# Enabling Occupation – in Deutschland?!

Hanna Drobny (1877348)

Christine Fiedler (1877364)

Monika Höpner (1877437)

# Enabling Occupation – in Deutschland?!
# Klientenperspektiven über die Ergotherapie im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuchs

Bachelorarbeit im Fachbereich Gezondheid en Zorg

Bachelorstudiengang Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd,

Heerlen, Niederlande

Eine Arbeit von

Hanna Drobny (1877348)

Christine Fiedler (1877364)

Monika Höpner (1877437)

Kontakt: klientensichtweise@gmail.com

Begleitende Mentorin: Bettina Weber, Ergotherapeutin, MBA

November 2020

© ZUYD Hogeschool Heerlen (NL) 2020

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

# Danksagung

Es ist vollbracht,
wer hätte das gedacht?
Drum danken wir hier allen,
die uns taten `nen Gefallen.
Die Pretester nahmen sich Zeit
Bis er war so weit:
Der Interviewleitfaden
mit allen seinen Fragen.
Danksagung
nach Befragung
geht an alle Teilnehmer raus,
ohne Euch wär unsre Forschung aus.
Ihr halft uns mit vielen Worten
im Internet und an sonst‘gen Orten.
Freunde und Familie
gaben uns der Unterstützung viele.
Ließen uns in Krisen hoffen,
machten möglich, dass wir uns getroffen.
Hätten liebe Menschen dies nicht gelesen,
wär das hier nicht so gut gewesen.
Gaben ihren Senf dabei,
damit dies werde fehlerfrei.
Bettina half uns, unsern Weg zu lenken,
Knoten im Kopf zu lösen, um zu denken.
Hielt uns oft den Rücken frei,
war nie weit weg und fast dabei.

*Dankeschön!*

## Lesehinweise

Abkürzungen, die in dieser Studie verwendet werden, listen die Forscherinnen in einem Abkürzungsverzeichnis auf.

Anmerkungen der Forscherinnen, die innerhalb der Zitate von Teilnehmer*innen auftreten, werden wie folgt gekennzeichnet: (…[Anmerkung der Forscherinnen])

Anonymität der Studienteilnehmer*innen wird gewährleistet, indem sie mit B1, B2, B3 und B4 benannt werden. Das Geschlecht der Teilnehmenden wird nicht anonymisiert. Die Namen der Therapeut*innen, Verwandten und Bekannten ersetzen die Forscherinnen durch andere Namen, die das Geschlecht beibehalten. Anstatt den Namen von Haustieren zu nennen, wird der Gattungsbegriff genutzt. Orte werden durch Buchstaben des Alphabets ersetzt. Genannte Daten werden in groben Zeiträumen angegeben (Jahreszeit und Jahr). Alle Anonymisierungen, die durch die Forscherinnen vorgenommen wurden, stehen in eckigen Klammern, z.B. [Mia].

Bildnachweis steht im Abbildungsverzeichnis. Abbildungen, die von den Forscherinnen erstellt wurden, werden nicht dort aufgelistet.

Englische Begriffe stehen in kursiver Schrift.

Englische Zitate werden in Originalsprache belassen. Indirekte Zitate werden von den Forscherinnen selber übersetzt und sinngemäß auf Deutsch wiedergegeben.

Erstnennungen im Fließtext werden ausgeschrieben und anschließend in runden Klammern abgekürzt. Im weiteren Verlauf wird die Abkürzung verwendet, z.B. Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE). Die Abkürzungen sind ebenfalls im Abkürzungsverzeichnis nachzulesen.

Fachterminologie wird bei Erstnennung entweder erklärt oder in die deutsche Sprache übersetzt. Anschließend werden die deutsche und englische Terminologie verwendet.

Forscher*innen und Autor*innen: Die Autorinnen dieser Studie bezeichnen sich durchgehend als Forscherinnen. Da alle Forscherinnen weiblich sind, findet hier kein Gendern statt. In allen anderen Fällen wird von Autor*innen gesprochen.

Geschlechtliche Vielfalt wird in dieser Studie durchgehend bedacht. Die Forscherinnen nutzen ausnahmslos den Genderstern mit der Endung -innen: *innen. In abweichenden Fällen nutzen sie geschlechtsneutrale Bezeichnungen.

Glossar: Begriffe, die im Glossar von den Forscherinnen aufgeführt sind, werden bei Erstnennung mit einer Raute gekennzeichnet, z.B. ◊Enablement.

Graphiken und Tabellen, welche nicht mit einer Quellenangabe versehen sind, haben die Forscherinnen selbst erstellt.

Interviewzitate der Studienteilnehmenden werden in kursiver Schrift gekennzeichnet. Sie sind mit dem dazugehörigen Kürzel und der Zeilenangabe der Interviews versehen, z.B. (B1, Z1-2).

Tabellen werden in einem Verzeichnis im Anhang aufgelistet.

Verweise innerhalb dieser Arbeit werden durch Pfeile gekennzeichnet, z.B. → 1.3. Die Zahlen sind als Verweise formatiert, sodass Leser*innen der PDF-Datei darauf klicken können und an der verlinkten Stelle im Dokument landen.

Zitation in der vorliegenden Studie erfolgt nach den Vorgaben der American Psychological Association (APA6). Wörtliche Zitate sind mit Anführungsstrichen markiert, z.B. „Zitat“. Zitate, die mehr als 40 Wörter umfassen, sind von den Forscherinnen im Text eingerückt. Auslassungen innerhalb aller Zitate (von anderen Autor*innen und von den Teilnehmer*innen) werden mit eckigen Klammern und drei Punkten gekennzeichnet […]. Wörtliche Rede innerhalb von Zitaten wird durch einfache Anführungszeichen verdeutlicht, z.B. „Zitatanfang ‚wörtliche Rede‘ Zitatende“.

## Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| Abb. | Abbildung |
| ADLs | Activities of Daily Living |
| Aufl. | Auflage |
| B | Befragte |
| BAR | Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation |
| bzgl. | bezüglich |
| bzw. | beziehungsweise |
| CAOT | Canadian Association of Occupational Therapists |
| CMCE | Canadian Model of Client-Centered Enablement |
| CMOP-E | Canadian Model of Occupational Performance and Engagement |
| CPPE | Client-Centered Process Evaluation |
| CPPF | Canadian Practice Process Framework |
| CSF | Client-Centered Strategies Framework |
| d.h. | das heißt |
| DIMDI | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information |
| DiZ | Doorzoek informatiebronnen Zuyd (DiZ) |
| DQR | Deutscher Qualifikationsrahmen |
| DVE | Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. |
| EBP | Evidenzbasierte Praxis |
| et al. | et alii (und andere) |
| EQR | Europäischer Qualifikationsrahmen |
| ggf. | gegebenenfalls |
| I | Interviewerin |
| IADLs | Instrumental Activities of Daily Living |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health |
| IPA | Interpretative Phänomenologische Analyse |
| MOHO | Model of Human Occupation |
| OTPF | Occupational Therapy Practice Framework |
| PEOP | Person-Environment-Occupation-Performance |
| PREMs | Patient Reported Experience Measures |
| PROs | Patient Reported Outcomes |
| PROMs | Patient Reported Outcome Measures |
| S. | Seite |
| SPSS | Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren |
| sog. | sogenannte |
| Tab. | Tabelle |
| u.a. | unter anderem |
| v.a. | vor allem |
| WHO | World Health Organization |
| z.B. | zum Beispiel |

Das Gute geschieht
im Alltäglichen.

Monika Minder

# Kurzzusammenfassungen

## Zusammenfassung

**Einleitung**: In der ergotherapeutischen Therapiegestaltung wird es bedeutsamer, die Wünsche und Bedürfnisse von Klient*innen in deren Kontext umzusetzen. Die Klientenperspektive in der qualitativen Forschung zu berücksichtigen, ist relevant für eine klientenzentrierte Therapieausrichtung.

Deutschlandweit besteht eine Forschungslücke zur ergotherapeutischen Versorgung im Setting des Hausbesuchs und der ambulanten Versorgung aus der Klientenperspektive. Ziel ist es, retrospektiv zu erfassen, wie Menschen mit neurologischen Erkrankungen die Ergotherapie in beiden Settings erleben.

**Methode**: Zur Datenerhebung wurden vier Menschen mit neurologischen Erkrankungen mittels semi-strukturierter Tiefeninterviews befragt. Die Datenauswertung erfolgte anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018).

**Resultate**: Die Befragten schildern Förderfaktoren und Barrieren für beide Settings. Die ergotherapeutische Behandlung ist betätigungs- und funktionsorientiert ausgerichtet und wird überwiegend positiv erlebt. Die Teilnehmenden loben mehrheitlich die therapeutische Beziehung und die Orientierung an ihren Bedürfnissen.

**Schlussfolgerung**: Ergotherapie wird von Klient*innen als effektiv in Hinblick auf ihre Alltagsaktivitäten wahrgenommen. Weiterführende Forschungen aus Klienten- und Therapeutenperspektive mit größerer Teilnehmeranzahl sind notwendig.

## Abstract

**Introduction**: Implementing the clients' wishes and needs in their context is becoming more important in designing occupational therapy's interventions. Considering the client's perspective in qualitative research is relevant for a client-centered therapy orientation.

A research gap on occupational therapy in the German setting of home-visits and outpatient care from the clients' perspective is identified. Recording retrospectively how people with neurological diseases experience occupational therapy in both settings is targeted.

**Method**: For data-collection people with neurological diseases were questioned using semi-structured in-depth-interviews. Following Kuckartz' qualitative content analysis (2018) the data was evaluated.

**Results**: Participants describe facilitators and barriers for both settings. Occupational therapy treatment is occupation-based, function-oriented and mostly experienced positively. Most participants praised the therapeutic relationship and the orientation towards their needs.

**Conclusion**: Relating to the clients' everyday activities occupational therapy is perceived as effective. Further research from the clients' and therapists' perspective with more participants is necessary.

## Sammenvatting

**Inleiding**: In de ergotherapie wordt het betekenisvoller, wensen en behoeftes van cliënten in hun context te bekijken. Relevant voor cliëntgerichte therapie, is rekening te houden met het perspectief van cliënten in kwalitatief onderzoek.
In Duitsland ontbreekt onderzoek naar ergotherapiebehandelingen als huisbezoek en ambulante behandeling, uit zicht der cliënten. Doel is, retrospectief te beschouwen, hoe mensen met neurologische ziektebeelden ergotherapie in beide settings beleven.

**Methode**: Voor de verzameling van gegevens werden vier mensen met neurologische ziektebeelden middels semigestructureerde diepte-interviews ondervraagd. Evaluatie van gegevens verliep via een kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Kuckartz (2018).

**Resultaten**: De geïnterviewden beschreven bevorderende factoren en barrières voor beide settings. De ergotherapiebehandeling is handelings- en functioneel georiënteerd en wordt positief beleefd. Het merendeel der deelnemers waardeerden de therapeutische relatie en gerichtheid op hun behoeftes.

**Conclusie**: Ergotherapie wordt door cliënten effectief waargenomen betreffende hun dagelijkse activiteiten. Verdere onderzoeken zijn, vanuit het perspectief van cliënten/therapeuten en met grotere deelnemersaantallen, noodzakelijk.

## Informative Zusammenfassung

**„Für die Therapie sind aus Sicht ambulanter ergotherapeutischer Klienten insbesondere eine respektvolle Klientenzentrierung sowie eine empathische therapeutische Beziehung wichtig" (Unger & Schneider, 2015, S.69).**

Das Zitat spiegelt die Wahrnehmung von Klient*innen zur therapeutischen Beziehung in der Ergotherapie wider und kann von den Forscherinnen nach Durchführung der vorliegenden Forschungsarbeit bestätigt werden. In der deutschen Ergotherapie hat im letzten Jahrhundert ein Paradigmenwechsel hin zum aktuellen zeitgenössischen Paradigma stattgefunden, welches impliziert, Klient*innen der Ergotherapie holistisch zu betrachten und sie in der Ausführung und Teilhabe bedeutungsvoller Betätigungen in ihrem alltäglichen Leben zu unterstützen. Alltag stellt dabei ein weitaus größeres Konstrukt dar, als das sich wiederholende Kochen, Putzen und Anziehen und ist überall dort anzutreffen, wo Aufgaben, Bedürfnisse und Rollen gelebt werden. In der deutschen Ergotherapie gewinnt kontextbasiertes Arbeiten an Bedeutung. Zudem wird es in der Forschung zunehmend wichtig, die Klient*innenperspektive einzubeziehen. Weil 64,3% der ergotherapeutischen Verordnungen innerhalb des neurologischen Fachbereichs erfolgen, lag es im besonderen Interesse der Forscherinnen, das Erleben dieser Klient*innengruppe zu erfassen. Mithilfe semistrukturierter Interviews haben die Forscherinnen dieser Studie vier Menschen mit Schlaganfall zu ihrem Erleben mit der Ergotherapie im Setting des Hausbesuchs und der ambulanten Praxis befragt. Die Datenauswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass die Ergotherapie als effektiv in Hinblick auf die Alltagsaktivitäten wahrgenommen wird. Neben Erfolgen der Therapie beschreiben alle Teilnehmenden weitere Ziele oder Herausforderungen in ihrem Alltag. Für das Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuchs werden Förderfaktoren, als auch Barrieren geschildert. Die Therapeuten*innen-Klienten*innen-Beziehung wird von den Teilnehmenden größtenteils positiv erlebt. Aufgrund der geringen untersuchten Stichprobe von vier Teilnehmenden sind die Ergebnisse nicht generalisierbar und die Forscherinnen empfehlen Forschungsarbeiten mit größeren Stichproben. Weitere Forschung könnte zudem die Perspektive von Klient*innen, Therapeut*innen und Angehörigen berücksichtigen.

# Inhaltsverzeichnis


Danksagung ..... 4

Lesehinweise ..... 5

Abkürzungsverzeichnis ..... 7

Kurzzusammenfassungen ..... 9

Informative Zusammenfassung ..... 12

Inhaltsverzeichnis ..... 13

1 Einleitung ..... 17

1.1 Relevante Problemstellung für die Ergotherapie ..... 17

1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage ..... 20

1.3 Aufbau der Bachelorarbeit ..... 21

2 Theoretischer Hintergrund ..... 22

2.1 Literaturrecherche ..... 22

2.2 Studien- und Evidenzlage ..... 24

2.3 Rahmenbedingungen der Therapie ..... 27

2.3.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen ..... 27

2.3.2 Schlaganfall und Leitlinien ..... 30

2.4 Begriffsdefinition ..... 33

2.4.1 Klient*innen der Ergotherapie ..... 33

2.4.2 Therapeut*innen der Ergotherapie ..... 34

2.5 Ergotherapeutischer Hintergrund ..... 36

2.5.1 ICF ..... 36

2.5.2 Ergotherapeutischer Paradigmenwandel ..... 39

2.5.3 Die sechs Säulen der Ergotherapie ..... 42

2.5.4 Inhaltsmodell CMOP-E ..... 45

2.5.5 Kompetenzprofil Ergotherapie ..... 50

2.5.6 OTPF ..... 55

2.5.7 CPPE ..... 59

2.5.8 Theorie Praxis Transfer von Professionals ..... 61

2.5.9 Theorie-Praxis Transfer von Klient*innen ..... 63

3 Methodik ..... 66
3.1 Fragestellung ..... 66
3.2 Forschungsdesign ..... 67
3.3 Datenerhebung ..... 69
3.3.1 Sampling ..... 70
3.3.2 Rekrutierung der Teilnehmer*innen ..... 71
3.4 Erstellung des Leitfadeninterviews ..... 73
3.5 Pretest ..... 74
3.6 Durchführung der Interviews ..... 74
3.6.1 Gestaltung der Interviews ..... 76
3.6.2 Interviewbegleitende Dokumentation ..... 77
3.7 Transkription der Interviews ..... 77
3.8 Datenanalyse nach Kuckartz ..... 78
3.9 Gütekriterien ..... 82
3.9.1 Vermeidung von Schaden ..... 84
3.9.2 Ethik ..... 84
4 Resultate ..... 85
4.1 Krankheitsbild ..... 86
4.2 Therapiegestaltung ..... 87
4.2.1 Alltagsaktivitäten des OTPS ..... 87
4.2.2 Zusammenarbeit in der Therapie ..... 91
4.2.3 Shared-decision ..... 92
4.2.4 Ziele ..... 93
4.2.5 Theorie-Praxis-Transfer ..... 94
4.2.6 Methodik der Therapie ..... 94
4.3 Outcome der Therapie ..... 95
4.4 Therapeut*in ..... 97
4.4.1 Fähigkeiten der Therapeut*innen (Person/Spiritualität) ..... 97
4.4.2 Vorgehensweise in der Therapie ..... 98

4.5 Rahmenbedingungen der Therapie ..... 100
4.5.1 Organisation ..... 100
4.5.2 Kontext der Therapiemaßnahmen ..... 101
5 Diskussion ..... 107
5.1 Leitfrage 1 ..... 107
5.2 Leitfrage 2 ..... 112
5.3 Leitfrage 3 ..... 119
5.4 Schwächen der Studie ..... 126
5.5 Stärken der Studie ..... 128
6 Schlussfolgerung ..... 131
6.1 Beantwortung der Forschungsfrage ..... 131
6.2 Ausblick ..... 135
Literaturverzeichnis ..... 137
Glossar ..... 163
Abbildungsverzeichnis ..... 169
Tabellenverzeichnis ..... 170
Anhang ..... 170
1 Mindmap ..... 172
2 Anschreiben für die Teilnehmenden ..... 173
3 Informationsschreiben für die Teilnehmenden ..... 174
4 Einverständniserklärung-Interview ..... 175
5 Einverständniserklärung Live-Interview ..... 176
6 Erhebung der sozio-demografischen Daten ..... 177
7 Interviewleitfaden Pretest ..... 180
8 Interviewleitfaden ..... 184
9 Interviewprotokollbögen nach Helfferich ..... 187
10 Transkriptionsregeln ..... 191
11 Auszug aus den Transkripten ..... 194
12 Auszüge der Case-Summeries aus MAXQDA ..... 198

13 Codierregeln ..... 199
14 Kategoriensystem ..... 200
15 Auszug aus der interaktiven Segmentmatrix ..... 201
16 Beispiel Codierung ..... 202
17 Auszug aus der Literaturrecherche ..... 203
18 Auszug aus der Einschätzung der Studien nach Tomlin & Borgetto (2011) ..... 204
19 Ehrenwörtliche Erklärung ..... 206

# 1 Einleitung

## 1.1 Relevante Problemstellung für die Ergotherapie

„Bequem für die PatientInnen, nicht so bequem für die TherapeutInnen und schon gar nicht bequem für die KostenträgerInnen.“ So äußert sich Ergotherapeutin Bettina Hutterer (2017) in ihrem Artikel zu Vor- und Nachteilen ergotherapeutischer Hausbesuche.

In der Literatur setzen sich verschiedene Autor*innen mit dem häuslichen ◊Setting als Rahmen für eine ergotherapeutische Behandlung auseinander und äußern sich dazu positiv, wie beispielhaft ein Zitat von Boutin-Lester und Gibson (2002, S. 153) zeigt: „The home also provides a unique opportunity to incorporate valued and meaningful occupation as well as address safety and performance in the patient’s natural environment.”

Diverse internationale Studien beschäftigen sich mit der Ergotherapie im häuslichen ◊Kontext von Klient*innen (Bottari, Dutil, Dassa & Rainville, 2006; Boutin-Lester & Gibson, 2002; Mayo et al., 2000; Nielsen et al., 2017; Stephenson & Wiles, 2000) und beschreiben größtenteils positive Effekte in Hinblick auf ◊ADLs (→2.5.6), ◊IADLs (→2.5.6) und die Zufriedenheit der Klient*innen. Vereinzelt äußern vorwiegend Therapeut*innen Nachteile des häuslichen Settings (Stephenson & Wiles, 2000).

Eine Vielzahl weiterer Autor*innen plädiert für eine Berücksichtigung der natürlichen Lebenswelt von Klient*innen in der ergotherapeutischen Behandlung (Behrens & Lüdeking, 2020; Brandt, 2017; Fisher, 2018; Schmitt, 2017).

Mehrere Autor*innen thematisieren den von Klient*innen zu erbringenden Alltagstransfer (→2.5.9) in der Ergotherapie (Behrens & Lüdeking, 2020; Brandt, 2017; Bühler, 2009; Fisher, 2018; Schmitt 2017; Zittlau, 2018). Alle Autor*innen sind sich einig, Klient*innen möglichst in ihrer natürlichen Umwelt zu beobachten und zu behandeln. Betätigungsbedürfnisse können nur bedingt in der ergotherapeutischen Praxis oder in einem stationären Setting erfasst werden und „Teilleistungsfortschritte können – wie wir heute wissen – trotz viel Übung nur begrenzt in den Alltag und Teilhabeaspekte integriert werden“ (Behrens & Lüdeking, 2020, S. 14).

Kontextbasiertes Arbeiten gewinnt an Bedeutung in der ergotherapeutischen Berufspraxis (Cup & Hartingsveldt, 2019), was sich nicht nur in der Auseinandersetzung verschiedener Autor*innen mit dieser Thematik zeigt. Bereits das Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) impliziert, den Menschen im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung nicht nur aus dem Blickwinkel seiner Gesundheitsprobleme zu beleuchten (Behrens & Lüdeking, 2020; Haase, 2007), sondern auch Kontextfaktoren, einschließlich der räumlichen und sozialen Umwelt einzubeziehen. Das gegenwärtige Paradigma (→2.5.2) der Ergotherapie wird durch eine ganzheitliche Sicht geprägt und erfordert die Orientierung an Alltagshandlungen und -kontexten einer Person (Behrens & Lüdeking, 2020).

Mit einer qualitativen Studie erforschten Grefe und Pytlik (2016) auf nationaler Ebene, wie psychisch erkrankte Erwachsene ergotherapeutische Hausbesuche in Bezug auf die ADLs (→2.5.6) wahrnehmen. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass es sinnvoll ist, Klient*innen im eigenen häuslichen Umfeld zu behandeln.

Neben der Psychiatrie ist die Neurologie ein weiterer therapeutischer Fachbereich der Ergotherapie (Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE, 2020b). Knapp zwei Drittel (64,3 Prozent) der Verordnungen für ergotherapeutische Leistungen erfolgen aufgrund von Erkrankungen des Nervensystems. Klient*innen mit neurologischen Erkrankungen bzw. Schädigungen im zentralen Nervensystem können vielfältigste Einschränkungen der Handlungsfähigkeit erleben (DVE, 2020b). In diesem Zuge kommt der Ergotherapie eine entscheidende Rolle zu. Sie „unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind“ (DVE, 2007).

Die Forscherinnen dieser Arbeit konnten wenige Studien identifizieren, welche sich mit dem Setting der ambulanten Ergotherapie auseinandersetzen. Eine Studie (Stephenson & Wiles, 2000) beschreibt die Vor- und Nachteile des häuslichen Settings aus Sicht von Klient*innen und Therapeut*innen mit Teilnehmer*innen, welche häusliche und ambulante Ergotherapie erhielten. Die Gestaltung der ambulanten Therapie wird nicht thematisiert. Weitere Studien vergleichen das häusliche mit dem klinischen Setting der Ergotherapie in

Bezug auf verschiedene Outcomes (Bottari, Dutil, Dassa & Rainville, 2006; Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell, 2010; Koch, Wottrich & Holmqvist, 1998). Die Inhalte der Studien werden in Kapitel 2.2 ausführlicher dargestellt.

Aus ihrer Literaturrecherche (→2.1) schlussfolgern die Forscherinnen, dass eine Vielzahl an internationalen Studien existiert, welche das häusliche Setting in Hinblick auf verschiedene Outcomes in der Ergotherapie thematisieren. Einige Studien berücksichtigen zudem das klinische Setting und setzen dieses in Bezug zur Ergotherapie im häuslichen Setting. Studien zu Behandlungen in ergotherapeutischen ambulanten Praxen und zu Therapieerfahrungen aus Klient*innensicht existieren kaum.

Die von Klient*innen subjektiv wahrgenommene Behandlungsqualität wird ein zunehmend wichtiges Maß in der klinischen Forschung, ist aber nicht mit der objektiven Behandlungsqualität gleichzusetzen (Häuser, 2014). In diesem Zusammenhang greifen Weldring und Smith (2013) unter anderem die Begriffe „PROs“ (*Patient-Reported Outcomes*), „PROMs“ (*Patient-Reported Outcome Measures*) und „PREMs“ (*Patient-Reported Experiences Measures*) auf. „PROs“ stellen die Berichte von Patienten über ihre eigene Gesundheit, Lebensqualität oder ihren funktionellen Status im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung oder Behandlung, die sie erhalten haben, dar. „PROMS“ sind Werkzeuge und Instrumente, mit welchen die „PROs“ valide und reliabel gemessen werden können. „PREMs“ messen die Erfahrungen von Patienten in Zusammenhang mit einem Gesundheitsdienst. Da international angestrebt wird, „PREMs“ als Qualitätsindikatoren für die Patientenversorgung zu verwenden (Weldring & Smith, 2013), ist es notwendig, die Klient*innenerfahrungen zur ergotherapeutischen Behandlung im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuches zu untersuchen.

Die Forscherinnen identifizieren eine Forschungslücke bei Studien, welche das Erleben der Ergotherapie im Setting des Hausbesuchs und der ambulanten Praxis von Menschen mit neurologischen Erkrankungen im nationalen Kontext untersuchen und sind daher daran interessiert, die Erfahrungen von neurologisch erkrankten Menschen mit der Ergotherapie im Setting des Hausbesuchs und der ambulanten Praxis zu erforschen.

## 1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Auf Basis der in Kapitel →1.1 beschriebenen Forschungslücke formulieren die Autorinnen folgende Forschungsfrage:

Von welchen Erfahrungen berichten Menschen mit neurologischen Erkrankungen retrospektiv über die Ergotherapie im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuchs?

Die ◊Leitfragen dienen der Beantwortung der Forschungsfrage:

- Wie haben Klient*innen die Gestaltung der Therapie in Hinblick auf Ihre Alltagsaktivitäten erlebt?
- Wie wurde in der Therapie an den Wünschen, Zielen und Bedürfnissen von Klient*innen gearbeitet?
- Was waren die hemmenden oder fördernden Faktoren für die Intervention im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuchs?

Ziel der Arbeit ist es, mithilfe semi-strukturierter Interviews diese Fragen zu beantworten und aus Klient*innensicht Erkenntnisse zur ergotherapeutischen Behandlung zu gewinnen.

## 1.3 Aufbau der Bachelorarbeit

Die vorliegende Forschungsarbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Kapitel eins stellt zugleich die Einleitung dar. Es enthält neben dem Aufbau der Arbeit eine Begründung zur Auswahl des Themas, sowie die Zielsetzung und Forschungsfrage dieser Arbeit.

In Kapitel zwei erläutern die Forscherinnen den theoretischen Hintergrund, beschreiben ihre Literaturrecherche, stellen die aktuelle Studien- und Evidenzlage dar und definieren die Begrifflichkeiten Klient*in und Therapeut*in. Weiter schildern sie die gesetzlichen Rahmenbedingungen und ergotherapeutische Grundlagen des Forschungsthemas.

Kapitel drei beschreibt das methodische Vorgehen im Forschungsprozess sowie die Gütekriterien.

Kapitel vier stellt die Ergebnisse anhand der Haupt- und Subkategorien dar. Anschließend diskutieren die Forscherinnen in Kapitel fünf die Ergebnisse, indem sie diese unter Beantwortung der einzelnen Leitfragen in Bezug zum theoretischen Hintergrund und zur weiterführenden Literatur setzen sowie Stärken und Schwächen der Forschungsarbeit diskutieren. Das letzte Kapitel enthält die Schlussfolgerung mit Beantwortung der Forschungsfrage und einem Ausblick.

# 2 Theoretischer Hintergrund

## 2.1 Literaturrecherche

Zur Erfassung des aktuellen Forschungsstandes und zur Entwicklung des theoretischen Hintergrunds der Studie führten die Forscherinnen eine Literaturrecherche durch (Döring & Bortz, 2016). Sie erstellten eine Liste, die folgende Suchbegriffe enthält:

Home based therapy, home, practice context, outpatient, experience, reports, perception, occupational therapy, adult, occupation-based, context-based, client-centered, intervention, neurology

Die Forscherinnen nutzten folgende Datenbanken:

- Doorzoek informatiebronnen Zuyd (DiZ)
- PubMed
- OT Seeker
- MedLine

Als Bool'sche Operatoren wurden AND, OR und NOT verwendet. Der Publikationszeitraum wurde zeitlich nicht eingeschränkt. Die laut Titel relevante Literatur wurde in einer Tabelle (→Anhang 7) mit Suchdatum, Angabe der Datenbank, Suchstrategie, Anzahl der Resultate, den davon ausgewählten Artikeln und deren Evidenzeinschätzung eingetragen und ist nachfolgend auszugsweise abgebildet (Tabelle1).

