet sich auch in Artikel 3, Absatz 3 des deutschen Grundgesetzes wieder. Dort wird festgehalten, dass niemand benachteiligt oder bevorzugt werden darf, unter anderem aufgrund:

"... seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seiner religiösen oder politischen Anschauungen. . ." (Bundestag, o.D.)

Der Begriff ‚Rasse‘ wird jedoch kritisiert und diskutiert (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2021), da es sich bei ‚Menschenrassen‘ nicht um ein reales Konstrukt handelt (El-Mafaalani, 2021). Diese sind biologisch nicht zu begründen und beziehen sich daher auf kulturelle Aspekte, die dazu führen, dass bestimmte Personengruppen stigmatisiert werden (El-Mafaalani, 2021). Artikel 1, Absatz 1 legt gesetzlich fest, dass die Würde des Menschen unantastbar ist (Bundestag, o.D.). Um die Einhaltung des Absatzes zu gewährleisten, ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) zu berücksichtigen, welches vor Diskriminierung und Rassismus schützt (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2020). Als Gründe für Diskriminierung werden unter anderem die Herkunft, Hautfarbe, Sprache oder die Religion und der Glaube genannt (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2020).

2.6 Kulturelle Diversität in der Ergotherapie

Das Position-Statement für Menschenrechte der WFOT (2019) legt für den ergotherapeutischen Kontext fest, dass alle Menschen das gleiche Recht auf die Ausführung von Betätigungen haben, um am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und das frei von jeglicher Diskriminierung tun zu können. Ergotherapeut:innen sind dazu verpflichtet, diese Rechte zu sichern, indem sie die Betätigungsperformanz klient:innenzentriert ermitteln und mit den Klient:innen individuell daran arbeiten, diese zu verbessern (WFOT, 2019). Der *Deutsche Verband Ergotherapie (DVE)* (2020) spricht sich ebenfalls gegen Diskriminierung und Rassismus aus und schreibt:

"Ergotherapeuten betrachten das, was einen Menschen ausmacht - unabhängig von äußerlichen Merkmalen oder Einstellungen. Dieser Aspekt ist ihnen wichtig und ist immer Dreh- und Angelpunkt ihrer Interventionen."

Die Ergotherapie hat ihre Ursprünge Anfang des 20. Jahrhunderts, in der Nachkriegszeit, in Europa, der USA und Kanada (Christiansen & Haertl, 2019; Hunter & Pride, 2021).

Während des ersten Paradigmas, dem ‚Paradigm of Occupation‘, lag der Fokus vor allem darauf, psychisch Erkrankte zu beschäftigen (Junge, Longrée, & Weber, 2019; le Granse, 2020). Der medizinische Einfluss prägte in den 1940er Jahren das ‚Mechanistic Paradigm‘ fokussiert auf die Wiederherstellung der Funktionen (le Granse, 2020; Junge et al., 2019). Ab 1980 entwickelte sich das aktuell herrschende ‚Contemporary Paradigm‘ (le Granse, 2020), bei welchem bedeutungsvolle Betätigung und Klient:innenzentrierung den Mittelpunkt bilden (Kantarztis, 2019).

Die gesellschaftlichen Entwicklungen, darunter auch die Multikulturisierung erhöhen die Nachfrage auf Ergotherapie (Junge et al., 2019) und beeinflussen die Betätigungen innerhalb der Gesellschaft (Stomph & Poerbodipoero, 2019). Der Bedarf an einem Paradigmenwechsel, in welchem die Diversität der Gesellschaft berücksichtigt wird, wächst (le Granse, 2020). Denn Ergotherapeut:innen begegnen Menschen, die ". . . aus allen Teilen dieser Welt kommen und jeweils einen unterschiedlichen kulturellen Hintergrund mitbringen" (Köller, 2008, S.157). Die Machthierarchie, ausgelöst durch den Kolonialismus, besteht weiterhin, ". . . controls Occupational Opportunities, determines law, and disfigures justice" (Emery-Whittington, 2021, S. 155). Dadurch werden Ungleichheiten weiter gefördert (Emery-Whittington, 2021). Der Großteil der Ergotherapeut:innen ist *weiß*, weiblich, stammt aus der Mittelschicht und aus den Ländern des globalen Nordens, was sich in den Vorstellungen und Werten der Profession widerspiegelt (Grenier, 2020; le Granse, 2020; Taylor, 2007; Stomph & Poerbodipoero, 2019). *Weiß*e Privilegien (→2.1) zeigt sich dadurch, dass die *weiße* und westliche Perspektive als Norm gilt (Grenier, 2020; le Granse, 2020). Die ergotherapeutische Arbeit spiegelt somit nicht die ganze Bevölkerung bzw. das ganze Klientel wider, sondern lediglich einen kleinen Teil (Kantarztis, 2019). Die Sicht auf Betätigung wird durch die koloniale Vergangenheit und die *weiße* Perspektive geprägt (Emery-Whittington, 2021; Hammell, 2021). Strukturelle und soziale Faktoren, die von der *weißen* Norm abweichen, fördern eine systemische Ungleichheit und werden in der Ergotherapie zu wenig berücksichtigt (Hammell, 2021). Da die Gesellschaft durch den herrschenden Wandel komplexer wird, müssen Ergotherapeut:innen sich anpassen und flexibler sowie sensibler agieren (Kinébanian, 2019, WFOT, 2009) und den Wandel im Gesundheitssystem aktiv mitgestalten (Junge et al., 2019). Der Umgang mit Diversität ist durch die ständige Veränderung und Entwicklung der Gesellschaft ein Teil des Berufsbildes (Stomph & Poerbodipoero, 2019, WFOT, 2009). Lebenslanges Lernen durch kontinuierliche Weiterbildung seitens der Ergotherapeut:innen stellen somit eine Grundlage dar (Stomph & Poerbodipoero, 2019). Kronenberg (2021) nennt die Problematik der

rassistischen Strukturen der Profession und beschreibt die ‚Occupational Consciousness‘, die Wichtigkeit sich die bestehende Vorherrschaft stetig zu vergegenwärtigen und schreibt:

" . . . considering that the origins and evolution of racism, a manmade and perpetuated phenomenon, go back several centuries yet until now, the institutions of our profession and discipline have remained loudly silent about it." (S. 400)

Ergotherapeut:innen müssen die Fähigkeit entwickeln, Rassismus zu erkennen und Machtverhältnisse zu hinterfragen (Beagan et al., 2022). Das kritische Hinterfragen, Forschen und Schaffen neuer Perspektiven ist die Voraussetzung für den Fortschritt und die Entwicklung der Profession (Hunter & Pride, 2021; Kantartzis, 2019; le Granse, 2020).

2.7 Anwendung ergotherapeutischer Inhaltsmodelle und Assessments

Assessments werden vorwiegend zu Beginn des Therapieprozesses zur Inventarisierung genutzt sowie am Ende zur Evaluation (Van Hartingsveldt, Meijers, Ras, Stal, & Ten Velden, 2019). Sie können in Form von Beobachtungen, Interviews, Fragebögen oder als Selbstbeurteilungsinstrument angewendet werden (Van Hartingsveldt et al., 2019). Zu Beginn sollen die Assessments die ganzheitliche Datenerhebung unterstützen, um ein ‚Occupational Profile‘, also die bedeutungsvollen Betätigungen der Klient:innen und deren Ausführung (Occupational Performance) zu erfassen, sowie Ziele festzulegen und zu überprüfen (Shotwell, 2019; Van Hartingsveldt et al., 2019). Ergotherapeut:innen sollten danach streben, die Assessments individuell passend für den/die jeweilige:n Klient:in auszuwählen, jedoch werden im Praxisalltag häufig institutionsabhängig die gleichen Assessments verwendet (Shortwell, 2019; Van Hartingsveldt, 2019).

Inhaltsmodelle " . . . unterstützen die Analyse und interpretieren alle Faktoren, die mit dem Betätigten in Zusammenhang stehen." (Kinébanian & Logister-Proost, 2019, S.363). Sie strukturieren die ganzheitliche Datenerfassung, indem sie die Betätigungen und den weiteren Kontext der Klient:innen festhalten (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). In den meisten Inhaltsmodellen ist die grobe Aufteilung in eine ähnliche: Person, Betätigung, Umwelt, sowie die Einteilung der Betätigung in Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit (Kinébanian & Logister-Proost, 2019; Hammell, 2009).

2.7.1 Kritik an den Inhaltsmodellen und Assessments

Die *weiße* Perspektive, geprägt durch den Kolonialismus, zeigt sich auch in den Theorien und Annahmen der Ergotherapie, die einen Bezugsrahmen für ergotherapeutische Forschung sowie Assessments und Modelle darstellen (Emery-Whittington, 2021). Ende des 20. Jahrhunderts begann vorwiegend in Australien, Nordamerika und Europa die Occupational Science Bewegung, durch die Normalisierung der Nutzung von Computern (Christiansen & Haertl, 2018). Geprägt von dieser Bewegung wurden einige Fachzeitschriften mit dem entsprechenden Schwerpunkt gegründet, in welchen Forschende ihre Artikel veröffentlichten (Christiansen & Haertl, 2018). Kielhofner stellte so 1980 das von ihm entwickelte *Model-of-Human-Occupation (MOHO)* vor (Christiansen & Haertl, 2018). In den Jahren darauf folgten weitere bekannte ergotherapeutische Inhaltsmodelle, wie 1997 das *Canadian-Model-of-Occupational-Performance (CMOP)*. All diese Modelle wurden von Forscher:innen der westlichen Welt entwickelt (Christiansen & Haertl, 2018; Köller, 2008). Das *CMOP* wurde von der *Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT)* eingeführt und im Jahr 2007, um das ‚E‘ für ‚Engagement‘ erweitert (Van Hartingsveldt & Piškur, 2019). Es betrachtet die Gesundheit und Betätigungsperformanz aus der westlich geprägten Perspektive (Fijal & Beagan, 2019). Ein Beispiel dafür ist, dass Person, Umwelt und Betätigung voneinander getrennt betrachtet werden, was die Sicht anderer Kulturen nicht genügend mit einbezieht (De Vries & le Granse, 2019; Fijal & Beagan, 2019).

Die meisten, geläufigen Assessments basieren auf den Ansichten der Modelle und der Einteilung in die drei westlich geprägten Betätigungsbereiche Produktivität, Freizeit und Selbstversorgung (Hammel, 2009; Hunter & Pride, 2021). Darunter beispielsweise das, auf dem *CMOP-E* basierende, Interview *Canadian-Occupational-Performance-Measure (COPM)* bzw. das *COPM-a-kids* für Kinder (Van Hartingsveldt et al., 2019). Auf das *MOHO* beziehen sich zahlreiche Assessments, wie z.B. das *Occupational-Self-Assessment (OSA)*, für Kinder das *COSA* ("C"- "Child") oder die *Interessen- oder Rollencheckliste* (Van Hartingsveldt et al., 2019). All diese, vorwiegend kanadischen und amerikanischen, Assessments und Modelle zeigen eine ähnliche, einseitige und westliche Sicht auf Betätigung und den Kontext der Klient:innen (Christiansen & Haertl, 2018; Hammell, 2009). 2006 wurde das *KAWA-Modell* von Iwama entwickelt, um eine neue Perspektive, außerhalb des westlichen geprägten Kontextes zu schaffen, welches auch als Assessment im Klient:innenkontakt verwendet werden kann (De Vries & Le Granse, 2019). Dieses bietet

eine Sicht auf die ergotherapeutische Arbeit, welche durch die asiatisch-pazifische Kultur geprägt ist (Stomph & Poerbodipoero, 2019). Iwama (2008) entwickelte es ursprünglich für die japanische Kultur, realisierte jedoch schnell, dass es durch die offene Gestaltung und den Raum zur Adaption auch auf andere Kulturen übertragbar ist.

Die Tatsache, dass die meisten gängigen Theorien, Modelle und Assessments lediglich die westliche, *weiße* Weltanschauung beinhalten, reflektiert die *weiße* Vorherrschaft innerhalb der Ergotherapie (Beagan et al., 2022). Die Standardisierung der Assessments bezieht sich in der Regel auf *weiße* Menschen aus der Mittelschicht als Standard (Stomph & Poerbodipoero, 2019). Sie werden der diversen Gesellschaft nicht ausreichend gerecht (Hunter & Pride, 2021; Kantarztis, 2019).

Aus den inhaltlichen Themen des theoretischen Hintergrundes leitet sich die Forschungsfrage dieser Ausarbeitung (→1) ab.



KAPITEL 3

METHODE

3. Methode

Im Folgenden wird das Vorgehen der Forscherinnen innerhalb des Forschungsprozesses beschrieben.

3.1 Forschungsprozess

Der Forschungsprozess dieser Studie folgt den Schritten des Forschungskreislaufes nach Kruse (2007), weshalb das folgende Kapitel 3.1 Forschungsprozess sich auf sein Buch stützt.

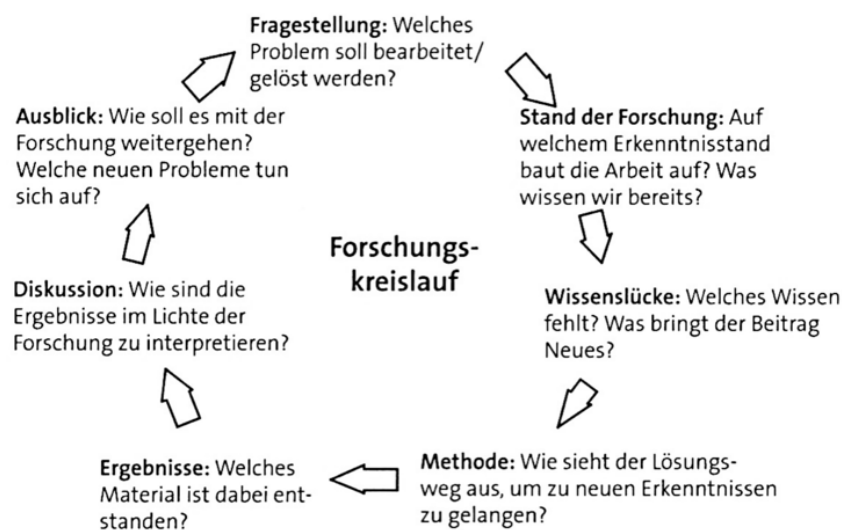


Abb. 1 Forschungskreislauf (Kruse, 2007, S. 66)

Die Schritte des Kreislaufes (→Abb.1) wurden nacheinander durchlaufen und werden im Folgenden genauer erläutert.

Eine ‚Fragestellung‘, welche ein Problem beinhaltet, bildet die Basis einer Forschung. Dieses kann nach Kruse nicht anhand eines Projektes gelöst werden, da es für gewöhnlich zu komplex ist. Eine Forschungsarbeit dient somit lediglich dazu einen Teil zur Lösung beizutragen.

Im zweiten Punkt wird der ‚Stand der Forschung‘ dargestellt, indem überprüft wird, welches Wissen bezüglich der Fragestellung bereits vorhanden ist. Das vorhandene Wissen basiert

auf aktuellen Erkenntnissen und Veröffentlichungen. Die Forschungsfrage wird anschließend aufgrund vorhandener ‚Wissenslücken‘ gestellt.

Anschließend sollte die ‚Methode‘ möglichst genau beschrieben werden und die Beschreibung sollte die Vorgehensweise, die Teilnehmer:innen, die Arbeit mit der Literatur und das Auswertungsverfahren beschreiben.

In der Darstellung der ‚Ergebnisse‘ wird zusammengefasst, welche Daten aus der Durchführung und Auswertung resultieren. Dafür müssen sie zunächst "frei von Interpretation und Wertungen" dokumentiert und erläutert werden (S. 67). Deutungen seitens der Forscherinnen werden "sparsam eingesetzt", wenn sie sich für das Verständnis als förderlich erweisen (S. 67).

Interpretationen folgen im nächsten Schritt, der ‚Diskussion‘. Hier findet auch eine Verknüpfung zwischen dem Forschungsstand, der Wissenslücke und den Ergebnissen statt. Es geht primär darum welche Erkenntnisse die erhobenen Daten bezüglich der Forschungsfrage liefern.

Im ‚Ausblick‘ beschreiben die Forscherinnen, welche weiteren Forschungslücken existieren und geben eine zukunftsorientierte Aussicht.

3.2 Forschungsfrage

Eine klare ‚Fragestellung‘, hinter der sich ein Problem verbirgt, ist nach Kruse (2007) der Ausgangspunkt einer wissenschaftlichen Arbeit.

Die Forscherinnen haben anhand einer Literaturrecherche eine Forschungslücke identifiziert. Vor allem im deutschsprachigen Raum ist das Ausmaß der entsprechenden Fachliteratur und Forschungen zur Kultursensibilität* in der Ergotherapie noch sehr gering. Die vorliegende Studie soll durch die Bearbeitung der Fragestellung, ". . . einen weiteren Baustein zur Lösung des Problems liefer[n]" (Kruse, 2007, S. 66).

Innerhalb dieser Arbeit sollen die Assessments und Modelle der ergotherapeutischen Arbeit genauer betrachtet werden. Die Forschungsfrage lautet:

Welche Erfahrungen haben Ergotherapeut:innen innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung bei der Anwendung verschiedener ergotherapeutischer Inhaltsmodelle und Assessments bezüglich der kulturellen Diversität Ihrer Klient:innen gemacht?

Basierend auf der Fragestellung und der Literaturrecherche haben die Autorinnen drei Leitfragen ausgearbeitet, die den Forschungsprozess weitergehend strukturieren:

-
- I. Welche Ressourcen und/oder Barrieren fallen Ergotherapeut:innen während der Anwendung der Assessments und Inhaltsmodelle mit Klient:innen, deren kultureller Hintergrund nicht-westlich geprägt ist, auf und wie gehen sie mit diesen um?
 - II. Wirkt sich die Nutzung der Assessments und Inhaltsmodelle auf die Beziehung zwischen der/dem Ergotherapeut:in und den Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellem Hintergrund aus?
 - III. Welche Gründe und Ansätze zur Veränderung der Assessments und Inhaltsmodelle könnten dazu führen, dass die kulturelle Diversität der Klient:innen zukünftig besser berücksichtigt wird?
-

3.3 Forschungsdesign

Bei der vorliegenden qualitativen Studie handelt es sich um eine Grundlagenforschung. So wird dazu beigetragen, dass eine zuvor identifizierte Forschungslücke geschlossen werden kann (Döring & Bortz, 2016). Das qualitative Design wurde gewählt, um die subjektiven Alltagserfahrungen von Ergotherapeut:innen zu erheben (Perkhofer, Gebhardt, & Tucek, 2016). Dies geschieht, indem die Forschungsfrage durch die erhobenen Daten bearbeitet wird (Döring & Bortz, 2016). Somit folgt die Studie einem empirischen Vorgehen, welches die Bearbeitung eines Forschungsproblems anhand eigener Datenerhebung und -analyse meint (Döring & Bortz, 2016). Da die Daten erstmalig erhoben und analysiert werden, beschreibt man das Vorgehen als Primäranalyse (Döring & Bortz, 2016).

Das gewählte Forschungsdesign ist außerdem an dem hermeneutischen Ansatz angelehnt: "Hermeneutik . . . konzentriert sich auf die Entdeckungen von Bedeutungen, die in den Beschreibungen menschlicher Lebenserfahrung enthalten sind" (Chapparo, 2016, S. 99). Erfahrungen der Teilnehmenden werden erfasst, um das Verständnis des Forschungsthemas zu vertiefen. (Chapparo, 2016; Thirsk & Clark, 2017). Es geht somit nicht primär darum die Gedanken der Teilnehmenden zu erfassen, sondern diese sollen

dazu führen, dass der eigentliche Forschungsgegenstand besser verstanden wird (Thirsk & Clark, 2016).

Das Ziel der Forscherinnen ist es neue Erkenntnisse zu gewinnen und durch die Datensammlung, einen Sachverhalt zu erforschen. Das zeichnet eine explorative Studie aus (Döring & Bortz, 2016). Auf Basis der gesammelten Daten findet anschließend eine Inhaltsanalyse mit deduktiven und induktiven Anteilen statt (Kuckartz & Rädiker, 2022).

3.4 Literaturrecherche

Um eine Forschungslücke zu identifizieren wurde zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt (→II). Auf Grundlage dieser haben die Forscherinnen die Forschungsfrage entwickelt (→3.2).

Die Literaturrecherche ergab, dass es vor allem im deutschsprachigen Raum bisher wenig Forschungen bezogen auf die Kultursensibilität von ergotherapeutischen Assessments und Modellen gibt.

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden die Datenbanken *Pubmed*, *Google Scholar* sowie die zahlreiche Artikeldatenbanken von ergotherapeutischen Fachzeitschriften nach Literatur durchsucht (→I).

Die Datenbanken wurden systematisch anhand von Schlüsselwörtern, unter der Verwendung von Operatoren durchsucht (→I).

Zusätzlich wurden Bücher zum Thema Rassismus und kultureller Diversität herangezogen und seriöse Internetquellen genutzt. Bei der Literaturauswahl wurde darauf geachtet, dass viele der Quellen von Verfasser:innen mit nicht-westlich geprägtem Hintergrund und/oder BI_PoC verfasst wurden oder von *weißen* Autor:innen, welche sich zu Beginn kritisch positionierten.

3.5 Datenerhebung

Das Kapitel ‚Datenerhebung‘ beschreibt den Prozess der Datenerhebung und die Auswahl der Teilnehmer:innen.

3.5.1 Ausgewählte Datenerhebungsmethode

Bei der ausgewählten Datenerhebungsmethode handelt es sich um Interviews, welche ein häufiges Mittel in der hermeneutischen Forschung darstellen (Chapparo, 2016; Vandermause, & Fleming, 2011). Qualitative Interviews zeichnen sich durch offen gestellte Fragen aus, auf denen die Teilnehmenden in ihren eigenen Worten antworten (Döring & Bortz, 2016). Die Forscherinnen haben sich für ein halbstrukturiertes Leitfadeninterview entschieden. Dieses gibt durch den Interviewleitfaden Vorgaben, die die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erhöhen und lässt zum anderen genug Flexibilität zu (Döring & Bortz, 2016). Der Fokus des Interviews liegt in der Hermeneutik auf den Erfahrungen, die die Teilnehmenden gemacht haben. Das Interview wird als Gespräch genutzt, um die Bedeutung dieser für die Forschungsfrage zu verstehen (Vandermause & Fleming, 2011). Nach dem Gesprächsbeginn mit einleitenden Fragen zur Person werden zunächst allgemeinere und anschließend detailliertere Fragen gestellt. Diese sollten offen formuliert sein, um die Befragten nicht in eine Richtung zu leiten (Döring & Bortz, 2016; Vandermause & Fleming, 2011). Obwohl sich die Forschenden im hermeneutischen Forschungseinsatz zuvor eingehend mit der Forschungsthematik beschäftigen, ist es wichtig, dass sie während des Interviews und im Leitfaden keine autoritären Meinungen formulieren (Chapparo, 2016).

3.5.2 Teilnehmer:innen

In der qualitativen Forschung wird in der Regel mit kleinen Stichproben im ein- bis zweistelligen Bereich gearbeitet (Döring & Bortz, 2016). Für die vorliegende Studie wurden vier Teilnehmerinnen befragt, welche folgende Einschlusskriterien erfüllen sollten: Ergotherapeut:innen, welche eine staatlich anerkannte Ausbildung oder einen Bachelorstudiengang in Ergotherapie absolviert haben und mindestens 6 Monate Berufserfahrung mitbringen. Ausschlusskriterien waren z.B. fehlende technische Kenntnisse wegen der Onlinedurchführung der Interviews.

Der Zeitraum der Berufserfahrung wurde nach den Entwicklungsstadien nach Schell (1993) in Klemme & Walkenhorst (2003) definiert, welche besagen, dass der ‚Fortgeschrittene Anfänger‘ mit Ende der Ausbildung, innerhalb des ersten Berufsjahres erreicht sei. Dieser erkennt bereits Unterschiede zwischen der Theorie und vorhandenen Praxisproblemen, während der ‚Novize‘ noch stark auf die Theorie angewiesen ist.

Außerdem wurde die Arbeit mit Klient:innen, die einen kulturellen Hintergrund haben, welcher nicht-westlich geprägt ist, vorausgesetzt sowie die Arbeit mit Assessments und/oder Inhaltsmodellen und das Sprechen und Verstehen der deutschen Sprache.

3.5.2.1 Rekrutierung der Teilnehmer:innen

Bei der Rekrutierung handelte es sich um eine heterogen gezielte Stichprobe. Das bedeutet, dass der Vorgang über verschiedene Rekrutierungswege stattgefunden hat (Döring & Bortz, 2016). Zu Beginn wurde ein Flyer erstellt, welcher das Forschungsthema, die Einschlusskriterien, die Vorstellung und Positionierung der Forscherinnen und organisatorische Daten enthielt (→III). Dieser wurde anschließend mit einem zusätzlichem Anschreiben über verschiedene soziale Medien, wie *Instagram* und *Facebook* und Internetforen, wie *ergoXchange*, verbreitet. In den sozialen Medien kontaktierten die Forscherinnen Kanäle von Inhaber:innen ergotherapeutischer Profile und Gruppen mit ergotherapeutischem Kontext, mit der Bitte den Aufruf zu publizieren. Die Hochschule hat den Aufruf zur Teilnahme auf *Facebook* veröffentlicht und weitergeleitet. Zusätzlich wurden zwei ergotherapeutische Berufsverbände kontaktiert, der *DVE* und *Berufsverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED e.V.)*, welche den Flyer auf Ihren Websites teilten (→IIIa). Darüber hinaus wurde er, nach dem Schneeballverfahren, über bekannte Ergotherapeut:innen aus dem eigenen Umfeld, z.B. per *WhatsApp* weiterverbreitet, mit der Bitte diesen weiterzuleiten (Ritschl & Stamm, 2016). Zusätzlich wurden Praxis-/Klinikinhaber:innen per E-Mail von den Forscher:innen kontaktiert, mit der Bitte zur Teilnahme und/oder Weiterleitung des Flyers an Angestellte und Kolleg:innen.

Die Teilnehmer:innenrekrutierung erwies sich als schwierig, da die Resonanz gering war. Es folgten als Rückmeldung zunächst zwei Anfragen, weshalb im Verlauf nachrekrutiert wurde (Döring & Bortz, 2016). Insgesamt wurden acht Anfragen erhalten. Von einer Ergotherapeutin kam nach kurzer Kontaktaufnahme keine Rückmeldung mehr, eine

entschied sich gegen die Teilnahme und zwei Anfragende erfüllten die Einschlusskriterien nicht. Somit blieben vier Ergotherapeutinnen, mit denen Interviews geführt wurden.

3.5.2.2 Auswahl der Teilnehmer:innen

Die ausgewählten Teilnehmerinnen erklärten sich freiwillig bereit an der Forschungsarbeit teilzunehmen, dafür haben sie im Vorfeld die "informed consent" zur anonymen Veröffentlichung der Daten unterschrieben (→V) (Weigl, 2016, S. 39). Die Teilnehmerinnen sind weiblich, weiß, examinierte Ergotherapeutinnen und haben mindestens ein Jahr Berufserfahrung. Zwei Teilnehmerinnen arbeiten mit erwachsenen, zwei mit pädiatrischem Klientel zusammen:

TN1: Einjährige Berufserfahrung in einem Akutkrankenhaus, Fachbereich Geriatrie, zeitweise auch Neurologie, fördert die Selbstständigkeit der Klient:innen

TN2: Einjährige Berufserfahrung als Gruppenleitung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung, begleitet Klient:innen bei der Arbeit

TN3: Fünfjährige Berufserfahrung, 2019 Bachelor in Ergotherapie, ein Jahr in Ergotherapiepraxis, seit 2,5 Jahren in Tagesklinik einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, unterstützt Kinder bei der individuellen Zielerreichung und Umsetzung bedeutungsvoller Betätigungen

TN4: Siebenjährige Berufserfahrung, vier Jahre in einer Ergotherapiepraxis, seit 2.5 Jahren in einer Frühförderstelle für Kinder mit Behinderung, derzeit berufsbegleitender Bachelorstudiengang (Interprofessionelle Gesundheitsversorgung)

3.5.3 Interviewleitfaden

Der Leitfaden eines halbstrukturierten Interviews beinhaltet einige Fragen, deren Inhalt auf jeden Fall vorkommen sollte, lässt jedoch genug Zeit und Freiraum, um eventuelle Verständnis- oder Vertiefungsfragen zu stellen (Döring & Bortz, 2016).

Zu Beginn des Leitfadens (→VI) sind strukturierende Stichpunkte zur ‚Warming-up‘-Phase beschrieben sowie der Einstieg in das Forschungsthema (Döring & Bortz, 2016).

Anschließend wurden Fragen zu wichtigen Daten der Teilnehmerinnen vermerkt (Döring & Bortz, 2016).

Orientiert an Döring & Bortz (2016), welche acht bis 15 Fragen empfehlen, enthält der Leitfaden zwölf inhaltliche Hauptfragen, die teilweise Differenzierungsfragen beinhalten. Diese leiten sich aus den Themen des theoretischen Hintergrundes ab (Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016) und sind in Mikro-, Meso- und Makroebene eingeteilt. Ja/Nein-Fragen wurden von den Forscherinnen vermieden (Ritschl et al., 2016). Stattdessen war die Formulierung offen, da die Interviewpartnerinnen einen möglichst hohen Gesprächsanteil haben sollten (Ritschl et al., 2016).

3.5.4 Pilotinterviews

Es ist empfohlen, den Interviewleitfaden vor der Durchführung der Interviews zu erproben (Ritschl et al., 2016). Dadurch können missverständlich gestellte Fragen oder die Reihenfolge zuvor angepasst werden (Ritschl et al., 2016). Hierfür haben die Forscherinnen Pilotinterviews durchgeführt und sich im Anschluss des Interviews eine Rückmeldung der Teilnehmer in Form eines kurzen Gesprächs eingeholt. Es handelt sich bei den Teilnehmern um Personen, die den Forschenden bekannt sind und daher nicht für ein Interview in Frage kommen (Ritschl et al., 2016). Bei dieser Studie waren es zwei Arbeitskollegen im weiteren Umfeld der Forscherinnen. Durch die Durchführung des Pretests konnten sich die Interviewenden außerdem in der Interviewführung erproben (Döring & Bortz, 2016). Nach dem ersten Pilot gab es Änderung in Form vom Streichen einer Frage, welche sich inhaltlich mit einer anderen überschneiden hatte; dem Umformulieren einer Frage, dem Formulieren einer offen gestellten Schlussfrage und dem Differenzieren von Modellen und Assessments in den Fragestellungen, um auf beide tiefergehend Bezug nehmen zu können. Außerdem wurde entschieden ein Dokument ‚Einführung in das Interview‘ (→IV) zu erstellen, um die Teilnehmer:innen auf das Interview vorzubereiten, indem ihnen die Begriffsdefinitionen schon vorab zu Verfügung gestellt werden, anstatt diese erst im Interview zu definieren. Der Teilnehmer konnte zudem Anregungen zur Durchführung äußern, welche beim zweiten Pilotinterview geprüft wurden. Nach dem zweiten Durchlauf folgten keine Anpassungen, weshalb der Pretest abgeschlossen wurde.

3.5.5 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden im Videoformat mit *Microsoft Teams* durchgeführt, um den Aufwand zu reduzieren und den Kreis der Befragten ausweiten zu können (Döring & Bortz, 2016). Die Teilnehmerinnen erhielten im Voraus neben der 'Einführung in das Interview', die zu unterschreibende Einverständniserklärung und den Meeting-Link per E-Mail. Die Interviews wurden von beiden Forscherinnen im Wechsel geführt, während die jeweils andere Protokollantin war, das Interview still begleitete. Festgehalten wurde das Interview von beiden Forscherinnen jeweils in Form einer Audioaufnahme. Die Interviews dauerten zwischen 30 Minuten und 60 Minuten. Es wurde auf Terminvorschläge der Teilnehmerinnen eingegangen, um ungünstige Rahmenbedingungen, wie Zeitdruck zu vermeiden (Döring & Bortz, 2016).

Zum Ende der Interviews konnte die Protokollantin, wenn es notwendig erschien, noch ergänzende Fragen stellen. Nach Abschluss der Interviews wurde zudem ein Postskriptum verfasst, welches notwendige Gesprächsnotizen beinhaltete (Döring & Bortz, 2016).

3.5.6 Datentranskription

Die erhobenen Daten wurden anschließend, angelehnt an die Transkriptionsregeln von Kuckartz transkribiert (Kuckartz & Rädiker, 2022). Diese wurden für die durchgeführten Interviews geringfügig adaptiert (→VII). Im Anschluss an die Transkription wurden die Audioaufnahmen der Interviews vollständig vernichtet.

Das Transkript (→VIIIa) wurde manuell und nicht-automatisch, mithilfe des Transkriptionsprogramm *oTranscribe* erstellt, welches im Webbrowser angewendet wurde. Dieses bietet Tools zur Vereinfachung der Transkription an, wie unter anderem das Einfügen einer Zeitmarke oder das Nutzen eines Rücksprungintervalls. Im Anschluss der Transkription wurde die Verschriftlichung von beiden Forscherinnen überprüft. Um die "Ethikrichtlinien" zu wahren, welche neben der zuvor beschriebenen "Freiwilligkeit", zusätzlich auch den "Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung" und die "Anonymisierung und Vertraulichkeit der Daten" betrifft, ist es notwendig die personenbezogenen Daten der Teilnehmer:innen zu schützen (Döring & Bortz, 2016, S. 123). Deshalb wurde bereits während des Transkribierens eine Anonymisierung vorgenommen und die Namen der Teilnehmerinnen wurden durch Kürzel gekennzeichnet (z.B. TN1).

Anschließend wurde den Teilnehmerinnen eine inhaltliche Zusammenfassung des Interviews zum "member-checking" (Höhl, 2016, S.129) per E-Mail zugesendet, mit dem Hinweis, dass diese Daten erst bei Zustimmung genutzt werden und der Bitte dies zeitnah zu bestätigen oder bei Bedarf zu korrigieren.

3.6 Datenanalyse

Die durchgeführten Interviews werden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz analysiert, weshalb sein Buch als Grundlage für das gesamte Kapitel ‚Datenanalyse‘ genutzt wurde (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Für diese Form der Inhaltsanalyse wurde sich entschieden, da sich "mit ihrer Hilfe . . . Zusammenhänge entdecken [und] Hypothesen und Theorien formulieren . . ." lassen (S. 52). Kuckartz beschreibt drei Arten der Datenanalyse. Die Forscherinnen haben sich für diese Ausarbeitung für die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse entschieden, weil sie die Kernmethode der qualitativen Inhaltsanalyse darstellt und eine strukturierte Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial ermöglicht. Hierbei findet ein mehrstufiges Verfahren der Kategorienbildung und Codierung statt, bei welcher ". . . mittels Kategorien und Subkategorien eine inhaltliche Strukturierung der Daten erzeugt" wird (S. 133).

Die modellhafte Abbildung des Analyseprozesses verdeutlicht, dass es sich nicht um einen linearen Ablauf handelt, sondern die Analyse in mehreren Zyklen stattfinden kann (→Abb.2). Es ist kein statischer Verlauf, sondern es kann zwischen den Schritten gewechselt werden.

Im Folgenden werden die sieben Phasen detaillierter beschrieben, um den durchgeführten Analyseprozess zu verdeutlichen:

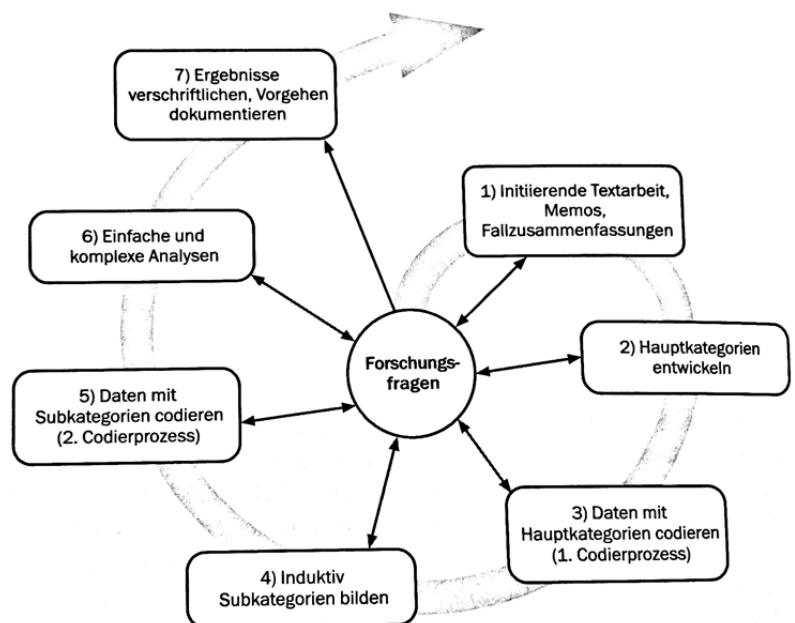


Abb. 2 Ablauf der Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 132)

Phase 1: Initiierende Textarbeit, Memos, Fallzusammenfassungen

Das Ziel der initiierenden Textarbeit ist es, ein erstes Gesamtverständnis der Daten zu erhalten. Das Vorgehen ist hier hermeneutisch-interpretativ. Die Autorinnen haben das transkribierte Interview gelesen und versucht ". . . den subjektiven Sinn zu verstehen. . ." (S. 119). Wichtige Begriffe, Sätze und Abschnitte wurden gekennzeichnet oder mit Notizen versehen, wobei eine einheitliche Durchführung beachtet wurde, um Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

Das Markieren und Schreiben von Memos wurde von den Autorinnen manuell vorgenommen. Unter Memos versteht man ". . . festgehaltene Gedanken, Ideen, Vermutungen und Hypothesen", die unterschiedlich lang oder ausführlich sind (S. 123).

Auf Grundlage der vorangegangenen Arbeit wurde anschließend eine Fallzusammenfassung geschrieben. Es handelt sich hierbei um eine ". . . faktenorientierte, eng am Text arbeitende Komprimierung" (S.124), welche unter Berücksichtigung der Forschungsfrage verfasst worden ist (→VIIIb)

Phase 2 und 3: Hauptkategorien entwickeln und Daten codieren (1. Codierungsprozess)

Die Basis der Inhaltsanalyse bildet die Einteilung der erhobenen Daten, zunächst in Haupt-, dann in Subkategorien. Die Hauptkategorien wurden deduktiv entwickelt, indem sie aus der Forschungsfrage und dem Interviewleitfaden abgeleitet wurden. Aus der Frage: ‚Hast du den Eindruck, dass eine Adaption von ergotherapeutischen Modellen und Assessments bezüglich der Kultursensibilität sinnvoll wäre?‘, wurde die Kategorie ‚Kultursensibilität Ergotherapie‘. Daraus entstanden zehn Hauptkategorien, welche definiert wurden. Die Einteilung mit Definitionen und Eingrenzungen wurden tabellarisch festgehalten (→VIIIc). Im ersten Codierungsprozess wurden die Interviews nacheinander, in der Reihenfolge der Durchführung, bearbeitet und in einzelne codierte Sinnesabschnitte unterteilt. Diese wurden in die bestehenden Hauptkategorien eingeordnet und in einer Tabelle vermerkt (→VIIIId). Die Kategorie ‚Cultural Humility Ergotherapeut:innen‘ wurde, aufgrund der Antworten der Teilnehmerinnen, während des Codierungsprozesses ergänzt und ist somit induktiv am Material entstanden. Irrelevante oder sich wiederholende Aussagen blieben uncodiert. Einige Abschnitte wurden zwei Kategorien zugeordnet, wenn sie thematisch in beide gepasst haben. Die Sinnesabschnitte waren unterschiedlich lang, Erklärungen zum Kontext wurden nur mitcodiert und in ‚[]‘ gesetzt wenn diese essentiell für das Verständnis waren. Um die Qualität zu erhöhen wurde der Codierungsprozess eines

Interviews von beiden Forscherinnen durchgeführt, um ein gemeinsames Verständnis des Codierens zu erhalten und die Arbeit konsequent zu prüfen.

Phase 4 und 5: Induktiv Subkategorien bilden und Daten codieren (2. Codierungsprozess)

Für die Einteilung der Subkategorien wurden nacheinander die Hauptkategorien inklusive codierter Abschnitte genauer beleuchtet. Dabei wurden Vorschläge zur Codierung zwischen den Forscherinnen besprochen und diskutiert. Aufgrund der geringen Anzahl an Teilnehmer:innen und der damit einhergehenden Menge des Datenmaterials, wurden pro Hauptkategorie nicht mehr als vier Subkategorien gebildet. Es wurde nach dem Prinzip "So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig" (S. 139) gehandelt. Bei Hauptkategorien mit weniger Material hat sich die Zahl entsprechend reduziert oder es wurde bei der Hauptkategorie belassen. Die Textstellen, die bisher den Hauptkategorien zugeordnet waren, wurden nun pro Interview thematisch geordnet und auf die Subkategorien aufgeteilt. Die Bildung der Subkategorien war kein statischer Prozess. Die Kategorien haben sich laufend entwickelt, wurden zusammengefasst oder umbenannt, wenn weiteres Datenmaterial der anderen Interviews hinzukam. In der Regel wurden ganze Sinnesabschnitte codiert. Sich wiederholende Aussagen wurden gekürzt und auf ". . . den Kern der Aussage. . ." beschränkt (S. 91). Als wenig aussagekräftig eingestufte Aussagen wurden gestrichen oder entsprechend gekürzt. Die codierten Abschnitte wurden geordnet und in einer weiteren Themenmatrix systematisiert gelistet (→VIIIe).

Phase 6 und 7: Einfache und komplexe Analysen und Ergebnisse verschriftlichen, Vorgehen dokumentieren

Nachdem der Codierungsprozess abgeschlossen wurde, startete die Analyse mit Vorbereitung der Ergebnispräsentation. Themen und Subthemen stehen bei der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse im Mittelpunkt des Auswertungsprozesses. Als Analyseform wurde sich für die ‚Kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien‘ entschieden, welche zunächst die Ergebnisse jeder Hauptkategorie zusammenfasst. Innerhalb der Resultate (→4) wurde anschließend eine neue Reihenfolge der Kategorien festgelegt, um den Leser:innen einen nachvollziehbaren Aufbau zu bieten und die Themen miteinander verknüpfen zu können. Es wird empfohlen die Reihenfolge nicht unreflektiert bestehen zu lassen, falls diese nicht sinnstiftend ist. Zur Verschriftlichung des Ergebnisberichtes wurden die Subkategorien ". . . auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede und

Auffälligkeiten. . ." (S. 149) überprüft. Da Phase 6 fließend in 7 übergeht, indem Resultate gezogen, Ergebnisse verschriftlicht und diese diskutiert werden, sollten diese zusammengedacht werden. Demnach wurden im Anschluss auch die Subkategorien thematisch definiert, wobei es im Ergebnisbericht nicht darum geht Häufigkeiten darzustellen, ". . .sondern die inhaltlichen Ergebnisse in qualitativer Weise zu präsentieren. . ." (S.149). Es dürfen Interpretationen und Vermutungen geäußert werden. Es wurden zudem "prototypische Beispiele" der Codierungen zitiert (S. 149). Abschließend wurden in der Diskussion (→5) die Kernaussagen der Resultate analysiert, kritisch hinterfragt und in Bezug zum theoretischen Hintergrund gesetzt. Der Aufbau wurde vorab durch eine "Storyline" strukturiert und geplant (S. 155). Die Diskussion orientiert sich an den Leitfragen der Forschungsarbeit. Innerhalb der Schlussfolgerung (→6) wurde abschließend der Bogen zur Forschungsfrage. Die Forscherinnen reflektieren den eigenen Prozess der Erarbeitung und stellen Stärken und Schwächen ihrer Forschung vor.

3.6.1 Gütekriterien

Die ‚Gütekriterien‘, welche ". . . als Richtlinie [dienen], um wissenschaftliche Exaktheit . . . [der Forschungsarbeit] zu gewährleisten", wurden herangezogen, um die eigene Forschung zu überprüfen (Höhl, 2016, S. 127).

Dafür wird sich im Folgenden auf Höhl in Ritschl, Weigl und Stamm (2016) bezogen.

Es folgen fünf Kriterien, definiert durch jeweilige Strategien, welche erreicht werden müssen, um eine höchstmögliche Güte der Forschungsarbeit zu erzielen. Die ‚Authentizität‘ und ‚Übertragbarkeit‘ der Studie wird erzielt, indem die Inhalte wie die Methodik, Analyseschritte etc. genau beschrieben wurden (‚thick description‘) und eine ‚Reflexion‘ (‚reflexivity‘) durch die Positionierung der Forscherinnen und Definition der Beweggründe für die Forschungsarbeit stattgefunden hat. Die ‚Glaubwürdigkeit‘ bezieht sich auf die Studienteilnehmerinnen und ihrer Ansicht der Echtheit der Ergebnisse. Das Kriterium kann nicht durch alle, jedoch durch einige Strategien umgesetzt werden, wie der ‚peer review‘, durch die gemeinsame Verschriftlichung und Diskussion der Ergebnisse; dem ‚member-checking‘ und der ‚Triangulation‘ im Sinne der ‚Forschertriangulation‘ durch die parallele Datenanalyse zweier Forscherinnen und der ‚Theorientriangulation‘ durch den Vergleich der Erhebungen mit bestehender Literatur. Die ‚Nachvollziehbarkeit‘ kann ebenfalls durch die ‚Triangulation‘ belegt werden. Die ‚Zuverlässigkeit‘ wird durch eine

„Untersuchungsrevision“ festgestellt. Hierfür soll ein externer Begutachter hinzugezogen werden, welcher keinen Bezug zu der Forschungsarbeit hat und diese hinsichtlich der Datenlage wissenschaftlich überprüft. Dieses Gütekriterium wird aufgrund des Umfangs dieser Forschungsarbeit nicht erzielt.



KAPITEL 4

RESULTATE

4. Resultate

Im folgenden Kapitel werden die Resultate der Interviews anhand der Hauptkategorien aufgezeigt. Die Aussagen wurden geordnet und hier mithilfe einiger Zitate verdeutlicht. Diese werden weder bewertet noch weitergehend verknüpft, sondern lediglich wertfrei zusammengefasst.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über das System der Haupt- und Subkategorien.

Kürzel	Kategorie
K 1	Inhaltsmodelle/Assessments
K 1.1	Häufigkeit und Prozesspunkt der Anwendung
K 1.2	Assessments
K 1.3	Modelle
K 1.4	Einheitlichkeit der Nutzung im Team
K 2	Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem Hintergrund
K 3	Ressourcen der Assessments/Inhaltsmodelle
K 3.1	Kulturbegriff
K 3.2	Flexibilität
K 3.3	Ergebnisse - Informationen
K 3.4	Sprache
K 4	Barrieren der Assessments/Inhaltsmodelle
K 4.1	Sprachbarriere
K4.2	Fehlende Inhalte
K 4.3	Strukturelle Vorgaben / Fehlende Individualität
K 5	Umgang mit aufgetretenen Ressourcen und Barrieren
K 5.1	Flexibilität
K 5.2	Sprache/ Kommunikation
K 5.3	Abbruch/Ablehnung
K 6	Klient:innenperspektive
K 7	Einfluss auf die therapeutische Beziehung
K 8	Austausch im Team
K 9	Kultursensibilität des Berufsfeldes Ergotherapie
K 9.1	Wandel

K 9.2	Kultursensibilität
K 9.3	Klient:innenzentrierung
K 9.4	Ergotherapeut:innen
K 10	Cultural Humility der Ergotherapeut:innen
K 10.1	Offenheit
K 10.2	Kritisches Hinterfragen und Kommunikation
K 10.3	Klient:innenzentrierung
K 10.4	Assessments
K 11	Adaption der Assessments/Inhaltsmodelle
K 11.1	Gründe für eine Adaption
K 11.2	Sprache
K 11.3	Betätigung
K 11.4	Individualität

Tab. 1 Überblick über die Haupt- und Subkategorien

Kategorie 1: Inhaltsmodelle/Assessments

Subkategorie 1.1: Prozesspunkt und Häufigkeit der Anwendung

In der ersten Subkategorie beschreiben die Teilnehmerinnen wie häufig und an welchem Prozesspunkt sie Assessments und/oder Inhaltsmodelle nutzen.

Drei der vier Teilnehmerinnen berichten von einer regelmäßigen Anwendung der Assessments zu Beginn der Therapie in der Befunderhebung.

"Ja, also in der Eingangsdiagnostik nutzen wir immer Assessments, je nachdem, also es gibt verschiedene." (TN4, K1, #1)

TN2 stützt viele ihrer Aussagen auf die Erfahrungen, die sie in der ergotherapeutischen Ausbildung gemacht habe.

". . . mehrmals, da habe ich die täglich verwendet, die Testungen oder Assessments." (TN2, K1, #3)

Die Hälfte der Teilnehmerinnen geben an, dass sie Inhaltsmodelle eher unbewusst nutzen, um die Klient:innenfaktoren einzuordnen. Die anderen beiden verwenden diese, auch im direkten Kontakt mit den Klient:innen.