Die Abstracts der Literatur wurden gesichtet und irrelevante Studien ausgeschlossen. Die Volltexte der verbliebenen Artikel wurden gelesen und in der Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) eingestuft. Die Evidenzeinschätzung ist dem Anhang (→Anhang 1) zu entnehmen.

| Datum | Datenbank | Such-strategie | Resultate | Artikel | Evidenz nach Tomlin & Borgetto (2011) | genutzt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28.02.2020 | DiZ - Discovery Service for Zuyd Hoogeschool | Home based therapy AND occupation based intervention | 60934 | What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults' occupational performance? A systematic review. | 1a | Ja |
| | | | | Occupational Therapy Practitioners' Perspectives on Occupation-Based Interventions for Clients With Hip Fracture | | Nein |

**Tabelle 1 – Exemplarischer Auszug aus der Literaturrechercheliste**

## 2.2 Studien- und Evidenzlage

Mehrere Studien untersuchen die Wirksamkeit ergotherapeutischer Hausbesuche bei Schlaganfallpatient*innen (Legg et al., 2007; Parker et al., 2001; Walker, Gladman, Lincoln, Siemonsma & Whiteley, 1999). In einer randomisierten kontrollierten Studie (Walker et al., 1999) erhielten ältere Menschen mit Schlaganfall über einen Zeitraum von fünf Monaten betätigungsfokussierte und betätigungsbasierte Ergotherapie im häuslichen Setting. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. Hinsichtlich der IADL-Performanz beschreiben die Autor*innen Kurz- und Langzeiteffekte sowie kurzfristige Effekte auf die ADLs, die jedoch nicht bis zur Follow-Up-Messung nach zwölf Monaten erhalten werden konnten.

Die Studie von Parker et al. (2001) untersucht ebenfalls die Wirksamkeit von Ergotherapie im häuslichen Setting von Menschen mit Schlaganfall. Zwei Interventionsgruppen erhielten Ergotherapie, wobei der Fokus für die eine Gruppe auf Freizeitaktivitäten und für die andere auf der ADL Performanz lag. In der Studie werden keine positiven Kurz- oder Langzeiteffekte auf ADLs, IADLs oder Freizeitaktivitäten berichtet.

In einem systematischen Review von Legg et al. (2007) wurden neun randomisierte kontrollierte Studien einbezogen. Es wurden Klient*innen mit Schlaganfall berücksichtigt, welche betätigungsbasierte Interventionen in ihrem häuslichen Umfeld erhielten. Der Review zeigt auf, dass Ergotherapie mit dem Fokus auf der Verbesserung der ADL-Leistungen die Performanz von Menschen mit Schlaganfall verbessern kann und die Wahrscheinlichkeit schlechter Outcomes oder vorzeitigem Tod verringert.

Die Studie von Sturkenboom et al. (2014) erforscht die Effektivität von Ergotherapie im häuslichen Setting bei Menschen mit Parkinson und zeigt auf, dass diese von häuslich basierter Ergotherapie profitieren. Die Teilnehmenden erhielten eine 10-wöchige betätigungsfokussierte und zum Teil betätigungsbasierte ergotherapeutische Intervention in ihrem häuslichen Kontext. Positive Effekte hinsichtlich der Ausführung und Zufriedenheit der Betätigungsperformanz wurden erfasst. Die Effekte waren drei Monate nach der Intervention weiterhin vorhanden.

Zusätzliche Studien beziehen verstärkt die Erfahrungen ein, welche Klient*innen und Therapeut*innen mit ergotherapeutischen Hausbesuchen machen. In einer Studie von Boutin-Lester und Gibson (2002) wurden die Erfahrungen von fünf neurologischen Klient*innen mit Ergotherapie im häuslichen Kontext erforscht. Insgesamt sind die Erfahrungen der Klient*innen mit häuslich basierter Ergotherapie positiv. Es werden verschiedene Teilbereiche, wie die ergotherapeutische Zielsetzung und Intervention, Ergebnisse der Therapie, die ergotherapeutische Kompetenz, die therapeutische Beziehung und die Unterschiede zwischen Ergotherapie und Physiotherapie betrachtet. Alle Klient*innen berichteten über eine gemeinsame Zielsetzung mit den Ergotherapeut*innen. Über Interventionen entschieden meist die jeweiligen Therapeut*innen, wohingegen die Klient*innen eine passive Rolle im ◊Interventionsprozess einnahmen: „Every participant spoke of occupational therapy as a process of being done to instead of doing or doing with during some treatment sessions“ (Boutin-Lester & Gibson, 2002, S. 149). Die Interventionen wurden teilweise betätigungszentriert gestaltet. Vier der fünf Teilnehmenden berichten über signifikante Verbesserungen durch die Ergotherapie im häuslichen Setting. Die therapeutische Beziehung nahmen alle Teilnehmenden als positiv wahr. Sie beschreiben diese als freundschaftlich oder professionell. Auch die ergotherapeutischen Kompetenzen werden durch die Teilnehmenden thematisiert. Mit einer Ausnahme nehmen alle Teilnehmenden die Ergotherapeut*innen als kompetent und hilfsbereit wahr. Die Autor*innen der Arbeit empfehlen weitere Forschung zur Ergotherapie im häuslichen Setting, wie auch die Untersuchung der Ergotherapie in anderen Kontexten.

In einer Studie (Nielsen, Bjerrum, Nielsen & Petersen, 2018) aus Dänemark wurden die Erfahrungen mit häuslicher Ergotherapie retrospektiv aus der Perspektive von älteren Menschen mit verschiedenen chronischen Erkrankungen erforscht. Der Studie zufolge konnten die meisten Teilnehmer*innen eine Verbesserung ihrer Betätigungsperformanz im Bereich der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit wahrnehmen. Sie berichteten zugleich über fortbestehende Betätigungsperformanzprobleme nach Beendigung der Ergotherapie.

Eine weitere qualitative Studie beschäftigt sich mit den Erfahrungen von neurologischen Klient*innen und Therapeut*innen zur ergotherapeutischen oder physiotherapeutischen Behandlung im häuslichen Setting im Vergleich zum ambulanten Setting (Stephenson & Wiles, 2000). Die konkrete Gestaltung des ambulanten Settings wird in der Studie nicht beschrieben, allerdings benennen die Klient*innen den Anfahrtsweg als Nachteil des ambulanten Settings. Auch die Therapeut*innen bezeichnen diesen als Barriere für die ambulante Therapie: „the difficulty for patients attending early appointments, lengthy waiting for return journey and the direct effect of stress on the therapy session itself“ (Stephenson & Wiles, 2000, S. 61). Als Förderfaktor für das häusliche Setting wird das Wohlgefühl von Klient*innen thematisiert: „But at home you’re more relaxed and it’s easier“ (Stephenson & Wiles, 2000, S. 61). Einige Teilnehmende empfinden hier eine höhere Privatsphäre und können so ihre Belange offener ansprechen, wohingegen zwei Teilnehmende das häusliche Setting als wenig motivierend und effizient für die Therapie beschreiben. Als weitere Barriere für das häusliche Setting nennen nahezu alle Teilnehmenden eine geringe Verfügbarkeit an Therapiematerialien. Alle Therapeut*innen sehen als Vorteil einer Therapie im häuslichen Kontext der Klient*innen, die therapeutische ◊Vorgehensweise in diesem Setting individueller gestalten zu können.

Mehrere Studien vergleichen das klinische mit dem häuslichen Setting in Bezug auf verschiedene Outcomes. Im Folgenden wird auf die Studie von (Doig et al., 2011) ausführlicher eingegangen werden. Vierzehn Teilnehmende mit Schädel-Hirn-Trauma erhielten über einen Zeitraum von jeweils sechs Wochen zielgerichtete und klientenzentrierte Ergotherapie im Einzelsetting. In der Interventionsgruppe fand die Therapie im häuslichen Setting der Klient*innen statt. Die Interventionsgruppe erhielt Ergotherapie in einem tagesklinischen Setting. Die Erfahrungen der Klient*innen und jeweilig zuständigen Ergotherapeut*innen wurden über Interviews erfasst. Alle Klient*innen durften eine*n Angehörige*n zum Gespräch hinzuziehen. Die Klient*innen und ihre Angehörigen geben an, die Therapie im häuslichen Setting als angenehmer und effektiver wahrzunehmen. Das Zuhause wird als familiär, normal und weniger ablenkend beschrieben. Darüber hinaus nimmt das Setting der Therapie Einfluss auf die therapeutische Beziehung. Die Beziehung im eigenen Zuhause

wird als freundschaftlich erlebt und Therapeut*innen als Besucher identifiziert. Hingegen ordnen Klient*innen und Angehörige Therapeut*innen im klinischen Setting als Lehrer*innen oder Chefs der Therapie ein. Therapeut*innen geben an, im häuslichen Setting größere therapeutische Erfolge zu erzielen und in der realen Umwelt von Klient*innen effektiver an Zielen auf Aktivitäts- und Partizipationsebene arbeiten zu können. Sie heben die Schwierigkeit für einige Klient*innen hervor, den Transfer zwischen Klinik und eigenem Wohnumfeld zu vollziehen. Ein Therapeut äußert: „getting the patient to relate that to how you are wanting them to use in every life was difficult“ (Doig et al., 2011, S. 1207).

Die qualitative Studie (Grefe & Pytlik, 2016) aus dem nationalen Kontext untersuchte, wie Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung die ergotherapeutische Behandlung als Hausbesuch in Hinblick auf die Bewältigung ihrer Aktivitäten des täglichen Lebens erleben. Zur Beantwortung ihrer Forschungsfrage führten die Forscherinnen drei leitfadengestützte Interviews. Die Ergebnisse zeigen auf, dass der Hausbesuch für die Klient*innen einen hohen Stellenwert einnimmt und die ergotherapeutische Intervention im häuslichen Setting als unterstützend in Hinblick auf die Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens erlebt wird.

## 2.3 Rahmenbedingungen der Therapie

### 2.3.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

In Deutschland müssen ergotherapeutische Dienstleistungen von Ärzt*innen (Cup & Hartingsveldt, 2019) verordnet werden (Verordnungspflicht). Diese sind verpflichtet, die Notwendigkeit des Heilmittelbedarfs zu prüfen, wenn Krankenkassen die Kosten der Therapie übernehmen sollen. Dieser Bedarf wird anhand einer Diagnostik mit Leitsymptomatik erstellt, welche eine Analyse der individuellen und der Umweltfaktoren sowie die Beeinträchtigung der ◊Aktivitäten einschließt (Heilmittelkatalog, 2018). ◊Heilmittel dienen dazu, eine Krankheit und ihre Symptome zu heilen oder zu lindern, bzw. eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermeiden. Außerdem soll Pflegebedürftigkeit vermieden oder gemindert werden (DVE, 2017).

Bei Erkrankungen des Nervensystems wird die Diagnosegruppe EN1 als Indikationsschlüssel verwendet (Buchner, 2017). Vom Heilmittelkatalog wird vorgegeben, welches Heilmittel in welcher Häufigkeit (Verordnungsmenge) verordnet werden darf. Dabei soll sich die Verordnungsmenge „nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls richten“ (Heilmittelkatalog, 2018). Nach der Erstverordnung, die bis zu zehn Behandlungen umfassen kann, können Ärzt*innen eine Folgeverordnung (mit ebenfalls bis zu zehn Behandlungen) ausstellen, wenn sie sich erneut vom Zustand der Patient*innen überzeugt haben. Erst- und Folgeverordnungen können eine Gesamtverordnungsmenge von 60 Einheiten umfassen und werden als „Regelfall“ bezeichnet (DVE, 2017). Die Empfehlung für die Therapiefrequenz liegt bei ein- bis zweimal pro Woche (Buchner, 2017). Verordnungen außerhalb des Regelfalls setzen eine weiterführende Diagnostik mitsamt Begründung und prognostischer Einschätzung voraus (Heilmittelkatalog, 2018). Darauf haben Klient*innen mit langfristigem Heilmittelbedarf einen Anspruch (DVE, 2017). Langfristiger Bedarf bei Klient*innen, die einen Apoplex erlitten haben, besteht beispielsweise durch eine Paraparese oder -plegie und Tetraparese oder -plegie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020). Um den Therapiebedarf des Versicherten nachvollziehbar darzulegen, besteht nach § 8a (1) die ärztliche Notwendigkeit, die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen sowie strukturellen Schädigung darzustellen. Dabei sind Beeinträchtigungen von Aktivitäten zu berücksichtigen (DVE, 2017).

In Abhängigkeit von der Leitsymptomatik und nach eigenem Ermessen können Ärzt*innen Menschen mit Hirninsult motorisch-funktionelle, sensomotorisch-perzeptive, Hirnleistungstraining/neurologisch orientierte oder psychisch-funktionelle Behandlung als Therapie verordnen (DVE, 2017).

### Ort der Leistungserbringung

Nach § 11 des Heilmittelkatalogs ist es möglich, dass die Therapie in den Räumlichkeiten der Therapeut*innen als ambulante Versorgung oder in der Wohnung der Klient*innen als Hausbesuch erbracht wird (DVE, 2017; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020). Als häusliche Umgebung werden die eigene Wohnung, das Senioren- oder Pflegeheim sowie vollsta-

tionäre Einrichtungen der Behindertenhilfe definiert, sofern dort der Lebensmittelpunkt der Betroffenen liegt (DVE, 2017). Betreuungseinrichtungen oder Sonderschulen erfüllen die Kriterien eines Wohnsitzes nicht (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2009). Die Therapie als Hausbesuch ist „nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist“ (DVE, 2017, S. 22).

Darüber hinaus werden keine Angaben dazu gemacht, wann Klient*innen Anspruch auf Therapie in der häuslichen Umgebung haben. Verschiedene Kassenärztliche Vereinigungen führen Gründe an, die unzureichend für die Therapie zu Hause sind.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2019) definiert, dass weder das Alter, noch eine allgemeine Gehunfähigkeit, das Angewiesen sein auf Rollator, Rollstuhl oder Unterarmgehstützen, das Tragen von Verbandschuhen, Visuseinschränkungen oder -verlust eine ausreichende medizinische Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs darstellen. Des Weiteren wird eine schlechte Anbindung der häuslichen Umgebung der Patient*innen an öffentliche Verkehrsmittel in diesem Zusammenhang genannt. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2009) führt fort, dass organisatorische oder soziale Gründe ebenfalls als Begründung nicht ausreichen. Auch eine dauerhafte Behandlung zu Hause von akut gehbehinderten Menschen ist nicht vorgesehen. Im Umkehrschluss ist daher eine Verordnung von Hausbesuchen für eine begrenzte Zeit möglich, wobei der Zeitraum für therapeutische Hausbesuche nicht näher bestimmt ist (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2009).

Im Heilmittelkatalog wird bei ergotherapeutischen Maßnahmen darüber hinaus die Möglichkeit eingeräumt, dass pro Regelfall ein Hausbesuch nach Rücksprache mit Vertragsärzt*innen abrechenbar ist. Dieser dient dem Theorie-Praxis-Transfer (→2.5.9) und der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (DVE, 2017).

Kruse, Freigang und Lieschke (2009) stellen für den Deutschen Ärzte Verband den Hausbesuch und die Therapie in der Praxis unabhängig von der therapeutischen Profession einander gegenüber. Für eine Therapie in den Praxisräumen spricht demnach die Ausstattung mit technischen Apparaten und Materialien. Sie äußern Bedenken über die Qualität der

Leistungserbringung im häuslichen Umfeld, da die spezifischen therapeutischen Gerätschaften dort nicht vorhanden sind. Die Empfehlung für einen Hausbesuch wird ausgesprochen, wenn therapeutische Gründe vorliegen. Diese bestehen insbesondere für eine ergotherapeutische Versorgung, wenn die in der Praxis erworbenen Fähigkeiten in der häuslichen Umgebung umgesetzt werden sollen.

Auch Hucke und Kuhnert (2020) schildern aus ergotherapeutischer Perspektive, dass das Setting der Praxisräume den Vorteil der therapeutischen Mittel und Medien bietet. Diese bestehen aus der Pflichtausstattung der Praxis sowie aus Materialien und Mitteln, welche die behandelnden Therapeut*innen selbst auswählen. Die häusliche Umgebung betrachten Hucke und Kuhnert (2020) differenzierter. Sie schildern, dass die Therapie als Hausbesuch diverse Möglichkeiten bietet, da alltagsbezogene Aktivitäten in der gewohnten Umwelt der Klient*innen ermöglicht werden. Die Therapieintervention kann in jedem Raum stattfinden und ◊Betätigungen können, eingebettet in die individuelle Umwelt der Klient*innen, analysiert und trainiert werden.

Insgesamt lassen die gesetzlichen Rahmenbedingungen Ärzt*innen einen großen Handlungsspielraum für Verordnungen, die nach eigenem Ermessen die Art, Häufigkeit sowie den Ort der Leistungserbringung festlegen können.

### 2.3.2 Schlaganfall und Leitlinien

Da die Forscherinnen für ihre Arbeit lediglich neurologische Klient*innen mit Schlaganfall rekrutieren konnten (→3.3.2), soll im Folgenden ausschließlich das Krankheitsbild des Schlaganfalls und entsprechende ◊Leitlinien dargestellt werden.

In Europa und in Deutschland sind fast 60% der Bevölkerung von einer neurologischen Erkrankung betroffen (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2020). Es ist davon auszugehen, dass der Anteil neurologischer Erkrankungen aufgrund des demographischen

Wandels in der Gesellschaft weiter ansteigen wird (Deuschl et al., 2020). Schlaganfälle zählen dabei zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen in Deutschland (Heuschmann et al., 2010).

In Deutschland erleiden jährlich mehr als 260.000 Menschen einen Schlaganfall (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2020). Der Schlaganfall ist nach der koronaren Herzkrankheit die zweithäufigste Todesursache (Robert Koch-Institut, 2015).

Bei einem Schlaganfall kommt es zu einer plötzlich auftretenden Schädigung von Hirnarealen, die durch einen Gefäßverschluss (ischämischer Schlaganfall) oder eine Hirnblutung (hämorrhagischer Schlaganfall) verursacht wird (Robert Koch Institut, 2015).

Grundsätzlich können Schlaganfälle Menschen jeden Alters betreffen. Sie treten allerdings häufiger bei älteren Erwachsenen, bei Männern, bei Menschen mit Schlaganfall in der Familie und bei Afroamerikanern auf. Risikofaktoren sind Bluthochdruck, Diabetes, mangelnde Bewegung, Rauchen, Adipositas, Alkoholmissbrauch, Vorhofflimmern, Hyperlipidämie, Arteriosklerose und Drogenmissbrauch (Wolf & Nilsen, 2018).

Der Schlaganfall ist eine der häufigsten Ursachen für eine erworbene Behinderung (Johnston, Mendis & Mathers, 2009) und kann sich auf Betätigungsperformanz und Lebensqualität der Erkrankten auswirken (Wolf & Nilsen, 2018).

Wie bereits in der Einleitung thematisiert, kommt der Ergotherapie bei der Behandlung der Menschen mit Schlaganfall eine entscheidende Rolle zu (→1.1).

Zur Unterstützung der ergotherapeutischen Berufspraxis existieren evidenzbasierte Leitlinien, welche regelmäßig an neue Erkenntnisse angepasst werden (Cup & Hartingsveldt, 2019). Leitlinien übersetzen wissenschaftliche Evidenz in Behandlungsempfehlungen für die Praxis (Steultjens, 2007). Sie können als Hilfsmittel dienen, Transparenz, Eindeutigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung zu gewährleisten (Ministerie van VWS, 2007). Damit sich diese zunächst theoretische Verbesserung auch praktisch auswirkt, ist die erfolgreiche Implementierung der Leitlinien von hoher Relevanz (Steultjens, 2007).

In Deutschland existiert die S3-Leitlinie zum Thema „Schlaganfall“ (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2020). Diese äußert in verschiedener Hinsicht Empfehlungen für die ergotherapeutische Behandlung. Die Leitlinienempfehlung, im

häuslichen Umfeld lebenden Schlaganfallpatient*innen mit Einschränkungen der persönlichen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens ergotherapeutisches Alltagstraining anzubieten, ist relevant für diese Forschungsarbeit.

Für viele Bereiche wurden Praxisleitlinien entwickelt, welche die Qualität der Gesundheitsversorgung und Klientenzufriedenheit verbessern und die passenden Gesundheitsleistungen sowie die Entscheidungsfindung fördern sollen. Aus diesem Grund, und um einen Überblick über die vorhandene Evidenz ergotherapeutischer Interventionen bei Schlaganfall zu geben, wurden die *Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Stroke* (Wolf & Nilsen, 2018) veröffentlicht und von Mieke le Granse ins Deutsche übersetzt. Die Inhalte der Praxisleitlinie ausführlicher darzustellen, führt an dieser Stelle zu weit. Zusammenfassend wird in den Praxisleitlinien von Wolf & Nilsen (2018) die Evidenz für eine Vielzahl ergotherapeutischer Interventionen komprimiert dargestellt. Als Grundlage der Praxisleitlinie dienen Erkenntnisse systematischer Reviews zur Ergotherapie für Klient*innen mit Schlaganfall.

In den Niederlanden wurde 2005 eine Praxisleitlinie zum Thema „Schlaganfall“ entwickelt (Steultjens, 2010). Diese impliziert, in der Therapie bedeutungsvolle Aktivitäten einzusetzen und das therapeutische Handeln nach dem ◊Top-Down-Ansatz auszurichten.

## 2.4 Begriffsdefinition

### 2.4.1 Klient*innen der Ergotherapie

Als Klient*innen werden in der Ergotherapie Einzelpersonen, Gruppen oder Populationen bezeichnet (Granse & Kuiper, 2019). An dieser Studie nehmen Einzelpersonen teil, die einen Schlaganfall erlitten haben (→2.3.2, →3.3.2).

Nach ergotherapeutischem Verständnis ist ein*e Klient*in „[…] ein Mensch, der die professionellen Dienste anderer in Anspruch nimmt. Ein Klient hat das Recht, Informationen zu verlangen und seine Meinung frei zu äußern […]“ (Sumsion, 2002, S. 35).

Hingegen wird ein Mensch, „der Hilfe sucht und dem gesagt wird, was er zu tun hat […] an dem gehandelt wird“, mit dem Begriff „Patient*in“ bezeichnet (Herzberg, 1990, in Flotho, 2007).

Im Paradigma der Partizipation (→2.5.2) ergotherapeutische Basis, weshalb im Rahmen dieser Arbeit der Begriff der Klient*innen verwendet wird. Baum, Christiansen und Bass (2015) definieren Klient*innen als Personen, die die Ergotherapie aufsuchen, um die Teilhabe, die sie in ihrem Leben erfahren, zu vergrößern. Flotho (2007) ergänzt, dass der Begriff „Klient“ die respektvolle und partnerschaftliche Beziehung betont.

Klient*innen nehmen im Interventionsprozess eine aktive Rolle ein, bestimmen in der Therapiegestaltung, welche Aktivitäten und Betätigungen ihnen wichtig sind, und entscheiden eigenständig, welche Lösung für ihr Handlungsproblem am besten geeignet ist (Granse & Kuiper, 2019). Die Bedürfnisse der Klient*innen spielen eine zentrale Rolle in der Therapie, deren Betätigungsziele haben Priorität (Flotho, 2007). Die Klient*innen werden als Expert*innen für ihr Wissen, ihre Erfahrungen, Hoffnungen und Träume betrachtet (Granse & Kuiper, 2019). Kirsch (2014) fügt zum Expertenwissen der Klient*innen ergänzend deren eigene Bedürfnisse, Betätigungen und soziale Situation hinzu. Dabei wird der Einfluss der Erkrankung auf ihr Leben und deren Auswirkungen auf die Betätigungsperformanz inkludiert (Granse & Kuiper, 2019). Kielhofner (2009, S. 48)

erläutert: „client-centered practice emphasizes the importance of recognizing clients knowledge and experience, strengths, capacity for choice, and overall autonomy“. Das Erfahrungswissen der Klient*innen setzt sich folglich aus verschiedenen Aspekten zusammen.

Diese Annahmen bilden die Grundlage für eine Beziehung, in der gemeinsames Entdecken und voneinander lernen von Bedeutung sind. Klient*innen und Therapeut*innen gehen eine Beziehung ein, in der sie offen füreinander sind und sich darauf einlassen, den anderen zu verstehen. Diese partnerschaftliche und respektvolle Zusammenarbeit ermöglicht es Therapeut*innen, ihre Macht mit Klient*innen zu teilen (◊*Power-Sharing*), sie in partizipative Entscheidungen einzubinden und darin zu unterstützen, Betätigungskompetenz im Alltag wiederzuerlangen. „Alle Konzepte zielen darauf ab, es dem Klienten zu ermöglichen (*enablement*), sich am Betätigen, und der Ausführung von für ihn wichtigen Rollen und Aktivitäten zu beteiligen (*engagement*) und voll und ganz an der Gemeinschaft teilzuhaben (*participation*)“ (Granse & Kuiper, 2019, S. 190).

### 2.4.2 Therapeut*innen der Ergotherapie

Der Begriff „Therapeut“ stammt aus dem griechischen θεραπευτής (therapeutés) und bedeutet Heilkundiger. Das dazugehörige Adjektiv bedeutet übersetzt „dienen, bedienend, pflegend“ (Pfeifer, 1993).

Ergotherapeut*innen bieten eine Dienstleistung an, in deren Rahmen sie Informationen zur Verfügung stellen, Klient*innen emotional unterstützen und eine Atmosphäre des Wohlfühlens schaffen (Flotho, 2007). Therapeut*innen sind Expert*innen, die ihr Fachwissen zur Verfügung stellen, um Klient*innen Lösungsoptionen aufzuzeigen, mit deren Hilfe diese ihre Handlungsschwierigkeiten bewältigen (Kirsch, 2014). Um die Klient*innen optimal auf ihrem Weg zu begleiten, werden diverse Anforderungen an Therapeut*innen gestellt.

Sie tragen die Verantwortung dafür, eine gute Beziehung zu den Klient*innen aufzubauen (Kielhofner, 2009). Dafür sind die zwischenmenschlichen Fähigkeiten der Sensibilität, Integrität, Authentizität und Ehrlichkeit wichtig (Cup & Hartingsveldt, 2019). Cole und McLean (2003) sprechen sich zudem für eine offene Kommunikation und Empathie aus. Kielhofner

(2009) formuliert verschiedene Aspekte, die die therapeutische Vorgehensweise leiten sollen. So ist eine Aufgabe von Therapeut*innen, Möglichkeiten zu bieten, damit Klient*innen direkt an ihrer Betätigung teilhaben können. Dafür kann es notwendig sein, die Betätigung, die Umwelt oder beides anzupassen. Auch die Anwendung technischer Mittel zur Erweiterung oder Kompensierung der eingeschränkten Betätigungen der Klient*innen ist erwünscht. Ein weiteres Handlungsfeld von Therapeut*innen liegt in der Beratung und Strategieentwicklung, die dem Klient*innen Teilhabe an ihren Betätigungen außerhalb des Therapierahmens ermöglicht.

Die Vorgehensweise von Ergotherapeut*innen wird dabei durch methodisches Handeln gelenkt. Dazu gehören u.a. die sechs Säulen der Ergotherapie (→2.5.3) und Professional Reasoning (→2.5.8), welches die kritische Reflektion des therapeutischen Handelns leitet (Daniëls & Verhoef, 2019) und eine zentrale Kompetenz von Ergotherapeut*innen ist (Harms et al., 2018). „Therapeutic reasoning emphasizes that the occupational therapist is exercising competence or expertise by using concepts to better understand a clients' situation and how to address it" (Kielhofner, 2009, S. 281). Nach Feiler (2003) werden sechs Formen des Reasonings unterschieden, die der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und des Therapieprozesses dienen. In Zusammenarbeit mit den Klient*innen entwickeln Ergotherapeut*innen häufig kreative Lösungsansätze für Betätigungsperformanzprobleme oder Anpassungen der Umwelt. Breines (2016) benennt Kreativität daher als einen weiteren Teilaspekt des Reasonings (→2.5.8).

Ein weiteres Merkmal der qualitativen Vorgehensweise von Ergotherapeut*innen besteht darin, die eigene therapeutische Handlungsweise an den Berufskompetenzen auszurichten. Die kanadischen (Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada, CAOT, 2012) und niederländischen (Berufskompetenzen Ergotherapie. Deutsche Übersetzung, Verhoef & Zalmstra, 2013) Berufskompetenzen dienten den Professionals in Deutschland als Orientierung, bis der DVE 2019 das deutsche Kompetenzprofil Ergotherapie veröffentlichte (→2.5.5).