"Ja, die Modelle benutze ich glaube schon eher unbewusst. Dadurch, dass das halt immer, also in der Theorie präsent war . . . " (TN2, K1, #2)

"Modelle nutze ich eigentlich immer direkt zu Beginn, wenn ich den ersten Kontakt mit den Kindern und Jugendlichen habe." (TN3, K1, #1)

Subkategorie 1.2: Assessments

Die zweite Subkategorie fasst die Assessments zusammen, welche die Teilnehmerinnen nutzen. Drei Teilnehmerinnen nennen das *COPM/COPMa-kids*, zwei das *COSA*.

"Das *COSA* und das *COPM* für Kinder habe ich tatsächlich mehr in der Praxis genutzt." (TN4, K1, #5)

"Und dann machen wir zu Beginn immer das *COPM* mit den Kindern. Also mit den Älteren das *COPM* und mit den Kleineren das *COSA*." (TN3, K1, #3)

Die *Geriatrische-Depressions-Skala (GDS)* und betätigungsorientierte Assessments, wie das *Pädiatrische Ergotherapeutische Assessment und Prozessinstrument (PEAP)* und das *Foto-Interview* werden ebenfalls genannt.

Es werden neben den betätigungsorientierten Assessments auch funktionelle Testungen beschrieben, wie der *M-ABC-2*, *LoMo 3-6*, *FEW-2/3*, *Sensory-Profile-2*, *Mini-Mental* und *Uhrentest*.

Subkategorie 1.3: Inhaltsmodelle

Die Subkategorie ‚Inhaltsmodelle‘ enthält Informationen darüber, welche Modelle die Teilnehmerinnen nutzen. TN1 und TN3 verwenden meist das *CMOP-E*. TN2 berichtet, dass sie vor allem mit dem *MOHO* vertraut sei. TN4 erwähnt zusätzlich das *KAWA-Modell*.

"Weil ich mir selber meine Notizen nach dem *CMOP-E* aufschreibe. Also Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit und dann mache ich mir Stichpunkte drumherum . . ." (TN3, K1, #9)

". . . am meisten nutzen wir entweder das *MOHO* oder das kanadische Modell, manchmal auch das *KAWA-Modell* . . ." (TN4, K1, #9)

Subkategorie 1.4: Einheitlichkeit der Nutzung im Team

Die Teilnehmerinnen wurden außerdem zur Assessment- und Modellauswahl befragt. Die Mehrheit berichtet hier, dass sie die Modelle nach persönlicher Präferenz wählen und praxisintern dieselben Assessments verwenden. Die Größe der Auswahl variiert hierbei.

"Tatsächlich, wir haben hier einen großen Ordner mit verschiedenen Assessments."
(TN4, K1, #10)

Kategorie 2: Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem Hintergrund

Die zweite Kategorie befasst sich mit dem Anteil an Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergründen mit denen die Teilnehmerinnen therapeutisch zusammenarbeiten. Die Teilnehmerinnen haben unterschiedlich viel Erfahrung in der Zusammenarbeit gemacht.

"Und wir haben ganz ganz viele Familien von überall und ich würde sagen so im Moment, habe ich so 70% ungefähr, Familien, die nicht-westlich geprägt, keinen westlich geprägten kulturellen Hintergrund haben . . ." (TN4, K2, #1),
". . . zwischen 5% und 10% der Patient:innen waren mit einem nicht-westlich geprägten kulturellen Hintergrund." (TN3, K2, #2)

Kategorie 3: Ressourcen der Assessments/Inhaltsmodelle

Subkategorie 3.1: Kulturbegriff

TN4 erwähnt, dass ihr im *CMOP-E* der Kulturbegriff positiv aufgefallen sei, da sie dort die Möglichkeit habe, kulturelle Faktoren der Klient:innen unterzubringen.

". . . Kulturelle Umwelt im CMOP-E, die kann man da schon mit drunter fassen, finde ich.." (TN3, K3, #2)

Subkategorie 3.2: Flexibilität

Drei der Teilnehmerinnen machen die Angabe, dass einige Modelle und Assessments flexibel anzuwenden sind. Beim *COPM* z.B. zeichnet sich das für sie durch die flexible Einteilung der Wichtigkeit und Wahl der Betätigungsprobleme aus.

"Und beim *COPM* . . . ist es einfach offen, dadurch, dass man Aktivitäten selber eintragen kann, was für einen selbst [die Klient:innen] unter Produktivität zählt." (TN3, K3, #6)

"Und man kann ja auch immer Sachen noch dazu schreiben, das finde ich eine ganz schöne Möglichkeit, so auch allen gerecht zu werden." (TN4, K3, #1)

Subkategorie 3.3: Ergebnisse - Informationen

Die Aussagen dieser Subkategorie beinhalten, dass die Teilnehmerinnen durch die Anwendung neue Erkenntnisse oder Informationen über den kulturellen Hintergrund ihres/ihrer Klient:in erlangen konnten.

". . . dass es teilweise, je nach kulturellem Hintergrund . . . dass da Produktivität zum Beispiel . . . schon mehr Zeit der Kinder einnimmt . . . das waren Erfahrungen bei der Erhebung mit Assessments . . ." (TN3, K3, #7)

Subkategorie 3.4: Sprache

Hier wird kurz Bezug zu dem Thema ‚Sprache‘ genommen, da TN4 hierzu Angaben machte. Die Übersetzung einiger Assessments in mehrere Sprachen oder die Nutzung von Bildern als Kommunikation, wie beim *Foto-Interview*, empfand sie als hilfreich für Klient:innen, bei welchen eine Sprachbarriere zwischen Klient:in und Ergotherapeut:in herrscht.

"Da sind diese Bilder im Foto-Interview und das ist natürlich auch für die Kinder oder die Familien mit Sprachbarriere natürlich auch toll . . ." (TN4, K3, #4)

Kategorie 4: Barrieren der Assessments/Inhaltsmodelle

Subkategorie 4.1: Sprachbarriere

Drei Teilnehmerinnen bezogen sich in ihren Aussagen auf eine mögliche Sprachbarriere bei der Anwendung von Assessments, da das Verstehen von deutscher oder englischer Sprache bei der Verwendung der Assessments vorausgesetzt werde.

"Das setzt natürlich voraus, dass die Familien auch schon deutsch können . . ."
(TN3, K4, #1)

Subkategorie 4.2: Fehlende Inhalte

Es seien die Erfahrungen gemacht worden, dass der Glaube der Klient:innen und damit verbundene Aktivitäten nicht abgefragt werden, obwohl er für viele eine wichtige Ressource darstellt. Außerdem werden Angaben zur westlichen Prägung der Rollenbilder gemacht (z.B: in *Rollencheckliste*) und das Fehlen von nicht-westlichen Traditionen.

". . . dass sie dann sagen: Ja (...) also, der Glaube hat sich so immer durch mein Leben gezogen. Aber das wird häufig von denen angesprochen . . . aber das wird halt nicht unbedingt in den Assessments abgefragt . . . was eigentlich schade ist, weil man damit arbeiten kann und sollte." (TN1, K4, #2)

"Überhaupt werden die Rollen weniger erfasst in Assessments (...), also es wird viel nach unseren [typisch westlichen] Idealen abgefragt . . . da habe ich die Erfahrung gemacht, dass zum Beispiel nicht jede Frau einen Beruf ausüben darf . . ." (TN1, K4, #3)

". . . findet man da vielleicht nicht sowas was Bräuchen oder Traditionen oder so entsprechen würde. Da ist das COSA schon eher westlich geprägt, würde ich jetzt vermuten." (TN3, K4, #1)

". . . im Foto-Interview, dann war das schon so, dass die Schwierigkeiten hatten für sie ähnliche Betätigungen zu finden, weil die Aktivitäten auf den Bildern ja doch (...) doch eher westlich geprägt sind, also da sehe ich zum Beispiel keine typischen Traditionen oder Betätigungen von anderen Kulturen . . ." (TN4, K4, #4)

Subkategorie 4.3: Struktur - Vorgaben - fehlende Individualität

Fest vorgegebene Strukturen der Assessments, wie die Einteilung in Betätigungsbereiche oder bestimmte Antwortmöglichkeiten, werden ebenfalls als Barriere angegeben (z.B. *COPM*, *Mini-Nutritional-Assessment*, *COSA*).

"Beim COSA sind . . . einige Items, nenn ich das jetzt mal, die schon konkret formuliert sind und da hat man nicht so viel Spielraum." (TN3, K4, #2)

"Ja, die Betätigungsbereiche treffen nicht auf die Patienten zu, die sind überhaupt nicht bekannt und dann gezielte Anliegen einzuordnen fällt schwer und ist fraglich wie sinnvoll das ist, die Bereiche auf die Patienten zu übertragen, wenn die sich damit nicht identifizieren können." (TN4, K4, #7)

TN4 bezieht sich hierbei auch auf die Standardisierung von Assessments.

". . . und es [die Standardisierung] ist natürlich überhaupt nicht ausgeweitet auf verschiedene Kulturen und Länder. Also das ist schon ein Problem, weil die Standardwerte dann . . . gar nicht unbedingt das abbilden, was ein bestimmtes anderes Land vielleicht als Norm hätte. . ." (TN4, K4, #9)

Kategorie 5: Umgang mit aufgetretenen Ressourcen und Barrieren

Subkategorie 5.1: Flexibilität

Zwei Teilnehmerinnen beschreiben, dass sie flexibel mit den aufgetretenen Grenzen umgehen müssen und durch zusätzliche Notizen, tiefergehende Fragestellungen, weitere Erhebungen und dem Abwägen wie die Antworten zugeteilt werden können, improvisieren.

"Zurzeit ist das tatsächlich dann schwierig, weil wir quasi immer angehalten sind, flexibel und umfassend zu denken und immer improvisieren müssen . . . wenn wir eigentlich standardisiert vorgehen, dann hat man natürlich auch nur einen bestimmten Spielraum eigentlich . . . da kommen wir doch an unsere Grenzen. . ." (TN4, K5, #1)

". . . dass man dann selber immer abwägen muss: Wie ordne ich jetzt die Antworten zu oder lasse ich das jetzt einfach so weiterlaufen und schaue dann einfach wie es passt, so nach dem Motto." (TN1, K5, #1)

Subkategorie 5.2: Sprache

Zwei Teilnehmerinnen berichten bei einer Sprachbarriere nonverbale Kommunikation als Mittel einsetzen oder sich einzelne Wörter aus verschiedenen Sprachen anzueignen.

"... man versucht es dann häufig das irgendwie vorzumachen oder irgendwie durch Zeigen oder irgendwelche, weiß ich nicht, Hinweise, da so ein bisschen (...) einfach so ranzugehen." (TN1, K5, #2)

"... man muss es eigentlich immer begleiten und alles dann übersetzen und ich kann natürlich auch nicht jede Sprache. Also man eignet sich dann schon ein, zwei Wörter an aus verschiedenen Sprachen" (TN4, K5, #4)

Subkategorie 5.3: Abbruch/Ablehnung

TN1 beschreibt, dass sie im Team häufiger Assessments an Kolleg:innen abgeben würden, damit diese nicht mit einem selbst in Verbindung gebracht werden können.

"... und man nicht möchte, ... dass ein Klient irgendwie Misstrauen entwickelt, dann gibt man häufig Testungen auch ab. Also Assessments. Einfach damit das Assessment nicht mit einem selber in Verbindung gebracht wird." (TN1, K5, #5)

TN2 berichtet, dass sie die Anwendung eines Assessments (*Mini-Nutritional-Assessment*) gezielt umgehe.

"... weshalb ich das halt einfach ungern bei meinen Klienten anwenden wollte ... aber ich wollte jetzt umgehen, also die therapeutische Beziehung dadurch jetzt nicht beeinflussen." (TN2, K5, #2)

Kategorie 6: Klient:innenperspektive

In dieser Hauptkategorie geben die Teilnehmerinnen wieder, ob ihre Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund ihre Erfahrungen und/oder Gefühle bezüglich der Assessments oder Inhaltsmodelle kommuniziert haben.

TN1 und TN3 geben an, dass ihre Klient:innen sich bezüglich der Anwendung der Assessments und/oder Modelle nicht mitgeteilt hätten. TN2 und TN4 berichten, dass einige ihre Klient:innen sich geäußert hätten.

"Da hatte ich mal eine Klientin in der Ausbildung, die irgendwie so (...) ja so meinte, dass dieses Feld mit Produktivität für sie jetzt nicht so (...) nicht so passt, weil sie nicht arbeitet." (TN2, K6, #1)

Kategorie 7: Einfluss auf die therapeutische Beziehung

Zwei Teilnehmerinnen benennen positive Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung bzgl. der Struktur, welche die Anwendung ihnen gebe und wie diese auf die Klient:innen wirken würde.

". . . also dadurch, dass ich ja mehr auf die Betätigungsbereiche eingehen kann, kann ich auch mehr Bedürfnisse identifizieren, finde ich. Und das sorgt ja dafür, dass sich derjenige angenommen fühlt und das wirkt sich eben positiv auf die Beziehung aus." (TN3, K7, #1)

Die anderen zwei Teilnehmerinnen berichten von negativen Einflüssen auf die therapeutische Beziehung und äußern, dass die vielen persönlichen Fragestellungen sich negativ auswirken können.

"Gerade wenn man dann natürlich in der ersten Therapieeinheit ankommt und dazu Fragen stellt, dann ist man immer die doofe Therapeutin mit den ganzen Fragen, die alles wissen wollte . . . das beeinflusst schon die Beziehung beziehungsweise auch das Vertrauen auf therapeutischer Basis . . ." (TN2, K7, #1)

Kategorie 8: Austausch im Team

TN1 und TN2 gaben an, dass sich im Team nicht über die Verwendung von Assessments/Modellen im Zusammenhang mit der kulturellen Diversität der Klient:innen ausgetauscht werde und dass diese bisher wenig hinterfragt worden seien.

". . . dann führt man es einfach durch und hinterfragt das manchmal gar nicht." (TN2, K8, #1)

TN3 und TN4 berichten, dass es teilweise im Team angesprochen würde, ob die Assessments klient:innenzentriert und individuell genug für das jeweilige Klientel seien.

"Dass wir da in der Ergotherapie auch schnell im Austausch waren, wenn wir uns über die Betätigungsbereiche ausgetauscht haben. Aber auch auf die Assessments geguckt haben . . ." (TN3, K8, #1)

Kategorie 9: Kultursensibilität des Berufsfeldes Ergotherapie

Subkategorie 9.1: Wandel

Zwei der Teilnehmerinnen benennen den Wandel der Ergotherapie als Hintergrund für die zunehmende Kultursensibilität, sagen jedoch, dass sich dahingehend noch viel entwickeln müsse.

"Also ich glaube so vom Leitbild her, so das, was man jetzt so in der Ausbildung zum Beispiel lernt und was einem mit weitergegeben wird, finde ich, dass in den Jahren da so ein Wandel stattgefunden hat und immer noch weiter stattfindet."
(TN1, K9, #1)

Subkategorie 9.2: Kultursensibilität

Die Teilnehmerinnen nehmen die Ergotherapie als kultursensibel wahr und benennen, dass die Individualität und Rücksicht eine große Stärke des Berufes seien.

"Und ich glaube schon, dass die Ergotherapie da sehr weit greift und auch einfach individuell schaut und, genau." (TN2, K9, #1)

TN3 benennt hier auch themenbezogene Publikationen als Fortschritt.

". . . dadurch, dass das ja auch in Publikationen und so Thema ist, dass man dann mehr darauf achten kann." (TN3, K9, #3)

Subkategorie 9.3: Klient:innenzentrierung und Betätigungsorientierung

Die Teilnehmerinnen TN1 und TN2 machen deutlich, dass die individuelle Sicht auf den Menschen im Mittelpunkt stehe.

"Dass die Kulturen eigentlich immer miteinbezogen werden sollen und man individuell auf den Menschen schauen soll." (TN1, K9, #3)

TN2 äußert, dass die Kultur durch die Betätigungen miteinfließe, jedoch vorerst nicht im Fokus stünde.

". . . also im Mittelpunkt steht halt einfach der Mensch . . . also das man guckt, wie geht es dem Klienten und jetzt nicht, mit Rücksicht auf die Kultur. Klar, die beachtet man natürlich, weil die natürlich häufig in der Betätigung mit einfließen." (TN2, K9, #2)

TN3 und TN4 verdeutlichen die Wichtigkeit der Klient:innenzentrierung und Betätigungsorientierung.

". . .dass nicht berücksichtigt wurde, wenn wir [Ergotherapeut:innen] denken der Junge muss jetzt selbstständig werden, dass das aber überhaupt nicht das Ziel der kompletten Familie war, denn der Junge musste nicht selbstständig sein, weil das Familienkonzept vielleicht anders ist oder . . ." (TN3, K9, #4)

". . . es ist ja in unserer Disziplin so von wahnsinnig wichtiger Bedeutung nicht nur auf Funktionsebene zu arbeiten, ich finde gerade in unserem Kontext ist eine Klientenzentrierung essenziell und so wichtig bedeutungsvolle Betätigungen zu ermöglichen . . . und deswegen sind wir so prädestiniert dafür die Wünsche und Bedürfnisse der Klienten mit verschiedenen kulturellen Hintergründen besonders gut erfüllen zu können." (TN4, K9, #3)

Kategorie 10: Cultural Humility der Ergotherapeut:innen

Die Kategorie ‚Cultural Humility der Ergotherapeut:innen‘ fasst die Aussagen zusammen, in denen die Teilnehmerinnen über den Einfluss des therapeutischen Verhaltens und ihre eigenen Vorurteile sprechen.

Subkategorie 10.1: Offenheit

Zwei der Teilnehmerinnen nennen ‚Offenheit‘ als wichtige Eigenschaft und TN3 benennt in diesem Kontext, dass es nicht von Bedeutung ist jede Kultur genau zu kennen, sondern den Klient:innen zuzuhören.

". . . eigentlich als Ergotherapeut, wenn man das Ziel hat, den Klienten ganz offen zu begegnen, offen ist, für seine Ziele oder seine bedeutungsvollen Betätigungen dann ist das eigentlich egal. Also, dass man selber wenig Ahnung von der Kultur haben muss oder so, weil man ja eher so ein Begleiter ist und dann der Klient einem selber sagt: Das ist für mich wichtig, das möchte ich wieder können . . ." (TN3, K10, #1)

Subkategorie 10.2: Hinterfragen und Kommunikation

Alle Teilnehmerinnen treffen Aussagen dazu, dass es eine hohe Bedeutung hat die eigenen Denkmuster zu hinterfragen und mit den Klient:innen im Austausch zu stehen.

". . . die eigenen Vorurteile zu hinterfragen, dass man jedem Klienten, egal welcher Kultur, offen begegnet und die Assessments individuell nutzt, aber auch hinterfragt . . ." (TN3, K10, #5)

Subkategorie 10.3: Klient:innenzentrierung

In der Subkategorie 10.3 rückt die Klient:innenzentrierung erneut in den Fokus der Aussagen. Drei Teilnehmerinnen beschreiben die Wichtigkeit, die Perspektive und den Kontext der Klient:innen zu jedem Zeitpunkt in den Fokus bei der Anwendung von Assessments zu stellen.

"Und ich glaube, dass das ganz wichtig ist, dass im Hinterkopf zu haben und zu wissen, da kann es Abweichungen geben oder andere Aktivitäten oder Betätigungen." (TN3, K10, #8)

Subkategorie 10.4: Assessments

Zwei Teilnehmerinnen beschreiben, dass die Ergotherapeut:innen die Assessments individuell adaptieren sollten, wenn es die Situation erfordert.

". . . da vielleicht wir Ergos das dann individuell anpassen müssten oder so." (TN2, K10, #3)

Kategorie 11: Adaption der Assessments/Inhaltsmodelle

Subkategorie 11.1: Gründe

Die Teilnehmerinnen äußern alle, dass eine Anpassung der Modelle/Assessments sinnvoll sei, um Klient:innen besser begegnen zu können. Als Gründe benennen sie vorwiegend den Wandel im Klientel durch Zuwanderung vieler Menschen.

"... dass ganz viele Menschen aus anderen Ländern einreisen und dass wir hier ganz viele verschiedene Kulturen haben und somit ja auch ganz viele verschiedene Menschen zur Ergotherapie gehen. Und um schließlich alle abzugreifen oder abzufangen, finde ich es eigentlich schon, dass die Assessments angepasst werden müssten." (TN1, K11, #1)

"... also dass man so durch Adaption vielleicht wirklich einfach Vertrauen gewinnen kann und dadurch die ganze Beziehung viel besser stärken kann." (TN1, K11, #2)

TN1 äußert, dass die Assessments überwiegend in den westlichen Ländern entwickelt worden seien, weshalb nicht alle Klient:innen damit angesprochen werden würden.

"... Also gerade, weil, also es ist ja so, dass die ganzen Assessments überwiegend in den westlichen Ländern entwickelt wurden und (...) mittlerweile kann man ja gar nicht mehr sagen: nur Menschen aus westlichen Kulturen leben im Westen" (TN1, K11, #1)

Subkategorie 11.2: Sprache

TN1 gibt an, dass es sinnvoll sei die Modelle/Assessments auf Englisch zu übersetzen und/oder in leichte Sprache umzuformen.

"... also man sagt ja Englisch wird von den meisten verstanden. Dass man das einfach in Englisch umformt." (TN1, K11, #3)

"... vielleicht, ob man die Assessments teilweise in leichte Sprache umwandelt. Also leichte Sprache wird vielleicht von manchen schneller verstanden" (TN1, K11, #4)

Subkategorie 11.3: Betätigung

Alle vier Teilnehmerinnen äußerten sich zu dem Thema ‚Betätigungen‘ bezüglich der Modelle/Assessments. Es wird erwähnt, dass bestimmte Traditionen hinzugefügt werden könnten. TN1 äußert einen Änderungsbedarf bezüglich der *Interessencheckliste*, da die dort aufgelisteten Items eher westlich geprägt seien.

"Also es gibt ja auch diese Interessencheckliste, dass man da nicht nur die Interessen zum Beispiel von den westlichen Ländern auflistet, sondern schaut, was für Interessen gibt es auch in anderen Ländern." (TN1, K1, #5)

Eine Teilnehmerin sieht außerdem Veränderungspotenzial in den Betätigungsbereichen.

"Vielleicht sind die [Betätigungs-]Bereiche alleine schon westlich geprägt und müssten offener sein? Damit auch Bräuche und Traditionen oder weitere kulturoffenere Betätigungen Platz finden." (TN3, K11, #1)

Subkategorie 11.4: Individualität

Drei der vier Teilnehmerinnen äußern den Vorschlag, dass die Assessments grundsätzlich allgemeiner und offener gestaltet werden müssen, damit die Ergotherapeut:innen diese gemeinsam mit ihren Klient:innen individuell anpassen können. TN3 hinterfragt gleichzeitig, wie diese Verallgemeinerung aussehen könnte.

"Also, dass da irgendwie mehr Spielraum ist noch etwas eigenes, individuelles einzubringen. Also Fragen die offener formuliert werden. Aber da ist dann die Frage: Kann man das auch so pauschalisieren?" (TN3, K11, #3)



KAPITEL 5

DISKUSSION

5. Diskussion

In der folgenden Diskussion werden die Ergebnisse der Datenerhebung mit Literatur und den Inhalten des theoretischen Hintergrundes verknüpft und diskutiert.

Die Teilnehmerinnen haben Erfahrungen in der Anwendung folgender Assessments in den Interviews genannt: *COPM*, *COPMa-kids*, *COSA*, *PEAP*, *Mini-Nutritional-Assessment*, *Interessencheckliste*, *Rollencheckliste*, *GDS* und das *Foto-Interview* (→IX, →K1.2). Die Forscherinnen haben sich dazu entschieden funktionelle Testungen außer Acht zu lassen, da sie auch bei den Teilnehmerinnen nicht in Bezug auf Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem Hintergrund thematisiert wurden und thematisch einen anderen Schwerpunkt aufweisen, der in dieser Bachelorarbeit nicht zur Sprache gebracht wurde.

Bei den ergotherapeutischen Inhaltsmodellen bezieht sich dieses Kapitel auf das *CMOP-E*, *MOHO* und *KAWA-Modell* (→K1.3). Sowohl die Assessments, als auch die Modelle wurden vorwiegend im Kontext der Befunderhebung genannt und teilweise im Therapieverlauf zur Zielüberprüfung (→K1.1).

Allgemein ist den Autorinnen wichtig festzuhalten, dass einige Aussagen der Teilnehmerinnen kritisch zu betrachten sind, da diese z.B. Stereotypen enthalten. Es wird sich bemüht diese stets zu erkennen und zu hinterfragen. Es ist den Forscherinnen ein Anliegen zu betonen, dass diese keinesfalls als bewusst böswillig oder diskriminierend seitens der Teilnehmerinnen wahrgenommen wurden. Dennoch handelt es sich teilweise um Aussagen, die eine Form von Alltagsrassismus darstellen, indem sie unbewusst stereotypisches Denken widerspiegeln (Hasters, 2019). Grundsätzlich sind die gemachten Angaben nicht zu pauschalisieren und spiegeln lediglich die einzelnen Erfahrungswerte vier weißer Ergotherapeutinnen wider. Die Erfahrungswerte basieren hier auf eigenen Wahrnehmungen, die durch den Austausch mit ihren Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund ergänzt wurden.

5.1 Leitfrage 1

*Welche **Ressourcen** und/oder **Barrieren** fallen Ergotherapeut:innen während der **Anwendung der Assessments und Inhaltsmodelle** mit Klient:innen, deren kultureller Hintergrund nicht-westlich geprägt ist, auf und wie **gehen** sie mit diesen **um**?*

Im Austausch mit den Teilnehmerinnen fiel auf, dass die Auswahl der Modelle vorwiegend auf persönlicher Präferenz beruhen. TN1, TN2 und TN3 geben an die Modelle ausgewählt zu haben, weil diese ihnen am vertrautesten seien. Die Auswahl der Assessments fällt in der Regel nach den Vorgaben der Institution, lediglich TN3 berichtet, dass sie die Auswahl der Assessments hinterfrage und neue Vorschläge ins Team einbringe.

5.1.1 Ressourcen und Barrieren

Viele Assessments stehen in der Kritik dafür, dass sie von Menschen aus der westlichen Welt entwickelt wurden (Christiansen & Haertl, 2018) und lediglich die westlich geprägte Kultur widerspiegeln (Beagan et al., 2022). Drei der vier Teilnehmerinnen machen Angaben dazu, dass sie in der Anwendung der Assessments festgestellt haben, dass für einige Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund wichtige Inhalte fehlen würden, wie z.B. der Glaube und damit verbundene Betätigungen. Die angegebenen Betätigungen im COSA und *Foto-Interview* seien vorwiegend westlich geprägt und spiegeln keine kulturelle Diversität wider (→K4.4).

Drei Interviews ist zu entnehmen, dass es den Teilnehmerinnen durch die Verwendung von Assessments/Modellen ermöglicht wurde, ein tiefergehendes Verständnis der bedeutungsvollen Betätigungen der Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund zu erhalten (→K3.3). Das wurde jedoch dadurch relativiert, dass die strukturellen Vorgaben die Erhebung erschweren (→K4.3). Die drei typischen Betätigungsbereiche ‚Produktivität‘, ‚Selbstversorgung‘ und ‚Freizeit‘ zeigen ein westliches Verständnis vom Betätigen (Hammell, 2009; →2.7.1). Das zeigen auch die Erfahrungen der Teilnehmerinnen. TN2 erwähnt beispielsweise, dass eine ihrer Klientinnen ‚Produktivität‘ als unpassend empfand, da es in ihrer Kultur nicht üblich sei als Frau arbeiten zu gehen (→K4.3).

TN3 nimmt den Kulturbegriff (‚kulturelle Umwelt‘) im CMOP-E als positiv wahr, da sie so die Möglichkeiten habe kulturelle Faktoren zu vermerken (→K.3.1). Hier ist jedoch zu beachten,

dass die Kultur eines/einer Klient:in die gesamte Lebensweise beeinflusst (*CMOP-E*-Kategorien ‚Spiritualität‘, ‚Person‘, ‚Betätigung‘) und diese somit nicht immer getrennt zu betrachten sind (AOTA, 2020; →2.2.1).

Drei Teilnehmerinnen benennen es als Ressource, dass viele Assessments, durch zusätzliche Notizen oder kleine Veränderungen, offen gestaltet und flexibel seien (→K3.2). TN4 und TN1 äußern jedoch Bedenken, dass einige standardisierten Assessments dadurch keine messbaren Vergleichswerte mehr ergeben (→K4.3; →K5.1). Wie in Kapitel 2.7.1 beschrieben, werden in der Regel *weiße* Menschen der Mittelschicht als Standard herangezogen (Stomph & Poerbodipoero, 2019).

Zuletzt wird eine mögliche Sprachbarriere von drei der vier Teilnehmerinnen erwähnt, da die Assessments für gewöhnlich auf Deutsch sind. Einige der Aussagen waren hier von dem Stereotypen geprägt, dass Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund häufig Probleme mit der deutschen Sprache haben (→K4.1). Der kulturelle Hintergrund der Klient:innen hat jedoch keine direkte Auswirkung auf die Sprachkenntnisse.

5.1.2 Umgang

Klient:innenzentrierung steht im Mittelpunkt des aktuell herrschenden Paradigmas (Kantarztis, 2019; →2.6). Zwei Teilnehmerinnen schätzen es als sinnvoll die verwendeten Assessments im Klient:innenkontakt situationsabhängig anzupassen, um klient:innenzentriert arbeiten zu können (→K10.4). Das erfordert Flexibilität und Offenheit, welche von jeweils zwei Teilnehmerinnen als notwendige Fähigkeit benannt wurde (→K5.1; →K10.1).

Aus zwei Interviews ging hervor, dass die Teilnehmerinnen bestimmte Assessments vermeiden oder die Befunderhebung an Kolleg:innen abgeben, um kein Misstrauen entstehen zu lassen (→K5.3). Der Austausch im Team über die Verwendung und/oder Auswahl der Assessments/Modelle für Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem Hintergrund findet nur bei der Hälfte der Teilnehmerinnen statt (→K8).

5.2 Leitfrage 2

*Wirkt sich die Nutzung der Assessments und Inhaltsmodelle auf die
**Beziehung zwischen dem/der Ergotherapeut:in und den
Klient:innen** mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund aus?*

Aus den Interviews geht hervor, dass die Nutzung von Assessments die therapeutische Beziehung sowohl negativ als auch positiv beeinflussen kann (→K7). TN3 und TN4 berichten von positiven Einflüssen, da sich ihre Klient:innen dadurch angenommen fühlen und es ihnen Struktur geben würde. Die therapeutische Beziehung kann im kulturübergreifenden Kontext durch die Fähigkeit kultursensibel zu Handeln positiv beeinflusst werden (→2.3). Auf der anderen Seite kann es einen negativen Einfluss darstellen, wenn das Gegenüber nicht das Gefühl habe, dass die eigene Kultur verstanden werde (Humbert et al., 2011). TN1 und TN2 berichten von negativen Einflüssen, da sich ihre Klient:innen durch die Assessments nicht verstanden gefühlt hätten und ihnen die Fragen der Assessments zu persönlich waren (→K7).

Es ist wichtig aufzuführen, dass die Aussagen der vier Teilnehmerinnen hier lediglich auf Vermutungen und Interpretationen des Austausches zu den Klient:innen basieren. Außerdem enthalten die Ansichten zweier Teilnehmer:innen stereotypisches Gedankengut, indem davon ausgegangen wird, dass Menschen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund einige Sachen ‚näher gehen könnten‘ oder sie ‚anders‘ reagieren.

In Bezug auf die therapeutische Beziehung, kann ‚Cultural Humility‘ und die Fähigkeit zur ‚Critical Reflexivity‘ eine positive Veränderung bewirken (Began, 2007; →2.3). Es ist also zu vermuten, dass es von hoher Wichtigkeit ist, dass die Ergotherapeut:innen entsprechend agieren, wenn sie Assessments/Modelle anwenden, um ein Setting zu schaffen, welches ‚Cultural Safe‘ ist. Besonders, wenn diese in der ursprünglichen Form nicht den kulturellen Hintergrundes des/der Klient:in widerspiegeln. TN2 berichtet in diesem Kontext von einer Klientin, die ihr gegenüber geäußert habe, dass die Struktur des Assessments für sie unpassend gewesen sei (→K6).

5.3 Leitfrage 3

*Welche **Gründe und Ansätze zur Veränderung der Inhaltsmodelle und Assessments** könnten dazu führen, dass die kulturelle Diversität der Klient:innen zukünftig besser berücksichtigt wird?*

5.3.1 Gründe

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, wird die Gesellschaft in vielen Ländern immer kulturdiverser (Zweck et al, 2015). Das zeigt sich auch im ergotherapeutischen Klientel. Aus drei der vier Interviews lässt sich entnehmen, dass aus diesem Grund eine Adaption der Assessments und Inhaltsmodelle notwendig sei (→K11.1). Beagan et al. (2022) beschreiben, dass die gängigen Modelle und Assessments stark von der westlichen Kultur geprägt sind (→2.7.1). Diese Erfahrungen geben auch alle vier Teilnehmerinnen an (→K4.2; →K11.1). TN3 benennt gezielt, dass das nicht die kulturelle Diversität ihrer Klient:innen widerspiegele.

5.3.2 Adaptionen

Die vier Teilnehmerinnen sagen, dass sich in Hinblick auf ‚typische Betätigungen‘ und die Betätigungsbereiche etwas ändern sollte (→K11.3). TN2 benennt hier im Kontext des COPM Betätigungen, die mit dem Glauben im Zusammenhang stehen. Diese sind nur schwer in einen der drei Betätigungsbereiche des Assessments einzuordnen. TN3 merkt K11.3). Wie in Kapitel 2.7.1 beschrieben, steht die Einteilung von Betätigungen in die drei Bereiche bereits in Kritik, da sie von der westlichen Kultur beeinflusst sind (Hammell, 2009; Hunter & Pride, 2021).

Aufgrund der genannten Barrieren bezüglich der fehlenden Individualität der strukturellen Vorgaben (→K4.3) benennen die vier Teilnehmerinnen hier Adaptionsvorschläge. TN4 stellt infrage, wie individuell die Modelle und Assessments gestaltet werden können, da Kultur sehr vielfältig und für jeden anders wahrgenommen werde. Die anderen drei Teilnehmerinnen äußern jeweils den Vorschlag, dass diese nicht zwingend individueller, sondern eventuell allgemeiner und offener gefasst werden sollten. So hätten Ergotherapeut:innen die Möglichkeit diese im direkten Austausch mit den Klient:innen jeweils individuell zu adaptieren (→K11.4). Dass die individuelle Adaption eines Modells für bestimmte Kulturen eine realistische Möglichkeit sein kann, zeigt das KAWA-Modell

(→2.7.1). Iwama (2008) lädt Ergotherapeut:innen dazu ein, es für andere Kulturen oder Klient:innengruppen anzupassen.

Da auch eine mögliche Sprachbarriere erwähnt wurde (→K4.1), nennt TN1 als möglichen Vorschlag die Übersetzung der Assessments und/oder das Verfassen in leichter Sprache.

5.4 Stärken und Limitationen der Forschung

Die Stärken und Limitationen der vorliegenden Forschungsarbeit werden im Folgenden genauer definiert und reflektiert.

5.4.1 Limitationen

Forscherinnen

Die Forscherinnen dieser Bachelorarbeit sind zwei *weiße*, kulturell westlich geprägte Ergotherapeutinnen, welche die Anwendung von Modellen/Assessments in der Zusammenarbeit mit Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergründen erforschen. Auf Grund der eigenen Position ist dies kritisch zu betrachten, da das Risiko zur Verzerrung der Daten besteht, auch wenn sich beide Forscherinnen im Vorfeld positioniert und intensiv mit den Themeninhalten beschäftigt und ihr eigenes *Weißsein* reflektiert haben.

Rekrutierung

Der Flyer zur Rekrutierung ist ebenfalls vertiefend zu analysieren, da dieser im Diskurs stand zu wenig eingegrenzt zu sein.

Teilnehmer:innen

Der Rekrutierungsprozess erwies sich trotz heterogen gezielter Stichproben als erschwert. Für ein umfassenderes Bild der Studienlage, wäre eine größere Teilnehmer:innenanzahl förderlich gewesen. Die Ergebnisse sollten demnach als Beginn einer Erhebung gesehen werden und die Wichtigkeit weiterer Forschung unterstreichen.

Zudem lässt es sich schwer beurteilen, wie weitgehend sich die Teilnehmerinnen zuvor mit den Themen auseinandergesetzt haben, was ihre Expertise und die Aussagen formt. Die Teilnehmerinnen waren außerdem ausschließlich *weiß* und weiblich, wodurch eine homogene Teilnehmerinnengruppe entstand, welche das Ergebnis beeinflusst.

Interviews

Rückblickend wurde sich innerhalb der Interviews den Themen der ‚Cultural Humility‘ bzw. der kritischen Positionierung der Teilnehmer:innen nicht ausreichend gewidmet. Diese wurden im Interviewleitfaden nicht integriert, jedoch im Gesprächslauf aufgegriffen. Für künftige Forschungen ist dies von Bedeutung. Außerdem fehlt durch einen Störfaktor im Interview die Angabe der TN3 zum Umgang mit Ressourcen/Barrieren.

Gütekriterien

Eine Schwäche liegt in den Gütekriterien. Viele Kriterien sind zwar durch bestimmte Strategien gestützt, jedoch bleiben einige Strategien zur Erreichung offen, was die wissenschaftliche Exaktheit der Forschung mindern kann.

Methodentriangulation

Innerhalb der Forschungsarbeit wurden keine unterschiedliche Methoden zur Datenerhebung angewandt. Es wurden lediglich Interviews durchgeführt, wodurch die Forschung als weniger umfassend betrachtet werden kann.

Referenzielle Angemessenheit

Auf Grund der geringen Datenmenge war die Möglichkeit zur Überprüfung der Ergebnisse, durch das Archivieren einiger Daten und dem späteren hinzuziehen, nicht gegeben.

Sättigung

Aufgrund der geringen Interviewanzahl ist eine Sättigung der Daten nicht erreicht worden.

Die oben genannten Faktoren und die nicht erzielte ‚Untersuchungsrevision‘ durch eine:n externe:n Begutachter:in, machen es erforderlich die Ergebnisse zu relativieren, ohne die generelle Aussagekraft in Frage zu stellen.

5.4.2 Stärken

Kommunikation Forscherinnen

Als Stärke dieser Forschungsarbeit muss der Austausch im Forscherteam genannt werden. Beide Forscherinnen haben sich überwiegend in Präsenz getroffen, um gemeinsam an der Bachelorarbeit zu arbeiten und die jeweiligen Stärken genutzt. Die Arbeitsschritte wurden protokolliert und die Arbeit wurde durch einen fortlaufenden Zeitplan strukturiert. Der

Austausch mit der begleitenden Dozentin hat sich motivierend ausgewirkt und war von hilfreichen Diskussionen geprägt. Die Teamarbeit war durchgehend durch transparentes Vorgehen geprägt.

Relevanz

Durch die Forschungsarbeit wird ein aktuelles und relevantes Thema hervorgehoben, welches mehr Beachtung und vor allem Sensibilität benötigt. Die Bachelorarbeit bietet eine Basis für weitere Publikationen und unterstützt die Erkenntnisgewinnung. Sie fördert das Ziel, dass sich weitere Ergotherapeut:innen mit dem Forschungsthema befassen.

Rekrutierung

Die Rekrutierung ist ebenfalls als Stärke festzuhalten, da die Forscherinnen innerhalb ihrer Suche nach Teilnehmer:innen auf verschiedene Wege zugegriffen und neben Social-Media und Internetforen, auch Ergotherapiepraxen/Kliniken, Kolleg:innen und Aushänge nutzten, um unterschiedliche Personengruppe anzusprechen.

Pilot

Auch die zwei Pilotinterviews stellen eine Stärke dar, da die Forscherinnen in dem Kontext ihren Interviewleitfaden und die Durchführung erproben konnten. Dass nach den ersten Änderungen (→3.5.4) ein weiteres Pilotinterview zur erneuten Überprüfung stattfand, muss hervorgehoben werden.

Ethik

Durch die ‚Einführung in das Interview‘, wurden die Teilnehmer:innen schon im Voraus auf das Interview vorbereitet und Missverständnissen wurde vorgebeugt. Die Ethikkriterien wurden durch die unterschriebene Einverständniserklärung im Sinne der "informed consent" (Weigl, 2016, S.39) und die Anonymisierung der personenbezogenen Daten erfüllt.

Membercheck

Ein Member-Checking wurde durchgeführt, indem die Teilnehmerinnen eine Zusammenfassung ihres Interviews erhielten und dieses auf Vollständigkeit und Richtigkeit überprüften.



KAPITEL 6

SCHLUSSFOLGERUNG

6. Schlussfolgerung

Die *weiße* Vorherrschaft des (Gesundheits-)Systems geht lange zurück und zeigt sich auch heute im Berufsfeld der Ergotherapie. Besonders prägnant zeichnet sich diese Struktur in ergotherapeutischen Theorien ab. Die ‚typisch westliche‘ Kultur beeinflusst die Erstellung und Anwendung der verschiedenen ergotherapeutischen Mittel. Die Gesellschaft wird diverser, aber die Mittel zur Befunderhebung oder Verlaufsdagnostik spiegeln das nicht wider, sondern kommen teilweise an ihre Grenzen in der Anwendung bei Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund.

Das Ziel dieser Forschungsarbeit war es, die Erfahrungen von in Deutschland praktizierenden Ergotherapeut:innen bezüglich der Anwendung von Assessments und Inhaltsmodellen mit Klient:innen deren kultureller Hintergrund nicht-westlich geprägt ist, zu erheben.

Die Barrieren in der Anwendung, die in dieser Forschungsarbeit durch die Teilnehmerinnen zusammengetragen wurden, beziehen sich vorwiegend auf die Erhebung und Einteilung der bedeutungsvollen Betätigungen. Bei Assessments mit vorgegeben Items, wie der *Interessencheckliste* oder dem *COSA*, fehlen Betätigungen/Items, die Traditionen, Feste oder den Glauben von nicht-westlich geprägten Kulturen beinhalten. Die offene Struktur von Assessments, wie dem *COPM*, kann eine Ressource darstellen, da sie individueller und klient:innenzentrierter angewendet werden können. Jedoch ergab die Erhebung auch, dass die vorhandenen Vorgaben bezüglich der Betätigungsbereiche, die auch im *CMOP-E* strukturgebend sind, bereits zu Schwierigkeiten in der Anwendung führen, wenn die Klient:innen ihr Betätigungsverhalten nicht damit identifizieren können.

Grundsätzlich kann die Verwendung von Assessments sich positiv auf die therapeutische Beziehung auswirken, besonders wenn durch diese klient:innenzentriertes Arbeiten ermöglicht wird. Fühlen sich die Klient:innen jedoch missverstanden oder die strukturellen Vorgaben der Assessments lassen keine Identifikation mit der eigenen Lebensweise zu, kann sich das negativ auf die Beziehung auswirken. Die Sorge den Aufbau des Vertrauensverhältnisses zu erschweren, kann auch zur Ablehnung bestimmter Assessments oder zum Abbruch der Anwendung seitens der Ergotherapeut:innen führen.

Teamaustausch bezüglich der Auswahl und Anwendung von Modellen und Assessments findet in einigen Arbeitssettings zu wenig statt, wobei dieser durchaus als hilfreich

wahrgenommen wird. Die Auswahl der Assessments wird für gewöhnlich nicht individuell getroffen, sondern die Institution hat bestimmte Vorgaben, welche eingehalten werden müssen. Dadurch fehlt bei den Ergotherapeut:innen oftmals das bewusste Hinterfragen und auch die Klient:innenzentrierung kann nur bedingt gewährleistet werden. Die Auswahl der Inhaltsmodelle aufgrund eigener Präferenzen beeinflusst diesen Faktor zusätzlich.

Modelle und Assessments, die mehr Raum für die individuelle Anpassung lassen sind für eine breitere Masse von Klient:innen anwendbar. Je offener die Struktur, desto anpassbarer die Durchführung. Das erfordert eine therapeutische Haltung, die von ‚Cultural Humility‘ und ‚Critical Reflexivity‘ geprägt ist. Denn, wenn die eigenen Vorannahmen hinterfragt und aufgebrochen werden, ist es möglich individuell auf die Kultur der Klient:innen einzugehen, ihnen zuzuhören und ihre Weltanschauung, Werte und Traditionen in den Mittelpunkt der Therapie zu stellen. Bei der Anwendung von Befunderhebungsinstrumenten ist diese Haltung grundsätzlich entscheidend, damit eventuelle Grenzen und Barrieren wahrgenommen werden können. So kann ein Setting geschaffen werden, dass ‚Cultural safe‘ für Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund ist.

Die Adaption von Assessments und Inhaltsmodellen, weg von rein-westlich geprägten Ansichten und Werten, stellt einen entscheidenden Schritt für die Anwendung mit Klient:innen, deren kultureller Hintergrund nicht-westlich geprägt ist dar.

6.1 Ausblick

Die Forschungsarbeit hat die Wichtigkeit von strukturellen Veränderungen in der Ergotherapie unterstrichen. Die Adaptionen von Assessments und Modellen und der Bedarf an neuen Erhebungsinstrumenten stellen hier nur ein Baustein dar, wenn auch einen Wichtigen. Grundsätzlich ist es von hoher Wichtigkeit, dass die Aufmerksamkeit über die Problematik vergrößert wird. Die Forschung gibt lediglich einen Anstoß, der verdeutlicht, dass ein Wandel in der Denkweise, im System und auch in der Wissenschaft notwendig ist. Weitere ergotherapeutische Forschung im deutschsprachigen Raum zum Thema der kulturellen Diversität in der Ergotherapie sind dafür unausweichlich. Mögliche Themenschwerpunkt könnten hierbei sein:

- Wie erleben Klient:innen mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund die Anwendung von Assessments und Modellen in der Ergotherapie?

- Wie wird das kritische Hinterfragen der ergotherapeutischen Theorien und Mittel bezüglich der kulturellen Diversität in der ergotherapeutischen Ausbildung/im Studium thematisiert?

Für *weiße* und/oder Ergotherapeut:innen mit westlich geprägtem kulturellen Hintergrund ist es obligatorisch sich mit den eigenen Privilegien auseinanderzusetzen und die Situation im Gesundheitssystem zu hinterfragen. So kann sich an der Ungleichbehandlung der Klient:innen etwas ändern und ein Wandel entstehen. Die *weiße* Vorherrschaft in der Ergotherapie kann nur unterbrochen werden, wenn nicht mehr alle Theorien, Modelle, Assessments, etc. dem Standard von dem/der *weißen* Klient:in mit westlich geprägtem kulturellen Hintergrund folgen. Die Sensibilisierung und Schulung der Ergotherapeut:innen ist hierfür essenziell. Bereits in der Ausbildung/im Studium sollte die Auseinandersetzung, durch einen Lehrplan, der entsprechende Themen enthält auf beruflicher Ebene beginnen. Diese kann durch Fort- und Weiterbildungsangeboten zu Themen wie kultureller Diversität unterstützt werden.

Jede:r Ergotherapeut:in ist dazu angehalten den Wandel voranzutreiben und Änderungsprozesse anzustoßen. Das beginnt mit der eigenen Auseinandersetzung, mit der Thematisierung der Problematik im eigenen Arbeitssetting und geht weiter mit dem Unterstützen von Projekten oder Einleiten von Forschungsarbeiten.

Auch der stärkste Regen fängt mit Tropfen an.