Therapeut*innen tragen sich und anderen gegenüber die Verpflichtung und Verantwortung, sich fortzubilden und ihr Expertenwissen auf dem aktuellen Stand zu halten (DVE, 2019; Cup & Hartingsveldt, 2019). Eine fortwährende Reflexion der persönlichen therapeutischen Möglichkeiten und Fähigkeiten erhöht das Bewusstsein für die eigenen Grenzen. Das Ziel des methodischen Handelns von Therapeut*innen sollte stets darin bestehen, die Bedürfnisse und Wünsche von Klient*innen in den Mittelpunkt der Therapie zu stellen und die ◊Klientenperspektive zu verstehen (Fisher, 2014), Klient*innen das Betätigen zu ermöglichen (Cup & Hartingsveldt, 2019) und Situationen zu schaffen, in denen Klient*innen sich ausprobieren können (Kirsch, 2014).

## 2.5 Ergotherapeutischer Hintergrund

### 2.5.1 ICF

Die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) wurde von der World Health Organization (WHO) entwickelt. Sie beschreibt Gesundheit und Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen ◊Domänen und klassifiziert diese umfassend in einer einheitlichen und standardisierten Sprache, sodass sowohl Laien als auch Fachpersonal die Begrifflichkeiten verstehen. Diese Domänen sind gegliedert in die Komponenten der „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ sowie „Kontextfaktoren“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2005). „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ umfasst die Domänen der Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation. Die Kontextfaktoren sind gegliedert in umwelt- und personbezogene Faktoren. Die Bereiche Aktivitäten und Partizipation werden in einem gemeinsamen Kapitel behandelt, da eine Differenzierung zwischen beiden oft nicht möglich sei (WHO, 2001). Aufgrund des großen Spektrums an soziokulturellen Unterschieden werden die personbezogenen Faktoren nicht klassifiziert. Die interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit wird durch die Anwendung der ICF-Sprache unterstützt (DIMDI, 2005).

**Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell der ICF**

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF zeigt die gegenseitigen Wechselwirkungen der verschiedenen Domänen und die Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsproblem und den resultierenden Auswirkungen (BAR, 2015).

Für die Ergotherapie bietet das Modell mehrere Vorteile. Es ein internationales Modell im Gesundheitssektor, das alle Professionen nutzen. Die Mitgliedsstaaten der WHO haben sich verpflichtet, das Modell zu implementieren (Affenberger et al., 2017). In Deutschland basiert das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – auf der ICF. Richtlinien und allgemeine Empfehlungen zur Rehabilitation werden unter Berücksichtigung der ICF formuliert (Schultermann, 2005). Das bio-psycho-soziale Modell ist holistisch und betrachtet alle Aspekte einer Person. Die ganzheitliche Perspektive wird in der Ergotherapie als wertvoll erachtet und dient der Verbesserung der Gesundheitsfürsorge (Pettersson, Pettersson & Frisk, 2012). Der in der Ergotherapie wichtige Aspekt der Partizipation wird durch dieses Modell interdisziplinär etabliert. Die Implementierung der ICF bewirkte, dass die Alltagsaktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren in den Fokus gerückt sind (Rentsch et al., 2003; Affenberger et al., 2017). So heben Waldow-Meier und Kohn (2020) hervor, dass der Einfluss der personbezogenen Faktoren und der Umweltfaktoren auf die Teilhabe durch die ICF wesentlich geprägt wurde. Nach der WHO können Umweltfaktoren sowohl Förderfaktoren als auch Barrieren für die Ermöglichung von Teilhabe darstellen (DIMDI, 2005).

Norlander et al. (2016) äußern sich positiv über die Implementierung der ICF, da sie Therapeut*innen ermöglicht, die Alltags- und die Lebenswelt von Klient*innen strukturiert und holistisch zu erfassen. Dadurch werde der Rehabilitationsprozess ökonomischer und effektiver. Waldow-Meier und Kohn (2020) schließen sich an und greifen zudem auf, dass es

Therapeut*innen durch die holistische Sichtweise ermöglicht wird, zu erfahren, wie Klient*innen ihre Situation subjektiv einschätzen und auf welche Art sie tätig sein möchten. Diese Aspekte sind bedeutsam für die Ergotherapie, um gemeinsam mit den Klient*innen Ziele aufzustellen, ihnen eine Teilhabe in ihrer persönlichen Umwelt zu ermöglichen und therapeutische Maßnahmen zu identifizieren (Finger et al., 2006). Die Erfassung der Kontextfaktoren bietet Therapeut*innen zudem Informationen für das *Professional Reasoning* (Modi et al., 2015). Flotho (2011) führt als weiteren Förderfaktor auf, dass die Betrachtung der Teilhabe im Modell der ICF, eine Basis biete, um Klient*innen Selbstbestimmung zu ermöglichen. Larsson-Lund und Nyman (2017) äußern darüber hinausgehend, dass der Gedanke der Partizipation aufgrund der Implementierung der ICF in die bestehenden ergotherapeutischen Modelle (→2.5.4) aufgenommen wurde und zur Weiterentwicklung der Ergotherapie beigetragen hat Schultermann (2005) erläutert, dass die ICF eine breite Akzeptanz in Deutschland erfährt und ein hilfreiches Instrument für die Dokumentation sei. Er bemängelt, dass Aktivitäten und Partizipation zusammen operationalisiert werden. Dieser Kritikpunkt wird auch von Pettersson et al. (2012) im Rahmen eines integrativen Literaturreviews über die ICF aus ergotherapeutischer Perspektive herausgearbeitet. Auch würden die subjektiven Erfahrungen der Klient*innen nicht ausreichend durch die ICF erfasst.

„The ICF focuses on healthy human functioning which, from an occupational perspective, must include occupation" (Polatajko et al., 2013b, S. 34). Zwischen dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF und dem *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (→2.5.4) stellen Polatajko et al. (2013b) verschiedene Parallelen her. Die ICF-Domänen der Körperfunktionen und -strukturen sowie der personbezogenen Kontextfaktoren werden im CMOP-E durch die verschiedenen Aspekte der Person dargestellt. Die Domänen der Aktivität und der Partizipation werden vom CMOP-E durch die Betätigung und die Betätigungsperformanz abgedeckt. Das ist jedoch nur eingeschränkt zutreffend, da die Partizipation von der WHO folgendermaßen definiert wird: „Partizipation ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation" (DIMDI, 2005). Polatajko et al. (2013b) fehlt der Aspekt der subjektiven Erfahrung in Bezug auf die Partizipation. Es ist nicht ausreichend, „to simply observe a person´s performance in participation" (Polatajko et al., 2013b, S. 35). Eine Ana-

lyse der Partizipation sollte aus ergotherapeutischer Perspektive stets klientenzentriert sein (Polatajko et al., 2013b). Weiterhin kritisieren Polatajko et al. (2013b), Schultermann (2005) und Pettersson et al. (2012), dass Aktivitäten und Partizipation in der ICF gemeinsam ◊kategorisiert werden, obwohl sie im Modell getrennt dargestellt werden. Die ICF definiert Aktivität als Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch einen Menschen (DIMDI, 2005). Der Aspekt der bedeutungsvollen Betätigung oder sozialen Rolle wird außer Acht gelassen. Nach Polatajko et al. (2013b) sind die individuelle Bedeutung sowie die sozialen Rollen ein Teil von Partizipation; die Partizipation wiederum ein Teil von Betätigung. Somit präsentieren Polatajko et al. (2013b) die Betätigung als Differenzierungsmöglichkeit zwischen Aktivität und Partizipation im Sinne der ICF.

### 2.5.2 Ergotherapeutischer Paradigmenwandel

Das Paradigma ist das Herzstück eines Berufs, bietet grundlegendendes Wissen und definiert dessen Zweck und Werte. Das ergotherapeutische Paradigma schafft eine gemeinsame Berufsidentität für alle Ergotherapeut*innen unabhängig von ihrer jeweiligen Spezialisierung (Mentrup, 2014). Erstmals aufgegriffen wurde der Begriff des wissenschaftlichen Paradigmas von Kuhn (1970) und in der Literatur unter anderem von Kielhofner (2009) fortgeführt. Laut Kielhofner beinhaltet es Kernkonstrukte, Werte und den Fokus eines Berufsstandes.

Im letzten Jahrhundert durchlief die Ergotherapie in Deutschland mehrere Paradigmenwechsel. Ein Paradigmenwechsel wird laut Kuhn (1991) durch die zwischenzeitliche Krise einer Profession ausgelöst. Diese kann durch fundamentale Kritik Dritter sowie durch Standesvertreter veranlasst werden.

In Deutschland etablierte sich die Ergotherapie 40 Jahre nach der Gründung des Berufes in den USA. Die Akademisierung der Ergotherapie erfolgte im deutschsprachigen Raum etwa 60 Jahre später als in den USA. Die Paradigmen beider Länder waren inhaltlich ähnlich, verliefen allerdings zeitversetzt (Mentrup, 2014).

Das erste Paradigma, auch genannt *Paradigm of Occupation* (Paradigma der Betätigung), war in den USA von Anfang des 20. Jahrhunderts bis 1940 wirksam. Es war von einer holistischen Sichtweise geprägt (Mentrup, 2014). Wesentlich beeinflusst wurde es durch Dunton, welcher Betätigung als genauso wichtig definierte wie Essen und Trinken (Christiansen & Haertl, 2014). Er vertrat die Ansicht, dass sich Menschen durch Tätigsein organisieren und dass die Balance verschiedener Aktivitäten essentiell für das Wohlbefinden sei (Christiansen & Haertl, 2014). Betätigung wurde sowohl als Mittel als auch als Ziel der Ergotherapie betrachtet (Kielhofner, 2009).

In Folge des zweiten Weltkrieges geriet das erste Paradigma aufgrund der biomedizinischen Sicht- und Arbeitsweise im Gesundheitssystem der USA in eine Krise. Allmählich begann der Wandel zum *Mechanistic Paradigm* (Mechanistisches Paradigma) (Mentrup, 2014). Es vertrat die Annahme, dass die Fähigkeit, Betätigungen auszuführen, wesentlich von der Integrität des neuromuskulären, muskulo-skelettalen und intrapsychischen Systems abhängig sei (Kielhofner, 2009). Schädigungen dieser Systeme sollten durch Wiederherstellen der Körperfunktionen oder Kompensation ausgeglichen werden. Die Betätigung trat dagegen in den Hintergrund (Mentrup, 2014).

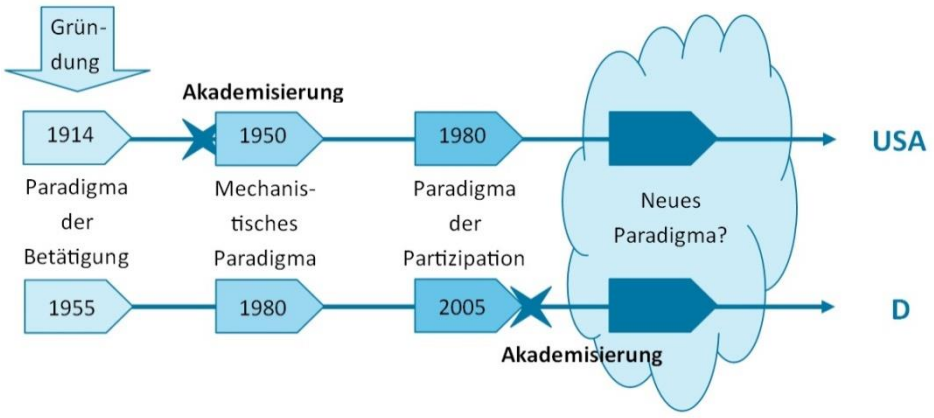



**Abbildung 2: Ergotherapeutischer Paradigmenwandel**

In den 1960er und 1970er Jahren riefen erste Stimmen führender Ergotherapeut*innen in den USA dazu auf, zum Ursprung der Ergotherapie, der Betätigung, zurückzukehren. Dies beinhaltete, erneut eine holistische Sichtweise auf das Individuum einzunehmen (Mentrup, 2014). Die Aussage Wiemers (1979, S. 43) verdeutlicht den Wandel:

> „Our is, and must be, the basic knowledge of occupation. It is that knowledge which permits the occupational therapist to look at an activity of daily living in a unique way, and so determine best how to facilitate the patient's or client's goal achievement."

Kielhofner (2009) bezeichnet das daraus resultierende Paradigma als *Contemporary Paradigm*, übersetzt zeitgenössisches Paradigma. Mentrop (2014) nennt es im Deutschen das Paradigma der Partizipation. Es geht davon aus, dass sich Betätigen positiv auf Gesundheit und Lebensqualität auswirkt (Mentrup, 2014) und misst der therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung der Klientenzentrierung hohe Bedeutung zu. Es wird als wesentlichen Schwerpunkt gesehen, die Wünsche und Bedürfnisse von Klient*innen in die Therapie einzubeziehen und sie in der Ausführung und Partizipation bedeutungsvoller Betätigungen zu unterstützen (Kielhofner, 2009).

In diesem Zusammenhang werden kurz die Begrifflichkeiten des Top-down-Ansatzes und des ◊Bottom-Up-Ansatzes erläutert. Beim Bottom-Up-Ansatz besteht die Annahme, dass Körperfunktionen eine Grundvoraussetzung für die Betätigungsausführung sind und die Verbesserung der Funktionen automatisch die Qualität der Betätigungsperformanz erhöht (Holm, Rogers & Stone, 2003). Der Hauptfokus der Therapieplanung und -durchführung liegt wie beim *Mechanistic Paradigm* auf den Störungen der Körperstrukturen und -funktionen. Beim Top-down-Ansatz hingegen liegt der Fokus der Therapie auf der Partizipation, den Alltagssituationen und den Rollen eines Individuums (Haase, 2007). Therapeut*innen erfassen, welche Wünsche und Bedürfnisse seitens der Klient*innen bestehen und welche Alltagsaufgaben diese wieder durchführen wollen und beobachten anschließend Klient*innen bei der Ausführung einer Betätigung, beurteilen die Qualität der

Betätigungsperformanz und interpretieren die Ursache. Die Intervention erfolgt betätigungsbasiert (Fisher, 2018). Diese Vorgehensweise entspricht den Annahmen des gegenwärtigen Paradigmas, dem Paradigma der Partizipation.

### 2.5.3 Die sechs Säulen der Ergotherapie

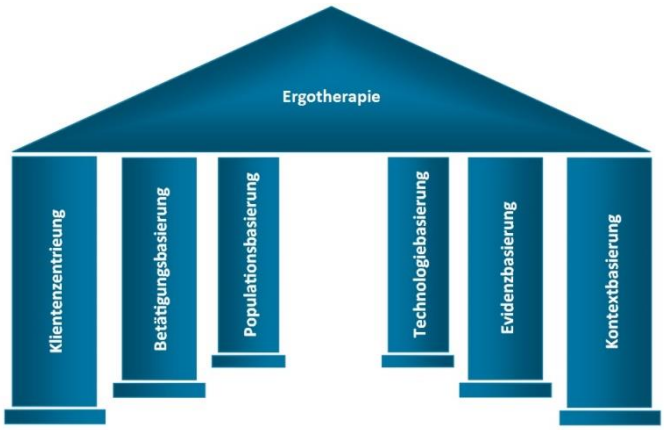



**Abbildung 3: Die sechs Säulen der Ergotherapie**

Im niederländischen Berufsprofil (Hartingsveldt, Logister-Proost & Kinébanian, 2010) werden die vier Ausgangspunkte Klientenzentrierung, Betätigungsbasierung, Kontextbasierung und Evidenzbasierung — zugleich die Säulen der Ergotherapie — beschrieben. Diese Bausteine wurden durch die Technologiebasierung und Populationsbasierung ergänzt und 2019 erstmals in deutscher Sprache veröffentlicht (Cup & Hartingsveldt, 2019). Die Säulen der Ergotherapie sind die Basis für diese Forschungsarbeit und werden nachfolgend unter Berücksichtigung der neurologischen Zielgruppe erläutert. Da die Forscherinnen das Erleben des Individuums untersuchen, wird in dieser Forschungsarbeit die Populationsbasierung nicht berücksichtigt. Für die Säule der Evidenzbasierung verweisen die Forscherinnen auf Kapitel →2.5.8, in welchem die Inhalte evidenzbasierten Arbeitens ausgeführt werden.

#### Klientenzentrierung

Die Klientenzentrierung steht seit über 30 Jahren im Mittelpunkt der Ergotherapie (Cup & Hartingsveldt, 2019). Sie basiert auf dem Werk des amerikanischen Psychologen Carl Rogers (Rogers, 1942) und wurde seither in einer Vielzahl weiterer Veröffentlichungen aufgegriffen (Mroz, Pitonyak, Frogelberg & Lealand, 2015; Sumsion & Law, 2016; Townsend & Polatajko, 2013). Nach der Definition der *Canadian Association of Occupational Therapists*

(CAOT) beinhaltet der Begriff, Klient*innen respektvoll zu begegnen, sie an Entscheidungsfindungen im Therapieprozess teilhaben zu lassen und ihre Erfahrung und Wissen in der Therapie zu berücksichtigen (CAOT, 1997). Sichtweise, Wünsche und Bedürfnisse der Klienten/innen stehen im Mittelpunkt der Therapie (Fisher, 2018). In der Definition der CAOT wird das Konzept des *shared-decision-making* — deutsch: partizipative Entscheidungsfindung — als Merkmal der Klientenzentrierung deutlich. *Shared-decision* bedeutet, Klient*innen im gesamten ergotherapeutischen Prozess als gleichberechtigte Partner*innen zu betrachten und aktiv in Entscheidungen einzubeziehen (Mroz et al., 2015). Dabei spielt die Informationsweitergabe eine wesentliche Rolle. Ergotherapeut*innen werden aufgerufen, ihr Expertenwissen mit Klient*innen zu teilen, damit diese selbst adäquate Entscheidungen treffen können (Dehn-Hindenberg, 2008). Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit klientenzentrierter Ergotherapie im neurologischen Setting (Guidetti & Ytterberg, 2011; Guidetti, Andersson, Andersson, Tham & Koch, 2010; Park, 2018; Shinohara, Yamada, Kobayashi & Forsyth, 2012). Häufig handelt es sich hierbei allerdings um kleine (Pilot-) Studien, welche die Notwendigkeit weiterer Forschung aufzeigen (George, 2014b).

### Betätigungsbasierung

Die Betätigungsbasierung stellt eine weitere Säule der Ergotherapie dar. „Das Betätigen ist ein zentrales strukturierendes Element, eine ‚Brille', mit der ein Ergotherapeut die Bedürfnisse seiner Klienten erkennen kann" (Yerxa, 1998, in Cup & Hartingsveldt, 2019, S. 196). Diese Aussage Yerxas wird durch Fishers Auseinandersetzung mit dem Begriff „Betätigungsbasierung" verdeutlicht: „To use occupation as the foundation – to engage a person in occupation […] as the method used for evaluation and/or intervention" (Fisher, 2013, S. 167). Handeln Ergotherapeut*innen betätigungsbasiert, legen sie den Fokus auf Betätigung und speziell auf die Aktivitäten, die für eine Person wichtig sind und von ihr nicht mehr wunschgemäß ausgeführt werden können (Cup & Hartingsveldt, 2019). Verschiedene Assessments stützen dabei die betätigungsbasierte Vorgehensweise von Therapeut*innen (Cup & Hartingsveldt, 2019). Die Wirksamkeit betätigungsbasierter Ergotherapie bei neurologischem Klientel konnte durch mehrere Studien nachgewiesen

werden (Parker et al., 2014, Sturkenboom et al., 2014, Walker et al., 1999). Weiter wird aufgezeigt, dass betätigungsbasierte Therapie von Klient*innen als bedeutsamer wahrgenommen wird als rein funktionelles Training (Zimmerer-Branum & Nelson, 1995).

### Kontextbasierung

Kontextbasiertes Arbeiten findet immer häufiger Einzug in die ergotherapeutische Berufspraxis (Cup & Hartingsveldt, 2019). Dabei wird der Begriff „Kontext“ unterschiedlich definiert und manchmal mit dem Begriff der „Umwelt“ gleichgesetzt (Hengelaar & Gils, 2019). Im niederländischen Berufsprofil der Ergotherapie bezieht sich Kontext auf alles in der Umwelt, das einen Einfluss auf das Betätigen des Menschen hat (Hartingsveldt et al., 2010). Die Einbeziehung des Kontexts in die Ergotherapie bedeutet, Familie, Freunde und weitere Bezugspersonen in der Therapie zu berücksichtigen und zugleich die Umgebung, in welcher die Betätigung ausgeführt wird, zu integrieren (Weber & Pott, 2011). Kontext beinhaltet somit u.a. auch Wohnraum, Transportsysteme und Einkaufzentren (Weber & Pott, 2011). Der Kontext kann sowohl förderlich als auch hinderlich sein. Ergotherapeut*innen können einerseits kontextbasiertes Arbeiten bewusst in der Therapie einsetzen, um das Betätigen zu fördern. Andererseits kann es auch sinnvoll sein, Hindernisse im Kontext von Klient*innen zu beseitigen (Hengelaar & Gils, 2019). Die Effektivität kontextbasierter Therapie mit neurologischen Klient*innen konnte durch verschiedene Studien nachgewiesen werden (Doig et al., 2011; Nielsen et al., 2018). Eine Studie zeigt verschiedene Nachteile der Therapie im häuslichen Umfeld auf (Stephenson & Wiles, 2000). Als Nachteil wird beispielsweise ein geringeres Therapiematerial in diesem Setting aufgegriffen.

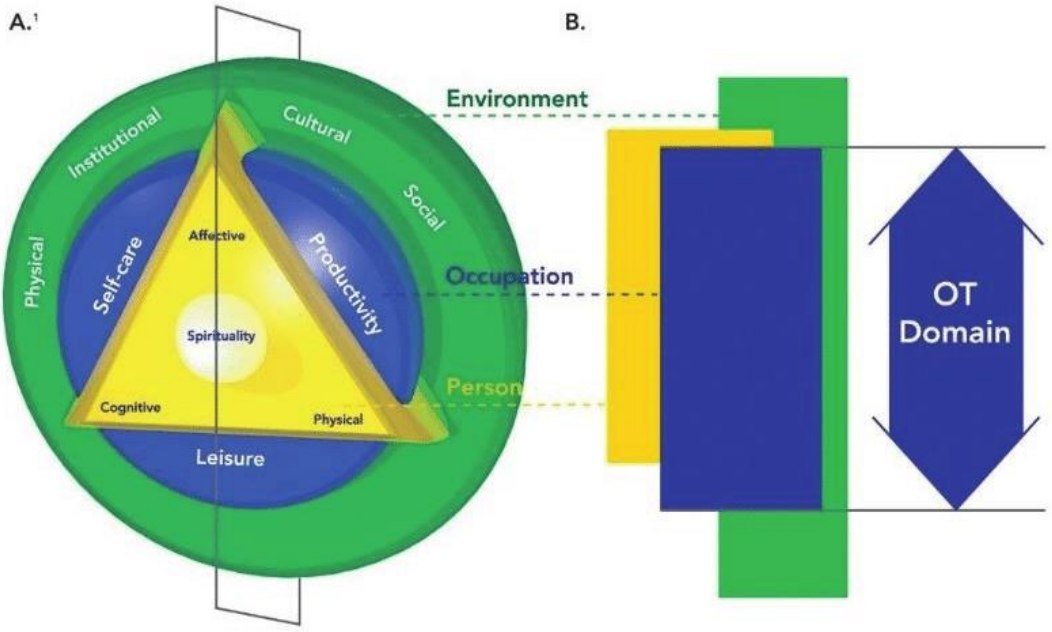
### Technologiebasierung

Eine weitere Säule der Ergotherapie stellt die Technologiebasierung dar. Sie beinhaltet, neue Technologien in die Arbeit zu integrieren und Klient*innen im Umgang mit diesen zu beraten und zu begleiten. Der Ergotherapie fällt hier die Aufgabe zu, in der Entwicklung, Implementierung und Evaluation neuer technischer Anwendungen mitzuwirken (Cup & Hardingsveldt, 2019). Studien konnten die Wirksamkeit technologiebasierter Ergotherapie auf die Betätigungsperformanz neurologischer Klient*innen verdeutlichen (Flynn, Kuys, Froude & Cooke, 2019; Lim, Kim, Yoo & Kim, 2020).

## 2.5.4 Inhaltsmodell CMOP-E

Ein Modell ist ein Objekt, das abbildet, wie seine Elemente in Beziehung zueinander stehen (Duden, 2010). In der Ergotherapie gibt es Inhalts- und Prozessmodelle (→2.5.8). Inhaltsmodelle dienen der Begründung, warum Betätigung, Performanz und Handlungsfähigkeit im Mittelpunkt der Ergotherapie stehen (Knagge, 2016). Nach Kielhofner (2009) bieten Inhaltsmodelle (auch Konzeptionelle Modelle) Ergotherapeut*innen eine spezielle, professionelle Brille, durch die die Klient*innen betrachtet werden. Auch der therapeutische Prozess, die Entwicklung von Plänen und das Lösen von Problemen werden durch dieses Denken geleitet. Die therapeutische Denkweise bei der Analyse und Reflexion des Betätigungsverhaltens der Klient*innen wird ebenfalls durch das jeweilige Inhaltsmodell gelenkt. Die Entstehung des Betätigungsverhaltens sowie Schwierigkeiten bei der Ausführung der Betätigung werden darüber erfasst (Knagge, 2016). Konzeptionelle Modelle werden in das aktuelle Paradigma und die Theorien der ◊*Occupational Science* eingebettet. Sie berücksichtigen die Person, die Betätigung, die Umwelt und deren Wechselwirkungen (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). In der Ergotherapie existieren verschiedene Inhaltsmodelle. Zu den bekanntesten zählen das CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013), das *Model of Human Occupation* (MOHO; Kielhofner & Forsyth, 2008), das KAWA (Iwama, 2006) und das *Person-Environment-Occupation-Performance* (PEOP; Christiansen, Baum & Bass-Haugen, 2015).

Prozessmodelle stellen den ergotherapeutischen Interventionsprozess dar und basieren meist auf einem Inhaltsmodell (Knagge, 2016). Sie bestehen aus unterschiedlichen Phasen, die Klient*innen und Ergotherapeut*innen gemeinsam im Rahmen der Therapie durchlaufen (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Der Prozess des therapeutischen Reasonings gehört zum MOHO (Kielhofner & Forsyth, 2008). Das *Canadian Practice ProcessFramework* (CPPF) ist das Prozessmodell zum CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013). Da die Forscherinnen im Rahmen dieser Studie die Perspektive von Klient*innen erheben, wird im weiteren Verlauf nicht näher auf Prozessmodelle eingegangen.




A.¹ Referred to as the CMOP in *Enabling Occupation* (1997a, 2002) and CMOP-E as of this edition
B. Trans-sectional view

Polatajko, H. J., Townsend, E. A., Craik, J. (2007). *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (CMOP-E). In E. A. Townsend and H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. p.23 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

**Abbildung 4: CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013, S. 23)**

Nach Knagge (2016) hat das CMOP-E einen großen Einfluss auf die deutsche Ergotherapie und gehört zu den Modellen, die am häufigsten genutzt werden. Daher werden die theoretischen Inhalte des Modells nicht in der Tiefe beleuchtet. Das CMOP-E besteht aus den

Hauptkomponenten Person, Betätigung, Umwelt und ◊*Engagement* (Beteiligtsein). Diese stehen durch das Ausführen von Betätigungen in Wechselwirkung zueinander (Polatajko et al, 2013b). Zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Studie und ihrer Leitfragen werden die Komponenten des CMOP-Es analysiert und dienen als grundlegendes theoretisches Konstrukt für den Interviewleitfaden (→3.4).

Im CMOP-E wird eine Person holistisch betrachtet und im Modell als Dreieck abgebildet, das über die Betätigung in die Umwelt hineinragt und mit ihr verbunden ist. Die Person besteht aus physischen, kognitiven und affektiven Aspekten. Im Zentrum steht die Spiritualität, die den inneren Wesenskern des Menschen symbolisiert. Spiritualität entsteht durch Charakter, Wille, Antrieb und Motivation eines jeden Individuums (Polatajko et al., 2013). „Spirituality resides in persons, is shaped by the environment, and gives meaning to occupations" (Townsend & Polatajko, 2013, S. 382). Knagge (2016) führt fort, dass die Spiritualität ein wesentlicher Grund ist, weshalb Therapeut*innen ihre Klient*innen durch Klientenzentrierung und Power-Sharing an der ergotherapeutischen Interventionsplanung beteiligen sollen.