Literaturverzeichnis

- Agner, J. (2020). Moving From Cultural Competence to Cultural Humility in Occupational Therapy: A Paradigm Shift. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 7404347010p1–7404347010p7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.038067>
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020). *Das AGG schützt*. Abgerufen am 6. Oktober 2022, von https://www.antidiskriminierungsstelle.de/agg-schuetzt/agg-schuetzt_node.html
- Antweiler, C. (2018). Kultur. In: Kopp, J., & Steinbach, A. (Hrsg.) *Grundbegriffe der Soziologie* (12. Auflage, SS. 249-253). Wiesbaden: SpringerVS.
- AOTA (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process - Fourth Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 1-87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Beagan, B.L. (2015). Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(5), 272-282. <https://doi.org/10.1177/0008417414567530>
- Beagan, B.L., Sibbald, K.R., Bizzeth, S.R., & Pride, T.M. (2022). Systematic Racism in Canadian Occupational Therapy: A qualitative Study with Therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 89(1), 61-61. <https://doi.org/10.1177/00084174211066676>
- Bendix, D., Danielzik, C.-M., Döll, J., Holzwarth, S., Juergensohn, J., Kiesel, T., Kontzi, K., & Phillipp, C. (2013, August). *Mit kolonialen Grüßen...: Berichte und Erzählungen von Auslandsaufenthalten rassismuskritisch betrachtet*. Abgerufen am 26. September 2022, von <https://www.glokal.org/wp-content/uploads/2013/09/BroschuereMitkolonialenGruessen2013.pdf>
- Benz, W. (2021). *Alltagsrassismus: Feindschaft gegen "Fremde" und "Andere"* (2. Auflage). Frankfurt: Wochenschau.
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's Position and Reflexivity in Qualitative Research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234. doi: 10.1177/1468794112468475

- Black Lives Matter (o.D.). *About*. Abgerufen am 14. November 2022, von <https://blacklivesmatter.com/about/>
- Bracher, G. (2021). Diversity (in) der Ergotherapie. *Ergotherapie*, 21(4), 6-10. Abgerufen am 06. November 2022, von <https://bit.ly/3zPtatz>
- Bundestag (o.D.). 1. Die Grundrechte. Abgerufen am 28. Oktober 2022, von <https://www.bundestag.de/gg/grundrechte>
- Chapparo, C. (2016). Hermeneutik. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, nutzen für die Praxis* (SS. 98-112). Berlin Heidelberg: Springer.
- Christiansen, C. H., & Haertl, K. (2019). A contextual History of Occupational Therapy. In B.A.B. Schell, & G. Gillen. (Eds.). *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (13th ed., SS. 11-37). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Cup, E. , & Van Hartingsveldt, M. (2019). Ausgangspunkte der Ergotherapie. In M. le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, SS. 197-201). Stuttgart: Thieme.
- Dados, N., & Connell, R. (2012). *The Global South. Contexts.*, 11(1), 12-13. doi: 10.1177/1536504212436479
- Destatis (2022, 12. April). *Gut jede vierte Person in Deutschland hatte 2021 einen Migrationshintergrund*. Abgerufen am 25. Oktober 2022, von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_162_125.html
- Deutscher Bundestag (2021). *Dokumentation: Zur Black Lives Matter-Bewegung - Entstehung, Aufbau, Finanzierung, Ziele und politische Verbindungen*. Abgerufen am 23. Oktober 2022, von <https://bit.ly/3TlfjvY>
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2021, Juni). *Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Änderung des Artikel 3 Absatz 3 - Streichung des Begriffs Rasse), BT-Drs 19/20628, der Fraktion DIE LINKE, sowie zum Gesetzentwurf der Grünen zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 3 Absatz 3 – Ersetzung des Wortes Rasse und Ergänzung zum Schutz gegen*

- gruppenbezogene Menschenwürdeverletzungen), BT-Drs. 19/24434. Abgerufen am 23. Oktober 2022, von <https://bit.ly/3E39zbQ>
- Deutscher Verband Ergotherapie (2020, 15. Juli). *Ergotherapeuten stehen für Diversität und Toleranz und stellen sich gegen Rassismus und Diskriminierung*. Abgerufen am 6. November 2022, von <https://dve.info/service/presse/2328-ergotherapeuten-stehen-für-diversität-und-toleranz-und-stellen-sich-gegen-rassismus-und-diskriminierung>
- De Vries, L., & Le Granse, M. (2019). KAWA-Modell. In M. le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, SS. 412-421). Stuttgart: Thieme
- DiAngelo, R. (2015, 9. April). *White Fragility: Why It's So Hard to Talk to White People About Racism*. Abgerufen am 3. September 2022, von <https://goodmenproject.com/featured-content/white-fragility-why-its-so-hard-to-talk-to-white-people-about-racism-twlm/>
- Die Bundesregierung (o.D.). *Die weiterentwickelte Demografiestrategie: Eine Zusammenfassung*. Abgerufen am 25. Oktober 2022, von: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/eine-zusammenfassung-449622>
- Dines, N., Triandafyllidou, A., Molho, J., & Levitt, P. (2021). Managing cultural diversity and (re)defining the national in 'global South' cities. *Identities*, 28(6), 690-698. <https://doi.org/10.1080/1070289X.2021.1994756>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.
- El-Mafaalani, A. (2021). *Wozu Rassismus: Von der Erfindung der Menschenrassen bis zum rassismuskritischen Widerstand* (2. Auflage). Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Emery-Whittington, I.G. (2021). Occupational justice - colonial business as usual? Indigenous observations from Aotearoa New Zealand. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(2), 153-162. <https://doi.org/10.1177/00084174211005891>
- Ette, A., t, N.F., Straub S., & Weinman, M. (2020). *Kulturelle Diversität und Chancengleichheit in der Bundesverwaltung*. Berlin: Beauftragte der

Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Abgerufen am 6. November 2022 von <https://bit.ly/3cQedvm>

Fijal, D., & Beagan, B.L. (2019). Indigenous Perspectives on Health: Integration with a Canadian Model of Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(3), 220-231. doi: 10.1177/0008417419832284

First Nations Health Authority (2016). *Leading a Framework for Cultural Safety & Humility for First Nations in British Columbia*. Abgerufen am 29. Oktober 2022, von <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Leading-a-Framework-for-Cultural-Safety-and-Humility-for-First-Nations-in-British-Columbia.pdf>

Foronda, C., Baptiste, D.L., Reinholdt, M.M., & Ousman, K. (2016). Cultural Humility: A Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210-217. doi: <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>

FUMA Fachstelle für Gender & Diversität NRW (o.D.). #CIS-GENDER. Abgerufen am 14. November 2022, von <https://www.gender-nrw.de/cis-gender/>

Gensing, P. (2020, 27. Dezember). *Die blutige Spur des rechten Terrors*. Abgerufen am 30. Oktober 2022, von <https://www.tagesschau.de/inland/rechtsextremismus/terrorismus-121.html>

Grenier, M.-L. (2020). Cultural competency and the reproduction of White supremacy in occupational therapy education. *Health Education Journal*, 79(6): 633-644. doi: 10.1177/0017896920902515

Hammell, K.W. (2009). Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 76(1), 6-13. <https://doi.org/10.1177/000841740907600105>

Hammell, K.W. (2013). Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(4), 224–234. <https://doi.org/10.1177/00084174135>

Hammell, K.W. (2021). Social and Structural Determinants of Health: Exploring Occupational Therapy's Structural (In)competence. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(4), 365-374. doi: <https://doi.org/10.1177/00084174211046797>

- Hasters, A. (2019). *Was weisse Menschen nicht über Rassismus hören wollen aber wissen sollten*. (3. Auflage). München: hanserblau.
- Hasters, A. (2020, 19. Januar). *Warum weiße Menschen so gerne gleich sind*. Abgerufen am 30. Oktober 2022, von <https://www.deutschlandfunk.de/identitaeten-7-7-warum-weisse-menschen-so-gerne-gleich-sind-100.html>
- Hobbs, J. (2018). White Privilege in Health Care: Following Recognition With Action. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 197-198. doi: 10.1370/afm.2243
- 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* (SS. 127-130). Heidelberg: Springer.
- Holm, A.L., Rowe Gorosh, M., Brady, M., & White-Perkins, D. (2017) Recognizing Privilege and Bias: An Interactive Exercise to Expand Health Care Providers Personal Awareness. *Academic Medicine*, 92(3), 360-364. doi: 10.1097/ACM.0000000000001290
- Humbert T.K., Burket, A., Deveney, R., & Kennedy, K. (2011). Occupational Therapy Practitioners' Perspectives regarding International Cross-Cultural Work. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 58(4), 300-309. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00915.x>
- Hyatt, M. (2015). *Critical Whiteness: Weißsein als Privileg*. Abgerufen am 28. Oktober 2022, von <https://www.deutschlandfunk.de/critical-whiteness-weisssein-als-privileg-100.html>
- Iwama, M.K. (2008). Alles im Fluss. *Ergopraxis*, 01(2), 24-27. doi: 10.1055/s-0030-1262187
- Junge, I., Longrée, A. & Weber, B. (2019). Entwicklung des Berufes in Deutschland. In M. le Grasse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, SS. 48-55). Stuttgart: Thieme.
- Kantarztis, S. (2019). The Dr Elizabeth Casson Memorial Lecture 2019: Shifting our focus. Fostering the potential of occupation and occupational therapy in a complex world. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(9), 553-566. <https://doi.org/10.1177/0308022619864893>

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015, August). *Kultursensibilität in der Patientenversorgung: Handbuch Qualitätszirkel*. Abgerufen am 8. September 2022, von https://www.kbv.de/media/sp/4.20_Kultursensibilitaet_in_der_Patientenversorgung.pdf
- Kinébanian, A. (2019). Ausblick auf die Zukunft. In M. le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, SS. 68-69). Stuttgart: Thieme.
- 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* (5. Auflage, SS. 353-376). Stuttgart: Thieme.
- Klemme, B., & Walkenhorst, U. (2003). *Fachbereich Pflege und Gesundheit Workshop-Reader. Fachhochschule Bielefeld: Nr. 15*. Abgerufen am 06. November 2022, von <https://bit.ly/3AjoGf1>
- Köller, B. (2008). Anwendbarkeit ergotherapeutischer Modelle bei Klienten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund: Eine Befragung von Ergotherapeuten in Deutschland und in der Schweiz. *Ergoscience*, 3(4), 156-165. doi: 10.1055/s-2008-1027830
- Kranz, F. (2016a). Leidenschaft in die Therapie bringen - Interessencheckliste. *Ergopraxis*, 09(07/08), 40-41. doi: 10.1055/s-0042-107135
- Kranz, F. (2016b). Rollen des Lebens - Assessment: Rollen-Checkliste. *Ergopraxis*, 9(04), 38-39. doi: 10.1055/s-0042-101525
- Kranz, F. (2022). Kinder in ihren Anliegen ernst nehmen - Foto-Interview. *Ergopraxis*, 15(02), 10-11. doi: 10.1055/a-1693-1444
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. (5. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kronenberg, F. (2021). Commentary on JOS Editorial Board's Anti-Racism Pledge. *Journal of Occupational Science*, 28(3), 398-403. doi: 10.1080/14427591.2020.1827483

- le Granse, M. (2020). Werden wir mit unseren Modellen allen Klienten gerecht? - Kulturelle Vielfalt. *Ergopraxis*, 13(02), 44-47. doi: 10.1055/a-1035-5073
- MacLure, J. (2020). Unnatural Resources: The Colonial Logic of the Holmesburg Prison Experiments. *Journal of Medical Humanities*, 42(3), 423-433.
<https://doi.org/10.1007/s10912-020-09651-5>
- Mahoney, W. J., & Kiraly-Alvarez, A. F. (2019). Challenging the Status Quo: Infusing Non-Western Ideas into Occupational Therapy Education and Practice. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 7(3), 1-10. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1592>
- Malkawi , S. H., Alqatarneh , N. S., & Fehringer, E. K. (2020). The Influence of Culture on Occupational Therapy Practice in Jordan. *Occupational Therapy International*, 2020. Abgerufen am 22. Juli 2022, von <https://www.hindawi.com/journals/oti/2020/1092805/>
- McIntosh, P. (1988) *White Privilege and Male Privilege: A Personal Account of Coming to See Correspondence Through Work in Women's Studies*. Abgerufen am 16. Oktober 2022, von <https://www.collegeart.org/pdf/diversity/white-privilege-and-male-privilege.pdf>
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health (2013). *Towards Cultural Safety for Métis: An Introduction for Health Care Providers*. Abgerufen am 17. Oktober 2022, von <https://bit.ly/3TAsLCc>
- Nelson, A. (2002). Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Journal of the National Medical Association*, 94(8), 666-668. Abgerufen am 16. Oktober 2022, von <https://bit.ly/2OyoG4E>
- Nutrition Institute (o.D.). *Mini Nutritional Assessment*. Abgerufen am 13. November 2022, von <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-german.pdf>
- Nünning, A. (2009). *Vielfalt der Kulturbegriffe*. Abgerufen am 31.05.2022, von <https://www.bpb.de/lernen/kulturelle-bildung/59917/vielfalt-der-kulturbegriffe/>
- OECD (2022). *International Migration Outlook 2022*. Abgerufen am 29. Oktober 2022, von <https://bit.ly/3NlbgnL>

- Pätzold, I. (2014). Child Occupational Self Assessment (COSA): Was Kindern wichtig ist. *Ergopraxis*, 7(03), 28-30. doi: 10.1055/s-0034-1372206
- Perkhofer, S., Gebhardt, V., & Tucek, G. (2016). Was ist qualitative Forschung? In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (SS. 69-78). Berlin Heidelberg: 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* (SS. 61-64). Heidelberg: Springer.
- Ritschl, V., Stamm, T., & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch - evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (SS. 291-306). Heidelberg: Springer.
- Ritschl, V., Ritschl, H., Höhsl, B., Prinz-Buchberger, B., Stamm, T. (2016). Qualitative Datensammlung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (SS. 119-127). Heidelberg: Springer.
- Schneider, R. (2015, 29. Dezember). *Grundwerte in der Gesellschaft: "Westliche Werte" sind nur leere Worthülsen*. Abgerufen am 22. Juli 2022, von <https://bit.ly/3FqCh7B>
- Shotwell, M.P. (2019). Evaluating Clients. In B.A. Schell, & G. Gillen (Ed.). *Willard and Spackman's: Occupational Therapy* (13th edition, SS. 369-390). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sow, N. (2008). *Deutschland Schwarz Weiss: Der alltägliche Rassismus*. (1. Auflage). München: C. Bertelsmann.
- Stomph, M., & Poerbodipoero, S. (2019). Fragenorientiertes Arbeiten und Diversität. In M. le Granse, M. Van Hartingsveldt, & Kinébanian, A. (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, SS. 220-235). Stuttgart: Thieme.
- Strebel, H. (2016). Mit Kindern Alltagsschwierigkeiten erheben - Assessment: COPM^{a-kids}. *Ergopraxis*, 9(03), 36-38. doi: 10.1055/s-0042-101511

- Taylor, C. (2007). The Casson Memorial Lecture 2007: Diversity amongst Occupational Therapists – Rhetoric or Reality? *British Journal of Occupational Therapy*, 70(7), 276 – 283. <https://doi.org/10.1177/030802260707000702>
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural Humility versus Cultural Competence: a Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125. doi: 10.1353/hpu.2010.0233
- Thirsk, L.M., & Clark, A.M. (2017). Using Qualitative Research for Complex Interventions: The Contributions of Hermeneutics. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1-10. doi: 10.1177/1609406917721068
- UNESCO (2001). *UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity*. Abgerufen am 31. August 2022, von <https://bit.ly/38Y2Ym4>
- Vandermause, R.K., & Fleming, S.E. (2011). Philosophical Hermeneutic Interviews. *International Journal of Qualitative Methods*, 10(4), 367-377. <https://doi.org/10.1177/160940691101000405>
- Van Hartingsveldt, M., Meijers, R., Ras, S., Stal, R., & Ten Velden, M. (2019). Assessments in der Ergotherapie In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, SS. 549-563). Stuttgart: Thieme.
- Van Hartingsveldt, M., & Piškur, B. (2019). Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (CMOP-E) und Canadian Practice Process Framework (CPPF). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, SS. 378-393). Stuttgart: Thieme.
- Vereinte Nation (1948). *Resolution der Generalversammlung: 217 A (III). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte: PRÄAMBEL*. Abgerufen am 23. Oktober 2022, von <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>
- Verhoef, J. & Zalmstra, A. (2019). Model of Human Occupation (MOHO). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, SS. 395-411). Stuttgart: Thieme.

- Weber, B. (2010). Assessment: COPM - Individuelle und Relevante Ziele formulieren. *Ergopraxis*, 3(4), 28-29. doi: 10.1055/s-0030-1253462
- Weber, K. (2009). Deutschland, der atlantische Sklavenhandel und die Plantagenwirtschaft der Neuen Welt. *Journal of Modern European History*, 7(1), 37-67. https://doi.org/10.17104/1611-8944_2009_1_37
- Weeks, M., Sedki, M., Levine, D., & Mendez, J. (2016). The Mini Nutritional Assessment as a Medical Education Tool. *The Gerontologist*, 56(3), 685. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw162.2790>
- Weigl, R. (2016). Rechtliche Rahmenbedingungen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (SS. 37-45). Berlin Heidelberg: Springer.
- Wellman, M.L. (2022). Black Squares for Black Lives? Performative Allyship as Credibility Maintenance for Social Media Influencers on Instagram. *Social Media + Society*, 8(1). <https://doi.org/10.1177/20563051221080473>
- World Federation of Occupational Therapists (2009). *Guiding Principles on Diversity and Culture*. Abgerufen am 16. Oktober 2022, von <https://www.wfot.org/checkout/1293/22979>
- Winkler, H. A. (2007). Was heißt westliche Wertegemeinschaft? *Internationale Politik*, 4, 66-85. Abgerufen am 22. Juli 2022, von https://internationalepolitik.de/system/files/article_pdfs/IP_04_Winkler.pdf
- Wolff, C. (2016). Im Test: PEAP - Assessment und Prozessinstrument für die Pädiatrie. *Ergopraxis*, 9(06), 37. doi: 10.1055/s-0042-105136
- Wollrad, E. (2005). Forum "Weißsein und Gender" - Risiken kritischer Forschung zu Weißsein im deutschsprachigen Raum. *L'homme*, 16(2), 144-150. Abgerufen am 06. November 2022, von <https://bit.ly/3Ufh8BN>
- Yeager, K.A., & Bauer-Wu, S. (2013). Cultural Humility: Essential Foundation for Clinical Researchers. *Applied Nursing Research*, 26(4), 251-256. doi: 10.1016/j.apnr.2013.06.008

- Zietemann, V., Zietemann, P., Weitkunat, R., Kwetkat, A. (2007). Depressionshäufigkeit in Abhängigkeit von verschiedenen Erkrankungen bei geriatrischen Patienten. *Der Nervenarzt*, 78(6), 657-664. doi: <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2106-y>
- Zweck, A., Holtmannspötter, D., Braun, M., Hirt, M., Kimpeler, S., & Warnke, P. (2015). *Gesellschaftliche Veränderungen 2030: Ergebnisband 1 zur Suchphase von BMBF-Foresight Zyklus II*. Abgerufen am 21. Oktober, von <https://bit.ly/3WjGEr9>

Glossar

Betätigungsbasiert/ - orientiert

Das Ausrichten des Therapieprozesses auf die für den/die Klient:in wichtigen Betätigungen des täglichen Lebens. Die Klient:innen sollen die Betätigungsperformanz der bedeutungsvollen Betätigung mithilfe der Ergotherapie verbessern, um Partizipieren zu können (Cup & Van Hartingsveldt, 2019)

BI_PoC

Black Indigenous and People of Color. Selbstbeschreibung für Schwarze und indigene Menschen, die Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus gemacht haben (Hasters, 2019).

Black lives matter

#BlackLivesMatter wurde 2013 gegründet als Reaktion auf den Mord an Trayvon Martin. Es handelt sich, um eine globale Organisation die sich gegen die *weiße* Vorherrschaft und Gewalt gegen Schwarze stark macht (Black Lives Matter, o.D.)

CIS-Gender

Menschen, die sich mit dem Gender (Geschlecht) identifizieren können, welches in die Geburtsurkunde eingetragen wurde (FUMA Fachstelle für Gender & Diversität NRW, o.D.).

Critical Reflexivity = Kritische Reflexion

Die Auseinandersetzung, mit den eigenen Privilegien, Vorurteilen und der eigenen Situation im System (Yeager & Bauer-Wu, 2013).

Cultural Competence = Kulturelle Kompetenz

Beschreibt die Fähigkeit eine ‚andere‘ Kultur gänzlich zu verstehen. Da Kultur ein komplexes, wandelbares Konstrukt ist, ist das nie vollständig möglich und sollte auch nicht das Ziel sein (Yeager & Bauer-Wu, 2013).

Cultural Humilty

Offenheit und Respekt gegenüber Menschen mit Kulturen, die nicht der eigenen entsprechen (Foronda et al., 2016). Es geht nicht darum, die ‚andere‘ Kultur gänzlich zu verstehen, sondern die ‚richtigen‘ Frage zu stellen und die eigene Situation zu hinterfragen (Agnes, 2020).

Cultural Safety = Kulturelle Sicherheit

‚Cultural Safety‘ beschreibt ein Gefühl von Leuten mit nicht-westlich geprägtem kulturellen Hintergrund, wenn sie sich in einer Umgebung befinden, die von Integration und Respekt im interkulturellen Kontext geprägt ist (Beagan, 2015).

Klient:innenzentrierung

Klient:innenzentriertes Arbeiten beschreibt den Therapieprozess, wenn er von Zusammenarbeit und einem gleichen Machtverhältnis geprägt ist. Die Klient:innen stehen im Mittelpunkt, haben an Entscheidungsprozessen teil und ihre Autonomie wird gefördert (Cup & Van Hartingsveldt, 2019).

Kultursensibilität

Bedeutet so viel, wie Offenheit und Aufgeschlossenheit diversen Kulturen gegenüber und das ‚Aushalten‘ anderer Meinungen und Perspektiven (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015).

Rassismus

Eine Ideologie, die auf der Theorie basiert, dass es menschliche "Rassen" gäbe (Benz, 2021, S.11). Führt zu einer Ungleichbehandlung und Diskriminierung (Hasters, 2019).

Schwarz

Eine Selbstbezeichnung, die sich nicht auf die Farbe der Haut oder das Aussehen bezieht (Hasters, 2019, Sow, 2008). Schwarz bezeichnet die, die sich selbst, aufgrund gemeinsamer Erfahrungen, so identifizieren (Sow, 2008). Wird groß geschrieben, damit es sich von der Farbe 'schwarz' abhebt.

Weiß = White

Bezieht sich nicht auf die Hautfarbe oder das Aussehen, wird daher kursiv gedruckt (Hasters, 2019). *Weiß*e Menschen haben eine privilegierte Situation, aufgrund struktureller Ungleichheiten. *Weiß*e müssen sich nicht selbst als *weiß* identifizieren, um *weiß* zu sein (Hasters, 2019).

Weiß*e Vorherrschaft = *White Supremacy

System der Gesellschaft, welches auf einer unbegründeten Hierarchie beruht, in der *weiß*e Menschen ganz oben in der Rangordnung stehen und als überlegen dargestellt werden (Hasters, 2019).

Weiß*e Zerbrechlichkeit = *White fragility

Ein Abwehrmechanismus von *weißen* Menschen. Beschreibt das Abstreiten oder Relativieren, wenn sie mit dem eigenen rassistischen Verhalten konfrontiert werden (DiAngelo, 2015). Erschwert die Auseinandersetzung mit den eigenen Privilegien durch das Nicht-Anerkennen dieser (Hasters, 2019).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Forschungskreislauf (Kruse, 2007, S. 66)	36
Abb. 2 Ablauf der Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 132)	45

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Überblick über die Haupt- und Subkategorien	52
--	----



ANHANG

VERZEICHNIS

- I. **Darstellung der Literaturrecherche:**
Schlüsselwörter und Operatoren
- II. **Auszug aus der Literaturrecherche**
- III. **Flyer** des Rekrutierungsprozesses
 - a. Beispiele von **Veröffentlichungen**
- IV. **„Einführungsschreiben in das Interview“** für TNs
- V. **Einwilligungserklärung** Anhang B
- VI. **Interviewleitfaden**
- VII. **Transkriptionsregeln** adaptiert nach Kuckartz und Rädiker (2020)
- VIII. **Schritte der Datenanalyse:**
 - a. Auszug **Transkript** am Beispiel ‚TN3‘
 - b. **Inhaltliche Zusammenfassung** für **Membercheck** am Beispiel ‚TN3‘
 - c. (Haupt-)Kategoriendefinition
 - d. Auszug **1. Codierungsprozess** am Beispiel ‚TN3‘
 - e. Auszug **2. Codierungsprozess** am Beispiel ‚Hauptkategorie CHE‘
- IX. Erläuterung **Inhaltsmodelle und Assessments**
- X. **Ehrenwörtliche Erklärung**

I. Literaturrecherche

Durchsuchte Datenbanken	
Datenbanken	Pubmed, Google Scholar
Artikeldatenbanken (ergotherapeutischer Fachzeitschriften)	American journal of occupational therapy, British journal of occupational therapy, Canadian journal of occupational therapy Journal of Occupational Science
	Wile Online Library Thieme Schulz-Kirchner-Verlag Taylor & Francis Online

Schlüsselwörter	
Deutsch	Englisch
Kultur	cultur*
"kulturelle Diversität"	"cultural diversity"
Assessments	assessments
Inhaltsmodelle	models of practice
Modelle	models
Ergotherapie	"Occupational Therapy"
Ergotherapeut*	"Occupational Therapist"
Gesundheitssystem	"Healthcare System"
westlich	western
"westliche Kultur"	"western culture"
Rassismus	racism
weiß	white
weiße Privilegien	white Privilege
Diversität	diversity
"weiße Vorherrschaft"	white supremacy
"kulturelle Kompetenz"	"cultural competence"
Kultursensibilität	"cultural humility"
	"cultural safety"
	"critical reflexivity"

Verwendete Operatoren (Ritschl, Stamm & Unterhumer, 2016)	
Boolesche Operatoren	AND bzw. UND
	OR bzw. ODER
	NOT bzw. NICHT
Phrasensuche	z.B. "kulturelle Diversität"
Klammern	z.B. Ergotherapie UND (Modelle ODER Assessments)
Sternchen (Wortstamm)	z.B. Cultur*

II. Auszug aus der Literaturrecherche

Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	2012 - 2022	Englisch	wissenschaftliche Zeitschrift
Datenbank / Fachzeitschrift	Wörter und Operatoren	Trefferanzahl / Anmerkungen	
PubMed	"Occupational therapy" AND diversity	668	
	"Occupational therapy" AND diversity AND culture	138 • erster Artikel relevant • weitere Eingrenzung	
	"Occupational therapy" AND diversity AND "cultural humility"	4 • 3 relevante Artikel	
	"occupational therapy" AND "cultural diversity"	38 • 2 relevante Artikel	
	"Occupational therapy" AND (assessments OR models) AND diversity	305	
	"Occupational therapy" AND (assessments OR models) AND "cultural diversity"	12 • 1 relevanter Artikel	
	"Occupational therapy" AND (assessments OR models) AND western	717	
	"Occupational therapy" AND (assessments OR models) AND "western culture"	0	
	"Occupational therapy" AND "western culture"	3 • 1 relevanter Artikel	

III. Flyer des Rekrutierungsprozesses

WIR SUCHEN DICH!