Die Umwelt gliedern Polatajko et al. (2013b) in einen kulturellen, sozialen, institutionellen und physischen Bereich. Für die Forscherinnen sind die physische und die institutionelle Umwelt der Teilnehmenden von besonderem Interesse, da die Therapie in der ambulanten Versorgung (institutionell) der Therapie als Hausbesuch (physisch) gegenüber gestellt wird.

Die Betätigung ist das Element, das die Person mit der Umwelt verbindet. Sie besteht aus den Komponenten der Selbstversorgung, der Produktivität und der Freizeit. Durch Betätigungen erkundet der Mensch seine Umwelt, lernt von ihr, erwirbt Fähigkeiten, drückt seine Individualität aus und gewinnt Lebensfreude (Polatajko et al., 2013b). „The profound link between meaning and occupation is inextricably interwoven into what we believe, who we are, and the self that we portray to our external environment through occupation" (Polatajko et al., 2013a, S. 61). Nach Kirsch (2014) zielt Ergotherapie darauf ab, Betätigung zu ermöglichen. Zugleich wird Betätigung als das wichtigste Mittel in der Ergotherapie bezeichnet. Da Betätigung ein Kernelement der Ergotherapie ist, analysieren Thera-

peut*innen die Betätigungen ihrer Klient*innen hinsichtlich der Ausführung (*Occupational Performance*), des Verhaltens, der Fähigkeiten und Kompetenzen, der Entwicklung und der Beherrschung. Ihnen ist wichtig zu erfahren, wie Klient*innen durch Betätigung Partizipation und *Engagement* erfahren und wie zufrieden die Klient*innen mit der Betätigung sind (Polatajko et al., 2013b).

Der ◊*Occupational Performance* kommt im CMOP-E eine besondere Rolle zu, da sie als verbindendes Element von Person, Betätigung und Umwelt betrachtet wird. Diese erstreckt sich über das gesamte Leben und ermöglicht es der Person, ihre bedeutungsvollen Betätigungen auszuwählen und auszuführen. Sie ist altersunabhängig eine Voraussetzung dafür, dass die Person ihr Leben genießt und an der Gesellschaft teilhat (Townsend & Polatajko, 2013).

Betätigungen verändern sich in Abhängigkeit von den Interessen einer Person im Laufe des Lebens. Dies kann durch die verschiedenen Phasen des Aufwachsens oder durch veränderte Lebensumstände wie einen Umzug oder eine Eheschließung begründet sein. Diese Veränderungen sind oft durch den Menschen selbst initiiert, sodass eine Betätigung durch eine alternative Betätigung ersetzt wird. Diesen Prozess bezeichnen Polatajko et al. (2013a) als *Occupational Transition*. Auch plötzliche Veränderungen im Leben, beispielsweise verursacht durch Umwelteinflüsse oder persönliche Faktoren wie eine Erkrankung, können eine Betätigung beeinflussen. Wenn die Veränderung der Betätigung nicht von der Person antizipiert wurde, sondern unerwartet eintritt, wird dies als *Occupational Loss* bezeichnet (Polatajko et al., 2013a). Die Teilnehmer*innen dieser Studie haben durch das Erleiden eines Schlaganfalls einen *Occupational Loss* erfahren (→4.1).

In der ersten Zeit nach dem Apoplex ist es vielen Menschen nicht möglich, ihre gewohnten Betätigungen auszuüben. Die vertraute *Occupational Performance* wird durch den *Occupational Loss* unterbrochen. Polatajko et al. (2013b) bezeichnen daher das *Occupational Engagement* als einen zentralen Aspekt des CMOP-Es. Es geht über das Ausführen von Betätigungen hinaus und bedeutet, in Betätigungen eingebunden und daran beteiligt zu sein. Die

Person muss eine Betätigung nicht mehr aktiv ausüben, sondern kann auch passiv daran teilhaben, um Engagement zu erfahren. Polatajko et al. (2013b) vertreten die Auffassung, dass Menschen permanent an Betätigungen beteiligt sind, ohne sie selber auszuführen.

Um Klient*innen als Therapeut*innen *Occupational Engagement* zu ermöglichen, haben Townsend et al. (2013) das *Canadian Model of Client-Centered Enablement* (CMCE) entwickelt. Sie bezeichnen Enablement als eine der wichtigsten Fähigkeiten von Therapeut*innen. Das CMCE stellt zehn Fertigkeiten vor, die Therapeut*innen im *Enablement*-Prozess anwenden können. Diese Enablement-Skills werden im kanadischen Berufskompetenzprofil aufgegriffen (Townsend et al. 2013). Eine wichtige Grundlage des *Enablements* ist klientenzentriertes Power-Sharing. „Ideally, occupational therapists invite clients to exert their power to express what they want, need, or are expected to do to participate in the occupations of their choice that are meaningful to them" (Townsend et al., 2013, S. 107f). Die Klientenzentrierung ist im Bereich des ◊*Empowerments* von besonderer Relevanz, da manche Klient*innen nicht in der Lage sein könnten, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Auch könnten sie es bevorzugen, sich auf die therapeutische Expertise zu verlassen und sich wenig aktiv am Prozess zu beteiligen (Townsend et al., 2013).

Die Studie baut auf einigen Grundlagen des CMOP-Es auf. Die institutionelle und physische Umwelt der Teilnehmenden ist ein wesentlicher Teil der Forschungsfrage. Betätigung mit den Aspekten der *Occupational Performance*, *Occupational Transition* und des *Occupational Loss*, ist in Bezug auf die Therapiegestaltung von Interesse. *Engagement*, ◊*Enablement* und *Empowerment* sind eng miteinander verknüpft und spiegeln die Kompetenzbereiche der Therapeut*innen wider.

### 2.5.5 Kompetenzprofil Ergotherapie

Der DVE hat 2019 das Kompetenzprofil Ergotherapie für den deutschen Kontext veröffentlicht, das sich am aktuellen Paradigma (→2.5.2) orientiert. Es hilft den Therapeut*innen, zu reflektieren, woran sie ihre praktische Tätigkeit ausrichten können. Das Kompetenzprofil bezweckt, einen Konsens über die Kompetenzen von Ergotherapeut*innen herzustellen und bildet, die verschiedenen Kompetenzniveaus ab. Diese entsprechen den unterschiedlichen Anforderungen in den komplexen Handlungsfeldern der Ergotherapie (DVE, 2019). Nach Harms et al. (2018, S. 145) „könnte ein Kompetenzprofil helfen, das Berufsverständnis zu vereinheitlichen."

Die Kompetenz beinhaltet im ergotherapeutischen Berufsprofil kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten. Sie dienen dazu, bestehende Probleme zu lösen. Die Kompetenz schließt ein, dass Therapeut*innen motiviert, gewillt und auf sozialer Ebene bereit sind, sich in sich verändernden Situationen mit der Lösung von Problemen auseinander zu setzen. Die individuelle Kompetenz, diverse Anforderungssituationen zu bewältigen, ist dabei davon abhängig, dass voneinander abhängige Facetten wie Fachwissen und -kompetenz, Erfahrung und Motivation sowie soziale Fertigkeiten miteinander agieren (DVE, 2019; DQR, 2020).

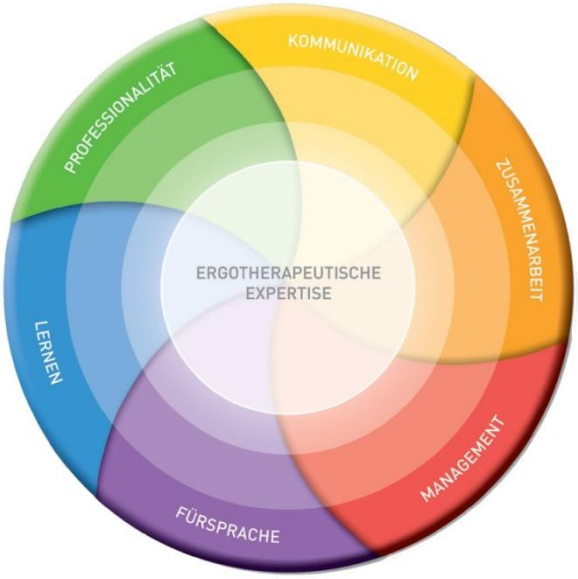



**Abbildung 5: Kompetenzprofil Ergotherapie**

Für das Erstellen eines deutschen Berufskompetenzprofils für die Ergotherapie haben die Mitglieder der Projektgruppe diverse international existierende Kompetenzprofile herangezogen. Die Projektgruppe verfolgte das Ziel, ein Kompetenzprofil zu erstellen, das an die bereits bestehenden Profile anknüpft, aber auch die unterschiedlichen Spezialisierungen der Ergotherapie in Deutschland sowie deren Einfluss auf die Professionalisierung verdeutlicht.

Im Kompetenzprofil werden verschiedene Domänen beschrieben, die die Tätigkeitsfelder von Ergotherapeut*innen darstellen. Als Domäne wird im Sinne der Autor*innen des Kompetenzprofils „ein Gegenstandsbereich des Handelns verstanden, in dem Kompetenzen abbildbar sind. Eine Domäne stellt damit den Rahmen für die Beschreibung, Erfassung und Beurteilung von einzelnen Kompetenzen dar“ (DVE, 2019). Die Auto*innen geben zu bedenken, dass die einzelnen Domänen nicht exakt voneinander abgegrenzt werden können. Gemeinsam und in Kombination miteinander erfassen die Domänen das vielfältige Aufgabenspektrum der Ergotherapie. Zudem wird das Kompetenzniveau in jeder Domäne nach Fähigkeitsleveln abgestuft (DVE, 2019).

Das Kompetenzprofil stellt die Betätigung in den Fokus des therapeutischen Handelns und orientiert die Berufsfertigkeiten an der *Occupational Science*. Die Autor*innen bezeichnen den Abschluss eines Bachelorstudiums als Berufsabschluss mit dem das Einstiegsniveau des Kompetenzprofils erreicht wird, welches durch Berufserfahrung und lebenslanges Lernen ausgebaut wird (DVE, 2019). Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR) wurde von der europäischen Union erstellt, um die beruflichen Qualifikationen und Kompetenzen in Europa vergleichbarer zu machen. „Der EQR unterscheidet acht Referenzniveaus, bei dem sich der Bachelorabschluss auf Stufe 6 und die ergotherapeutische Ausbildung in Deutschland momentan auf Stufe 4 befindet“ (Harms et al., 2018, S. 137). Um künftigen Herausforderungen der komplexer werdenden Versorgungsbedarfe angemessen begegnen zu können, müssen Ergotherapeut*innen Kompetenzen entwickeln, die ihnen die eigenverantwortliche Steuerung notwendiger Prozesse ermöglichen und die auf die Zukunftsorientierung der Ergotherapie ausgerichtet sind (DQR, 2014 in DVE, 2019).

Die Kompetenzen des Profils werden als ein Kreisbild dargestellt. Kommunikation, Zusammenarbeit, Management, Fürsprache, Lernen und Professionalität sind außen am Kreis verortet und mit unterschiedlichen Farben dargestellt. Zur Mitte hin nimmt die Farbpigmentierung schrittweise ab. Im Zentrum ist die ergotherapeutische Expertise kreisförmig angelegt. Dies symbolisiert, dass in diese Kompetenz alle anderen einfließen und das Niveau der Kompetenzen und damit verbunden die ergotherapeutische Expertise zur Mitte

hin ansteigt. Die zirkuläre Darstellung symbolisiert zudem eine Abhängigkeit und Dynamik der Kompetenzen voneinander, was im Berufsalltag bedeutet, dass in einer Situation stets mehrere Fertigkeiten zugleich angewandt werden.

Nachfolgend werden die sieben Kompetenzen des deutschen ergotherapeutischen Kompetenzprofils vom DVE (2019) kurz erläutert:

- In die Ergotherapeutische Expertise fließen alle Kompetenzen ein. Therapeut*innen, die ihr Handeln an dieser Domäne ausrichten, sind Expert*innen für Betätigung. Sie berücksichtigen die aktuelle Berufsethik und wissenschaftliche Erkenntnisse in der Interventionsgestaltung. Sie richten ihr Handeln an den Säulen der Ergotherapie (→2.5.3) und dem Professionellen Reasoning (→2.4.2, →2.5.8) aus. Dadurch tragen sie zur Professionalisierung des eigenen Denkens, Verhaltens und Handelns bei. Ziel ist es, Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden der Klient*innen zu fördern.
- Die Kompetenz der Kommunikation wird in verschiedenen Situationen benötigt. In der Interaktion mit Klient*innen werden Kommunikationstechniken gezielt eingesetzt, um Informationen zu sammeln und auszutauschen. Die Kommunikation ist wertschätzend, effektiv und zielgruppenspezifisch anzuwenden. Sie dient der professionellen Gestaltung der Klienten-Therapeuten-Beziehung und dem *Shared-decision-making* (→2.5.3). Zudem vertreten Ergotherapeut*innen ihr berufsspezifisches Handeln in Interaktion mit anderen Disziplinen und wirken an der Außendarstellung der Ergotherapie mit.

- Die Zusammenarbeit wird im Kompetenzprofil Ergotherapie als inter- und intraprofessionelle sowie sektorenübergreifende Zusammenarbeit verstanden. Im Rahmen der Zusammenarbeit vertreten die Ergotherapeut*innen bereits bestehende Berufsfelder der Ergotherapie und wirken an der Gestaltung neuer Tätigkeitsfelder mit. Sie entwickeln Interventionskonzepte und tragen zum Fortschritt der Ergotherapie bei. Therapeut*innen vertreten die Werte und Normen der Ergotherapie und berücksichtigen in der Interaktion deren grundlegende Handlungsfelder: Betätigung und Teilhabe.

- Die Kompetenz des Managements umfasst effektiv und effizient die ergotherapeutischen Tätigkeiten zu managen und weiter zu entwickeln. Ergotherapeut*innen engagieren sich für Qualitätsmanagement, um zur Verbesserung und Sicherung der Qualität beizutragen, fördern dadurch die Potentiale des Berufsstandes und bauen ihre eigenen Potentiale aus. Ein weiterer Bereich des Managements ist die Gesundheitsversorgung und Teilhabeförderung. Die Managementprozesse werden durch ergotherapeutisches Fachwissen, wissenschaftliche Argumentation und Prozessdokumentation adaptiert. Außerdem sind eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Selbstorganisation und der eigenen Kompetenzen anzustreben.

- Die Fürsprache ist eine wesentliche Kompetenz für das therapeutische Handeln im Hinblick auf die Klientenzentrierung (→2.5.3). Anhand der Bedürfnisse der Klient*innen wird die Therapiegestaltung ausgerichtet, um ihnen Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden zu ermöglichen. Die Betätigungsausrichtung des Therapieprozesses ist dabei wesentlich. Therapeut*innen sollen unter Beachtung der Förderfaktoren und Barrieren zu gesundheitsförderlichen Umwelt- und Alltagsbedingungen der Klient*innen beitragen und diese befähigen, ihre Gesundheitskompetenz zu steigern. Die Kompetenz der Fürsprache dient dem partizipativen Entscheidungsprozess, dem Empowerment und der ◊Betätigungsgerechtigkeit.

- Lernen wird im Sinne des Kompetenzprofils als reflexive Praxis und lebenslanges Lernen der Therapeut*innen verstanden. Die Professionals berücksichtigen dabei wis-

senschaftliche Erkenntnisse (externe Evidenz), ihr eigenes Erfahrungswissen (interne Evidenz) und das Erfahrungswissen ihrer Klient*innen. Die Lernprozesse werden kritisch reflektiert und evaluiert und dienen dem theoriegeleiteten Arbeiten. Auf dieser Basis gestalten Ergotherapeut*innen edukative Interventionen für ihre Klient*innen und tragen zur Professionalisierung und Profilierung der Ergotherapie bei.

- Unter der Kompetenz der Professionalität werden die Berücksichtigung von Normen, Werten und der Berufsethik im therapeutischen Handeln verstanden. Ergotherapeut*innen befolgen dabei Standards und Reglementierungen. Im Rahmen der Gesundheitsversorgung ist ihr Handeln kompetent und professionell. Ergotherapeut*innen nehmen den gesellschaftlichen Auftrag an den Beruf wahr und unterstützen die Veränderungsprozesse. Sie sind sich ihrer eigenen persönlichen und fachlichen Möglichkeiten sowie ihrer Grenzen bewusst und richten ihre Berufspraxis daran aus.

Im deutschen Kompetenzprofil Ergotherapie wird die therapeutische Fertigkeit des Beratens nicht explizit aufgeführt. Diese ist im Umgang mit Menschen, die einen Apoplex erlitten haben, jedoch wichtig. Daher wird die Fähigkeit „Beraten“ im Sinne von „*adapt*“ der *Enablement Skills* von Townsend et al. (2013) als weitere therapeutische Kompetenz in diese Studie integriert. Wenn Therapeut*innen ihre Klient*innen darin unterstützen, eine Betätigung an ihre aktuellen Fähigkeiten anzupassen und sie in diesem Lernprozess beraten, berücksichtigen sie alle Aspekte der Umwelt (wie soziale, physische, ökonomische Aspekte) sowie die kognitiven Anforderungen dieser Betätigung an die Person. Dazu analysieren sie die Betätigung mit dem Ziel, gemeinsam mit den Klient*innen das Anforderungsniveau und/oder die Umwelt an deren Fähigkeiten anzupassen.

Anhand der Aussagen der Studienteilnehmenden beabsichtigen die Forscherinnen auch zu evaluieren, ob und in wie weit Ergotherapeut*innen in Deutschland ihr Handeln an den Berufskompetenzen ausrichten. Dieser Aspekt steht jedoch nicht im Fokus des Forschungsinteresses (→1.1) und kann nur bedingt aus der Klientenperspektive erhoben werden.

### 2.5.6 OTPF

Das *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process* (OTPF) wurde von der American Occupational Therapy Association (AOTA) entwickelt und wird alle fünf Jahre von ihr überarbeitet und neu herausgegeben Es beschreibt die Zusammenhänge des ergotherapeutischen Prozesses und der ◊*Domains*. Dieser Arbeit liegt das OTPF aus dem Jahr 2014 zugrunde. Das OTPF wird in die *Domain* und den *Process* gegliedert. Unter *Domain* wird der Gegenstandsbereich der Ergotherapie verstanden. Er bietet fundierte Kenntnisse und Expertise. Der *Process* besteht aus Aktivitäten der Therapeut*innen im Interventionsprozess, um diesen klientenzentriert und betätigungsorientiert zu gestalten (AOTA, 2014). Das OTPF nutzt die Terminologie der ICF und übernimmt beispielsweise deren Definitionen der Gesundheit und der Teilhabe (AOTA, 2014).

Das OTPF hat die Gestaltung der amerikanischen Leitlinien für Apoplex beeinflusst. Dort wird der ergotherapeutische Prozess auf Basis des OTPFs gegliedert (Reichel & Böhme, 2014). In Deutschland können Ergotherapeut*innen sich am OTPF orientieren, um ihr therapeutisches Vorgehen zu strukturieren, da das OTPF den Process mit Evaluation, Intervention und Ergebnisbewertung schildert und eine klientenzentrierte Ausrichtung der Therapiegestaltung unterstützt.

Durch Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten werden Klient*innen darin unterstützt, sich gesellschaftlich zu integrieren und ein Zugehörigkeitsgefühl zu entwickeln. Um den Alltag unter den Folgen von Krankheit und Behinderung zu bewältigen, dienen Betätigungen als Therapiemittel (Reichel & Böhme, 2014).

Das OTPF ist kompatibel mit dem CMOP-E, da der Fokus auf Gesundheit und Teilhabe liegt. Diese werden durch *Engagement* in Betätigung gefördert. So wird das Ziel der Ergotherapie

als „achieving health, well-being, and participation in life through engagement in occupation" (AOTA, 2014, S. 2) definiert. Klient*innen können im OTPF und im CMOP-E Personen, Gruppen und Populationen sein. Die Säulen der Betätigungsbasierung, Klientenzentrierung und Kontextbasierung nehmen im CMOP-E und im OTPF eine wesentliche Position ein. Außerdem werden im OTPF Person, Umwelt und Betätigung ähnlich beschrieben, wie Townsend und Polatajko (2013) diese Komponenten im CMOP-E darstellen (AOTA, 2014; Townsend & Polatajko, 2013).

Da die AOTA die Betätigungen im OTPF differenzierter betrachtet und definiert als dies im CMOP-E der Fall ist und die Aussagen der Teilnehmenden in Bezug auf Betätigung in diesem Forschungsprojekt differenziert analysiert werden sollen, werden die verschiedenen Aspekte von Betätigung im OTPF an dieser Stelle vorgestellt (AOTA, 2014, Tabelle 1) und den Bereichen der Occupation (Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit) des CMOP-Es (→2.5.4) zugeordnet. Da im Interventionsprozess die Klient*innen ihren Betätigungen eine individuelle Bedeutung zumessen (AOTA, 2020), können auf manche Komponenten des OTPFs mehrere Betätigungsbereiche des CMOP-Es zutreffen.

- Die *Activities of Daily Living* (ADLs; deutsch: Aktivitäten des täglichen Lebens) beinhalten die Pflege des eigenen Körpers sowie Kompetenzen, die zum Überleben benötigt werden. Dazu gehören die Fähigkeiten, sich zu waschen, den Toilettengang selbständig zu vollbringen sowie sich an- und auszukleiden. Außerdem werden die Körperpflege und -hygiene (z.B. Rasieren, (Ab-)Schminken, Eincremen, Zähneputzen, Haar- und Nagelpflege) und das Pflegen persönlicher Gegenstände (z.B. Brille Hörgerät, künstliches Gebiss) zu den ADLs gezählt. Die selbständige Nahrungsaufnahme (Beförderung des Lebensmittels in den eigenen Mund, Kauen, Schlucken), sexuelle Aktivitäten und die Mobilität in Bezug auf das erforderliche Zurücklegen von Kurzdistanzen im eigenen Wohnumfeld, wie das Gehen im Zimmer, das Wechseln von Raum zu Raum oder der Transfer in den Rollstuhl, sind ebenfalls grundlegende Aktivitäten. Der gesamte Bereich der ADLs wird im CMOP-E der Selbstversorgung zugeordnet.

- *Instrumental Activities of Daily Living* (IADLs; deutsch: instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens) umfassen Aktivitäten im Haushalt oder in der Gemeinschaft, die umfangreicher sind als die ADLs. Hier werden das Kümmern um andere Menschen oder um Tiere, die Nahrungszubereitung mit anschließendem Aufräumen und das Einkaufen erfasst. Weiter beinhalten die IADLs die Regelung finanzieller Angelegenheiten, das Gesundheitsmanagement betreffende Angelegenheiten und Routinen zur Gesundheit oder Medikation. Zudem fallen die Kommunikation über Medien (z.B. Telefon, Handy, Computer), die Fortbewegung in der Öffentlichkeit (zu Fuß, mit dem Fahrrad, dem Auto oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln), Haushalts- und Gartentätigkeiten, religiöse Aktivitäten sowie das Erwerben und Anwenden von Sicherheitskenntnissen (z.B.: Wählen von Notrufnummern, Bedienen eines Feuermelders, Verschließen von Türen und Fenstern) in diesen Bereich.

  Die Regelung finanzieller Angelegenheiten und die Mobilität werden im CMOP-E der Selbstversorgung zugeordnet. Alle anderen Aktivitäten können sowohl der Produktivität als auch der Freizeit angehören.

- *Rest and Sleep* (deutsch: Ruhe und Schlaf) impliziert das Einhalten von erholsamen Ruhepausen und Schlaf, um Engagement in Betätigungen zu erreichen und zu erhalten. Dazu gehören Ruhepausen zur Entspannung, das Treffen von Schlafvorbereitungen (Anlegen der Nachtkleidung, Bettenmachen) oder die Fähigkeit, die Notwendigkeit von Schlaf zu erkennen.

  Schlaf fällt im CMOP-E in den Bereich der Selbstversorgung, wohingegen Ruhe der Freizeit zugeordnet wird.

- Die Komponente der *Education* (deutsch: Bildung) umfasst Aktivitäten des Lernens und der Teilhabe an Lernumgebungen. Damit wird die Teilhabe an Schulbildung, autodidaktischem Lernen und am Lernen, das auf eigenen Interessen basiert (Teilnahme an Gruppen in den Bereichen Sport, Computer, Malen, etc.), aufgegriffen.
  Die Schulbildung findet sich im CMOP-E im Bereich der Produktivität wieder, während interessen-basiertes Lernen sowohl der Freizeit als auch der Produktivität zugeordnet wird.

- *Work* (deutsch: Arbeit) umfasst Betätigungen, die bezahlt oder unbezahlt ausgeübt werden. Hier werden die Ausbildung, die Stellungssuche und das Ausüben eines Berufes erfasst. Auch zählen Vorbereitungen für die Rente, ehrenamtliche Tätigkeiten sowie die Teilhabe an diesen Tätigkeiten zum Bereich *Work*.

  Im CMOP-E ist Arbeit dem Bereich der Produktivität zuzuordnen. Das Ausüben eines Ehrenamtes kann als Freizeit oder als Produktivität bewertet werden.

- Die Bezeichnung *Play* (deutsch: Spiel) steht für spontane oder geplante Aktivitäten, die zum Vergnügen, zur Unterhaltung, zur Erheiterung oder zur Ablenkung beitragen. Dazu gehören das Herausfinden von erwünschten Spielaktivitäten, das Identifizieren von Spielvorlieben und die Teilhabe am Spiel.
  Insbesondere das Spiel von Kindern wird im CMOP-E der Produktivität zugeordnet, da es für sie mit Lernen verbunden ist. Spiel kann jedoch auch ein Aspekt von Freizeit sein.

- Mit dem Bereich *Leisure* (deutsch: Freizeit) werden Aktivitäten definiert, die intrinsisch motiviert sind, nicht während der Arbeit stattfinden und weder Ruhe, noch Erholung oder Pflege des eignen Körpers betreffen. In ihrer Freizeit soll eine Person herausfinden, an welchen Aktivitäten sie interessiert ist und Teilhabe daran erfahren.
  Die OTPF-Komponente der Freizeit ist im CMOP-E ebenfalls der Freizeit zuzuordnen.

- *Social Participation* (deutsch: soziale Partizipation) beinhaltet Aktivitäten, die gemeinsam mit anderen Menschen (Familie, Freunde, Gemeinde, etc.) ausgeübt werden. Die Teilhabe kann durch direkten oder indirekten Kontakt über soziale Medien erfahren werden.

  Im CMOP-E wird die soziale Teilhabe in den Bereich der Freizeit eingestuft.

### 2.5.7 CPPE

Als weitere theoretische Grundlage dient den Forscherinnen das CPPE (*Client-Centred Process Evaluation*). Sie nutzten die Inhalte des CCPEs für die Ausarbeitung ihres Interview-Leitfadens.

Das CCPE ist ein von Restall, Ripat und Stern (2000) entwickeltes Evaluationsinstrument aus Kanada. Es bietet Therapeut*innen die Möglichkeit, die eigene Praxis zu evaluieren und durch Klient*innen ein Feedback zur eigenen Arbeitsweise zu erhalten. Zudem hilft es, die Umwelt, in der die Behandlung stattfindet, zu analysieren und alternative Strategien für die Verbesserung der Therapie zu berücksichtigen. Es unterstützt Therapeut*innen „beim Reflektieren der klinischen Praxis und der Verbesserung ihrer klientenzentrierten Herangehensweise“ (Dietrich, Gritsch & Müller, 2005, S. 19).

Das CCPE enthält zwei Evaluationsbögen für Therapeut*innen, zwei Evaluationsbögen für Klient*innen, eine Reflexion, eine Strategiesammlung und einen Aktionsplan. „Indem sowohl Klient, als auch Therapeut die Items des CCPEs beantworten, wird deutlich, in welchem Maß der Therapeut die klientenzentrierte Methode anwendet“ (Dietrich et al., 2005, S. 20).

Die im ersten Evaluationsbogen für Therapeut*innen aufgeführten Items beziehen sich auf die Interaktion zwischen Therapeut*innen und Klient*innen und stellen Verhaltensweisen dar, die begrifflich mit der klientenzentrierten Arbeit übereinstimmen und sich mit dem therapeutischen Prozess beschäftigen. Beispielsweise wird hier die Einbeziehung der Klient*innen in Entscheidungen innerhalb und außerhalb der Therapie berücksichtigt. Mithilfe einer Skala bei jedem Item können diese durch Therapeut*innen bewertet werden.

Mit dem zweiten Evaluationsbogen für Therapeut*innen wird anhand verschiedener Aspekte die Arbeitsumgebung der Professionals untersucht. Beim Ausfüllen der Items wird bewertet, inwiefern verschiedene Aussagen zur Arbeitsumgebung „richtig“ oder „falsch“ sind. Zudem kann eingestuft werden, inwiefern die Aussagen zur Arbeitsumgebung eine „Begrenzung“ oder „Unterstützung“ darstellen oder ob sie „nicht relevant“ für die Klientenzentrierung sind.

Im dritten Evaluationsbogen werden Aspekte des therapeutischen Prozesses und der therapeutischen Beziehung (z.B. der Respekt oder die Kommunikation zwischen Klient*in und Therapeut*in) aus Klient*innensicht mithilfe einer Skala bewertet. Insbesondere der dritte Evaluationsbogen unterstützt die Forscherinnen bei der Entwicklung ihres Interviewleitfadens. Dieser Evaluationsbogen erfasst im Rahmen des CPPEs Aspekte, welche auch für die Forscherinnen insbesondere zur Beantwortung von Leitfrage zwei (→1.2) von Interesse sind.

Der vierte Evaluationsbogen des CPPEs eröffnet Klient*innen die Möglichkeit, die Behandlungsumgebung zu bewerten.

Der Fokus des CCPEs liegt auf der Reflexion. Die Evaluationsbögen von Therapeut*innen und Klient*innen ermöglichen es dem Fachpersonal, sich über die eigene Arbeitsweise bewusst zu werden. Durch eine kritische Betrachtung können Professionals ihr Verhalten hinsichtlich der Behandlung verändern und an die Werte und Bedürfnisse von Klient*innen anpassen.

Zuletzt sieht das CCPE vor, dass Therapeut*innen einen Aktionsplan entwickeln, der konkret alle Aspekte aufzeigt, in welchen Therapeut*innen ihre klientenzentrierte Vorgehensweise verbessern wollen.

Zur Unterstützung in der Anwendung des CCPEs wurde das CSF (*Client-centered Strategies Framework*) (Restall, Ripat & Stern, 2003) als Leitfaden entwickelt. Es soll Student*innen, Berufsanfänger*innen und erfahrene Therapeut*innen in der klientenzentrierten Vorgehensweise behilflich sein.

### 2.5.8 Theorie Praxis Transfer von Professionals

Der Theorie-Praxis-Transfer wird durch das klinische Reasoning von Therapeut*innen unterstützt (→2.4.2). Klinisches Reasoning „is the thought process that guides our practice" (Mendez & Neufeld, 2003, S. 7). Es stellt alle Gedanken und Strategien dar – den gesamten mentalen Prozess, der den ergotherapeutischen Behandlungsprozess begleitet (Feiler, 2007). Häufig wird heute auch der Begriff „professionelles Reasoning" (Boyt-Schell & Schell, 2008) verwendet, da „klinisches Reasoning" einen medizinischen Ansatz assoziiert. Das professionelle Reasoning hilft Therapeut*innen, ihr Handeln theoretisch zu begründen, zu reflektieren und gegebenenfalls anzupassen (Daniëls & Verhoef, 2019). Es existieren zwei gängige Klassifikationen zu den Formen des Reasonings (Boyt-Schell, 2003; Mattingly & Fleming, 1994). Mattingly und Fleming (1994) unterscheiden das prozedurale, interaktive, narrative, konditionale und pragmatische Reasoning. Boyt-Schell (2003) unterscheidet ebenfalls das narrative und pragmatische Reasoning. Hinzu kommen hier das wissenschaftliche und ethische Reasoning. Mithilfe des Reasonings finden verschiedene Aspekte in der Therapie Berücksichtigung. So werden unter anderem die Motivation und Wünsche von Klient*innen, sowie deren Möglichkeiten, Grenzen und der Einfluss der Umwelt einbezogen (Mattingly & Fleming, 1994).

Ein weiterer Aspekt im Theorie-Praxis-Transfer von Ergotherapeut*innen ist die evidenzbasierte Praxis (EBP). EBP ist das Nutzen der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung individueller Patient*innen (Bennet & Bennett, 2000). Evidenzbasiert zu arbeiten beinhaltet nicht nur, Ergebnisse systematischer Forschung in das Handeln zu integrieren. Es bedeutet auch, im therapeutischen Handeln die individuelle klinische Expertise, sowie Wünsche und Werte des Klienten zu berücksichtigen (George, Klier, Grewohl & Niehaus, 2012).

Zusätzlich existieren evidenzbasierte Leitlinien (→2.3.2), welche Therapeut*innen in ihrem Theorie-Praxis-Transfer unterstützen (Cup & Hartingsveldt, 2019).

Ergotherapeut*innen stehen verschiedene Modelle zur Verfügung, um theoretisches Wissen in der Praxis anzuwenden (→2.5.4). Inhaltsmodelle setzen zentrale Elemente der ergotherapeutischen Theorien zueinander in Beziehung (Kinébanian & Logister-Proost, 2019), ermöglichen eine Struktur in der Berufspraxis und unterstützen das professionelle Reasoning von Therapeuten*innen. Sie richten den Fokus der Profession auf das Betätigen, den Klienten, seine Betätigungsumwelt und die wechselseitige Beziehung dieser Elemente. Inhaltsmodelle helfen Therapeut*innen, ein Gesamtbild von Klient*innen und ihren Wünschen in Hinblick auf das Betätigen und die Partizipation zu erlangen und unterstützen sie bei der Formulierung ergotherapeutischer Ziele (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Die Strukturen von Inhaltsmodellen sind in der Deutung und Umsetzung von Evidenzen in der klientenzentrierten Praxis hilfreich (Ikiugu, Smallfield & Condit, 2009). Der Nutzen von Evidenz zeigt sich nur, wenn sie in ein theoretisches Modell eingebettet sind. Ikiugu et al. (2009) zufolge können Ergotherapeut*innen erst dann Assessments und Interventionen anwenden. Prozessmodelle hingegen beschreiben den konkreten Ablauf ergotherapeutischen Handelns und dienen als Leitfaden für die verschiedenen Handlungsschritte im ergotherapeutischen Prozess (DVE, 2020a).

Ergotherapeut*innen stützen ihr Handeln auf verschiedene Bezugsrahmen. Ein Bezugsrahmen ist „ein System vergleichbarer und miteinander in Verbindung stehender Begrifflichkeiten, Definitionen und Prämissen, die sich von Theorien ableiten, welche in einem bestimmten Praxiskontext die Richtung vorgeben“ (Kinébanian & Logister-Proost, 2019, S. 360 in Anlehnung an die Ausführungen von Mosey, 1986). Jeder Bezugsrahmen unterstützt Ergotherapeut*innen auf andere Weise bei der Inventarisierung, Analyse und Definition von Betätigungsfragen, bei Interventionen sowie in der Therapieevaluation (Supyk-Mellson & McKenna, 2010).

### 2.5.9 Theorie-Praxis Transfer von Klient*innen

Auch Klient*innen sind gefordert, einen Transfer der Therapieinhalte in ihren Alltag zu leisten (Brandt, 2017; Bühler, 2009; Hayes & Halford, 1992; Zittlau, 2018). Edelstein (1989) zufolge ist Therapie nur dann erfolgreich, wenn die Fortschritte einer Intervention in den beabsichtigten Kontext übertragen werden können. In Zusammenhang mit dem Begriff des Alltagstransfers wird in der internationalen Literatur häufig von dem Begriff „generalization" gesprochen. „*Generalization*" oder auf Deutsch „Generalisierbarkeit" bedeutet „the occurrence of relevant behaviour under different, non-training conditions (i.e., across subjects, settings, people, behaviours, and/or time) without the scheduling of the same events in those conditions" (Stokes & Baer, 1977, S. 350). Bevor Ergotherapeut*innen ihre Behandlung als effektiv einstufen, sollten sie sich demnach mit verschiedenen Fragestellungen auseinandersetzen (Hayes & Halford, 1992). Beispielsweise ist fraglich, ob Klienten*innen Fertigkeiten, die in einem strukturierten therapeutischen Setting erarbeitet werden, im Alltag erhalten oder in Kontexten außerhalb der Übungssituation und in Abwesenheit des Professionals ausführen können Bereits Goldstein, Lopez und Greenleaf (1979) thematisieren die Bedeutung des Kontextes im Zusammenhang mit der Generalisierbarkeit von Fertigkeiten. Hayes und Halford (1992, S. 163) beziehen sich in ihrer Studie darauf.

> „When one considers that a client undertaking two 1 ½-hr therapy sessions per week is often spending the other 100 or so waking hours that week in contexts quite different from the therapy environment, it is not surprising that generalization after treatment is more the exception than the rule."

Mehrere Studien (Gist, Bavetta & Stevens, 1990; Missiuna, Mandich, Polatajko & Malloy-Miller, 2001; Toglia, 1991) kommen zu dem Schluss, dass der Alltagstransfer beziehungsweise die Generalisation von Fertigkeiten, die mit Klient*innen geübt wurden, nur unter bestimmten Voraussetzungen erfolgt. Hierzu seien die Nutzung verschiedener Settings, die häufige Wiederholung des Gelernten und strategisches Lernen, das häufig auf kognitive Lerntheorien zurückgeht, genannt (Brandt, 2017). Scott, Himand und Keane (1983) betonen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Generalisation steigt, je mehr Trainingsumwelt und

natürliche Umwelt der Klient*innen übereinstimmen. Dies könnte bedeuten, die Therapie durch verschiedene Stimuli so anzupassen, dass sie möglichst der natürlichen Umwelt von Klient*innen entspricht (*simulated instruction*). Als Beispiele für solche Stimuli seien physikalische Aspekte oder Personen aus der natürlichen Umwelt von Klient*innen genannt. Alternativ kann die Therapie in der natürlichen Umgebung der Klient*innen stattfinden (*in vivo instruction*) (Goldstein et al., 2017).

Fisher (2009) spricht im Zusammenhang mit der Thematik von vier Kontinua, mit welchen Therapeut*innen die als Therapie eingesetzten Aktivitäten beobachten. Eines davon ist das Kontinuum der Umweltrelevanz, mit welchem Aktivitäten in der Ergotherapie beschrieben werden. Fisher (2009) zufolge kann eine Aktivität eher simuliert oder eher natürlich sein. Die Therapie findet häufig auf einem Kontinuum zwischen simulierter und natürlicher Umwelt statt. Fisher empfiehlt, Aktivitäten möglichst in der natürlichen Umwelt zu beobachten und dabei Werkzeug und Material zu benutzen, das normalerweise zur Alltagsaufgabe gehört.

Zittlau (2018) greift in ihrem Artikel weitere Aspekte für den Alltagstransfer auf. Für einen nachhaltigen Lern- und Therapieerfolg sind neben kognitiven Prozessen auch die Motivation der Klient*innen, sowie deren emotionales Erleben entscheidend. „Viel rascher als durch wiederholtes Einüben finden Lernprozesse in Kombination mit prägenden emotionalen Erfahrungen statt (Zittlau, 2018, S. 20). Bereits der Psychologe und Psychoanalytiker George S. Klein (in Müller, Krummenacher & Schubert, 2015) hat in den 1970er Jahren auf die Bedeutung von Freude für die intrinsische Motivation und einen erfolgreichen Lernprozess, wie er für den Alltagstransfer notwendig ist, hingewiesen. Ähnlich beschreiben die Ergotherapeutinnen Tubbs und Drake (2012), dass Tätigkeiten, die mit Freude verbunden sind, zum Therapieerfolg beitragen. Weiter wird ein Gefühl von Selbstwirksamkeit als einflussnehmend auf den Alltagstransfer von Klient*innen beschrieben. Verschiedene grenzüberschreitende oder deprivierende, traumatische Ereignisse können die Erfahrung eigener Wirkmächtigkeit beim Klienten unterbinden (Dümpelmann, 2002). Hier ist ein Ziel der Therapie, der erlernten Hilflosigkeit entgegenzuwirken (Lackenbauer, 2009).

Der Transfer angeeigneter Fertigkeiten ist eine komplexe, durch zahlreiche Einflussfaktoren bedingte Leistung. Kielhofner, Marotzki und Mentrup (2005) betonen daher die Wichtigkeit, Handlungsprozesse in ihrer Gesamtheit zu betrachten. Den Autor*innen zufolge werden Handlungen nicht nur durch benötigte Fertigkeiten ermöglicht oder verhindert. Vielmehr sind sie in einem komplexen Zusammenspiel mit der Umwelt, dem eigenen Selbstbild, Werten, Gewohnheiten, Rollen und Interessen zu betrachten.

# 3 Methodik

Anhand der folgenden Tabelle wird der Forschungsprozess dargestellt, der Abweichungen von der ursprünglichen Planung im Proposal zeigt.

Abbildung 6: Grafik zum Forschungsplan und -ablauf

## 3.1 Fragestellung

Die Forscherinnen identifizieren auf Basis ihrer Literaturrecherche (→2.1) eine Forschungslücke. Es ist den Forscherinnen ein Anliegen, in diesem Bereich Erkenntnisse zu gewinnen und nachstehende Forschungsfrage zu beantworten:

- Von welchen Erfahrungen berichten Menschen mit neurologischen Erkrankungen retrospektiv über die Ergotherapie im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuchs?

Die folgenden Fragen dienen als Leitfragen:

- Wie haben Klienten*innen die Gestaltung der Therapie im Hinblick auf ihre Alltagsaktivitäten erlebt?
- Wie wurde in der Therapie an den Wünschen, Zielen und Bedürfnissen von Klienten*innen gearbeitet?
- Was waren die hemmenden oder fördernden Faktoren für die Intervention im Setting der ambulanten Versorgung und des Hausbesuches?

## 3.2 Forschungsdesign

Mit dem „Forschungsdesign wird die Art und Weise, wie eine Forschung angelegt ist, explizit“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 118). Dazu gehören verschiedene Schritte, die in einem zirkulären Prozess verlaufen, sowie auch die gedankliche Auseinandersetzung mit den finanziellen und temporären Ressourcen der Forscherinnen.

Die Frage des passenden Forschungsdesigns wird mit Hilfe der Forschungsfragestellung bestimmt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). „Ein wichtiges Klassifikationskriterium für wissenschaftliche Studien und Untersuchungsdesign ist die Zuordnung zu einem wissenschaftstheoretischen Ansatz bzw. Paradigma“ (Döring & Bortz, 2016, S. 184). Für eine Studie kann ein qualitativer oder ein quantitativer Forschungsansatz gewählt werden. Auch eine Kombination beider Ansätze ist nach Döring und Bortz möglich (2016). Die Forscherinnen entscheiden sich für den qualitativen Forschungsansatz, welcher Datenmaterial untersucht und dabei das Ziel einer Gegenstandsbeschreibung und Theorienbildung verfolgt (Döring & Bortz, 2016). Der quantitative Forschungsansatz, der überwiegend numerische Daten erhebt und dem Anspruch einer Theorienprüfung unterliegt, ist ungeeignet, um Erfahrungen zu erforschen (Döring & Bortz, 2016). Das Forschungsinteresse der vorliegenden Bachelorarbeit richtet sich auf die Erfahrungen der Klienten*innen, die sie mit einer ergotherapeutischen Intervention im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuchs gemacht haben. Die Forscherinnen legen ihrer Arbeit die philosophische Strömung der phänomenologischen Soziologie zugrunde, welche als Handlungstheorie von Alfred Schütz (1930) begründet wird (Schütz in Misoch, 2015).

> „Schütz geht davon aus, dass der Mensch in einer subjektiven und in einer objektiven Welt lebt. Die objektive Welt ist jene Wirklichkeit, in die der Mensch hineingeboren wird und die bereits vor dessen Geburt existiert. Die subjektive Welt hingegen ist die individuelle Welt des Subjekts, d.h. wie das einzelne Individuum die Welt erlebt, versteht und für sich konstruiert“ (Misoch, 2015, S. 7).

Somit erheben die Forscherinnen den Anspruch, die subjektive Erfahrung der Klient*innen in ihrer objektiven Welt zu erforschen. Die erworbene Erfahrung findet im Hausbesuch sowie im ambulanten Setting statt. Damit stellen die Forscherinnen sowohl das Erleben der Klienten*innen als auch die verschiedenen Kontexte, in denen die ergotherapeutische Intervention stattfindet, in das Zentrum ihrer Forschung. Die verschiedenen Settings implizieren ein Organisationsprinzip, welches die Erfahrungen der Teilnehmer*innen beeinflusst (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014).

Der Mensch gestaltet und verändert seine soziale Wirklichkeit durch Handlungen. Diese sind durch die persönliche Ordnung des Individuums geprägt und erzeugen eine Sinnbeschaffenheit in der jeweiligen Lebenswelt (Döring & Bortz, 2016).

> „Den Ausgangspunkt für die phänomenologische Analyse der ◊Intersubjektivität finden wir in unserem allgemeinen Vorverständnis. Wir gehen schon davon aus, dass jede Wahrnehmung und jede Erfahrung in demselben Sinne auch für andere Subjekte möglich sind. Diese Annahme stellt gleichzeitig eine Vorgabe für die phänomenologische Betrachtung dar“ (Prechtel, 2012, S. 99).

Die Datenerhebung erfolgt in Anlehnung an die interpretative phänomenologische Analyse (IPA) nach Jonathan A. Smith (1996). In Bezug auf die vorliegende Studie bedeutet dies, dass die Spiritualität der Teilnehmenden die Betätigungen beeinflusst und sie bedeutungsvoll macht (→2.5.4). Die individuelle Perspektive der Befragten ist Forschungsgegenstand dieser Studie.

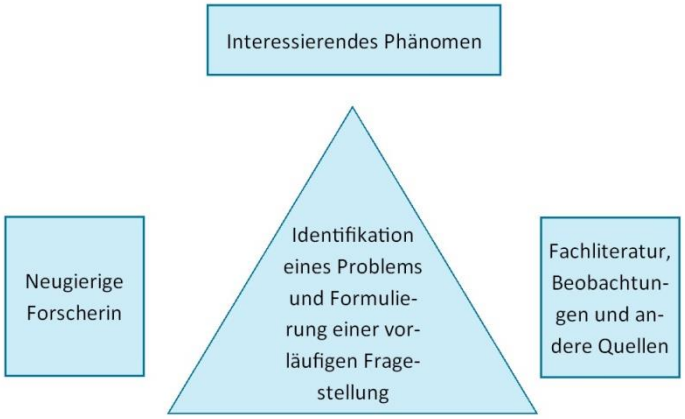



Abbildung 7: Forschungstrias zur Identifikation von Fragestellungen

Zusammenfassend sind die Forschungstrias nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) somit gegeben. Theorie, Gegenstandsbereich und Forschungsfrage sind, wie in der nachfolgenden Abbildung dargestellt, miteinander verwoben. Die Forschungstrias bestimmen maßgeblich die sinnvolle Auswahl eines Analyseverfahrens zur Auswertung der erhobenen Daten.

## 3.3 Datenerhebung

Jeder Datenerhebung liegt eine Theorie oder eine Fragestellung zugrunde. Dies gilt für die quantitative sowie für die qualitative Forschung (Baur & Basius, 2014). Nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) wird mit Beginn der Fragestellung die methodologische Positionierung festgelegt. Zur Datenerhebung wird die Befragungsform des Einzelinterviews gewählt, die im Feld und nicht im Labor durchgeführt wird. Das Feld stellt die natürliche Umgebung der Teilnehmer*innen dar.

„Qualitative Interviews werden offen, flexibel und gegenstandsorientiert durchgeführt und als soziale Interaktion zwischen dem Forschenden und dem Befragten (oder einer Gruppe von Personen im Falle von Gruppeninterviews) realisiert“ (Misoch, 2015, S. 199). Das Ziel besteht darin, mit Hilfe der Interviews das Erleben von Menschen zu beschreiben und zu verstehen (Ritschl & Stamm, 2016). Die Forscherinnen müssen sich in die Situationen der Befragten versetzen, um deren Erfahrungen bezüglich der verschiedenen Kontexte sowie die Gestaltung der geschilderten Therapie zu verstehen und einzuordnen, um die Forschungsfrage beantworten zu können.

Die Forscherinnen verwenden zur Datenerhebung die Form des Tiefeninterviews, welches auch als intensives Interview bekannt ist. Die Befragung der Teilnehmenden wird als ein semi-strukturiertes Interview mit einer thematischen Struktur (topic guide) und offener Fragestellung ohne feste Reihenfolge eingesetzt. „Die Fragen des Tiefeninterviews zielen demnach auf das intensive Erkunden und Verstehen subjektiver Motivationen, Gefühle, Gedanken und Sinnkonstruktionen ab“ (Misoch, 2015, S. 88). Dieser Forschungsansatz wird gewählt um das subjektive Erleben der Klienten*innen zu erfassen. Die Aufmerksamkeit der Forscherinnen liegt hierbei auf den Aussagen der Teilnehmer*innen (Misoch, 2015). Im Sinne der vorliegenden Forschung wird das Erleben von Menschen mit neurologischen Erkrankungen untersucht. Dabei werden individuelle Wünsche und Bedürfnisse sowie Erwartungen der Teilnehmenden in Hinblick auf die ergotherapeutische Behandlung erfasst.

### 3.3.1 Sampling

Aus einer den Forscher*innen bekannten ◊Grundgesamtheit werden die Teilnehmer*innen einer Studie ausgewählt (*Sampling*). Die Auswahl erfolgt anhand bestimmter Kriterien. Diesen Vorgang bezeichnet Patton (1990, in Misoch, 2015) auch als ◊*purposive sampling*. Die gemessenen Parameter werden in der qualitativen Studie analysiert (Misoch, 2015).

Für diese Studie bilden Menschen, die eine neurologische Erkrankung erlebt und retrospektiv über ergotherapeutische Interventionen berichten können, die Grundgesamtheit der Forschung. Angehörige werden nicht befragt, da es um das subjektive Empfinden der Teilnehmer*innen geht. „Das Ziel ist es, möglichst unterschiedliche Fälle im Hinblick auf die zu untersuchende Merkmalsausprägung zu finden (◊Heterogenitätsmaximierung), die dann das Sample der zu Befragenden bilden“ (Misoch, 2015, S. 196). Aus dieser Gruppe der Grundgesamtheit wählen die Forscherinnen anhand folgender Ein- bzw. Ausschlusskriterien ihre Interviewteilnehmer*innen aus.

Ein- und Ausschlusskriterien:

- Die Teilnehmenden haben keine progrediente Erkrankung. Damit beabsichtigen die Forscherinnen auszuschließen, dass Menschen mit Anspruch auf Verordnungen außerhalb des Regelfalls teilnehmen.
- Die Teilnehmer*innen haben neurologische Erkrankungen erfahren.
- Die Interviewteilnehmer*innen haben Therapieerfahrungen im Setting des Hausbesuchs und der ambulanten Praxis gesammelt.
- Die Teilnehmer*innen befinden sich aktuell in Therapiepause oder haben die Therapie beendet.
- Für zuverlässige Aussagen und aus ethischen Gründen werden Menschen mit dementiellen Veränderungen von einer Teilnahme an der Studie ausgeschlossen (Flotho, 2007).
- Sprachliche Einschränkungen können in der offenen Gesprächsführung hinderlich sein und die Ergebnisse verfälschen.
- Der Wohnort und die ergotherapeutische Behandlung der Teilnehmer*innen ist in Deutschland.

### 3.3.2 Rekrutierung der Teilnehmer*innen

„Die Rekrutierung der Teilnehmenden richtet sich nach der zu untersuchten Forschungsfrage“ (Misoch, 2015, S. 145). Die Forscherinnen führten eine Online-Recherche in sozialen Medien und Foren durch, bei der sie nach neurologischen Selbsthilfegruppen gesucht haben.

Nach Zustimmung der Administratoren wurde ein Anschreiben, das das Forschungsinteresse offenlegt und über die Teilnahmekriterien der Studie informiert, in den Gruppen veröffentlicht (→Anhang 2). Folgende Facebook-Gruppen stimmten einer Veröffentlichung zu:

- SHT – Schädel-Hirn-Trauma
- Schlaganfall & Pflege
- Schlaganfall für Betroffene und Angehörige
- „Schlaganfall kennt kein Alter” --- Online Selbsthilfegruppe

- Schlaganfall – Und das Leben nach der Tragödie
- Schlaganfall, wir haben überlebt und leben noch
- Schlaganfall-ONLINE-Gruppe

Über die sozialen Medien bekundete eine Vielzahl von Teilnehmer*innen ihr Interesse an der Teilnahme. Allerdings erfüllten davon einige nicht die Ein- und Ausschlusskriterien oder reagierten nicht mehr auf Nachrichten der Forscherinnen.

Als weiteres Verfahren zur Rekrutierung wird die Strategie des ◊Schneeballprinzips eingesetzt. Die Forscherinnen sprachen in ihrem Bekanntenkreis mit Ergotherapeut*innen und fragten diese, ob sie Menschen kennen, die die Teilnahmekriterien zum Forschungsvorhaben erfüllen. „Diese Vorgehen hat den entscheidenden Vorteil, dass der Zugang zu den Befragten durch Nennung der Kontaktperson zumeist sehr einfach ist und die anhand des Schneeballprinzips rekrutierten Befragten deswegen meistens zu einem Interview bereit sind“ Misoch, 2015, S. 193). Auf diese Weise wurden zwei Teilnehmerinnen rekrutiert. Die Suche nach Teilnehmer*innen dauerte zwei Monate. Von insgesamt sechs Kandidaten*innen werden zwei als *drop-out* bewertet, weil sie nach genauer Prüfung die Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllen. Der dritte Rekrutierungsweg über Internetforen blieb ohne Erfolg, da die Foren aufgrund der Corona Pandemie nicht aktiv waren. Der zeitliche Rahmen, der den Forscherinnen für ihre Studie zur Verfügung steht, begrenzt den Zeitraum der Teilnehmerrekrutierung. Diese zeitliche Ressource stellt nach Helfferich (2011) eine Rahmenbedingung dar.

| Teilnehmer*innen | Diagnose | Alter | Berufsstatus |
|---|---|---|---|
| **B1** ♂ | Schlaganfall | 63 | Ergotherapeut |
| **B2** ♀ | Schlaganfall | 66 | Ruhestand |
| **B3** ♀ | Schlaganfall | 56 | Arbeitssuchend |
| **B4** ♀ | Schlaganfall | 56 | Erwerbsunfähig |

Tabelle 2: Übersicht der rekrutierten Teilnehmer*innen

## 3.4 Erstellung des Leitfadeninterviews

Um die Offenheit im Interview zu bewahren und trotzdem eine Strukturierung der Themen im Fokus zu behalten, bietet sich das ◊Leitfadeninterview, gemäß den Prinzipien Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren (SPSS) an (Helfferich, 2011).

Die Forscherinnen sammeln alle wichtigen Themen, die in Verbindung mit der Forschungsfrage stehen.

Im zweiten Schritt, der Prüfung, wird kontrolliert, ob diese Themen zur Beantwortung der Forschungsfrage hilfreich sind, und die Prinzipien der Offenheit und des Vorwissens der Forscherinnen berücksichtigt werden.

Im Schritt drei, dem Sortieren, werden die verbliebenen Fragen gewichtet und unter Berücksichtigung der Forschungsfrage sowie der Leitfragen sortiert.

Im Schritt vier, dem Subsumieren, werden Fragen zusammengefasst und nach ihrer Relevanz für die Beantwortung der Forschungsfrage geordnet. So werden zum Beispiel die Fragen:

- Wie haben Sie die Ergotherapie in der Praxis erlebt?
- Wie haben Sie die Ergotherapie als Haubesuch erlebt?

zu einer Frage zusammengefasst:

- Wo sehen Sie Unterschiede zwischen der Therapie zu Hause und in der Praxis?

Zur Erstellung des Leitfadeninterviews haben die Forscherinnen mittels einer Mindmap (→Anhang 1) ein Brainstorming durchgeführt.

## 3.5 Pretest

„Der ◊Pretest soll vor allem den erarbeiteten Leitfaden, den darzubietenden Stimulus und das Verhalten des Moderators einer empirischen Prüfung unterziehen“ (Misoch, 2015, S. 144-145).

Die Pretests wurden zur Evaluierung des Leitfadeninterviews als Erhebungsinstrument eingesetzt. Zwei Teilnehmende, welche die Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllten, konnten als Pretester*innen gewonnen werden. Die Tests wurden als Online-Video-Interviews durchgeführt. Die Pretester*innen wurden nach dem Interview mit der Technik des „Lauten Denkens“ zum Pretest befragt. Anhand dieser Rückmeldung werden missverständliche Fragen, unverständliche Fremdwörter oder mit einem ungünstigen Satzbau formulierte Fragen identifiziert (Döring, 2016).