Du bist praktizierende:r
Ergotherapeut:in
und arbeitest zusammen mit
Klient:innen mit verschiedenen
kulturellen Hintergründen?

Du nutzt ergotherapeutische
Modelle & Assessments
in deiner Therapie?

Dann brauchen wir genau Dich!

DARUM GEHT'S:

Wir interessieren uns für das Thema
der **kulturellen Diversität**
in **ergotherapeutischen**
Modellen und Assessments.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit
wollen wir daher untersuchen,
inwieweit die
Modelle und Assessments,
die wir in unserer täglichen Arbeit
nutzen, die vielseitigen
kulturellen Hintergründe
von Klient:innen berücksichtigen.



DAS SIND WIR:

Wir, **Pia Wissing** und **Elisa Dartsch**,
sind Studierende des berufsbegleitenden
Bachelorstudiengangs Ergotherapie
an der **ZUYD Hogeschool in Heerlen (NL)**.



Wir möchten verdeutlichen, dass wir das gewählte
Thema aus unserer Position, als weiße
Ergotherapeutinnen betrachten. Aufgrund unseres
Weißseins haben wir Privilegien in der Gesellschaft, mit
denen wir uns, auch im Rahmen der Forschungsarbeit,
auseinandersetzen. Wir profitieren, ob gewollt oder
ungewollt, von rassistischen Machtstrukturen.
Unser Ziel ist es, dabei zu unterstützen, die Ergotherapie
kultursensibler zu gestalten und dazu aufzufordern, die
eigenen Privilegien zu hinterfragen und das eigene
Verhalten kritisch zu reflektieren. Uns ist bewusst, dass
unsere Arbeit von unserer Position beeinflusst ist.

WIR HABEN DEIN INTERESSE GEWECKT?

Die Interviews finden online
ab **Mitte Juli 2022** über einen Videoanruf statt
und werden maximal **60 Minuten** Deiner Zeit in
Anspruch nehmen.

Melde Dich gerne, unabhängig deiner eigenen
Positionierung und/oder deines kulturellen
Hintergrundes. Es ist uns ein Anliegen möglichst
diverse Erfahrungswerte zu erfassen.

Wir freuen uns auf Dich!

Teilnahmebedingungen

- Du hast mindestens 6 Monate Berufserfahrung
- Du verstehst und sprichst die deutsche Sprache
- Du hast Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Klient:innen verschiedener kulturellen Hintergründe im ergotherapeutischen Kontext
- Du nutzt ergotherapeutische Assessments und/oder Modelle in Deiner Therapie

Wir haben Dein Interesse geweckt oder Du hast noch Fragen?

Dann melde Dich jetzt bei uns unter folgender E-Mailadresse:
bachelorarbeit-kulturellediversitaet@gmx.de

a. Beispiele von Veröffentlichungen

Kulturelle Diversität in ergotherapeutischen Assessments/Modellen

Studienteilnehmer:innen gesucht!

Veröffentlicht: 16. August 2022



Im Rahmen unserer Bachelorarbeit (ZUYD Hogeschool) wollen wir untersuchen, inwieweit die Modelle und Assessments, die vielseitigen kulturellen Hintergründe der Klient:innen berücksichtigen. Dazu möchten wir gerne Interviews durchführen, um die Erfahrungen von Ergotherapeut:innen zu erheben.

Die Interviews werden maximal 60 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Bei Interesse oder weiteren Fragen, melden Sie sich gerne unter:

bachelorarbeit-kulturellediversitaet@gmx.de

Wir senden Ihnen auch gerne unseren Flyer und/oder weitere Informationen zu. Wir freuen uns sehr über jede Unterstützung.

Vielen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Pia Wissing und Elisa Dartsch

Deutscher Verband Ergotherapie e.V. | Becker-Göring-Str. 26/1 | 76307 Karlsb

Wenn du Lust als Interviewpartner an dieser spannenden Bachelor-Arbeit teilzunehmen, dann melde dich gerne bei Pia @

WIR SUCHEN DICH!

Du bist praktizierender Ergotherapeut:in und arbeitest zusammen mit Klient:innen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen?

Du nutzt ergotherapeutische Modelle & Assessments in deiner Therapie?

DAS SIND WIR:
Wir Pia Wissing und Elisa Dartsch sind Studierende des berufsbegleitenden Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der ZUYD Hogeschool in Heerlen (NL).

Dann brauchen wir genau Dich!

DARUM GEHT'S:
Wir interessieren uns für das Thema der kulturellen Diversität in ergotherapeutischen Modellen und Assessments.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit wollen wir daher untersuchen, inwieweit die Modelle und Assessments, die wir in unserer täglichen Arbeit nutzen, die vielseitigen kulturellen Hintergründe von Klient:innen berücksichtigen.

Wir möchten verdeutlichen, dass wir das gewählte Thema aus unserer Position, als weiße Ergotherapeut:innen betrachten. Aufgrund unseres Weißseins haben wir Privilegien in der Gesellschaft, mit denen wir uns, auch im Rahmen der Forschungsarbeit, auseinandersetzen. Wir profitieren, ob gewollt oder ungewollt, von rassistischen Machtstrukturen. Unser Ziel ist es, dabei zu unterstützen, die Ergotherapie kultursensibler zu gestalten und dazu aufzufordern, die eigenen Privilegien zu hinterfragen und das eigene Verhalten kritisch zu reflektieren. Uns ist bewusst, dass unsere Arbeit von unserer Position beeinflusst ist.

WIR HABEN DEIN INTERESSE GEWECKT?

Die Interviews finden online ab Mitte Juli 2022 über einen Videoanruf statt und werden maximal 60 Minuten Deiner Zeit in Anspruch nehmen.

Melde Dich gerne, unabhängig deiner eigenen Positionierung und/oder deines kulturellen Hintergrundes. Es ist uns ein Anliegen möglichst diverse Erfahrungswerte zu erfassen.

Wir freuen uns auf Dich!

Teilnahmebedingungen

- Du hast mindestens 6 Monate Berufserfahrung
- Du verstehst und sprichst die deutsche Sprache
- Du hast Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Klient:innen verschiedener kultureller Hintergründe im ergotherapeutischen Kontext
- Du nutzt ergotherapeutische Assessments und/oder Modelle in Deiner Therapie

Wir haben Dein Interesse geweckt oder Du hast noch Fragen?
Dann melde Dich jetzt bei uns unter folgender E-Mailadresse: bachelorarbeit-kulturellediversitaet@gmx.de

WIR SUCHEN DICH!

Du bist praktizierender Ergotherapeut:in und arbeitest zusammen mit Klient:innen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen?

Du nutzt ergotherapeutische Modelle & Assessments in deiner Therapie?

Dann brauchen wir genau Dich!

DARUM GEHT'S:
Wir interessieren uns für das Thema der kulturellen Diversität in ergotherapeutischen Modellen und Assessments.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit wollen wir daher untersuchen, inwieweit die Modelle und Assessments, die wir in unserer täglichen Arbeit nutzen, die vielseitigen kulturellen Hintergründe von Klient:innen berücksichtigen.

DAS SIND WIR:
Wir Pia Wissing und Elisa Dartsch sind Studierende des berufsbegleitenden Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der ZUYD Hogeschool in Heerlen (NL).

Wir möchten verdeutlichen, dass wir das gewählte Thema aus unserer Position, als weiße Ergotherapeut:innen betrachten. Aufgrund unseres Weißseins haben wir Privilegien in der Gesellschaft, mit denen wir uns, auch im Rahmen der Forschungsarbeit, auseinandersetzen. Wir profitieren, ob gewollt oder ungewollt, von rassistischen Machtstrukturen. Unser Ziel ist es, dabei zu unterstützen, die Ergotherapie kultursensibler zu gestalten und dazu aufzufordern, die eigenen Privilegien zu hinterfragen und das eigene Verhalten kritisch zu reflektieren. Uns ist bewusst, dass unsere Arbeit von unserer Position beeinflusst ist.

WIR HABEN DEIN INTERESSE GEWECKT?

Die Interviews finden online ab Mitte Juli 2022 über einen Videoanruf statt und werden maximal 60 Minuten Deiner Zeit in Anspruch nehmen.

Melde Dich gerne, unabhängig deiner eigenen Positionierung und/oder deines kulturellen Hintergrundes. Es ist uns ein Anliegen möglichst diverse Erfahrungswerte zu erfassen.

Wir freuen uns auf Dich!

Teilnahmebedingungen

- Du hast mindestens 6 Monate Berufserfahrung
- Du verstehst und sprichst die deutsche Sprache
- Du hast Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Klient:innen verschiedener kultureller Hintergründe im ergotherapeutischen Kontext
- Du nutzt ergotherapeutische Assessments und/oder Modelle in Deiner Therapie

Wir haben Dein Interesse geweckt oder Du hast noch Fragen?
Dann melde Dich jetzt bei uns unter folgender E-Mailadresse: bachelorarbeit-kulturellediversitaet@gmx.de

STUDIEN-TEILNEHMER:INNEN GESUCHT

Hallo Ihr Lieben,

wir sind Studierende der ZUYD Hogeschool und schreiben gerade unsere Bachelorarbeit zum Thema kulturelle Diversität in ergotherapeutischen Assessments und Modellen.

Wir suchen aktuell nach Teilnehmer:innen für die Interviews für unsere Studie! 🍷
Vielleicht kann sich hier ja jemand mit unserem Thema und den Kriterien identifizieren und würde uns unterstützen, wir würden uns sehr freuen!

Ansonsten würdet ihr uns auch sehr weiterhelfen, wenn ihr den Flyer weiterschicken würdet und weiteren Ergos davon berichtet! 🙏

Vielen lieben Dank!
Elisa & Pia Weniger anzeigen

Bearbeiten

Gefällt mir Kommentieren

Komentieren ...

IV. ,Einführungsschreiben in das Interview‘ für TNs

Einführungsschreiben in das Interview

Liebe Teilnehmer:innen unserer Studie,

wir möchten uns bei Ihnen bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben, uns bei unserer Forschungsarbeit zu unterstützen und das Interview mit uns zu führen. Da das Interview in den kommenden Tagen startet, ist es uns ein Anliegen Sie kurz in unsere Studie einzuführen. Mit unserer Bachelorarbeit wollen wir erforschen welche **Erfahrungen Ergotherapeut:innen** innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung, bei der **Anwendung verschiedener Modelle und Assessments**, bezüglich der **kulturellen Diversität** Ihrer Klient:innen gemacht haben. Uns ist es demnach wichtig herauszufinden, ob Sie bei der Nutzung der Assessments mit Klient:innen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen beispielsweise Barrieren und/oder Ressourcen erfahren haben.

Da wir innerhalb unserer Forschungsarbeit bestimmte Begriffe vorab, anhand einer Literaturrecherche, für unsere Ausarbeitung definiert haben, ist es uns wichtig, Ihnen diese im Vorhinein zur Verfügung zu stellen, um für ein einheitliches Verständnis zu sorgen:

Kultureller Hintergrund/ Kultur:

Glaubensvorstellungen, Normen- und Wertesysteme, Einstellungen und Bräuche bzw. Traditionen einer sozialen Gruppe oder Gesellschaft, die die Formen des Zusammenlebens beeinflussen.

Kulturelle Diversität:

Kulturelle Vielfalt der Gesellschaft, durch individuelle und soziale Unterschiede oder Gemeinsamkeiten. Diese werden akzeptiert und als bereichernd angesehen. Eine Gleichbehandlung aller, ist nicht das Ziel, sondern das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse.

Westlich geprägte Gesellschaft:

...beschreibt Kanada, Neuseeland, Australien, UK, USA und großen Teil Europas. Geprägt durch Werte, wie Unabhängigkeit, Individualismus und Kompetenz. Work-Life-Balance spielt eine wichtige Rolle. Man verlässt sich auf medizinisches Fachpersonal, statt Familienmitglieder selbst zu pflegen.

Innerhalb des Interviews gehen wir erneut kurz auf die Definitionen ein. Das gibt Ihnen die Möglichkeit diesbezüglich eventuelle Rückfragen zu stellen.

Für Fragen stehen wir außerdem selbstverständlich auch jederzeit per Mail zur Verfügung:
bachelorarbeit-kulturellediversitaet@gmx.de

Innerhalb der Mail finden Sie neben dieser Datei und der Einverständniserklärung, auch den Link für das bevorstehende Interview. Die Einverständniserklärung können Sie uns gerne im Vorhinein per Mail zukommen lassen.

Vielen lieben Dank für Ihr Engagement und ihre Bereitschaft teilzunehmen.

Wir freuen uns auf das Interview mit Ihnen,

Elisa Dartsch und Pia Wissing

V. Einwilligungserklärung Anhang B

Anhang B: Einverständniserklärung Teilnehmer

Die Sicht von Ergotherapeut:innen auf die kulturelle Diversität in ergotherapeutischen Modellen und Assessments

<verpflichtend:>

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

Name Studienteilnehmer*in:

Unterschrift:

Datum : __ / __ / __

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

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

Name Studienleiter*in: Elisa Dartsch / Pia Wissing

Unterschrift:





Datum: 01.10.2022

<sofern notwendig>

Ergänzende Informationen wurden von folgender Person gegeben:

Name:

Funktion:

Unterschrift:

Datum: __ / __ / __

* Nicht Zutreffendes bitte herausnehmen.

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

VI. Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Interviewfragen	Anmerkungen
Einstieg des Interviews	
<u>1. Beginn der Aufnahme</u> - Begrüßung - Siezen oder Duzen? - für die genommene Zeit bedanken <u>Interviewablauf und Dauer des Interviews:</u> Freies Gespräch, Leitfaden als Grundstruktur, max. 45 min. - Datenschutzvereinbarung, Tonaufnahme <u>7. Start des Interviews</u> <u>8. Thema kurz beschreiben:</u> Wir wollen erforschen welche <u>Erfahrungen Ergotherapeut:innen</u> innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung, bei der <u>Anwendung verschiedener Modelle und Assessments</u>, bezüglich der <u>kulturellen Diversität</u> Ihrer Klient:innen gemacht haben? Wurden Barrieren und/oder Ressourcen erfahren? <u>9. Begriffsdefinitionen:</u> Kultureller Hintergrund/ Kultur: Glaubensvorstellungen, Normen- und Wertesysteme, Einstellungen und Bräuche bzw. Traditionen einer sozialen Gruppe oder Gesellschaft, die die Formen des Zusammenlebens beeinflussen. Kulturelle Diversität Kulturelle Vielfalt der Gesellschaft, durch individuelle und soziale Unterschiede oder Gemeinsamkeiten. Diese werden akzeptiert und als bereichernd angesehen. Eine Gleichbehandlung aller, ist nicht das Ziel, sondern das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse. Westlich geprägte Gesellschaft: ...beschreibt Kanada, Neuseeland, Australien, UK, USA und großen Teil Europas. Geprägt durch Werte, wie Unabhängigkeit, Individualismus und Kompetenz. Work-Life-Balance spielt eine wichtige Rolle. Man verlässt sich auf medizinisches Fachpersonal, statt Familienmitglieder selbst zu pflegen. - Weitere Fragen oder Anmerkungen der Interviewteilnehmer:innen?	“Warming up”, angenehme Atmosphäre schaffen Einführung in das Interview <u>vorher zugesendet, Fragen oder Unklarheiten klären</u> Viele ergotherapeutischen Modelle & Assessments sind von westlicher Kultur geprägt → Klient:innen die nicht westlich geprägt sind Raum für Fragen oder Anmerkungen geben

11. Wann hast du deine Ergotherapieausbildung/-studium abgeschlossen? Welchen Abschluss hast du erworben? 12. Beschreibe bitte in welchem Setting Du arbeitest und Deine Aufgaben und Rollen dort. 13. Seit wann bist Du in diesem Bereich tätig? Hast Du bereits in anderen Bereichen gearbeitet? 14. Wie bist Du auf unsere Studienumfrage gestoßen und was hat Dich dazu bewogen teilzunehmen?	Besprechung der Daten und Fakten der Interviewteilnehmer:innen Informationen für weitere Nachfragen von Relevanz
Mikroebene	
1. Wie häufig nutzt Du ergotherapeutische Modelle und/oder Assessments in Deiner therapeutischen Behandlung? 2. Welche Modelle und/oder Assessments nutzt Du? a. An welchem Prozesspunkt der ergotherapeutischen Behandlung wendest du die Modelle an? b. An welchem Prozesspunkt der ergotherapeutischen Behandlung wendest du Assessments an? c. <i>(z.B. Befunderhebung/Anamnese, im Therapieverlauf, für Dokumentation, für Abschlussberichte,...)</i> 3. Kannst Du ungefähr in einer Prozentzahl (%) einschätzen, wie häufig du mit Klient:innen therapeutisch zusammengearbeitet hast, deren kultureller Hintergrund nicht westlich geprägt ist? 4. Welche Erfahrungen hast du bereits mit Modellen und/oder Assessments bezüglich der kulturellen Diversität Deiner Klient:innen gemacht? a. Bei welchen ergotherapeutischen Modellen waren diese Erfahrungen besonders prägnant? b. Vertiefende Frage: Hast du Ressourcen oder Barrieren bei der Anwendung erfahren? c. Bei welchen ergotherapeutischen Assessments waren diese Erfahrungen besonders prägnant? d. Vertiefende Frage: Hast du Ressourcen oder Barrieren bei der Anwendung erfahren? 5. Haben deine Klient:innen ihre Erfahrungen bezüglich möglicher Ressourcen oder Barrieren der Modelle und Assessments mit Dir kommuniziert? a. Falls JA: Ähneln sich die Wahrnehmungen und Erfahrungen Deiner Klient:innen mit der Deinen oder fallen Unterschiede auf?	Direkter Austausch über Erfahrungen der Ergotherapeut:innen bei der Verwendung von ergotherapeutischen Assessments und/oder Modellen in der therapeutischen Zusammenarbeit mit Klient:innen, deren kultureller Hintergrund nicht westlich geprägt ist → langsam diktieren lassen, falls nötig erklären lassen Modelle & Assessments notieren, um diese als Fallbeispiele anwenden zu können Ohne Vorurteile! <i>genannte Modelle benennen und auf Fallbeispiel zurückführen</i> <i>(genannte Fallbeispiele ansprechen)</i>

6. Hattest Du den Eindruck, dass das Verwenden der Modelle und/oder Assessments eine Auswirkung auf die Beziehung zwischen Dir und Deinen Klient:innen, derer kultureller Hintergrund nicht westlich geprägt ist, hatte? 7. Falls der/die TN von Barrieren/Grenzen in der Anwendung berichtet: Wie bist Du mit den auftretenden Barrieren/Grenzen, die du bei Verwendung der Modelle und Assessments wahrgenommen hast, umgegangen?	
Mesoebene	
8. Tauscht ihr Euch im Team über die Erfahrungen mit der Anwendung von Modellen und/oder Assessments, in der Therapie, aus? a. Haben deine Kolleg:innen ähnliche Erfahrungen wie Du (bzgl. der kulturellen Diversität) gemacht oder gab es Unterschiede? Falls es Unterschiede gab: b. Worin haben sich eure Erfahrungen unterschieden? c. bzw. Ansichten? 9. Werden in Deinem Arbeitssetting einheitliche Assessments und Modelle verwendet? Wurden diese unter bestimmten Kriterien ausgewählt?	Übertrag auf die institutionelle Ebene, Arbeitssetting, Austausch mit Kolleg:innen
Makroebene	
10. Hast du den Eindruck, dass eine Adaption von ergotherapeutischen Modellen und Assessments bezüglich der Kultursensibilität/kulturelle Diversität sinnvoll wäre? a. Falls JA: Warum? b. Hast Du Ideen, was bei einer solchen Adaption besonders wichtig wäre? c. Falls NEIN: Warum nicht? 11. Hast Du den Eindruck, dass die Ergotherapie ein kultursensibles Berufsfeld ist, dass die kulturelle Diversität der Klient:innen berücksichtigt?	Übertrag auf die Makroebene, Ergotherapie als Berufsfeld, kulturelle Diversität in der Ergotherapie <i>(genannte Fallbeispiele ansprechen und diese thematisieren)</i>
Rückblick	
• Möchtest Du noch etwas ergänzen oder anmerken? • Hast Du Fragen? • Zusammenfassung des Interviews geben, eventuelle Rückfragen stellen bei Unklarheiten • Erneuter Dank für die Zeit und die Beantwortung der Interviewfragen	Raum für mögliche Fragen und Anregungen geben
Ausblick	
• Informationen über Auswertung der Ergebnisse geben • Kontaktdaten erfragen für Membercheck, Ablauf Membercheck erläutern • Bachelorarbeit zuzusenden? (Kontaktdaten dafür verwenden?) - Februar 2023 • Verabschiedung	

VII. **Transkriptionsregeln** adaptiert nach Kuckartz und Rädiker (2022)

1. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert, auch kurze Einwürfe anderer Personen wie „Ja“, „Nein“, „Genau“. Zwischen den Sprechbeiträgen wird eine Leerzeile eingefügt, um die Lesbarkeit zu erhöhen.
2. Absätze der interviewenden oder protokollierenden Personen werden durch „I:“ oder „P:“, die der befragten Person(en) durch eindeutige Kürzel mit der jeweiligen Zahl der Teilnehmer:in z.B. „TN 2“ eingeleitet. Die Kennzeichnungen der Sprechenden werden zur besseren Erkennbarkeit fett gesetzt.
3. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt, damit die Texte gut durchsucht werden können.
4. Die Sprache wird leicht geglättet, das heißt an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Wir haben hier ‘nen großen Ordner mit vielen Assessments“ → „Wir haben hier einen großen Ordner mit vielen Assessments“. Die Wortstellung, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
5. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte „(...“ markiert.
6. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
7. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen („mhm“, „aha“ etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der sprechenden Person nicht unterbrechen oder als direkte Antwort auf eine Frage zu verstehen sind.
8. Fülllaute wie „ähm“ oder „genau“ werden nur transkribiert, wenn ihnen eine inhaltliche Bedeutung zugemessen wird.
9. Störungen von außen werden unter Angabe der Ursache in Doppelklammern notiert, z. B. „((Telefon klingelt))“.

10. Lautäußerungen werden in einfachen Klammern notiert, z.B. „(lacht)“, „(atmet tief ein)“ und Ähnliches.
11. Unverständliche Wörter und Passagen werden durch „(unv.)“ kenntlich gemacht. Wörter und Passagen, bei denen der Wortlaut nur vermutet wird, werden eingeklammert und am Ende mit einem Fragezeichen versehen, z.B. „(Nutrition?)“.
12. Zeitmarken werden am Ende jedes Sprechbeitrags eingefügt; bei Bedarf auch bei unverständlichen Passagen in einem längeren Absatz.
13. Hat die Person einen Ausdruck geändert, wurde dies mit einem Doppelpunkt gekennzeichnet (z.B. "Klient:innen").