Die zwei Prester*innen äußerten den Wunsch, dass mehr ◊Vertiefungsfragen eingesetzt werden sollten. Aufgrund dieser Rückmeldung wurde der Fragebogen des Interviews überarbeitet. Durch die Überarbeitung der Fragen, erreichen die Forscherinnen eine Präzisierung des Interviews in Hinsicht auf die Forschungsfrage und erhoffen, Erleben, Zufriedenheit, Erwartungen und Gefühle der Teilnehmer*innen bezüglich ihrer ergotherapeutischen Behandlung detaillierter zu erfassen (Bogner, Littig & Menz, 2014).

## 3.6 Durchführung der Interviews

Das Interview mit dem Teilnehmer B1 wird als Online-Video-Interview durchgeführt. Die Teilnehmer*innen B2, B3 und B4 haben im Vorfeld den Wunsch geäußert, in der eigenen Wohnung interviewt zu werden, da ihnen die Kommunikation über Video-Konferenzen wenig vertraut sei oder die technischen Voraussetzungen nicht gegeben waren. Die Interviews der Teilnehmerinnen B2, B3 und B4 wurden in einer Life-Situation (Döring & Bortz, 2016) unter Einhaltung der aktuell vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen während der Corona-Pandemie durchgeführt und zur späteren Auswertung auf Tonband aufgenommen (→Anhang 4, →Anhang 5).

Der inhaltliche und zeitliche Ablauf des Interviews, dessen Dauer mit 45-60 Minuten angesetzt ist, wurde den Teilnehmer*innen offengelegt. Außerdem setzen die Forscherinnen die Teilnehmer*innen darüber in Kenntnis, dass sie jederzeit das Interview beenden dürfen. Im Vorfeld erhielten die Teilnehmer*innen ein Informationsschreiben zum Forschungszweck sowie eine Einverständniserklärung zur Teilnahme am Forschungsprojekt und zur Aufklärung über die Datenerhebung, die Datensicherheit und die Datenverwendung im Rahmen dieser Arbeit (→Anhang 3).

Durch die Gestaltung des Interviewleitfadens mit offenen Fragen wird den Befragten ermöglicht, ausführlich zu antworten.

Das semi-strukturierte Interview gestattet den Forscherinnen einen flexiblen Interviewablauf. Weder durch die Abfolge der Fragen noch durch deren Inhalt werden die Forscherinnen eingeschränkt. Auf neue Fragen, die sich im Verlauf des Interviews ergeben, können sie spontan reagieren und das Gesprächsanliegen der Teilnehmer*innen weiterverfolgen (Döring & Bortz, 2016).

| **Teil 2 – Gefühle und Einstellungen** |
| --- |
| 1. Wie wohl haben Sie sich in der Therapie Zuhause gefühlt?<br>Wie wohl haben Sie sich in der Therapie in der Praxis gefühlt?<br>**Hilfsfragen:**<br>○ Welchen Einfluss hatte der Kontext (Räumlichkeiten/Umfeld)?<br>○ Welchen Einfluss hatte die Person (Freundlichkeit, Kompetenz?)<br>○ Welchen Einfluss hatte der organisatorische Aspekt (Terminabsprache, wechselnde Therapeuten)? |

**Tabelle 3: Auszug des Interviewleitfadens**

Mit Kurzfragen in Form eines standardisierten Fragenbogens, werden die sozio-demographischen Daten der Interviewten erfasst (→Anhang 6). Diese Fragen wurden vor der Interviewdurchführung an Teilnehmer B1 per E-Mail versandt. Die Teilnehmerinnen B2, B3 und B4 haben den Kurzfragenbogen in Papierform vor dem Interview ausgefüllt.

### 3.6.1 Gestaltung der Interviews

Als vorbereitende Maßnahme für die Gestaltung eines Interviewleitfadens haben sich die Forscherinnen mit dem CPPE (→2.5.7) auseinandergesetzt. Die Formulierung von Fragen, welche die Sichtweise von Klient*innen erfassen, wird als Hilfestellung für den Aufbau des eigenen Fragenkatalogs genutzt.

Die Forscherinnen orientieren sich an der Interview-Vorlage von Kuckartz, Dresing, Rädiker und Steter (2007), welche das Interview in vier Themenblöcke unterteilt. Diese sollen zur Antworten in den zentralen Bereichen führen.

Mit dem Interview soll der typische Verlauf einer Therapiestunde erfasst, die Gefühle und Einstellungen der Befragten zur Therapie und zu den Therapeuten*innen ermittelt werden. Somit untersuchen die Forscherinnen die subjektiven Bewertungen und Erwartungen der Klienten*innen zur Therapiegestaltung in vier Themenbereichen.

Nach Kuckartz et al. (2007) werden die Themenblöcke für den Interviewleitfaden festgelegt. Die Form des Tiefeninterviews (Misoch, 2015), die im Folgenden beschrieben wird, ermöglicht die Fragen in einer nicht festgelegten Reihenfolge zu stellen und bietet sowohl Struktur als auch Flexibilität. Die Interaktivität zwischen den Forscherinnen und den Teilnehmenden, die ein weiteres Merkmal des Tiefeninterviews ist, setzt mit einer Anfangsfrage der Forscherinnen ein. Auf Basis der Antworten der Teilnehmer*innen werden weiterführende Fragen gestellt. Durch die entstehende interaktive Wechselbeziehung zwischen Forscherinnen und Teilnehmer*innen, wird zur nächsten Fragestellung weitergeleitet. Ein weiteres Kennzeichen des Tiefeninterviews ist die Verwendung der Antworttiefe.

Dies hat den Hintergrund, dass durch die Verwendung von Präzisionsfragen, das Phänomen des Erlebens der Teilnehmer*innen genauer erfasst werden kann, was dem Erkenntnisgewinn dient. Die Präzisionsfragen wurden von den Forscherinnen vorab als Hilfestellung für jede einzelne Interviewfrage formuliert, um ihre Vorannahmen mit den Aussagen der Teilnehmer*innen zu verknüpfen. Ein weiteres Kennzeichen ist der Aufmerksamkeitsfokus. Hier legen die Forscherinnen den Fokus auf Kommunikation und Interaktion. Dabei ver-

meiden sie analytisches Denken (Misoch, 2015). Am Ende des Interviews wird den Teilnehmer*innen Zeit und Raum gegeben, um Themen oder Erinnerungen, welche noch nicht aufgegriffen wurden, anzusprechen. Der Abschluss des Interviews wird angekündigt, sodass die Teilnehmer*innen sich darauf vorbereiten können, die Gesprächstiefe langsam zu verlassen und sich innerlich auf ihre Alltagssituation einzustellen (Misoch, 2015). Dies findet unter Berücksichtigung der ◊Vulnerabilität der Teilnehmer*innen statt. Die Forscherinnen gehen mit den Teilnehmer*innen wertschätzend um, was die ◊Reziprozitätsrelation zwischen den Beteiligten während des Interviews fördert (Bogner et al., 2014).

### 3.6.2 Interviewbegleitende Dokumentation

Nach jedem Interview verfassen die Forscherinnen ein ◊Postskript über das Gespräch, welches die entstandenen Gedanken zur Interviewatmosphäre und den Eindruck über die Teilnehmer*innen festhält. Diese Dokumente wurden anonymisiert und liegen im →Anhang 9 dieser Forschungsarbeit bei.

## 3.7 Transkription der Interviews

„Der Begriff der Transkription leitet sich vom lateinischen *transcriptio* bzw. *transcribere* ab (Übertragung bzw.um-/überschreiben) und bedeutet in den empirischen Sozialwissenschaften die Verschriftlichung von verbalen oder auch nonverbalen Daten“ (Misoch, 2015, S. 249).

Die Forscherinnen verwenden in den ◊Transkripten folgende Kürzel: I1- steht für Hanna Drobny, I2 für Christine Fiedler und I3 für Monika Höpner. Die Teilnehmer*innen werden mit den Kürzeln B1 bis B4 versehen.

Die Interviews werden von den Forscherinnen wortwörtlich und vollständig transkribiert. Aufgrund der Art der Forschungsfrage (→3.2) haben die Forscherinnen die vereinfachte, inhaltlich systematische Transkription verwendet. Sie folgen den Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) die im →Anhang 10 eingesehen werden können. Im Anschluss werden die Primärdaten bereinigt, was die Korrektur der Rechtschreibung, und der Zeichensetzung beinhaltet. Im Verschriftlichungs- und Korrekturprozess werden die Transkrip-

te gleichmäßig auf die Forscherinnen verteilt (I1 → B1 & B2, I2 → B2, B3 & B4, I3 → B3, B4 & B1). Daraufhin werden die Transkriptionen in einer Projektdatei gespeichert. Das Gespräch wird bei der Transkription anonymisiert (Name der Tochter wird durch Tochter, Namen der behandelnden Ergotherapeut*innen sowie Sozialarbeiter*innen werden durch fiktive Namen, Name des Hundes durch Hund und die Städtenamen durch Buchstaben) ersetzt und mit eckigen Klammern gekennzeichnet. Die Transkriptionen erfolgen wahlweise mit den Programmen MAXQDA (VERBI GmbH, 2020) oder Easytrancript (e-werkzeug, o.J.). Auszugsweise liegen die Transkripte dieser Arbeit (→Anhang 11) bei. Interessante und ergänzende Informationen für die Datenanalyse werden in Form von ◊Memos und ◊*Case-Summeries* (→Anhang 12) nach den Transkriptionen von den Forscherinnen zu jedem Transkript verfasst (Kuckartz & Rösler, 2019).

## 3.8 Datenanalyse nach Kuckartz

Nachdem die Datenerhebung und Transkriptionen abgeschlossen sind, erfolgt die Datenanalyse.

Die Forscherinnen haben sich für die inhaltlich strukturierende Inhaltanalyse nach Kuckartz (2018) entschieden, um kategorienbasiert auszuwerten und Zusammenhänge einzelner Kategorien zu erfassen. Mayring legt den Fokus der Datenanalyse auf die „[…] Kategorienbildung und das Auszählen der Kategorienhäufigkeit […]“ (Kuckartz, 2018, S. 6). Diese Vorgehensweise hilft bei der Beantwortung der phänomenologischen Forschungsfrage nicht weiter, da Mayring die Häufigkeit einer Kategorienbildung untersucht. Bei Kuckartz (2018) erfolgt die Datenanalyse auf Basis der Erfahrungen der Studienteilnehmer*innen.

Dazu verwenden die Forscherinnen das klassische Ablaufmodel der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018), das aus fünf Phasen besteht. Diese bestehen aus Planungsphase, Entwicklungsphase, Testphase (Probecodierung), Codierphase und Auswertungsphase (Kuckartz, 2018, S. 45). In der Planungsphase wird die Forschungsfrage formuliert und die Bestimmung der Auswahl- und Analyseeinheit festgelegt. Die Auswahleinheit stellt in diesem Fall ein Interview dar, die Analyseeinheit ist die dazugehörige Transkription (Kuckartz, 2018). Die zweite Phase ist die Entwicklungsphase. Die Forscherinnen erstellen ein hierar-

chisches Kategoriensystem, welches aus Haupt- und Subkategorien besteht (→Anhang 12). Hauptkategorien sind allgemeiner als Subkategorien und diesen übergeordnet. Subkategorien differenzieren somit Hauptkategorien aus. Das Kategoriensystem stützt sich auf den theoretischen Hintergrund und die Vorannahmen der Forscherinnen und ist ◊deduktiv angelegt. Jeder Hauptkategorie mit ihren Subkategorien wird eine Codierungsfarbe zugewiesen. Beim Codieren werden die Aussagen der Interviewten den jeweiligen Kategorien zugeordnet und mit der entsprechenden Farbe codiert. In der Phase drei erfolgt eine Probecodierung eines Auszugs der erhobenen Daten durch das Forschungsteam. Dadurch trainiert jede Forscherin den Prozess des Codierens. Anschließend überprüfen die Forscherinnen ihre Ergebnisse auf das Übereinstimmungsmaß mit der Codierung der anderen beiden. Dieser Vorgang wird als „Intercoder-◊Reliabilität“ bezeichnet (Kuckartz, 2018, S. 206). Im Vorfeld wird die Kodiereinheit, welche festlegt, ob Wörter, Sätze oder ganze Textabschnitte codiert werden, bestimmt (→Anhang 13). Im Anschluss folgt die Phase vier des Codierungsprozesses. Der Codierungsprozess wird mit Hilfe der computergestützten Software von Max Weber „Qualitative Daten Analyse“ (MAXQDA) durchgeführt (VERBI GmbH, 2020). Die Transkripte werden in MAXQDA übernommen. Aus jedem Transkript entsteht ein Dokument in MAXQDA. Die Forscherinnen teilen die Transkripte für den Codierungsprozess anhand deren Textumfangs gleichmäßig auf. Jede Forscherin codiert das Interview, welches sie geführt hat, und ein bis zwei andere (I1 → B1, B3 & B4, I2 → B2 & B1, I3 → B3, B4 & B2). Dabei gehen sie voneinander unabhängig vor und codieren die Transkripte vollständig. Für wesentliche Aussagen der Teilnehmer*innen, die keiner bestehenden Kategorie zugeordnet werden können, werden im zweiten Durchgang des Codierungsprozesses neue Kategorien ◊induktiv aus den Transkripten erstellt. Anschließend werden die Transkripte noch einmal durchgesehen und ggf. weitere Aussagen den neuen Subkategorien zugeordnet und farblich codiert. Die zweite Codierung erfolgt ebenfalls unabhängig voneinander und dessen Ergebnis wird anschließend von den beiden Forscherinnen, die das Dokument codiert haben, miteinander verglichen und aufeinander angepasst. Können die beiden Forscherinnen keine Übereinstimmung finden, wird die dritte Forscherin zur Einigung hinzugezogen

(Kuckartz, 2018). Dadurch werden bei der Datenerfassung unterschiedliche Perspektiven auf die Aussagen der Befragten berücksichtigt und das Gütekriterium der ◊Triangulation erfüllt (Flick, 2011).

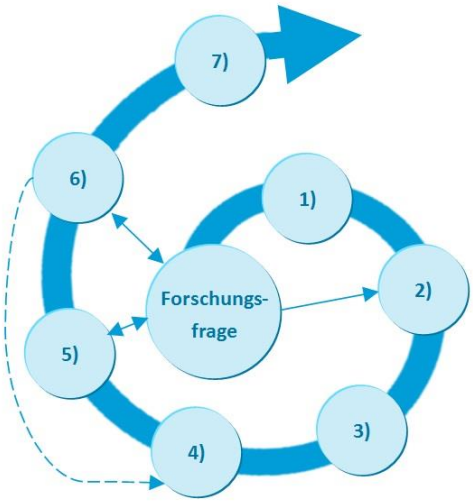



**Abbildung 8: Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018)**

Im Anschluss werden in Phase fünf mit Hilfe von MAXQDA alle Transkripte in Form einer Fallzusammenstellung (→Anhang 15) zusammengefügt, einander gegenübergestellt und analysiert. Dadurch wird die Komplexität des Datenmaterials reduziert, da ausschließlich Aussagen, die in Zusammenhang mit der Forschungsfrage stehen, betrachtet werden.

Das Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) sieht nach der Codierung im weiteren Verlauf die kategorienbasierte Auswertung und Ergebnisdarstellung vor.

Durch die Codierung ist eine Strukturierung entstanden, die es ermöglicht, qualitative kategorienbasierte Auswertungen vorzunehmen, Zusammenhänge zwischen Kategorien aufzudecken und darauf aufbauend weitere Analyseschritte vorzunehmen. Mit Hilfe von MAXQDA werden die Codierungen visualisiert und in Tabellen dargestellt. Diese bilden die Basis für das weitere Vorgehen im Forschungsprozess.

Das abgebildete Ablaufmodell verdeutlicht den zirkulären Forschungsprozess.

Im Folgenden wird in Tabellenform die oben geschilderte Vorgehensweise der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse der MAXQDA-Software visualisiert nach Kuckartz (2018, S. 180-183) dargestellt.

| Phase nach Kuckartz (2018) | Computerunterstützung durch MAXQDA im Forschungsprozess |
|---|---|
| 1 Initiierende Textarbeit, Markieren wichtiger Textstellen, Schreiben von Memos | Die Transkripte wurden in MAXQDA eingepflegt.<br>Zu interessanten ◊Segmenten haben die Forscherinnen Memos im Dokument des jeweiligen Transkripts eingefügt. Eine Fallzusammenfassung zu jedem Transkript ist geschrieben und als Postskriptum im Dokument gespeichert (→Anhang 12). |
| 2 Entwickeln von Haupt-, und Subkategorien | Das deduktiv gebildete Kategoriensystem wird in MAXQDA mit sechs Hauptkategorien und dazugehörigen Subkategorien angelegt. Die Hauptkategorien werden aus der Forschungsfrage und den drei Leitfragen auf Basis des theoretischen Hintergrundes gebildet. |
| 3 Erster Codierungsprozess: Codieren des Materials mit den Hauptkategorien | Alle Textstellen werden von den Forscherinnen Zeile für Zeile codiert und in gebildeten Haupt- und Subkategorien eingeordnet. |
| 4 Zusammenstellen aller codierten Textstellen der gleichen Kategorie | Die Forscherinnen stellen alle der gleichen Haupt-, und Subkategorie zugeordneten Segmente in einer Tabelle zusammen. Dies erfolgt mit Hilfe der Funktion des Textretrievals. |
| 5 Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material | Dabei werden neue, induktive Kategorien aus dem Datenmaterial entwickelt und dem bestehenden Kategoriensystem hinzugefügt. |
| 6 Zweiter Codierungsprozess: Codieren mit den ausdifferenzierten Kategorien | Die induktiv entstandenen Kategorien werden in einem Durchlauf der Analysephase auf das Datenmaterial angewandt. Gebildete Kategorien, die nach eingehender Prüfung der Forscherinnen keine Relevanz zur Beantwortung der Forschungsfrage haben, werden aus dem Kategoriensystem entfernt. |
| 7 Einfache kategorienbasierte Auswertung | Mit Hilfe der Funktion des Textretrievals folgt die Analyse der Haupt- und Subkategorien. Es werden Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kategorien analysiert. |

**Tabelle 4: Phasen nach Kuckartz (2018)**

## 3.9 Gütekriterien

Unter Gütekriterien werden alle Kriterien verstanden, die Anwendung finden, um bei der Durchführung empirischer Forschungsprojekte die Qualität zu sichern und zu verbessern (Misoch, 2015).

In der folgenden Tabelle sind die Gütekriterien dargestellt, die von den Forscherinnen bei den unten beschriebenen Techniken angewendet und bei der Festlegung gemeinsamer Regeln eingehalten wurden.

| Gütekriterien | Modifizierte Anpassung der Gütekriterien und angewandte Technik | Strategien |
|---|---|---|
| Objektivität – Bestätigbarkeit (*confirmability*) | Die Forscherinnen reflektieren ihr methodologisches Vorgehen, arbeiten nachvollziehbar intersubjektiv und legen ihre Vorgehensweise offen. | Alle Entscheidungen werden im Team besprochen.<br>Alle Vorgänge sind für alle Mitglieder zugänglich und werden in Form des ◊*Peer Debriefing* besprochen und festgelegt. |
| Reliabilität – Zuverlässigkeit, Verlässlichkeit (*reliability*) | Die ◊Intercoder-Reliabilität zeigt das Maß der Interpretationsübereinstimmung der Forscherinnen beim Codieren. | Die Forscherinnen haben unabhängig voneinander das gleiche Datenmaterial interpretiert und haben ein Maß an Übereinstimmung erreicht. |
| Interne ◊Validität Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit (*credibility, authenticity*) | • ◊Datentriangulation<br>• Untersuchungstriangulation<br>• *Peer Debriefing*<br>• Authentizität<br>• ◊Regelgeleitetheit | **Datentriangulation** bedeutet, dass ein ◊*Sampling* nach festgelegten Kriterien erhoben wurde.<br>Im Rahmen der **Untersuchungstriangulation** beteiligen sich alle Forscherinnen an der Interviewdurchführung. Dadurch wird das Risiko minimiert, dass die Forscherinnen voreingenommen ein Interview führen (◊Bias) (Misoch, 2015).<br>***Peer Debriefing*** ist die Interpretation der Forschungsdaten, wenn sie in- |

| | | |
|---|---|---|
| | | nerhalb der Forschungsgruppe diskutiert werden.<br>Die Interviews finden im Feld statt, wodurch **Authentizität** erreicht wird.<br>Im Sinne der **Regelgeleitetheit** werden die Forschungsdaten systematisch und anhand eines vorgegebenen Regelsystems erhoben. |
| Externe Validität (*transferability*) | Die prozedurale Reliabilität beinhaltet die Festlegung von Transkriptionsregeln und die Schulung zur Durchführung der Interviews | Der gesamte Prozess der Datenerhebung und Auswertung ist an festgelegten Regeln und Systematiken ausgerichtet. Die Forscherinnen erhalten keine Interviewschulung. |
| Übertragbarkeit (*transferability*) | Die Ergebnisse können nicht auf eine größere Gruppe übertragen werden. | Die aus der kleinen ◊Stichprobe gewonnenen Forschungsergebnisse lassen keinen Rückschluss für die Repräsentativität der Studie auf die Grundgesamtheit zu. |
| Intersubjektive Nachvollziehbarkeit (*confirmability*) | Die Verfahrensdokumentation wird durch die Darstellung des methodischen Vorgehens und der Nachvollziehbarkeit im Forschungsprozess gewährleistet. | Alle Dokumente sowie die niedergeschrieben Regeln zur Datenauswertung können von Dritten eingesehen werden. Ebenso wird der Forschungsprozess durch das Ablaufmodell offengelegt. |
| Kritische Reflexion der Subjektivität des Forschenden | Die kritische Reflexion beinhaltet die persönlichen und beruflichen Voraussetzungen. | Die Forscherinnen sind Ergotherapeutinnen, die Vorerfahrungen mit Klient*innen aus dem Fachbereich der Neurologie besitzen. Es ist anzumerken, dass sie wenig Erfahrung in der Interviewdurchführung und im Forschungsprozess mitbringen. |

**Tabelle 5: Übersicht der Gütekriterien**

### 3.9.1 Vermeidung von Schaden

Die Forscherinnen haben die Teilnehmer*innen über den Zweck und den Inhalt der Forschung aufgeklärt. Im Vorfeld erhielten die Teilnehmer*innen ein Informationsschreiben (→Anhang 3) über den Forschungszweck. Außerdem willigten sie schriftlich ein, am Forschungsprojekt teilzunehmen (→Anhang 4, →Anhang 5) und wurden über die Datenerhebung, -sicherheit und -verwendung im Rahmen dieser Arbeit aufgeklärt.

### 3.9.2 Ethik

„Die Wissenschaftsethik umfasst alle ethischen Regeln guter wissenschaftlicher Praxis, an denen sich Forschende bei ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit jenseits des Umgangs mit Untersuchungspersonen orientieren sollen“ (Döring & Bortz, 2016, S 132). Ziel ist es, wissenschaftliches Fehlverhalten zu verhindern. Wenn die Regeln guter wissenschaftlicher Praxis missachtet werden, wird von einem wissenschaftlichen Fehlverhalten gesprochen. Die Forscherinnen gehen verantwortungsvoll mit den wissenschaftlichen Ergebnissen, der Generierung, Interpretation, Bewertung und Veröffentlichung um (Döring & Bortz, 2016). Für moralisch angemessenes Handeln in der empirischen Forschungspraxis formuliert die Forschungsethik gewisse Grundprinzipien, sogenannte Richtlinien (Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten, 2017). Dabei wird u.a. die Beziehung zwischen Forscherinnen und Teilnehmenden thematisiert (Misoch, 2015).

Folgende Richtlinien wurden in Bezug auf die Forschungsethik der vorliegenden Arbeit herangezogen: Die Teilnehmer*innen nehmen freiwillig teil und sind über den Inhalt und das Ziel der Forschung aufgeklärt. Ihnen wird Vertraulichkeit im Umgang mit den sensiblen Daten zugesichert. Des Weiteren finden die Interviews in einem geschützten Rahmen statt und die Teilnehmer*innen haben jederzeit die Möglichkeit, das Interview abzubrechen.

# 4 Resultate

Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (→3.8) ergab folgende Hauptkategorien mit entsprechenden Subkategorien (vereinfachte Darstellung (→Anhang 14)):

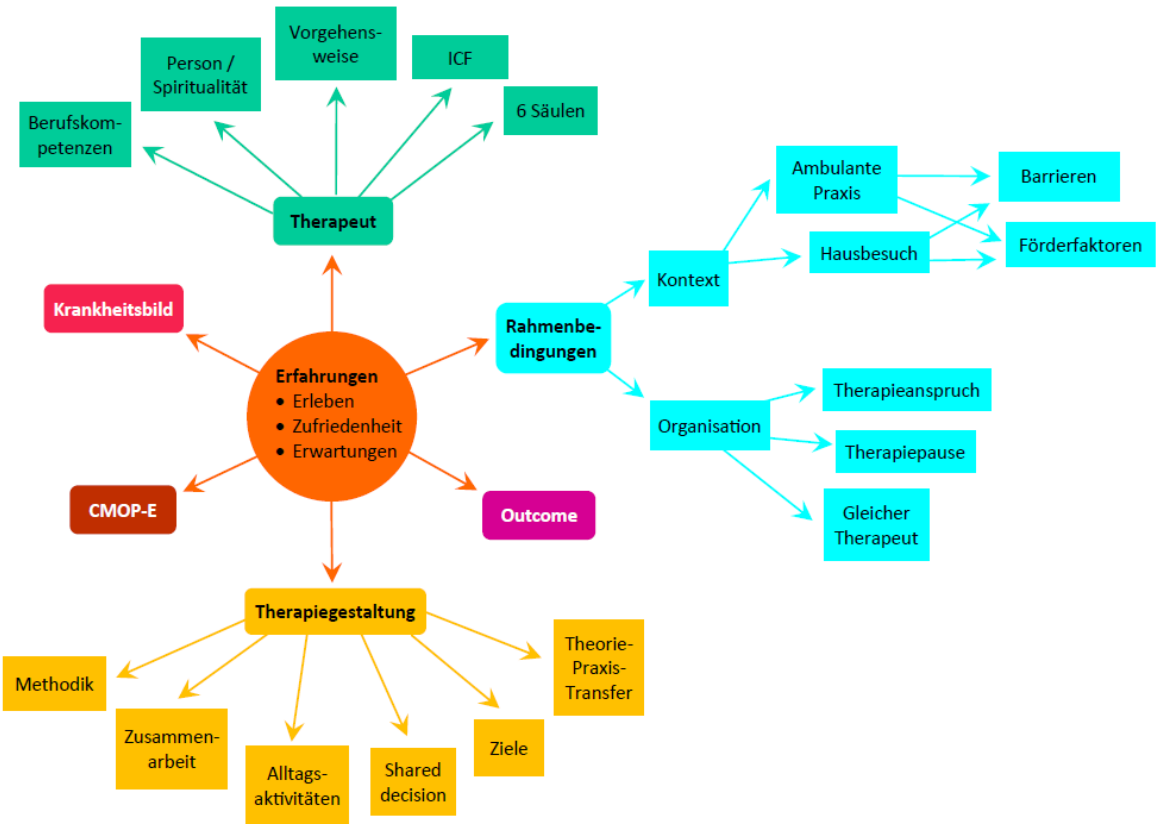



**Abbildung 9: Auszug des Kategoriensystems**

Zu erwähnen ist, dass sich aufgrund der flexiblen Gesprächsführung innerhalb der semi-strukturierten Interviews nicht alle Teilnehmenden zu jeder Subkategorie äußerten. Weiter wird angemerkt, dass im Ergebnisteil nicht alle Kategorien dargestellt werden, welche in der Auswertung berücksichtigt wurden. Dies liegt daran, dass sich die Inhalte einzelner Kategorien mit jenen anderer Kategorien überschneiden. Im Rahmen der Ergebnisdarstellung werden die Inhalte der einzelnen Kategorien zusammengefasst. Die Forscherinnen stellen daher die Kategorien CMOP-E, Berufskompetenzen, ICF, sechs Säulen der Ergotherapie nicht separat dar, sondern integrieren sie in die anderen Kategorien.

Die meisten Teilnehmer*innen erwähnen im Interview des Öfteren ihre jeweiligen Therapeut*innen. Wenn die Forscher*innen diese Aussagen der Arbeit zitieren, wird zur besseren Lesbarkeit auf eine Anmerkung der Forscherrinnen verzichtet. Zum Verständnis werden stattdessen die Therapeut*innen der Teilnehmenden in folgender Tabelle vorab aufgelistet:

| Teilnehmer*in | Therapeut*in |
|---|---|
| B1 | sein Ergotherapeut |
| B2 | Herr König (erster Therapeut) |
| B2 | Herr Koch (zweiter Therapeut) |
| B3 | Mia (erste Therapeutin) |
| B3 | Anne (zweite Therapeutin) |
| B4 | Tina |

**Tabelle 6: Übersicht der Teilnehmenden und ihrer Therapeut*innen**

## 4.1 Krankheitsbild

Befragt wurden Personen mit der Diagnose Schlaganfall. Sie beschreiben sowohl auf Struktur- und Funktionsebene als auch auf Aktivitäts- und Partizipationsebene (→2.5.1) damit einhergehende unterschiedliche Einschränkungen (→2.5.4). Diese Domänen der ICF werden im CMOP-E den Ebenen der Person und Betätigung zugeordnet (→2.5.4). Alle Teilnehmenden erleben Funktionseinschränkungen an unterschiedlichen Extremitäten (B1, Z28-29; B2, Z22; B3, Z12-16; B4, Z17-22). B2 beschreibt beispielsweise, dass sie *„nichts mehr alleine greifen“* (B2, Z22) konnte. Ähnlich schildert Teilnehmerin B4 Funktionseinschränkungen von Hand und Fuß (B4, Z17-22). Es werden ferner Einschränkungen der ADLs bei der persönlichen Pflege (B1, Z15-16), dem Toilettengang (B1, Z15-16; B3, Z776), der Nahrungsaufnahme (B1, Z15-16) und der Mobilität (B1, Z57-60) beschrieben. Eine Teilnehmerin schildert Schwierigkeiten beim Schneiden von *„Sachen“* (B3, Z23).

## 4.2 Therapiegestaltung

### 4.2.1 Alltagsaktivitäten des OTPS

Alle Befragten erwähnen Einschränkungen bei verschiedenen Alltagsaktivitäten, die größtenteils in der Therapiegestaltung berücksichtigt wurden. Diese lassen sich in die verschiedenen Kategorien des OPTFs (→2.5.6) einordnen. Die Forscherinnen thematisieren in dieser Arbeit dabei nur jene Kategorien des OTPFs, welche von den Befragten aufgegriffen wurden. Wie im theoretischen Hintergrund dargelegt, werden die Kategorien Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit aus dem Betätigungsbereich des CMOP-Es mithilfe der OTPF-Kategorien differenzierter betrachtet (→2.5.6).

#### 4.2.1.1 ADLs

Im Bereich der ADLs beschreiben zwei Teilnehmende eine Einschränkung beim Toilettengang infolge des Schlaganfalls (B1, Z15-16; B3, Z776). B3 beschreibt darüber hinaus, dass es ihr ein Anliegen gewesen sei, wieder alleine auf die Toilette gehen zu können: *„Auf Toilette gehen und von Toilette alleine aufstehen. Konnte ich zum Anfang auch nicht und dann haben wir es geübt. Und irgendwann konnte ich das und das war auch // super! //“* (B3, Z776-778). Sie hat dieses Bedürfnis mit einem Aufenthalt im Hotel verknüpft:

> *„// Das war ein // Ziel, was ich haben wollte, weil ich alleine in das Hotel wollte. Und da sollten mir nicht die Leute, die mitkommen, sollten mir nicht von der Toilette hochhelfen und wenn ich das alleine konnte, dann konnte ich auch alleine ins Hotel gehen“* (B3, Z792-295).

Zufrieden beschreibt sie, sich wieder alleine waschen, an- und ausziehen zu können (B3, Z679-685). Teilnehmerin B2 schildert ihren Wunsch, sich selbständig an- und auszukleiden:

> *„[…] jedes Mal wenn ich mich angezogen habe. Das war ja, ne / ging ja in den tiefsten Winter rein, bis ich dann einmal / und dann habe ich mir auch nach Möglichkeit nicht helfen lassen. Bis ich meine Jacke, meinen Mantel, meinen Schal und alles an hatte […]“* (B2, Z340-343).

B2 erwähnt des Weiteren, dass sie wieder gelernt habe, ihr Stück Kuchen mit der rechten Hand zu essen (B2, Z282-283), sich Schmuck anzulegen (B2, Z238-241) oder sich zu schminken (B2, Z242-243).

Teilnehmer B1 berichtet von seinen Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme (B1, Z57-59): *„[…] Messer oder Besteck konnte ich gar nicht halten mit der rechten Hand, eine Tasse halten oder einen Schluck Wasser eingießen ins Glas ging überhaupt nicht […].“*

Als weiterer Aspekt innerhalb der ADLs und IADLs wird die Mobilität aufgegriffen. B1 beschreibt das Wiedererlernen der Fortbewegung zu Fuß (B1, Z15-16) und auf einem Fahrrad (B1, Z143-147) als Ziel der Therapie. Teilnehmerin B2 hingegen beschreibt ihre ersten Versuche beim Autofahren (B2, Z477-479): *„Und (...) da habe ich es also genossen, mit dem Auto in die Praxis zu fahren. Erst einmal geübt mit der linken Hand den Zündschlüssel zu betätigen. Ging ja mit rechts // nicht //.“*

#### 4.2.1.2 IADLs

Im Bereich der IADLs beschreiben die Teilnehmenden unterschiedliche Aktivitäten. B2 äußert als einzige Befragte, sich um ein Haustier zu kümmern. Sie schildert verschiedene Situationen, in denen sie mit der Unterstützung ihres Therapeuten diese Fertigkeit wieder erlernt habe (B2, Z207-209, Z222-224, Z449-452).

Die Haushaltsführung als Teil der Therapie wird von B2 aufgegriffen. So schildert sie als Anliegen das Zusammenbauen eines Akku-Rasenmähers (B2, Z180-181, Z554-556) oder das Annähen eines Knopfes (B2, Z795-805; →2.5.6).

Teilnehmer B1 formuliert als Ziel, wieder mit Kommunikationsmedien umgehen zu können. Den Wunsch, das Bedienen der PC-Tastatur wieder zu erlernen, erwähnt er mehrfach im Interviewverlauf (B1, Z146, Z262-263, Z268-279).

Das Zubereiten von Mahlzeiten im Rahmen der Therapie wird von allen Teilnehmerinnen berichtet. Während Teilnehmerin B4 oberflächlich das Kochen erwähnt (B4, Z619-636), geht Teilnehmerin B2 mit ihren Ausführungen in die Tiefe. Sie benennt Schneiden, im Kochtopf rühren, den Schnellkochtopf öffnen und schließen (B2, Z179-180), Kuchen backen (B2, Z270-277, Z520-523) oder das Schneiden eines Hokkaidos (B2, Z713-721) als Teil des All-

tagstrainings. Teilnehmerin B3 hat die Fertigkeit des Backens bereits wiedererlangt und übt das Kochen: *„[…] das ist meine neue, meine neueste Herausforderung, dass ich dann / dass ich jetzt mal richtig anfange zu kochen, weil backen kann ich schon. Am Wochenende backe ich immer Kekse und einen Hefekuchen […]“* (B3, Z413-416).

#### 4.2.1.3 Ruhe und Schlaf

Eine Teilnehmerin äußert sich zum Thema Ruhe und Schlaf. Sie berichtet, dass ihre Ergotherapeutin sie bezüglich ihrer Schlafposition beraten habe: *„Hat gesagt, wie ich mich nachts hinlegen soll, dass ich gut schlafe und mein Bein nicht so weh tut, ne“* (B3, Z59).
Sie ist durch die Therapie in der Lage, sich ohne fremde Hilfe für die Nacht fertig zu machen und ins Bett zu gehen. Das erlebt sie als positiv (B3, Z679-685).

#### 4.2.1.4 Lernen

Die Teilnehmenden beschreiben verschiedene Aspekte im Bereich Lernen. So schildert B1 die Diskrepanz zwischen theoretischem Wissen und praktischer Ausführung:

> *„Natürlich habe ich als Ergotherapeut in der Psychiatrie wirklich die ganze Bandbreite an handwerklichen Sachen im Repertoire, aber das dann mit eingeschränkter Feinmotorik selber machen zu müssen, boah, war eine harte Erfahrung, zu wissen, wie es geht und es nicht zu können. Wirklich wieder da rein zu kommen, wirklich wieder diese Bewegungsabläufe, die man ja weiß, die kann ich beschreiben in seitenlangen Abhandlungen, aber wirklich auszuführen, aktiv zu sein, nein, das ging nicht und das zu lernen, das war hart, war eine Erfahrung, ja*“ (B1, Z656-662).

Auch gibt er zu bedenken, dass er zu Therapiebeginn nicht bereit oder zu sehr mit sich beschäftigt gewesen sei, um konsequent Eigenübungen fortzuführen (B1, Z129-134). Weiterführend berichtet er, dass er in der ersten Phase der Therapie froh gewesen sei, kleine Fortschritte beim Halten der Aufmerksamkeit oder im Bewegungsparcours zu sehen (B1, Z191-196).

Teilnehmerin B3 vergleicht ihre Anfangsphase mit ihrer jetzigen Situation und äußert Zufriedenheit über ihren Lernfortschritt: *„Nikitin, ja. […] da konnte ich zum Anfang erst gar keine Figuren legen und jetzt geht es schon richtig gut, ne. […] Ich arbeite ja nun auch schon lange damit“* (B3, Z65-67).

Teilnehmerin B2 beschreibt, dass sie gelernt habe, Tätigkeiten in der Küche auszuüben (B2, Z179-180), ihren Schmuck anzulegen (B2, Z359-366), Kuchen zu essen (B2, Z282-283) oder sich wieder um ihren Hund zu kümmern: *„Und dann zum Beispiel zu lernen, diesen schwarzen Rotzlöffel wieder zu kämmen und zu bürsten. Wissen Sie, was das für eine für eine KRAFTanstrengung ist?“* (B2, Z207-209).

Zusätzlich zu den physischen Aspekten des Lernens, führt sie die kognitive Anforderung im Zusammenhang mit einer Intervention in der Praxis an: *„Aber ich habe da auch gelernt zu überlegen, was brauchst du, was musst du mitnehmen? Um nichts zu vergessen und auch um gleichzeitig nichts Überflüssiges mitzunehmen“* (B2, Z721-723).

#### 4.2.1.5 Arbeit

Teilnehmer B1 hat vor seiner Erkrankung als Ergotherapeut in der Psychiatrie gearbeitet. Um diese Tätigkeit nach seinem Schlaganfall wieder aufzunehmen, hat er in der Therapie seine Berufskompetenzen wieder erlernt (→2.5.6). Nun arbeitet er als Mini-Jobber in einer ergotherapeutischen Praxis. Er beschreibt, dass er sich den neuen beruflichen Herausforderungen stelle. Hierbei zeigen sich die Fortschritte seiner Therapie, da er selbst in der Lage ist, für seine Klienten Therapiematerial für motorische und kognitive Aufgaben anzufertigen (B1, Z670-674).

Teilnehmerin B3 erwähnt, dass sie gerne wieder als Buchhalterin arbeiten möchte (B3, Z424-426). Sie habe dieses Thema jedoch noch nicht in der Therapie angesprochen (B3, Z447-451).

#### 4.2.1.6 Hobbies/Interessen und Freizeit

Bei Teilnehmerin B2 nimmt die Beschäftigung mit ihrem Hund einen großen Teil der freien Zeit ein. Sie kümmert sich um seine Fellpflege (B2, Z207-209) und das Konturenschneiden (B2, Z458-462). Außerdem zeigt sie Interesse an Handarbeiten (B2, Z795-805).

Teilnehmer B1 zählt im Verlauf des Interviews verschiedene Hobbies und Interessen auf. Ihm sind Arbeiten mit der Kreissäge, Fahrrad fahren, eine Tastatur bedienen (B1, Z144-146), *„Holz aufsetzen“* (B1, Z155-159), der Gebrauch von Werkzeugen (B1, Z261-263) sowie der Bau eines Tisches wichtig (B1, Z693-694).

Teilnehmerin B4 hingegen verbringt ihre Zeit gerne mit Malen: *„Bild malen, das ist richtig toll!“* (B4, Z193).

### 4.2.2 Zusammenarbeit in der Therapie

Alle Teilnehmenden berichten von positiven Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Therapeut*innen. Diese wird beispielsweise als *„spitze“* (B2, Z587) oder *„toll“* (B4, Z381) beschrieben. B3 stellt die Zusammenarbeit als *„gut“* (B3, Z367) dar und thematisiert in diesem Zusammenhang, dass gemeinsam *„Ziele gesucht und gesteckt“* (B3, Z367) wurden.

Ein Teilnehmer beschreibt die Zusammenarbeit als *„Kooperation“* (B1, Z127) und *„Hand in Hand Arbeiten“* (B1, Z99). Er äußert darüber hinaus, diese als vertrauensvoll erlebt zu haben:

> *„Ich habe einfach vertraut, dass das richtig ist, was mit mir gemacht wird. Also, ich hatte zu keinem Zeitpunkt ein Gefühl von Unzufriedenheit oder Ungeduld, ne, also da war, das war wirklich das Vertrauen in die Therapie, in den Therapeuten, ins Personal, das mich da guten Mutes mitarbeiten ließ“* (B1, Z313-316).

Eine Teilnehmerin gibt eine Einschränkung bezüglich der zwischenmenschlichen Beziehung zu ihrer zweiten Therapeutin an: *„[…] mit [Mia] ich ja so wie Pott und Pann und die [Anne] (zweite Therapeutin [Anmerkung der Forscherinnen]) mit der / die Chemie stimmt da nicht so ganz“* (B3, Z437-438). Die Zusammenarbeit mit ihrer ersten Therapeutin hat B3 überaus positiv erlebt, wie folgende Aussage aufzeigt: *„Ich weine [Mia] ganz schön hinterher, weil die ist, die war / die kannte mich jetzt schon so gut, die wusste schon, wenn die mich anguckt, was sie machen musste […]“* (B3, Z355-357).

### 4.2.3 Shared-decision

Alle Befragten schildern Beispiele, welche auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Fachkräften im Therapieprozess hindeuten.

Hierzu äußern alle Befragten, dass sie ihre Wünsche und Bedürfnisse in die Therapie einbringen konnten (→2.5.3). Beispielsweise antwortet B2 auf die Frage, ob Wünsche und Bedürfnisse in der Therapie geäußert werden konnten: *„Ja, sonst wäre ich wo anders hin“* (B2, Z295). Es sei ihr auch möglich gewesen, ein Therapiemedium abzulehnen. Dies verdeutlicht folgendes Beispiel: *„Ich habe auch sehr schnell gesagt, hör mal, daran habe ich keine Lust, das interessiert mich einfach nicht‘“* (B2, Z191-192). B1 beschreibt den Therapieprozess als „*Kooperation*“ (B1, Z127), in welcher er jederzeit die Möglichkeit gehabt hätte, *„zu sagen ‚trau ich mir jetzt nicht zu‘“* (B1, Z122).

Teilnehmerin B4 äußert einerseits, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse in der Therapie berücksichtigt wurden (B4, Z189-193), anderseits ihre Erwartung an eine ideale Therapiestunde, „*mehr Wünsche sagen*“ (B4, Z642) zu können.

Ein Teilnehmer thematisiert in diesem Zusammenhang die Schwierigkeit, zu Beginn seines Therapieprozesses eigene Wünsche und Bedürfnisse zu äußern (B1, Z142). Er begründet seine Aussage, wie folgt: *„Ich habe ja überhaupt nicht gewusst, was ist jetzt machbar, was kriege ich hin“* (B1, Z143).

Die Betätigungsanliegen (→2.5.3) aller Teilnehmenden wurden in der Therapiegestaltung berücksichtigt (B1, Z437-441; B2, Z242-243; B3, Z277-278; B4, Z189-198). Beispielhaft beschreibt B3 hierzu: *„Dann sage ich [Mia] heute zeigst du mir, wie ich mir mein Nachthemd anziehe […]“* (B3, Z277-278).

Alle Teilnehmer*innen (B1, Z122-127; B2, Z236-239; B3 Z211-214; B4, Z522-524) beschreiben darüber hinaus, in die Interventionsplanung konkret einbezogen worden zu sein (→2.4.1, →2.5.4): *„Ja, wir haben immer gesehen, was für Ziele sind. Also wir haben bespro-*

*chen, dass ich, was ich für Ziele / Und wie wir das erreichen […]“* (B3, Z211-214). Zugleich äußert B3 ihre ablehnende Haltung, in die Entscheidung bezüglich der Intervention einbezogen zu werden:

> *„[…] was ich hasse, ist, wenn der Therapeut reinkommt und fragt, ‚was sollen wir denn heute machen?‘ Dann sage ich dann immer: ‚Mensch du bist‘ also wir duzen uns ‚Du bist doch der Therapeut, DU musst doch von deinem Repertoire abrufen, was du machen kannst mit mir heute. GUCK doch einmal, MACH doch einmal was!‘“* (B3, Z653-657).

### 4.2.4 Ziele

Drei Teilnehmende beschreiben, dass gemeinsam Ziele formuliert worden seien (B1, Z235-241; B2, Z324; B3, Z211-214). Beispielhaft schildert B2 auf die Frage, wie die Ziele festgelegt wurden: *„Indem ich gesagt habe, das und das will ich. Und so schnell wie möglich*“ (B2, Z324).

Eine Teilnehmerin äußert hingegen, dass keine gemeinsame Zielformulierung stattgefunden habe (B4, Z246-249).

B1 beschreibt seine Schwierigkeit, zu Anfang des therapeutischen Prozesses konkrete Ziele zu formulieren (B1, Z444-449). *„Ziel war, dass ich in die Therapie gegangen bin (lacht)“* (B1, Z210-211), äußert er dazu. Im weiteren Therapieverlauf war er in der Lage, seine Therapieziele konkreter zu formulieren:

> *„[…] in diesem zweiten Block ambulante Ergotherapie, da kann ich dann wirklich davon sprechen, dass man gesagt hat, so in vier Wochen wollen wir so viel Kraft erreicht haben oder in vier Wochen wollen wir auch die Ausdauer soweit wieder hergestellt haben. Das wurde dann konkret formuliert“* (B1, Z206-209).

Alle Befragten schildern Ziele auf Funktions- und Strukturebene sowie auf Aktivitäts- und Partizipationsebene, welche in der Therapie Berücksichtigung fanden. Beispielsweise äußern die Teilnehmenden in diesem Zusammenhang *„länger stehen“* (B3, Z213) oder ein bestimmtes Maß an *„Kraft“* (B2, Z208) zu erreichen als Ziel. Auf Aktivitäts- und Partizipa-

tionsebene sind *„alleine ins Hotel gehen“* (B3, Z792-796), *„Bild malen“* (B3, 193), *„Wimpern tuschen“* (B2, Z243) und *„ausdauernd an einer Tatstatur sitzen“ (*B1, 263) einige der Ziele, welche in der Therapie anvisiert wurden.

### 4.2.5 Theorie-Praxis-Transfer

Die Interviewpartner*innen B1, B2 und B3 thematisieren ihren eigenen Theorie-Praxis-Transfer als Ergebnis der Ergotherapie. Dabei äußern fast alle Befragten Beispiele erfolgreicher Theorie-Praxis-Transfers. So schildert B2: *„[…] dann kriegen die (Therapeut*innen in der Praxis [Anmerkung der Forscherinnen]) von da ab jede Woche einen Kuchen und nicht in der Küchenmaschine gerührt, sondern alles von Hand gerührt und geknetet […]“* (B2, Z270-271). Eine Teilnehmerin besorgte sich Materialien, welche sie in der Praxis kennen gelernt hat und leistete dadurch einen Theorie-Praxis-Transfer: *„[…] ein paar Sachen, die mir in der Praxis gut gefallen haben, die habe ich mir ja schon für zu Hause geholt, damit ich dann auch zu Hause das einmal üben kann“* (B3, Z504-506). Eine befragte Person schildert darüber hinaus einen Transfer von Inhalten aus der Therapie auf eine andere Tätigkeit im privaten Alltag. Die Intervention „Korbflechten“ hatte für den Klienten positive Auswirkungen auf die Bedienung der PC-Tastatur im häuslichen Setting (B2, Z498-501). Die Erläuterungen des Therapeuten *„schau, was jetzt die Finger machen und was der Arm macht und wie du die Hand hältst“* (B1, Z498-499) trugen zum erfolgreichen Alltagstransfer bei.

### 4.2.6 Methodik der Therapie

In diesem Abschnitt wird thematisiert, inwiefern in der Ergotherapie Assessments oder Testungen durchgeführt wurden.

Eine Teilnehmerin gibt an, dass eine Testung in der Therapie durchgeführt worden sei. Sie wisse allerdings nicht mehr, was dies für eine Testung gewesen sei (B4, Z108-125).

B1 und B3 können nicht sagen, inwiefern ein Assessment oder eine Testung durchgeführt wurden. Allerdings beschreibt B3 in diesem Zusammenhang, dass die Ergotherapeutin genau gesehen habe, *„wo es denn fehlte“* (B3, Z132) und B1 thematisiert, dass man sich in einem *„freien Interview“* (B1, Z175) unterhalten habe. Er habe sich dabei *„sehr individuell“* (B1, Z176) behandelt gefühlt.

B2 macht keine konkreten Angaben, ob ein Assessment oder eine Testung durchgeführt wurde (B2, Z230-237).

## 4.3 Outcome der Therapie

Alle Teilnehmenden beschreiben positive Auswirkungen der Ergotherapie auf ihre Betätigungen und somit das Erleben von Engagement.

B1, B2 und B3 thematisieren dabei die Auswirkungen im Bereich ihrer ADLs. So sind *„Wimpern tuschen“* (B2, Z247), *„Einhand-Schleife machen“* (B3, Z288-289), *„Auf Toilette gehen und von Toilette alleine aufstehen“* (B3, Z776) positive Outcomes, von welchen die Teilnehmenden berichten. Im Bereich des An- und Auskleidens schildert B3 beispielhaft ihren Fortschritt: *„Naja langfristig beeinflusst auf jeden Fall, dass ich mich jetzt ja selber an- und ausziehen kann […]. Da braucht mir keiner mehr helfen. Also ich kann, wenn ich will, alles alleine. Dauert ein bisschen länger, aber ich kann es, ne“* (B3, Z679-684).

Im Bereich der IADLs äußern drei von vier Befragten positive Auswirkungen. Folgende Aussage zeigt die Fortschritte im Bereich der Mahlzeitzubereitung einer Teilnehmerin:

> *„[…] ich kann mir dann auch mein Abendbrot selber machen, kann mir meinen Tee kochen und alles. Weiß oft die Gefahren, die mich [Mia] hingewiesen hat, pass auf, wenn du dies oder das machst, dass du nicht dich verbrennst oder sonst irgendetwas […]“* (B3, Z695-698).

B1 und B2 berichten von weiteren Outcomes, welche nicht spezifischen Kategorien der Betätigungen (→2.5.6) zugeordnet werden können oder auf die mehrere Möglichkeiten zutreffen. B2 berichtet, sie sei *„[…] befähigt worden, ein selbständiges selbstbestimmtes Leben zu*

*führen“* (B2, Z997-998). Dadurch hat sie Engagement im Sinne des CMOP-Es erfahren. B1 äußert als eine kurzfristige Auswirkung innerhalb einer ergotherapeutischen Therapieeinheit:

> *„[…] da war die Zufriedenheit, dass ich einfach, ja, eine halbe Stunde lang geführt worden bin, etwas gemacht habe, wo ich etwas für mich gemacht habe und wo ich dann am Ende von so einer Therapieeinheit auch so einen Funken Erfolg gesehen habe […]“* (B1, Z396-399).

Alle Teilnehmenden beschreiben eine Zufriedenheit im Zusammenhang mit dem Ergebnis der Therapie. Beispielhaft zeigt das die folgende Aussage einer Teilnehmerin: *„Auf Toilette gehen und von Toilette alleine aufstehen. Konnte ich zum Anfang auch nicht […]. Und irgendwann konnte ich das und das war auch // super!“* (B3, Z776-778) (→2.5.4). Jedoch nennt sie auch eine Unzufriedenheit, weil *„das (der linke Arm [Anmerkung der Forscherinnen]) so alles noch nicht funktioniert“* (B3, Z383-384).

Neben Erfolgen der Therapie beschreiben alle Teilnehmenden weitere Ziele oder Herausforderungen. Diese bestehen sowohl auf Funktions- und Strukturebene, wie auch auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation. Auf Funktions- und Strukturebene möchte eine Teilnehmerin *„noch ein bisschen mehr Kraft“* (B2, Z941) in ihrer Hand erlangen, benennt allerdings kein konkretes Betätigungsziel (B2, Z941). B4 erhofft sich eine Behandlung ihrer *„Spastik“* (B4, Z563) und B3 hat *„die Hoffnung und Erwartung, dass sie (die Therapeutin [Anmerkung der Forscherinnen]) das Greifen und alles weiter vorantreibt und dass dann ein bisschen Gefühl in die linke Seite kommt“* (B3, Z624-625). Teilnehmer B1 äußert seine Erwartungen hingegen auf Aktivitäts- und Partizipationsebene. Ihm ist es wichtig, weiterhin handwerklich aktiv zu sein und Medien für das kognitive Training seiner eigenen Klient*innen erstellen können. Zudem möchte er auch künftig *„mit Patienten arbeiten“* (B1, Z674).

## 4.4 Therapeut*in

### 4.4.1 Fähigkeiten der Therapeut*innen (Person/Spiritualität)

Die Fähigkeiten der Therapeut*innen finden sich im Kategoriesystem unter Person/Spiritualität (→Anhang 14) wieder.

Die Teilnehmenden greifen unterschiedliche Fähigkeiten ihrer Therapeut*innen auf, welche sowohl charakteristische Wesenszüge (→2.5.4) als auch berufliche Kompetenzen umfassen (→2.5.5).

Sensibilität, Einfühlungsvermögen und Flexibilität werden dabei von nahezu allen Befragten erwähnt und als positiv erlebt. Beispielhaft beschreibt B1 dazu: *„Also […] sein Einfühlungsvermögen war gut […]“* (B1, Z100). Er beschreibt fortführend, die Fähigkeit seines Therapeuten geschätzt zu haben, die aktuelle Tagesform zu erkennen und die Therapiegestaltung entsprechend anzupassen.

Darüber hinaus schätzt B1 die *„Geduld“* (B1, Z568) des Therapeuten, *„auch zwei-, dreimal was zu erklären*“ (B1, Z572). B2 hingegen legt Wert auf die *„Ehrlichkeit“* (B2, Z812) des Therapeuten. Sie bringt hierfür ein Beispiel an, in welchem sie ihren Therapeuten zitiert: *„ich kann Ihnen nicht versprechen, dass Sie binnen von sechs Monaten sich die Wimpern tuschen können werden“* (B2, Z816). Eine ähnliche Situation wird durch B1 beschrieben. Ihm wurde aufgezeigt, welche Ziele für die Therapie realistisch seien (B1, Z155-159). Als weitere Fähigkeiten wird das *„Repertoire“* (B1, Z383) des Therapeuten von ihm als positiv erlebt. B3 erlebt die Beratung zum Einsatz eines Schneidebrettes als unterstützend (B3, Z27-30).

B2 beschreibt gibt an, dass ihr Therapeut sie durch transparente Kommunikation und vorausschauendes Handeln auf einen Therapeutenwechsel optimal vorbereitet hat: *„[…] ich habe die ganze Zeit Ergotherapie und Logotherapie bei einer Person gehabt, bis der Herr [König] Arbeitsplatz aufgegeben hat. Das war aber GUT vorbereitet. Wir haben besprochen, wer könnte für mich das richtige sein“* (B2, Z565-567).

B3 erlebt ihre erste Therapeutin hinsichtlich der Terminabsprache als *„sehr zuverlässig“* (B3, Z562). Ihre aktuelle Therapeutin beschreibt sie als *„nicht so zuverlässig“* (B3, Z566) in Hinblick auf Terminabsprachen. Allerdings nimmt sie dies nicht als wesentlich beeinträchtigend wahr und argumentiert: *„Die Welt ist so schnelllebig geworden und Corona noch, setzt noch so, setzt sowieso alles außer Kraft, ne“* (B3, Z571-572).

Die Fähigkeit des interdisziplinären Zusammenarbeitens wird von einer Teilnehmerin aufgegriffen. Sie beschreibt es als *„Glück, dass Ergo, Logo, Physio […] unter einem Dach*“ (B2, Z326) waren und sich *„im Team immer besprochen haben“* (B2, Z327). Weiter betont sie die Wichtigkeit eines jungen modern ausgebildeten Teams (B2, Z174).