VIII. Schritte der Datenanalyse

a. Auszug Transkript am Beispiel ‚TN3‘

Transkript Interview TN3 – 06.10.2022

TN3: Mhm (...) Erfahrungen habe ich gemacht, dass es teilweise, je nach Kulturellem Hintergrund, diese Aufteilung von: Welche Aufgaben übernehmen die Kinder im häuslichen Setting? Also, dass da Produktivität zum Beispiel oder sowas wie Haushalt oder so, da Aufgaben zu übernehmen, schon mehr Zeit der Kinder einnimmt, weil das da, zum Beispiel bei jungen Mädchen, da eine wichtigere Rolle spielt. Das ist mir mal aufgefallen oder das waren Erfahrungen bei der Erhebung mit Assessments. (11:18) Sonst müsste ich nochmal eben überlegen (...) (11:30) also, dass da Produktivität mehr ein Anteil war und irgendwie dieses: eigenen Interessen nachgehen, für sich selber bedeutungsvolle Aktivitäten zu finden und zu haben, dass das eher nicht so wichtig für sie war. (11:47)

I: Also das bezogen auf die Modelle, hast du da Ressourcen und Barrieren bei der Anwendung der Modelle, also des CMOP-E's, hast du ja gerade angesprochen, hast du da irgendwie Barrieren und Ressourcen erfahren, als du das benutzt hast? (11:59)

TN3: Ja, also ich finde bei den Modellen, das ist schon so offen gelegt oder so offen dargestellt irgendwie, dass das schon auch da Platz findet und dass man da schon vieles drin unterbringen kann. Und beim CMOP-E gibt es ja auch sowas wie Kultur, wird das Kulturell auch genannt? (12:24) Ganz drumherum oder? (12:26)

I: Kulturelle Umwelt, ja. (12:27)

TN3: Genau, Kulturelle Umwelt im CMOP-E, die kann man da schon mit drunter fassen, finde ich. Die Betätigungsbereiche an sich finde ich auch schon so offen, dass man das da auch zuordnen kann, oder viele Dinge. Da habe ich jetzt keine Barrieren festgestellt. (12:47)

I: Wenn du jetzt mal an die Assessments denkst, also an das COPM und an das COSA, die ihr benutzt, hast du da Ressourcen und Barrieren bei der Anwendung oder besonders prägnante Erfahrungen erlebt, als du die benutzt hast? (13:02)

TN3: Also ich finde beim COPM hat man schon, auch dadurch, dass man selber auch nochmal Aktivitäten oder Betätigungen eintragen kann, auch viel Raum, um da noch Aktivitäten unterzubringen. Beim COSA sind viele Dinger, da gibt es ja so, ich weiß jetzt nicht ob 25 oder 29, aber auf jeden Fall einige Items, nenn ich das jetzt mal, die schon konkret formuliert sind und da hat man nicht so viel Spielraum. Da könnte man, je nach dem, was da jetzt noch fehlt, findet man da vielleicht nicht sowas was Bräuchen oder Traditionen oder so entsprechen würde. Da ist das COSA schon eher westlich geprägt, würde ich jetzt vermuten. Und bei dem COPM, habe ich ja schon gesagt, ist es einfach offen, dadurch, dass man Aktivitäten selber eintragen kann, was für einen selbst unter Produktivität zählt. (14:10)

...

I: Also weniger, dass die Assessments verändert werden müssten, als dass vielleicht Ergotherapeut:innen zum Beispiel geschult werden müssten in der Anwendung bezüglich der kulturellen Diversität? (21:41)

TN3: Ja genau. Ich glaube, dass das ganz wichtig ist, dass im Hinterkopf zu haben und zu wissen, da kann es Abweichungen geben oder andere Aktivitäten oder Betätigungen. Aber ich wüsste jetzt nicht, wie das aussehen könnte, wenn da alles drin berücksichtigt werden soll. Aber ich bin natürlich dafür jedes Assessment zu hinterfragen und zu gucken: Ist das passend für jeden Klienten, den man in dem Setting hat? (22:10)

I: Ja, kann ich gut verstehen. Hast du den Eindruck, dass die Ergotherapie ein kultursensibles Berufsfeld ist, dass die kulturelle Diversität unserer Klient:innen berücksichtigt? Ganz allgemein gefragt. (22:24)

TN3: Ganz allgemein die Ergotherapie, ja schon, die ist kultursensibel (...) also, ich glaube, dass sich das gerade auch im Wandel befindet. Also ich glaube, dass das lange nicht so war. Das hatte ich nämlich auch, da hab ich noch den Vergleich aus der Praxis, dass nicht berücksichtigt wurde, wenn wir denken der Junge muss jetzt selbstständig werden, dass das aber überhaupt nicht das Ziel der kompletten Familie war, denn der Junge musste nicht selbstständig sein, weil das Familienkonzept vielleicht anders ist oder in der Kultur das anders gehandhabt wird. Aber das ist immer so eine Mischung auch aus eigenen Werten und Einstellungen, finde ich und aber auch gleichzeitig diese Vorurteile die man hat. 23:19 Und ich glaube aber schon, die Frage war ja, ob das berücksichtigt wird in der Ergotherapie, dass es jetzt mittlerweile schon so weit ist, dadurch, dass das ja auch in Publikationen und so Thema ist, dass man dann mehr darauf achten kann. (23:39)

I: Damit wäre ich jetzt mit unseren Fragen am Ende des Interviews. Aber wenn du jetzt nochmal zurückblickst und du hattest dich ja auch an uns gewandt und entscheiden teilzunehmen, möchtest du vielleicht noch etwas ergänzen oder fällt dir noch etwas zu dem Thema ein, was dir noch auf der Seele brennt und was du noch gerne loswerden würdest? (23:57)

TN3: Mhm, was möchte ich noch loswerden? Ja, also ich finde das Thema total interessant und bin total dankbar auch für diesen Gedankenanstoß, weil wir uns natürlich auch schon überlegt hatten: Wie machen wir das hier? Weil wir wollen ja allen gleich gut begegnen und ich finde dieses, hab auch gedacht, eigentlich als Ergotherapeut, wenn man das Ziel hat, den Klienten ganz offen zu begegnen, offen ist, für seine Ziele oder seine bedeutungsvollen Betätigungen, dann ist das eigentlich egal. Also, dass man selber wenig Ahnung von der Kultur haben muss oder so, weil man ja eher so ein Begleiter ist und der Klient einem selber sagt: Das ist für mich wichtig, das möchte ich wieder können oder (...). Und dann ist es eigentlich egal, ob es dabei um etwas kultursensibles geht, kann man das so nennen? Vielleicht. Um eine Aktivität, die in einer Kultur spezifisch stattfindet. Oder ob es etwas ist, was jeder Mensch tut. Zähne putzen zum Beispiel. Obwohl vielleicht gibt es da auch Unterschiede (lacht)? Aber ich finde es total interessant. Ich denke es ist die therapeutische Einstellung und Offenheit, innerhalb der Behandlung sensibel zu sein und die eigenen Vorurteile zu hinterfragen, dass man jedem Klienten, egal welcher Kultur, offen begegnet und die Assessments individuell nutzt, aber auch hinterfragt, so wie durch die Bachelorarbeit gerade und schaut und ja (...) einfach sensibler zu sein. (25:29)

b. Inhaltliche Zusammenfassung für Membercheck am Beispiel ‚TN3‘

Interview TN3 – 06.10.2022

Ab Beginn der Aufnahme: Einstieg

- Begrüßung/ Vorstellung
- allgemeine Informationen

vor Minute 1: Thematischer Einstieg

- kurze Erläuterung des Forschungsthemas
- Interviewerin erklärt die Begriffsdefinitionen
- Fragen zu den Begriffsdefinitionen werden geklärt

ab Minute 3: Infos über Teilnehmerin

- Ausbildung zur examinierten Ergotherapeutin 2017 abgeschlossen
- 2019 zusätzlich den Bachelor of Science in Ergotherapie
- Arbeit in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, in einer Tagesklinik seit Juni 2020, davor für ein Jahr tätig in einer ergotherapeutischen Praxis
- Aufgabe und Rollen: innerhalb der Gruppeneinheiten ermöglicht sie den Aufbau sozialer Kompetenzen, in den Einzelterminen geht es ihr um die individuelle Zielerreichung ihrer Klient:innen, sieht sich als „Unterstützerin“ der Kinder und Jugendlichen und möchte die Ressourcen ihrer Klient:innen stärken und sie unterstützen bedeutungsvollen Betätigungen nachzugehen

ab Minute 3,30: Hauptteil - Mikroebene

Die Teilnehmerin nutzt Modelle zu Beginn beim ersten Klient:innenkontakt. Hierfür nutzt sie meist das CMOP-E, welches sie als Struktur nutzt und Stichpunkte der Betätigungsbereiche vermerkt. Sie berichtet das Modell grundsätzlich bei der Einordnung von Klient:innen im Hinterkopf zu haben. Das MOHO sei ebenfalls vorhanden, würde jedoch wenig Verwendung finden. Weiterhin nutzt sie zu Beginn jeder Behandlung das COPM bei älteren Kindern und das COSA bei jüngeren.

Die Teilnehmerin berichtet wenig mit Klient:innen mit nicht westlich geprägten kulturellen Hintergrund zusammenzuarbeiten. Hier belaufe sich die Zahl derzeit auf ungefähr 5-10% aller Klient:innen. Sie habe durch die Anwendung der Modelle und Assessments die Erfahrungen gemacht, dass die Kinder im häuslichen Setting andere Aufgaben übernehmen würden, welche sich eher im Bereich der Produktivität befinden, wie z.B. Aufgaben die den Haushalt betreffen und weniger eigenen Interessen nachgehen. Hier habe sie erfahren, dass die Rolle junger Mädchen eine andere sei. Sie beschreibt Modelle als Ressource, da diese offen dargestellt seien und viel Möglichkeiten zur Einordnung der Klient:innen bieten. Im CMOP-E sei ihr zudem die Kulturelle Umwelt positiv aufgefallen. Die Betätigungsbereiche empfindet sie sehr offen, sodass eine Zuteilung gelingen würde. Barrieren habe sie hier keine erlebt. Auch das COPM biete viel Raum um jegliche Betätigungen unterzubringen. Hingegen denke sie, dass beim COSA die westliche Prägung prägnanter sei, da dies wenig Spielraum biete und bei der Anwendung mit den Klient:innen einige Items, wie beispielsweise bestimmte Traditionen und Bräuche fehlen würden. Die Klient:innen haben ihre Erfahrung bezüglich erlebten Ressourcen und Barrieren innerhalb der Anwendung bislang nicht kommuniziert.

Die Anwendung der Modelle und Assessments wirke sich positiv auf die therapeutische Beziehungsgestaltung aus. Die Teilnehmerin habe hier wahrgenommen, dass ihre Klient:innen sich, dadurch dass ihre Bedürfnisse identifiziert werden, angenommen fühlen würden. Als weitere Ressource habe sie erlebt, dass sie durch die Assessments eigne Vorannahmen aufbrechen konnte, wenn Klient:innen andere bedeutungsvolle Betätigungen genannt haben, als sie zunächst vermutet hatte, hier benennt sie, dass dies

dafür Sorge, dass sie ein besseres Verständnis erlange und unvoreingenommener ihre eigenen Gedanken einbringen könne.

ab Minute 17: Hauptteil – Mesoebene

Die Teilnehmerin berichtet, dass sie in ihrem Ergotherapie-Team schnell im Austausch über die Betätigungsbereiche waren und sie sich ebenfalls die Assessments angeschaut haben, um zu überprüfen, ob sie damit den Klient:innen „(. . .) gut begegnen können“. Um ihren jüngeren Klient:innen gerechter zu werden, habe sie das COSA angeschafft, wobei sie dies wie zuvor beschrieben als weniger hilfreich empfinde. In der Ergotherapie werden einheitliche Assessments und Modelle genutzt. Sie berichtet, dass sie durch ihr Studium bereits viel mit Themen wie Diversität konfrontiert war, weshalb sie dafür sensibilisiert sei, so würde ihre Vorannahmen leichter aufbrechen können und einen Blick für beispielweise fehlende Divers-Felder auf Fragebögen haben.

ab Minute 20: Hauptteil - Makroebene

Eine Adaption von Modellen und Assessments stimmt sie bezüglich des COSA zu. Dies müsse offener formuliert werden und mehr Möglichkeit zur Individualität bieten. Sie erlebe die typischen Betätigungsbereiche (Produktivität, Selbstversorgung, Freizeit) als hilfreich, um sich daran zu orientieren, stellt eine Adaption infrage. Die Teilnehmerin überlegt anschließend, ob die Bereiche selbst womöglich westlich geprägt seien und offener sein müssten, „(. . .) damit auch Bräuche und Traditionen oder weitere kulturoffener Betätigungen Platz finden“. Sie empfindet es als sinnvoll „(. . .) jedes Assessment zu hinterfragen und zu gucken: Ist das passend für jeden Klienten, den man in dem Setting hat?“. Dennoch sehe sie vor allem die eigene therapeutische Herangehensweise als bedeutend. Diesbezüglich habe sie erlebt, dass es wichtig sei, dass es Abweichungen geben könne und andere Aktivitäten oder Betätigungen genannt werden können und man dies im Hinterkopf haben müsse. Hier habe sie erlebt, dass die eigenen Annahmen von Zielen „(. . .) der Junge muss jetzt selbstständig werden (. . .)“ auf die Klient:innen übertragen wurde, wobei dieser auf Grund des Familienkonzeptes nicht selbstständig sein musste, weil dies in der Kultur anders gehandhabt wurde. Sie benennt, dass häufig eigene Werte, Einstellungen und Vorurteile, die man selbst als Therapeut:in habe vermischt werden. Die Ergotherapie nehme sie als ein kultursensibles Berufsfeld wahr, welches sich derzeit noch im Wandel befinde. Durch die Thematisierung der Diversitäten in Publikationen könne man nun mehr darauf achten.

Ab Minute 24: Offene Schlussfrage

Die Klientin berichtet im Abschluss des Interviews, dass sie es als wichtig empfinde, dass allen Klient:innen gleich gut begegnet wird und wenn ein:e Therapeut:in sich dies zum Ziel nehme und offen für die Ziele und die bedeutungsvollen Betätigungen der Klient:innen sei, sei das Wissen über die jeweilige Kultur unwichtig. Sie beschreibt die Rolle der Ergotherapeut:innen als „Begleiter“. Sie empfindet es als wichtig, die eigenen Vorurteile zu hinterfragen und die Assessments individuell auf den/die Klient:in abgestimmt zu nutzen, diese zu hinterfragen und den Klient:innen stetig offen zu begegnen.

Ab Minute 25,30: Schluss

- Dank für Teilnahme
- Klärung von Fragen der Teilnehmerin
- letzte Infos bzgl. Membercheck etc.
- Verabschiedung

c. (Haupt-)Kategoriendefinition

Hauptkategorien Definitionen (Kuckartz & Rädiker (2022), S. 66):

Kürzel	Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung der Kategorie	Beispiele für Anwendungen	Abgrenzung
Abkürzung	Möglichst prägnante Bezeichnung	Möglichst prägnante Bezeichnung	Kategorie wird codiert, wenn...	Zitate mit Quellenangabe (Dokument, Absatz)	Kategorie wird nicht codiert, wenn...
MUA	Verwendung der Modelle und Assessments	Werden Assessments und Modelle verwendet? Zu welchem Prozesspunkt? Wofür? Verwenden alle im ET Team die gleichen Modelle/ Assessments? Nach welchen Kriterien wurden diese ausgewählt?	Von der Anwendung von Modellen und Assessments gesprochen wird, diese genannt werden oder Assessments bezüglich der Mesoebene (Team, Arbeitssetting) erwähnt werden	"Eigentlich so konkret leider gar nicht, nur in meinen Praktika damals häufig. . ." (Transkript TN 2, S. 3)	Von Ressourcen oder Barrieren gesprochen wird oder wenn die Verwendung der Assessments wertend thematisiert wird, inhaltliche Erklärung der Assessments, wenn diese für den weiteren Kontext nicht relevant sind
KWH	Klient:innen mit nicht westlich geprägtem kulturellen Hintergrund	Wie hoch ist der Anteil an Klient:innen, deren kultureller Hintergrund nicht westlich geprägt ist?	Davon gesprochen wird wie häufig mit Klient:innen mit nicht westlich geprägtem HG gearbeitet wird (Eine ungefähre numerische oder Prozentzahl Angabe)	"Jetzt gerade, neunzig/zehn." (Transkript TN2, S. 4)	Die Zusammenarbeit beschrieben oder bewertet wird bezüglich der Verwendung von Assessments und Modellen
RES	Erfahrene Ressourcen	Welche Ressourcen haben die TN bei der Verwendung von Assessments/Modellen erfahren oder wahrgenommen? Welche Assessments/Modelle sind positiv aufgefallen?	Von Ressourcen/Stärken oder Vorteilen gesprochen wird, wenn Modelle und/oder Assessments im positiven Sinne genannt werden	"Doch, das finde ich schon ganz, ähm, dass das schon sehr individuell aufgebaut ist. Dass man das ja ganz frei gestalten kann, da angeben kann und nach (Wichtigkeit?) einstufen kann." (Transkript TN2, S. 5)	Wertfreie Informationen oder Barrieren geteilt werden
BAR	Erfahrene Barrieren	Welche Barrieren haben die TN bei der Verwendung von Assessments/Modellen erfahren oder wahrgenommen? Welche Assessments/Modelle sind negativ aufgefallen?	Von Barrieren/Grenzen/ Nachteilen oder Schwächen gesprochen wird, wenn von Modellen und/oder Assessments im negativen Sinne gesprochen wird	"Aber das wird häufig von denen angesprochen. Man merkt, dass das für die eine Ressource ist, aber das wird halt nicht unbedingt in den Assessments abgefragt." (Transkript TN1, S. 3)	Wertfreie Informationen oder Ressourcen geteilt werden

KEK	Kommunikation der Erfahrung der Klient:innen	Erfahrungen/ Eindrücke/ Gefühle etc., die die Klient:innen den ET mitgeteilt haben	TN von Kommunikation der Klient:innen bezogen auf die erlebten Erfahrungen/Eindrücke/Gefühle sprechen, welche mit Barrieren/Grenzen/ Nachteilen/Schwächen der Modelle und/oder Assessments einhergehen	<i>"Es wurde immer gefragt, warum fragen sie das." (Transkript TN2, S. 6)</i>	Meinungen/ Eindrücke/ Interpretationen der ET oder Erfahrungen, die Klient:innen mit westlich geprägtem kulturellen Hintergrund geteilt haben, Assessments/Modelle/Testungen im Allgemeinen hinterfragt werden ohne das dies einen inhaltlichen Aspekt hat
URB	Umgang mit aufgetretenen Ressourcen/ Barrieren	Wie sind die TN mit auftretenden Ressourcen/Barrieren bei der Verwendung der Modelle/Assessments umgegangen?	vom Umgang mit aufgetretenen Ressourcen/Vorteilen/Stärken oder Barrieren/Nachteilen/Schwächen/Grenzen gesprochen wird	<i>"Und wenn ich gemerkt habe, das bringt gerade zum Beispiel gar nichts, das Assessment, dann hab ich es abgebrochen" (Transkript TN1, S.6)</i>	der Umgang von Ressourcen oder Barrieren im Klient:innenkontakt unabhängig von den Assessments/ Modellen thematisiert wird
ETB	Einfluss auf therapeutische Beziehung	Haben die Ergotherapeutinnen das Gefühl, dass die Verwendung der Assessments und Modelle einen Einfluss auf die therapeutische Beziehung hatte?	Von der therapeutischen Beziehung oder der Beziehungsgestaltung gesprochen wird, von Einflüssen oder Auswirkungen auf die Therapie/Beziehung/Beziehungsgestaltung gesprochen wird, von Erfahrungen oder Wahrnehmungen seitens der Ergotherapeut:innen gesprochen wird	<i>"Ja, doch, auf jeden Fall. Gerade, wenn man dann natürlich in der ersten Therapieeinheit ankommt und dazu Fragen stellt, dann ist man immer die doofe Therapeutin mit den ganzen Fragen, die alles wissen wollte." (Transkript TN2, S. 6)</i>	wenn es um den Einfluss auf die therapeutische Beziehung mit Klient:innen mit westlich geprägtem kulturellen Hintergrund geht
TAU	Teamaustausch	Wird sich im Team der TN über die Verwendung der Assessments und/oder Modelle ausgetauscht? Berichten die Kolleg:innen der TN von ähnlichen oder anderen Erfahrungen?	Vom Team/von Kolleg:innen der TN oder von Erfahrungen der Kolleg:innen der TN innerhalb der Anwendung der Assessments und/oder Modelle gesprochen wird	<i>"Ja schon, also man spricht schon zwischendurch darüber, aber das ist jetzt nicht, häufig ist das ja so, das wird eine vorgelegt und dann führt man es einfach durch und hinterfragt das manchmal gar nicht." (Transkription TN2, S. 7)</i>	Größe des Teams

ADA	Adaption	Haben die TN den Eindruck, dass eine Adaption von ergotherapeutischen Assessments und/oder Modellen bezüglich der Kultursensibilität/kulturellen Diversität sinnvoll wäre? Welche Ideen zur Adaption beschreiben die TN?	Von (Ideen zur) Adaptionen/Ver-/Änderung/Anpassung der ergotherapeutischen Assessments und/oder Modellen gesprochen wird,	<i>"Ich finde teilweise schon. Also gerade weil, also es ist ja so, dass die ganzen Assessments in den westlichen Ländern entwickelt wurden und (...) mittlerweile kann man ja gar nicht mehr sagen: nur Menschen mit westlichen Kulturen leben im Westen." (Transkript TN1, S. 7)</i>	Adaption des Verhaltens der ET oder Veränderung der Perspektive/ Sichtweise der ET
CHE	Cultural Humility Ergotherapeut:innen (induktive Bildung der Kategorie)	Wie kultursensibel sind die Ergotherapeut:innen? Wie sollten Ergotherapeut:innen handeln, um Assessments und Modelle kultursensibel anzuwenden?	Sind Ergotherapeut:innen kultursensibel oder was fällt den TN im eigenen Handeln/ im Handeln der Kolleg:innen auf	<i>"(...) eigentlich als Ergotherapeut, wenn man dieses Ziel, den Klienten ganz offen begegnet, offen ist, für seine Ziele oder seine bedeutungsvollen Betätigungen, dann ist das <u>eigentlich egal</u>. Also, dass man selber wenig Ahnung von der Kultur haben muss oder so, weil man ja eher so ein Begleiter ist und der Klient einem selber sagt: Das ist für mich wichtig, das möchte ich wieder können oder (...)" (Transkript TN3, S.7)</i>	Änderung der Assessments/ Modelle oder Ergotherapie als Berufsfeld
KSE	Kultursensibilität Ergotherapie	Haben die TN den Eindruck, dass die Ergotherapie ein kultursensibles Berufsfeld ist, dass die kulturelle Diversität der Klient:innen berücksichtigt?	Von dem Berufsfeld der Ergotherapie und/oder der Berücksichtigung der Kultursensibilität/kulturellen Diversität gesprochen wird	<i>"Ganz allgemein die Ergotherapie, ja schon, die ist kultursensibel (...) also, ich glaube, dass sich das gerade auch im Wandel befindet. Also ich glaube, dass das lange nicht so war." (Transkript TN3, S.7)</i>	Kultursensibilität bezogen auf Einzelne/ Ergotherapeut:innen

d. Auszug 1. Codierungsprozess am Beispiel ‚TN3‘

Teilnehmerin Informationen	MUA	KWH	RES	BAR	KEK	URB	ETB	TAU	ADA	CHE	KSE
TN3: (w), examinierte Ergotherapeut in seit 2017, Bachelor in Ergotherapie 2019 absolviert, hat 1 Jahr in Ergotherapie Praxis gearbeitet, arbeitet seit 2,5 J. in Tagesklinik einer Kinder- und Jugendpsychi- atrie unterstützt Kinder bei der individuellen Zielerreichung , der Umsetzung von bedeutungsvol- len Betätigungen, Stärkung der Ressourcen und dem Aufbau sozialer Kompetenzen	„Modelle nutze ich eigentlich immer direkt zu Beginn, wenn ich den ersten Kontakt mit den Kindern und Jugendlichen habe. Weil ich mir selber meine Notizen nach dem CMOP-E aufschreibe. Also Selbstversorg- ung, Produktivität und Freizeit und dann mach ich mir Stichpunkte drumherum, um das Umfeld und Institution und so ein Kram. Ja, also da schon, aber grundsätzlich habe ich das Modell natürlich immer im Hintergedank- en. Und dann machen wir zu Beginn immer das	„Also in der Woche oder im Monat, kann ich schon gar nicht sagen, weil das so wenig ist. (...) Mhm. Ja, wie müsste ich das sagen? Also, wenn ich jetzt von der Gesamtzahl an Patienten die ich bis jetzt hier hatte, und das sind 100%, ausgehe, dann würde ich sagen vielleicht waren da (...) Oder vielleicht unterschätze ich das auch. Also ich würde jetzt sagen zwischen 5% und 10% der Patient:innen waren mit einem nicht westlich geprägten kulturellen Hintergrund.“ (S. 4)	„(. . .) Erfahrungen habe ich gemacht, dass es teilweise, je nach Kulturellem Hintergrund, diese Aufteilung von: Welche Aufgaben übernehmen die Kinder im häuslichen Setting? Also, dass da Produktivität zum Beispiel oder sowas wie Haushalt oder so, da Aufgaben zu übernehmen, schon mehr Zeit der Kinder einnimmt, weil das da, zum Beispiel bei jungen Mädchen, da eine wichtigere Rolle spielt. Das ist mir mal aufgefallen oder das waren Erfahrungen	„Beim COSA sind viele Dinger, da gibt es ja so, ich weiß jetzt nicht ob 25 oder 29, aber auf jeden Fall einige Items, nenn ich das jetzt mal, die schon konkret formuliert sind und da hat man nicht so viel Spielraum. Da könnte man, je nach dem, was da jetzt noch fehlt, findet man da vielleicht nicht sowas was Bräuchen oder Traditionen oder so entsprechen würde. Da ist das COSA schon eher westlich geprägt, würde ich jetzt vermuten.“ (S. 5) „Weshalb wir uns zum Beispiel auch	„Ne, tatsächlich noch nicht. Ne, wurde mir nicht mitgeteilt und habe ich auch nicht mitbekommen .“ (S. 5)	/	„Ja, <u>Beziehungsges- taltung</u> , genau. Das schon, weil ich mehr, glaube ich, auf die, also dadurch, dass ich ja mehr auf die Betätigungsbe- reiche eingehen kann, kann ich auch mehr Bedürfnisse identifizieren, finde ich. Und das sorgt ja dafür, dass sich derjenige angenommen fühlt und das wirkt sich eben positiv auf die Beziehung aus. Das schon.“ (S. 5)	„Dass wir da in der Ergotherapie auch schnell im Austausch drüber waren, wenn wir uns über Betätigungsbe- reiche ausgetauscht haben. Aber auch auf die Assessments geguckt haben, ob wir damit den Bedürfnissen der Klient:innen hier gut begegnen können.“ (S. 6)	„Mhm, müssen die verändert werden (...) ja, also auf das COSA bezogen bestimmt, auf jeden Fall. Also, dass da irgendwie mehr Spielraum ist noch etwas eigenes, individuelles einzubringen. Also Fragen die offener formuliert werden. Aber da ist dann die Frage: Kann man das auch so pauschalisiere- n? Es gibt so viele kulturelle Hintergründe. Ich denke eher, dass man, also, dass das schon hilfreich sein kann, wenn man die Betätigungsbe- reiche hat. Das selber zu interpretieren, wo ordne ich meine	„Ja, achso, aber ich habe schon dann festgestellt, dass ich eigene, also Vorannahmen aufbrechen musste. Also wenn ich davon ausgehe, für die Person müsste es jetzt wichtig sein, beispielsweise weil sie eine Depression hat oder wie auch immer, dass da im Freizeitbereic- h wieder Interessen nachgegan- gen werden kann oder wie auch immer. Und ich gehe mit dieser Annahme da rein und ich dann, durch die Assessments beispielsweis- e, herausfinde, aber bedeutungsvol- l ist es für sie	„Ganz allgemein die Ergotherapie, ja schon, die ist kultursensibel (...) also, ich glaube, dass sich das gerade auch im Wandel befindet. Also ich glaube, dass das lange nicht so war. Das hatte ich nämlich auch, da hab ich noch den Vergleich aus der Praxis, dass nicht berücksichtigt wurde, wenn wir denken der Junge muss jetzt selbstständig werden, dass das aber überhaupt nicht das Ziel der kompletten Familie war, denn der Junge musste nicht selbstständig sein, weil das Familienkonz-

in Einzel- und Gruppen- therapien	COPM mit den Kindern. Also mit den Älteren das COPM und mit den Kleineren das COSA. Genau, das kennt ihr wahrscheinlich alles. „Das sind die Grundlegenden. Also wir haben hier auch noch das MOHO, aber da bin ich, dadurch dass ich mit dem CMOP-E irgendwie vertraut bin, setzte ich das jetzt nicht so ein.“ (S. 3) „Ja genau, da sind wir einheitlich, nutzen alle die gleichen Assessments und Modelle.“ (S. 6)		bei der Erhebung mit Assessments (. . .) also, dass da Produktivität mehr ein Anteil war und irgendwie dieses: eigenen Interessen nachgehen, für sich selber bedeutungsvolle Aktivitäten zu finden und zu haben, dass das eher nicht so wichtig für sie war.“ (S. 4) „Ja, also ich finde bei den Modellen, das ist schon so offen gelegt oder so offen dargestellt irgendwie, dass das schon auch da Platz findet und dass man da schon vieles drin unterbringen kann. Und beim CMOP-E gibt es ja auch sowas wie Kultur, wird das Kulturell auch genannt?	das COSA angeschafft haben, nochmal für die Jüngeren, wobei ich jetzt natürlich auch feststelle, dass das nicht so gut ist für junge Menschen, die nicht westlich, oder einen anderen kulturellen Hintergrund haben.“ (S. 6)				Betätigungen da ein, in die Bereiche? Ich glaube nicht, dass da noch was (...) adaptiert (...) werden müsste, also vielleicht die Betätigungsbeispiele an sich? Vielleicht sind die Bereiche schon alleine westlich geprägt und müssten offener sein? Damit auch Bräuche und Traditionen oder weitere kulturoffenere Betätigungen Platz finden.“ (S. 6) „Aber ich bin natürlich dafür jedes Assessment zu hinterfragen und zu gucken: Ist das passend für jeden Klienten, den man in dem Setting hat?“ (S. 7)	Aufgaben ihrer Eltern zu erledigen oder Verantwortung zu übernehmen, wie auch immer, dann sorgt das dafür, dass ich ein besseres Verständnis kriege und direkt unvoreingenommener meine eigenen Gedanken einbringe.“ (S. 5) „Ich muss aber auch sagen, dadurch, dass ich aus dem Studium komme und schon diese Themen wie Diversität und so ein Kram mitgenommen habe, was ich immer im Hinterkopf habe, war ich mehr im Austausch darüber, weil ich auch manche Fragebögen und so	ept vielleicht anders ist oder in der Kultur das anders gehandhabt wird. Aber das ist immer so eine Mischung auch aus eigenen Werten und Einstellungen, finde ich und aber auch gleichzeitig diese Vorurteile die man hat. 23:19 Und ich glaube aber schon, die Frage war ja, ob das berücksichtigt wird in der Ergotherapie, dass es jetzt mittlerweile schon so weit ist, dadurch, dass das ja auch in Publikationen und so Thema ist, dass man dann mehr darauf achten kann.“ (S. 7)
---	--	--	---	---	--	--	--	---	--	--

			Ganz drumherum oder?“ (S. 4) „Genau, Kulturelle Umwelt im CMOP-E, die kann man da schon mit drunter fassen, finde ich. Die Betätigungsbe reiche an sich finde ich auch schon so offen, dass man das da auch zuordnen kann, oder viele Dinge. Da habe ich jetzt keine Barrieren festgestellt.“ (S. 4) „Also ich finde beim COPM hat man schon, auch dadurch, dass man selber auch nochmal Aktivitäten oder Betätigungen eintragen kann, auch viel Raum, um da noch Aktivitäten						analysiere. Wie so Sachen, dass das Divers- Feld fehlt oder die Vorannahmen , also auch genau anders herum, dass man Vorurteile hat: a) da hört sich ein Name nicht westlich geprägt an. Kann man das so sagen? und dass dann viel bereits denken: achso, dann muss das bei den Familien so und so ablaufen.“ (S. 6) Ich glaube, dass das ganz wichtig ist, dass im Hinterkopf zu haben und zu wissen, da kann es Abweichunge n geben oder andere Aktivitäten oder Betätigungen. “ (S. 7)	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

			unterzubringen.“ (S. 5) „Und bei dem COPM, habe ich ja schon gesagt, ist es einfach offen, dadurch, dass man Aktivitäten selber eintragen kann, was für einen selbst unter Produktivität zählt.“ (S. 5) „Und ich gehe mit dieser Annahme da rein und ich dann, durch die Assessments beispielsweise, herausfinden, aber bedeutungsvo-ll ist es für sie Aufgaben ihrer Eltern zu erledigen oder Verantwortung zu übernehmen, wie auch immer, dann sorgt das dafür, dass ich ein besseres Verständnis						„(. . .) eigentlich als Ergotherapeut, wenn man das Ziel hat, den Klienten ganz offen zu begegnen, offen ist, für seine Ziele oder seine bedeutungsvo-llen Betätigungen, dann ist das <u>eigentlich egal</u>. Also, dass man selber wenig Ahnung von der Kultur haben muss oder so, weil man ja eher so ein Begleiter ist und der Klient einem selber sagt: Das ist für mich wichtig, das möchte ich wieder können oder (...)“ (S. 7) „Ich denke es ist die therapeutische Einstellung und Offenheit, innerhalb der Behandlung sensibel zu sein und die eigenen	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

			kriege und direkt unvoreingenommener meine eigenen Gedanken einbringe.“ (S. 5)							Vorurteile zu hinterfragen, dass man jedem Klienten, egal welcher Kultur, offen begegnet und die Assessments individuell nutzt, aber auch hinterfragt, so wie durch die Bachelorarbeit gerade und schaut und ja (...) einfach sensibler zu sein.“ (S. 7)	
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

e. Auszug 2. Codierungsprozess am Beispiel ‚Hauptkategorie CHE‘

	TN1	TN2	TN3	TN4
Offenheit	„Und wenn man, für sich selbst als Therapeut, kann man ja eigentlich nur danach handeln, dass man verschiedene Kulturen aufgreift und offen gegenüber allem ist.“ (S. 8) "Also, ich glaube es kommt immer auf den Therapeuten selbst an, wie er seine Therapie gestaltet und ob er offen gegenüber den anderen diversen Kulturen ist und zum Beispiel schaut: was hat in anderen Kulturen vielleicht den höheren Standpunkt, was sind vielleicht eher Ziele von dem Klienten.“ (S. 8) (TN1, K10, #1)		„... eigentlich als Ergotherapeut, wenn man das Ziel hat, den Klienten ganz offen zu begegnen, offen ist, für seine Ziele oder seine bedeutungsvollen Betätigungen, dann ist das <u>eigentlich egal</u>. Also, dass man selber wenig Ahnung von der Kultur haben muss oder so, weil man ja eher so ein Begleiter ist und der Klient einem selber sagt: Das ist für mich wichtig, das möchte ich wieder können oder (...).“ (S. 7) (TN3, K10, #1) „Ich denke es ist die therapeutische Einstellung und Offenheit, innerhalb der Behandlung sensibel zu sein . . .“ (S. 7) (TN3, K10, #2)	
Hinterfragen und Kommunikation	"also generell, finde ich kann man einfach sagen, dass Kulturen, also dass man in der Therapie ja immer schauen muss, ein Mensch aus einer anderen Kultur lebt ja vielleicht auch ganz anders, also so Werte und zum Beispiel auch Familienkonstellationen sind ja häufig ganz anders als hier und damit ja auch die Rollen und Interessen." (S.8) (TN2, K10, #2)	„Also es bedarf natürlich dann auch Kommunikation. Wenn man irgendwie ein bestimmtes Assessment jetzt angewendet hat“ (S. 5) (TN2, K10, #1) "Das [Assessment] wird einem vorgelegt und dann führt man es einfach durch und hinterfragt das manchmal gar nicht." (S. 7) (TN2, K10, #2)	„Ja, achso, aber ich habe schon dann festgestellt, dass ich eigene, also Vorannahmen aufbrechen musste.“ (S. 5) (TN3, K10, #3) „Ich muss aber auch sagen, dadurch, dass ich aus dem Studium komme und schon diese Themen wie Diversität und so ein Kram mitgenommen habe, was ich immer im Hinterkopf habe, war ich mehr im Austausch darüber,	„Und wir sind immer am Anfang und am Ende im Austausch und wir sprechen auch mit denen: was gab es jetzt Neues, Welche Feste sind (...) also wann ist der Ramadan, zum Beispiel, wann können die Familien nicht zu uns kommen, was gibt es gerade, sind sie in der Heimat (...). Also das ist ganz oft auch, dass die Familien auch lange in der Heimat wieder sind . . . Das sind natürlich Randnotizen, die

			weil ich auch manche Fragebögen und so analysiere. Wie so Sachen, dass das Divers-Feld fehlt oder die Vorannahmen, also auch genau anders herum, dass man Vorurteile hat: a) da hört sich ein Name nicht westlich geprägt an. Kann man das so sagen? und dass dann viel bereits denken: achso, dann muss das bei den Familien so und so ablaufen.“ (S. 6) (TN3, K10, #4) "Aber das ist immer so eine Mischung auch aus eigenen Werten und Einstellungen, finde ich und aber auch gleichzeitig diese Vorurteile die man hat" (S. 7) (TN3, K10, #5) ". . .die eigenen Vorurteile zu hinterfragen, dass man jedem Klienten, egal welcher Kultur, offen begegnet und die Assessments individuell nutzt, aber auch hinterfragt, . . . und ja (...) einfach sensibler zu sein.“ (S. 7) (TN3, K10, #6)	müssen wir ja auch austauschen“ (S. 11) (TN4, K10, #1)
Klientenzentrierung	"Und ich glaube insgesamt ist es einfach wichtig, dass man den Menschen immer dort abholt, wo er, gerade, steht und nicht versucht ihn irgendwie zu verändern nur weil er jetzt beispielsweise in Deutschland lebt oder		"Also wenn ich davon ausgehe, für die Person müsste es jetzt wichtig sein, beispielsweise weil sie eine Depression hat oder wie auch immer, dass da im Freizeitbereich wieder Interessen nachgegangen werden	Und die Kultur, die ist, also das ist ja immer ein Teil davon, weil es ja die Lebenswelt der Klienten ist und es ist ja gar nicht wegzudenken, also aus dem Familiengefüge.“ (S.11) (TN4, K10, #2)

	in einem anderen westlich geprägten Land. Und wenn man ihn dort abholen möchte, wo er jetzt, gerade, steht und ihn weiter zu seinen Zielen verhelfen möchte, damit man Vertrauen aufbaut." (S. 8) (TN1, K10, #3)		kann oder wie auch immer. Und ich gehe mit dieser Annahme da rein und ich dann, durch die Assessments beispielsweise, herausfinde, aber bedeutungsvoll ist es für sie Aufgaben ihrer Eltern zu erledigen oder Verantwortung zu übernehmen, wie auch immer, dann sorgt das dafür, dass ich ein besseres Verständnis kriege und direkt unvoreingenommener meine eigenen Gedanken einbringe." (S. 5) (TN3, K10, #7) "Ich glaube, dass das ganz wichtig ist, dass im Hinterkopf zu haben und zu wissen, da kann es Abweichungen geben oder andere Aktivitäten oder Betätigungen." (S. 7) (TN3, K10, #8)	„Also gerade wir sollten ja auf den kulturellen Kontext so viel Rücksicht nehmen, weil es für uns immer eine Ausgestaltung des Settings ist, je nachdem was gerade von Bedeutung ist und was die Familie mitbringen." (S. 15) (TN4, K10, #3)
Assessments	"Ich glaube dann wäre es schon sinnvoll, wenn man so Assessments auch einfach adaptiert (. . .)" (S. 8) (TN1, K10, #4)	„Dass man das wirklich verallgemeinern sollte, dass vielleicht wir Ergos das dann individuell anpassen müssten oder so." (s. 7) (TN2, K10, #3)		

IX. Erläuterung Inhaltsmodelle und Assessments

Inhaltsmodelle

CMOP-E: Das *Canadian Model of Occupational Performance* hat das Ziel die Kernkonzepte der Ergotherapie zu erläutern und die ergotherapeutische Perspektive darzustellen. Es besteht aus den drei Komponenten Person, Betätigung und Umwelt. Die Person beinhaltet die Spiritualität als Mittelpunkt, sowie physische, affektive und kognitive Komponenten. Die Betätigung setzt sich aus der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit zusammen. Umschlossen wird alles von der Umwelt, welche die physische, institutionelle, soziale und kulturelle Umwelt umfasst (Van Hartingsveldt & Piškur, 2019).

MOHO: Das *Model of Human Occupation* soll ein Verständnis für die Betätigung des Menschen und die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit geben. Es besteht aus den Komponenten Mensch und Umwelt. Die menschlichen Komponenten Volition (Selbstbild, Werte, Interessen), Habituation (Rollen und Gewohnheiten) und Performanzvermögen (Fertigkeiten und subjektive Erfahrungen) stehen in einem dynamischen Prozess mit der Umwelt, welche aus räumlichen, sozialen, kulturellen und politischen Einflüssen entsteht. Das Betätigen findet sich im MOHO durch die Wechselwirkung von der Person in ihrer Umwelt wider (Verhoef & Zalmstra, 2019)

KAWA: Das KAWA-Modell wurde entwickelt, um neue Perspektiven, abseits der westlichen Kultur zu entwickeln. Es stellt den Lebensfluss bildlich anhand eines Flusses dar. Das Wasser steht für die Lebensenergie, das Flussbett ist die Umwelt, Felsen sind auftretende Probleme/Hindernisse und die Treibhölzer sind als persönliche Eigenschaften und Ressourcen zu verstehen. Der freibleibende Raum dazwischen ist der Lebensfluss, durch den Wasser fließen kann. Die Ergotherapie hat das Ziel, diese Zwischenräume zu vergrößern (De Vries & Le Granse, 2019)

Assessments

COPM: Das *Canadian Occupational Performance Measure* basiert auf dem CMOP-E. Es kann zum Beginn der Therapie genutzt werden, um Ziele zu formulieren und später im Prozess zur Evaluation. Es handelt sich um ein halbstrukturiertes Interview, bei welchem

der/die Klient:in Betätigungen in die Bereiche Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit einteilen und auf einer Skala von 1-10 in Wichtigkeit und Durchführung einstufen. Die Zufriedenheit wird ebenfalls bewertet. Die Betätigungsprobleme werden im Anschluss priorisiert und können so den therapeutischen Prozess strukturieren (Weber, 2010).

COPM-a-kids: Das *COPM-a-kids* ist die pädiatrische Version des COPM, um die Betätigungsprobleme des Alltags zu erheben. Es findet in Form eines halbstrukturierten Gesprächs statt, in welchem das Kind seinen Tagesablauf beschreibt. Identifizierte Betätigungsprobleme werden, wenn möglich, vom Kind notiert. Eine Treppe symbolisiert die Wichtigkeitsskala von 1-10 und Männchen in verschiedenen Größen die Ausführung. Die Zufriedenheitsskala wird mit Smileys dargestellt (Strebel, 2016).

COSA: Das *Child Occupational Self Assessment* basiert auf dem *MOHO* und ist für Kinder ab acht Jahren geeignet. Es unterstützt bei der Einschätzung der Betätigungsperformanz. Es enthält einen Selbsteinschätzungsbogen mit 25 Items mit kindgerechten Betätigungen. Anhand von Smiley und Sternen sollen die Kinder einschätzen, wie gut sie etwas können und wie wichtig es ihnen ist (Pätzold, 2014)

PEAP: Das *Pädiatrische Ergotherapeutische Assessment und Prozessinstrument* ist ein Erhebungsinstrument für den pädiatrischen Bereich. Es ermöglicht bedeutungsvolle Betätigungen von Kindern in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität/Spiel und Freizeit anhand von Bildkarten zu erheben. Es wird als Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrument genutzt. Ein Holzküken wird von den Kindern auf einem Teich (roter, gelber, grüner Bereich) platziert, womit der Schweregrad einer Betätigung eingeschätzt wird. Eltern geben mittels Fragebogen ebenfalls eine Einschätzung ab (Wolff, 2016).

Interessencheckliste: Diese Checkliste basiert auf dem *MOHO* und umfasst mehrere Freizeitaktivitäten, die von den Klient:innen selbst eingeschätzt werden. Er/Sie gibt an, wie interessiert er an einer Betätigung war oder ist. So können Interessensverluste auffallen und Ziele formuliert werden (Kranz, 2016a).

Rollencheckliste: Die Checkliste basiert ebenfalls auf dem *MOHO*. Es kann bei Jugendlichen, Erwachsenen und geriatrischem Klientel angewandt werden. Es bietet die Möglichkeit für Klient:innen einzuschätzen, welche Rollen ihnen im Alltag wichtig sind und welche sie ausgeführt haben, ausführen oder ausführen möchten (Kranz, 2016b).

Foto-Interview: Mithilfe des Foto-Interviews können Kinder ihre Betätigungsanliegen äußern. 122 Fotokarten auf denen die Aktivitäten abgebildet sind helfen bei der Auseinandersetzung. So lassen sich die Betätigungsziele der Kinder identifizieren (Kranz, 2022).

Mini-Nutritional-Assessment: Das Mini-Nutritional-Assessment wird häufig im geriatrischen Klinikalltag im ADL-Bereich von Ergotherapeut:innen angewendet. Es beinhaltet 15 Items bzw. Fragen zu Ernährungsgewohnheiten und -fähigkeiten der Klient:innen. Im Anschluss wird ein Wert berechnet der den Ernährungszustand berechnet "Mangelernährungs-Index" (Néstle Nutrition Institute, o.D.; Weeks, Sedki, Levine & Mendez, 2016)

GDS: Die *Geriatrische Depressionsskala* ist ein Interview mit 15 Fragen, welche jeweils mit "Ja" oder "Nein" beantwortet werden. Es bestimmt so depressive Symptome bei geriatrischem Klientel (Zietemann, Zietemann, Weitkunat & Kwetkat, 2007).

X. Ehrenwörtliche Erklärung

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Plagiat

Kutschera (1997) definiert Plagiat wie folgt:

"Als Plagiat bezeichnet man allgemein die bewusste Aneignung fremden Geistesgutes. Plagiator ist derjenige, der ein fremdes Werk oder Teile eines fremden Werkes als sein eigenes Werk ausgibt und somit "geistigen Diebstahl" begeht. Der Plagiator begeht eine zivilrechtlich unerlaubte und zum Schadensersatz an den Autor verpflichtende Handlung, die gleichzeitig auch noch strafbar ist. Der Plagiator ist also derjenige, der seinen Text wörtlich bei einem anderen Urheber abschreibt, ohne ihn korrekterweise zu zitieren, um anschließend dieses Werk als sein eigenes geistiges Eigentum wieder herauszugeben."

Von einer unerlaubten Nutzung ist nach § 23 UrhG die Rede, wenn ein Werk ohne Zustimmung des Urhebers unverändert übernommen, umgestaltet oder bearbeitet wird.

Eine weitere Form des Plagiats ist nach § 51 UrhG das Unterlassen der Quellenangabe bei einer sonst erlaubten Nutzung des Werkes/der Originalquelle.

Wird im Rahmen der Beurteilung von Studienarbeiten, Gruppenarbeiten, Prüfungsleistungen und Bachelorarbeiten ein Plagiatsverstoß festgestellt, ist die Arbeit nicht bestanden. Die jeweiligen ECTS für diesen Block werden dem/der Studierenden aberkannt und nicht gutgeschrieben.

Je nach Schweregrad des Verstoßes führt ein Plagiat zu einer kompletten Überarbeitung der Arbeit unter Zuteilung eines neuen Themenkomplexes bis hin zum Ausschluss und Exmatrikulation des Studiums.

Entsprechend ist bei Prüfungsleistungen und der Bachelorarbeit eine Ehrenwörtliche Erklärung abzugeben.

Beispiel Ehrenwörtliche Erklärung

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Heerlen, den

16.11.2022



Datum

Unterschrift

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Plagiat

Kutschera (1997) definiert Plagiat wie folgt:

"Als Plagiat bezeichnet man allgemein die bewusste Aneignung fremden Geistesgutes. Plagiator ist derjenige, der ein fremdes Werk oder Teile eines fremden Werkes als sein eigenes Werk ausgibt und somit "geistigen Diebstahl" begeht. Der Plagiator begeht eine zivilrechtlich unerlaubte und zum Schadensersatz an den Autor verpflichtende Handlung, die gleichzeitig auch noch strafbar ist. Der Plagiator ist also derjenige, der seinen Text wörtlich bei einem anderen Urheber abschreibt, ohne ihn korrekterweise zu zitieren, um anschließend dieses Werk als sein eigenes geistiges Eigentum wieder herauszugeben."

Von einer unerlaubten Nutzung ist nach § 23 UrhG die Rede, wenn ein Werk ohne Zustimmung des Urhebers unverändert übernommen, umgestaltet oder bearbeitet wird.

Eine weitere Form des Plagiats ist nach § 51 UrhG das Unterlassen der Quellenangabe bei einer sonst erlaubten Nutzung des Werkes/der Originalquelle.

Wird im Rahmen der Beurteilung von Studienarbeiten, Gruppenarbeiten, Prüfungsleistungen und Bachelorarbeiten ein Plagiatsverstoß festgestellt, ist die Arbeit nicht bestanden. Die jeweiligen ECTS für diesen Block werden dem/der Studierenden aberkannt und nicht gutgeschrieben.

Je nach Schweregrad des Verstoßes führt ein Plagiat zu einer kompletten Überarbeitung der Arbeit unter Zuteilung eines neuen Themenkomplexes bis hin zum Ausschluss und Exmatrikulation des Studiums.

Entsprechend ist bei Prüfungsleistungen und der Bachelorarbeit eine Ehrenwörtliche Erklärung abzugeben.

Beispiel Ehrenwörtliche Erklärung

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Heerlen, den

16.11.2022

Datum



Unterschrift