Die Teilnehmenden äußern unterschiedliche Erwartungen an die Fähigkeiten von Therapeut*innen. B4 erwartet, dass ihre Wünsche stärker in die Therapie einbezogen werden (B4, Z649-653). Eine konkrete Zielformulierung, eine regelmäßige Zielevaluation und gegebenenfalls -anpassung (B1, Z712-Z715) sowie der Einsatz alltagsorientierter Hausaufgaben wird von einem Teilnehmer als ideale Therapiestunde beschrieben. B3 wünscht sich jemanden, *„der ganz viele neue Ideen und Übungen hat“* (B3, Z651) und B2 äußert folgende Erwartung:

*„Der Therapeut muss so sein wie ich. […] Meine Intelligenz, meine Fertigkeit, mein Perfektionismus. Und, sage ich mal, meine Energie, die von innen kommt“* (B2, Z1006-1011). Sie äußert ferner die Erwartung einer Zusammenarbeit zwischen Physio- und Ergotherapie mit dem Ziel der Verbesserung ihrer Laufkondition (B2, Z960-964).

### 4.4.2 Vorgehensweise in der Therapie

Es werden unterschiedliche Vorgehensweisen in der Therapie beschrieben. Die Befragten schildern einerseits Beispiele, welche die Forscherinnen dem Bottom-Up-Ansatz zuordnen. Zugleich werden Beispiele geschildert, welche die Forscherinnen als Top-Down-Vorgehen bewerten.

B4 berichtet beispielsweise davon, Murmeln (Perlen [Anmerkung der Forscherinnen]) aufgefädelt zu haben (B4, Z169-179). Ihr Erleben in Bezug auf die Vorgehensweise kommt nicht zum Ausdruck. B2 hat ebenso verschiedene Aktivitäten durchgeführt, die sich eher einer Bottom-Up Vorgehensweise zuordnen lassen. Sie berichtet von Übungen mit Knetmasse und deklariert diese zu Beginn des Interviews als *„Kinderspiele“* (B2, Z188-190). Im weiteren Verlauf des Gesprächs berichtet sie davon, mit Knete *„Figuren gebastelt“* (B2, Z763) zu haben. Sie ist in der Lage, einen Alltagsbezug herzustellen: *„Knete ist so wie Kuchen“* (B2, Z756). Außerdem berichtet sie von der Anfertigung eines Nagelbildes (B2, Z778): *„Eine Sache habe ich gemacht, anfangs habe ich gedacht mit / habe ich Spaß dran. Aber ich fand sie Scheiße*“ (B2, Z775-776). Andererseits sah sie einen therapeutischen Nutzen darin, sich mit solch *„filigranen Sachen“* (B2, Z789) auseinanderzusetzen, da diese Maßnahme weitere therapeutische Interventionen anregte: „*Weil daraus ist meine Frage erwachsen ‚Können wir zusammen einen Knopf annähen?‘*" (B2, Z789-790).

B3 beschreibt als Einzige eine Bottom-Up-Intervention, in welche sie aktiv nicht eingebunden wurde. Sie berichtet von der Behandlung mit einer Vibrationstechnik welche sich positiv auf ihren Tremor ausgewirkt habe: *„Wenn sie mich so durchbewegt hat mit dem Kram, dann war mein ganzer Körper ruhig […]“* (B2, Z134-135). Sie erlebte diese Maßnahme als *„faszinierend“* (B3, Z139).

Teilnehmer B1 äußert beispielsweise, dass in der Praxis *„mit […] Stäben gearbeitet“* (B1, Z108) wurde *die „irgendwo hingesetzt worden sind“* (B1, Z109). Es ging hier um die Ausführung von *„zielgerichteten Bewegungen*“ (B1, Z109) und um die *„Auge-Hand-Koordination“* (B1, Z110). Zu dieser Maßnahme äußert B1 nicht sein Erleben. Allerdings beschreibt er: *„Das war schon gut“* (B1, Z61) und bezieht dabei seine Aussage auf Bottom-Up und Top-Down-Interventionen.

Ferner beschreiben alle Teilnehmenden Interventionen nach einem Top-Down-Vorgehen. B1 schildert ein Beispiel, welches die Top-Down-Vorgehensweise seines Therapeuten in der Anfangsevaluation aufzeigt: *„[…] weil ich einfach auch vor Ort zeigen konnte, hier, ich bringe meinen Arm nicht hoch, um eine Tasse aus dem Schrank zu holen […]“* (B1, Z327-328).

Folgendes Beispiel beschreibt ein Top-Down-Vorgehen bei Teilnehmerin B2 und ihr Erleben damit: *„Der (der Therapeut [Anmerkung der Forscherinnen]) hat das also wirklich super aufgegriffen, der war auch derjenige, der mit mir den Rasenmäher zusammengesetzt und wieder auseinandergenommen und wieder zusammengesetzt hat. Also das / klasse geht kein Weg dran vorbei!“* (B2, Z554-556). Über ein positives Erleben mit einem Top-Down-Vorgehen in ihrem häuslichen Umfeld berichtet auch B3: *„Auf Toilette gehen und von Toilette alleine aufstehen. Konnte ich zum Anfang auch nicht und dann haben wir es geübt. Und irgendwann konnte ich das und das war auch // super! //“* (B3, Z776-778). Des Weiteren äußert B4 ihr positives Erleben zu einer betätigungsorientierten Intervention im Rahmen der Ergotherapie: *„Bild malen, das ist richtig toll!“* (B4, Z193).

## 4.5 Rahmenbedingungen der Therapie

### 4.5.1 Organisation

#### 4.5.1.1 Therapeut*innenwechsel

Drei Teilnehmende geben an, im häuslichen Kontext und in der ambulanten Praxis von denselben Therapeut*innen behandelt worden zu sein (B1, Z63-66; B2, Z565-566; B3, Z340-344). B2 (Z565-566) und B3 (Z353-354) äußern, dass im Verlauf ein Therapeut*innenwechsel stattgefunden habe. B2 äußert in diesem Zusammenhang, den Wechsel als *„GUT vorbereitet“* (B2, Z566-567) erlebt zu haben. B3 beschreibt ein negatives Gefühl im Zusammenhang mit dem Therapeut*innenwechsel (B3, Z353-357). Sie *„weine [Mia] ganz schön hinterher“* (B3, Z355).

#### 4.5.1.2 Therapiepause

Eine Teilnehmerin gibt an, momentan in einer Therapiepause zu sein (B2, Z933-934). Bei B1 ist die Therapie beendet (B1, Z627). B3 ist noch in Therapie (B3, Z378; →3.9.2) und B4 macht keine Angaben dazu, ob ihre Therapie beendet sei.

#### 4.5.1.3 Anspruch auf die Verordnung einer angemessenen Therapie

Zwei Teilnehmende äußern ihr Erleben zum Therapieanspruch.

B1 hätte sich gewünscht, *„dass die ein oder andere Therapieeinheit länger gedauert hätte“* (B1, Z353-354) als 30 Minuten. B2 äußert hingegen, zunächst von ärztlicher Seite nicht die ergotherapeutischen Verordnungen erhalten zu haben, welche ihr zugestanden hätten. Demnach erkundigte sie sich bei der Krankenkasse, welche Heilmittel ihr nach einem Apoplex zustünden. Anschließend nahm sie einen Arztwechsel vor, um entsprechende Therapien verordnet zu bekommen (B2, Z147-161).

### 4.5.2 Kontext der Therapiemaßnahmen

#### 4.5.2.1 Therapie im häuslichen Setting

Alle Teilnehmenden beschreiben verschiedene betätigungsbasierte Interventionen, die im Rahmen der Therapie im häuslichen Setting aufgegriffen wurden (→2.5.3, →2.5.4). Im Bereich der IADLs beschreibt eine Teilnehmerin Kochen als Intervention (B4, Z75). Weiter berichtet eine Teilnehmerin, mit der Therapeutin geübt zu haben, ihrem Hund das Fell zu schneiden (B2, Z451-452). Eine Anpassung des häuslichen Kontextes war ebenfalls Inhalt der Therapie, wie die Aussage von B3 aufzeigt: *„[…] kriege dann Hilfe von […] meiner jetzigen Ergotherapeutin, die sagt, wie ich mit meinem Schneidebrett umgehen soll“* (B3, Z9-10).

B2 berichtet, dass *„LEbenspraktischen Dinge“* (B2, Z188) ausgeführt worden seien, wie das Zusammenbauen eines Akku-Rasenmähers. Auch *„draußen Holz aufsetzen“* (B1, Z157) und Training am „*MOTOMED*“ (B3, Z107) werden als Tätigkeiten im häuslichen Kontext beschrieben.

Neben IADLs wurden Tätigkeiten innerhalb der ADLs als Inhalte der Therapie berücksichtigt. B3 schildert hierzu:

Die Therapeutin *„Hat gesagt, wie ich mich nachts hinlegen soll, dass ich gut schlafe und mein Bein nicht so weh tut […]“* (B3, Z167-168). Auch der Transfer zu und von der Toilette wird als Beispiel für Tätigkeiten im Bereich der ADLs thematisiert: *„Zur Toilette und von der Toilette aufstehen können. Und dann haben wir das bei meiner Toilette geübt […]“* (B3, Z816-817).

Von den Teilnehmer*innen werden verschiedene funktionsorientierte Maßnahmen beschrieben. Diese beziehen sich allerdings hauptsächlich auf den ambulanten Kontext der Praxis oder werden keinem Setting zugeordnet.

#### 4.5.2.2 Barrieren für die Therapie im häuslichen Setting

Drei von vier Teilnehmenden nennen Barrieren für den ergotherapeutischen Hausbesuch. Eine Teilnehmerin thematisiert dabei ihr allgemeines Unbehagen im Zusammenhang mit dem Empfang von Besuch in der eigenen Wohnung. Sie habe es *„nicht so gerne, wenn Leute […] ins Haus kommen“* (B2, Z408-409). Sie begründet ihre Aussage mit dem für sie im Anschluss folgenden Aufwand in Form von Putzen und Aufräumen (B2, Z409-417). Außerdem thematisiert sie Schwierigkeiten beim Aufräumen: *„[…] ich kann es doch mit beiden Händen nicht. Ich kann meine schweren Stühle nicht tragen […]“* (B2, Z417-418).

Auch die mögliche Verletzung der eigenen Privatsphäre wird durch B2 als Barriere aufgeführt, Besucher zu Hause zu empfangen: *„Nicht jeden geht alles was an. Was irgendwo steht, was irgendwo liegt“* (B2, Z689-690).

Darüber hinaus äußert die Teilnehmende ihr Unbehagen gegenüber Besuchern, mit denen sie nicht vertraut ist: *„Wenn Sie jemanden zu sich nach Hause holen, Sie haben immer ein Restrisiko“* (B2, Z691-692).

Im Gegensatz dazu empfindet ein Teilnehmer den Empfang eines Therapeuten in der eigenen Wohnung als unproblematisch (B1, Z540-563).

Als weitere Barriere für den ergotherapeutischen Hausbesuch beschreiben zwei Teilnehmende ein eingeschränktes Repertoire an Therapiemöglichkeiten (B1, Z463-466; B4, Z317-334). Beispielhaft äußert B1 hierzu: *„[…] das Ausbalancieren des Körpers, wenn ich irgendetwas fange und stehe auf einem unsicheren Untergrund, auf einer Matte zum Beispiel, kann man natürlich im häuslichen Umfeld, so gar nicht wiedergeben, kann man gar nicht alles hinkriegen“* (B1, Z463-466).

#### 4.5.2.3 Förderfaktoren für die Therapie im häuslichen Setting

Alle Teilnehmenden beschreiben Förderfaktoren für die Therapie im häuslichen Setting. Die Vorteile stehen in Zusammenhang mit der Kontextbasierung. B1 beschreibt, im häuslichen Setting Schwierigkeiten im Alltag aufzeigen zu können. Er erklärt dazu beispielhaft: *„[…] weil ich einfach auch vor Ort zeigen konnte, hier, ich bringe meinen Arm nicht hoch, um eine Tasse aus dem Schrank zu holen und ich kann mich auch nicht bücken, um irgendetwas einzuräumen […]“* (B1, Z327-329). Ähnlich schildert es B3 als Förderfaktor, dass ihr die Therapeutin direkt in ihrem häuslichen Umfeld Lösungsmöglichkeiten für alltägliche Tätigkeiten aufzeigen konnte, die sie krankheitsbedingt nur eingeschränkt oder gar nicht wahrnehmen konnte:

> *„Und zu Hause habe ich natürlich mein Umfeld. Und wenn ich dann einmal was hatte, wo ich nicht wusste, wie ich das am besten anstellen / dann habe ich sie gefragt und dann hat sie mir das gezeigt, wie ich das machen soll, ne“* (B3, Z310-313).

B2 beschreibt, dass die Ausführung bestimmter Tätigkeiten im häuslichen Setting praktischer sei. Sie habe in die Praxis einen Hokkaido-Kürbis und Haushaltsmesser mitgenommen, um diesen klein zu schneiden (B2, Z712-720). Das wäre *„zu Hause praktischer gewesen“* (B2, Z135-135). Folgendes Beispiel verdeutlicht ihre Aussage: *„Ansonsten war das zum Teil ja, war das sehr angenehm und praktisch. Wenn wir (der Therapeut und die Klientin [Anmerkung der Forscherinnen]) was hier in der Küche gemacht haben oder […] den Hund gepinselt und gebürstet haben“* (B2, Z449-451). Eine Teilnehmerin schildert es als Vorteil, dass die Therapeutin in der häuslichen Umgebung sehe, *„welches Umfeld der Patient hat“* (B3, Z462) und dadurch *„auf die Patienten eher einzugehen“* (B3, Z462) wisse. Anschließend

schildert die Teilnehmerin beispielhaft: *„Oder so wie [Mia] gesehen hat, dass mein Mann so krank ist zu Hause. Ich wusste, das hat dann geholfen […]. Konnte dann auch in der Praxis auf mich eingehen […]“* (B3, Z464-466).

Ferner beschreiben B1 und B3 den entfallenden Anfahrtsweg zur Praxis als entlastend und zugleich als Förderfaktor für den Hausbesuch. B3 schildert hierzu: *„Und der Anfahrtsweg ist dann für mich damals, wie ich noch ganz weit weg war, sehr anstrengend. Dann bin ich schon ein bisschen angestrengt, bis es überhaupt los geht […]“* (B3, Z491-493). Ähnlich äußert sich ein anderer Teilnehmer, der nicht nur den Anfahrtsweg, sondern auch die Treppen bis zum Eingang der Praxis als Hindernis beschreibt: *„Aber vielleicht war dieser erste Block zu Hause auch einfach viel Entlastung, als Entlastung gedacht für mich, um nicht die Strapaze zu haben, in die sechs Kilometer entfernte Stadt zu fahren und dort in die Praxis die Treppe raufzugehen“* (B1, Z533-535).

Damit einhergehend schildert B3 den Vorteil eines geringeren persönlichen Zeitaufwandes durch den Hausbesuch: *„[…] wenn die nach Hause kommen, dann kann ich ja warten bis zur letzten Minute. Und wenn ich dann los muss, dann muss ich […] eine viertel Stunde früher los […]“* (B3, Z528-531).

#### *4.5.2.4* Therapie *in der ambulanten Praxis*

Alle Teilnehmenden beschreiben Tätigkeiten, welche sie im Rahmen der Therapie in der ergotherapeutischen Praxis ausgeführt haben (→2.5.4). Im Bereich der ADLs lernte B2 ihren Kuchen *„[…] wieder mit der rechten Hand zu essen“* (B2, Z282-283). Weiter werden Tätigkeiten, wie *„Malen“* (B4, Z59), *„Murmeln“* (Perlen [Anmerkung der Forscherinnen]) (B4, Z169-179) auffädeln als Inhalte der Therapie in der Praxis genannt. Auch Spiele mit *„Autos auf so einem Brett“* (B3, Z39) oder *„Nikitin*“ (B3, Z65) wurden durchgeführt. Ferner beschreibt ein Teilnehmer, einen *„Peddigrohrkorb“* (B1, Z270) angefertigt zu haben. Die *„Schulung des Gleichgewichtes“* (B1, Z78-79) wird von einem Teilnehmer als Hauptaugenmerk in der Praxis genannt.

#### 4.5.2.5 Barrieren für eine Therapie in der Praxis

B1, B2 und B3 äußern sich zu Barrieren, auf welche sie in der Praxis stoßen. Hier sei hinzugefügt, dass eine Barriere für die Behandlung in der Praxis zugleich einen Förderfaktor für die Therapiedurchführung im häuslichen Setting der Klient*innen darstellen kann.

So beschreibt es B2 als Barriere des Praxiskontextes, bestimmte Tätigkeiten dort nicht ausführen zu können. Beispielhaft schildert sie, dass sie in der Praxis ihren Hund aus hygienischen Gründen nicht hinlegen, kämmen und bürsten konnte (B2, Z463-465).

B1 und B3 schildern den Weg von ihrer Wohnung zur Praxis als Barriere. Dieser stellt zugleich einen Förderfaktor für den Hausbesuch (→4.5.2.1) dar und wurde dort bereits tiefergehend behandelt.

Des Weiteren äußert eine Teilnehmerin, dass Unstimmigkeiten zwischen den Beschäftigten in zwei Praxen ihr Wohlbefinden beeinflusst hätte: *„Ich würde mich da vielleicht heute nicht mehr so wohl fühlen. Weil die beiden Filialen, die es jetzt hier in [Stadt C] gibt, die konkurrieren zum Teil ganz unangenehm miteinander. Und da gibt es auch Mitarbeitermobbing“* (B2, Z548-550).

#### 4.5.2.6 Förderfaktoren für die Therapie in der Praxis

Alle Teilnehmenden äußern Förderfaktoren für die Behandlung in der ergotherapeutischen Praxis. Drei von vier Teilnehmende stellen es vorteilhaft dar, dass dort mehr Materialien oder Möglichkeiten zur Verfügung stünden. Hierzu beispielhaft die Aussage einer Teilnehmerin: *„Da waren natürlich die Möglichkeiten besser. Da war auch so eine Schaukel und so eine Sprossenwand […]“* (B3, Z319-322).

Eine Teilnehmerin beschreibt ihren gelungenen Alltagstransfer im Kontext der Praxis: *„Zum Beispiel bin ich […] da (in der Praxis [Anmerkung der Forscherinnen]) mit einem selbstgebackenen Kuchen aufmarschiert“* (B2, Z264-266).

Weiter beschreibt sie als Vorteil, in der Praxis *„nichts weg […] räumen“* (B2, Z690-691) zu müssen und nur das mitzunehmen, was sie *„präsentieren“* (B2, Z691) möchte.

Als weiteren Förderfaktor beschreibt dieselbe Teilnehmerin, dass in der Praxis mehr *„Anonymität“* (B2, Z688-689) bestehe. Wer die *„Distanz wahren möchte“* (B2, Z698-699), sei ihrer Aussage nach *„in der Praxis besser aufgehoben“* (B2, Z699-700).

Als weiteren Förderfaktor für die Therapie in der Praxis bringt B2 ihre eigenen vorbereitenden Maßnahmen vor einem Praxisbesuch ein. Sie erlebe es als *„Hochgenuss, (sich) dreimal in der Woche fein zu machen“* (B2, Z508-509).

B2 beschreibt, in die Praxis einen Hokkaido-Kürbis mitgebracht zu haben, um diesen mit dem Therapeuten klein zu schneiden. Unter Förderfaktoren für therapeutische Hausbesuche (→4.5.2.1) beschreibt sie, dass jene Tätigkeit *„zu Hause praktischer gewesen“* wäre (B2, Z720-721). Als Förderfaktor für Therapien im Setting der ambulanten Praxis ist hingegen ihre Äußerung einzuordnen, in diesem Zuge auch ihre Handlungsplanung verbessert zu haben: *„Aber ich habe da auch gelernt zu überlegen, was brauchst du, was musst du mitnehmen?“* (B2, Z721-722).

Weiter wird das Setting der ambulanten Praxis als motivierend für Klient*innen beschrieben, sich aktiv in der Therapie zu betätigen: *„Eine Praxis mag auch Vorteile haben für denjenigen, der, sage ich jetzt mal, zu Hause eher sagt ‚ach ne, heute bin ich müde. Erzählen wir uns was! Ich lege mich auf das Sofa.‘ Das ist in der Praxis dann MÜSsen Sie in Anführungszeichen“* (B2, Z700-703).

Zuletzt ist noch aufzuführen, dass es B2 durch den Praxiskontext ermöglicht wurde, dass sie *„für einige andere Patienten DORT […] ein Antrieb sein konnte“* (B2, Z765-766). Die Klientin sei *„gerne Motivator gewesen“* (B2, Z767). „*Und solche Dinge, die haben MIR Freude gemacht*“ (B2, Z773).

# 5 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie diskutiert, indem die Forscherinnen diese in Bezug zum theoretischen Hintergrund und zu weiterführender Literatur setzen. Die Ergebnisse werden den Leitfragen der Studie zugeordnet, um anschließend die Forschungsfrage beantworten zu können: **Von welchen Erfahrungen berichten Menschen mit neurologischen Erkrankungen rückblickend über die Ergotherapie im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuchs?**

## 5.1 Leitfrage 1

**Wie haben Sie die Gestaltung der Therapie in Hinblick auf Ihre Alltagsaktivitäten erlebt?**

Die zu dieser Studie Befragten erleben aufgrund ihres Schlaganfalls diverse Einschränkungen auf Funktions- und Strukturebene, wie auch auf Aktivitäts- und Partizipationsebene (→2.5.1). Die Alltagsaktivitäten, welche die Teilnehmer*innen schildern, lassen sich den Kategorien des OTPFs (→2.5.6) zuordnen. Auch Wolf und Nilson (2018) berichten davon, dass Menschen mit Schlaganfall aufgrund der Erkrankung vielfältigste Einschränkungen im Bereich ihrer Alltagsaktivitäten erleben können. Nach der Definition von Polatajko et al. (2013a) haben die Teilnehmer*innen dieser Studie infolge des Schlaganfalls einen *Occupational Loss* erfahren.

Aus den Daten dieser Forschungsarbeit wird deutlich, dass die Studienteilnehmenden allesamt positive Auswirkungen der Ergotherapie in Hinblick auf ihre Alltagsaktivitäten und das Engagement erleben. Beispielhaft zeigt das die Aussage einer Teilnehmerin: *„[…] ich bin wieder befähigt worden, ein selbständiges selbstbestimmtes Leben zu führen“* (B2, Z997-998).

Mehrere Forschungsergebnisse zeigen ebenfalls die Wirksamkeit ergotherapeutischer Interventionen bei Klient*innen mit Schlaganfall in Hinblick auf die Verbesserungen ihrer Alltagsaktivitäten auf (Legg et al., 2007; Walker et al., 1999; Wolf, Chuh, Floyd, McInnis & Williams, 2015). Auch stimmen die Daten der vorliegenden Forschungsarbeit mit dem Er-

gebnis einer Studie überein, welche die Erfahrungen zur Ergotherapie aus der Perspektive von Klient*innen ermittelt haben (Boutin-Lester & Gibson, 2002; Stephenson & Wiles, 2000). In der Studie von Boutin-Lester und Gibson (2002) berichtet der Großteil der neurologischen Klient*innen von signifikanten Verbesserungen im Bereich der ADLs. Auch aus einer nationalen Studie von Grefe und Pytlik (2016) geht hervor, dass alle drei Teilnehmenden eine bessere Organisation und Durchführung der ADLs und IADLs als Erfolg der Therapie wahrnehmen. Allerdings wurden bei der Studie, im Gegensatz zu dieser Forschungsarbeit, Menschen mit psychischen Erkrankungen befragt. Die Ergebnisse einer Studie von Parker et al. (2001) hingegen stimmen nicht mit den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit überein. Parker et al. (2001) untersuchte die Wirksamkeit von Ergotherapie im häuslichen Setting von Menschen mit Schlaganfall. Es werden weder Kurzzeit- noch Langzeiteffekte auf ADLs, IADLs oder Freizeitaktivitäten berichtet.

Die Forscherinnen betrachten nun die therapeutische Intervention der Therapie genauer und stellen diese in Bezug zum theoretischen Hintergrund. Alle Befragten dieser Forschungsarbeit erhielten sowohl Ergotherapie im häuslichen Setting als auch im Setting der ambulanten Praxis. Dies entspricht den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen, nach welchen Menschen mit Schlaganfall zusätzlich Anspruch auf Ergotherapie im häuslichen Setting haben, wenn es medizinisch indiziert ist (DVE, 2017; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020).

Im Rahmen dieser Studie setzen die Befragten eine Verbesserung ihrer Alltagsaktivitäten nicht immer in direkten Bezug zu einem bestimmten Therapiesetting. Vielmehr beziehen sich die Schilderungen der Klient*innen auf die Kombination beider Settings oder es wird keinerlei Bezug zum therapeutischen Kontext hergestellt. Teilweise ist den Antworten der Befragten zu entnehmen, ob sie die Fortschritte von Alltagsaktivitäten im häuslichen Setting oder in der Praxis erleben.

Zunächst wird das häusliche Setting genauer betrachtet. Alle Teilnehmenden greifen positive Auswirkungen auf, die sie im Rahmen der Therapie in diesem Setting erlebt haben. Eine Teilnehmende beschreibt den Fortschritt im Bereich ihrer ADLs: *„Auf Toilette gehen und von Toilette alleine aufstehen. Konnte ich zum Anfang auch nicht und dann haben wir es geübt. Und irgendwann konnte ich das und das war auch // super! //“* (B3, Z776-778). Deutlich wird hier auch der Fokus auf ein betätigungsorientiertes Vorgehen der Therapeutin. Eine Vielzahl von Studien deutet daraufhin, dass betätigungsbasierte ergotherapeutische Interventionen im häuslichen Setting von Klient*innen in Hinblick auf deren Alltagsaktivitäten effektiv sind (Legg et al., 2007; Wolf, Chuh, Floyd, McInnis & Williams, 2015).

Einige der Teilnehmenden dieser Forschungsarbeit beschreibt positive Auswirkungen in Bezug auf die Alltagsaktivitäten im Kontext der ambulanten Praxis. Dies wird anhand einer Schilderung von B1 deutlich. In der Therapiepraxis flocht er einen Peddigrohrkorb und erlebte positive Auswirkungen der Intervention auf seine Alltagsaktivitäten:

> *„JA. Weil ich auch einfach erklärt bekommen habe ‚hier, schau, was jetzt die Finger machen und was der Arm macht und wie Du die Hand hältst‘ und wenn ich dann zu Hause mit immer noch leicht überschießenden Bewegungen dann wirklich an der Tastatur gesessen habe, habe ich ja gesehen, was geht und was nicht geht […]. Und konnte diese kleinen Erfolge dann auch mitnehmen“* (B1, Z498-606).

Die Studien von Bode, Heinemann, Zahara und Lovell (2007) sowie Hershkovitz, Belloosesky, Brill und Gottlieb (2004) zeigen ebenfalls die Wirksamkeit ergotherapeutischer Interventionen im ambulanten Setting bezüglich der ADL-Performanz auf. Das ambulante Setting der vorrangegangen Studien ist nur teilweise mit dem Setting der ambulanten Praxis in dieser Forschungsarbeit vergleichbar. Die Studienteilnehmenden erhielten im Rahmen dieser Arbeit die ambulante Therapie in einer ergotherapeutischen Praxis. In der Studie von Hershkovitz et al. (2004) stellt das ambulante Setting allerdings eine Tagesklinik dar. Bode et al. (2007) untersuchen die Wirksamkeit betätigungsorientierter Interventionen bei Klient*innen, welche an einer tagesklinischen Rehabilitation oder an einem ambulanten Programm teilgenommen haben.

In ihrer Therapieplanung und -umsetzung können Therapeut*innen verschiedene Vorgehensweisen einsetzen (Feiler, 2007). Einerseits ist das Vorgehen nach einem Top-Down-Ansatz möglich, welches den Fokus auf die Partizipation, Wünsche, Bedürfnisse und Rollen von Klient*innen richtet (Feiler, 2007). Die ergotherapeutischen Maßnahmen werden betätigungsorientiert gestaltet (Fisher, 2009). Andererseits ist der Einsatz des Bottom-Up-Ansatzes möglich, bei welchem der Hauptfokus auf der Verbesserung von Körperfunktionen und -strukturen liegt (Feiler, 2007).

Alle Teilnehmenden der hier vorliegenden Studie erhalten sowohl betätigungs- als auch funktionsorientierte Interventionen. Sie beschreiben in Hinblick auf beide Vorgehensweisen größtenteils ein positives Erleben. Folgendes Beispiel verdeutlicht ein betätigungsorientiertes Vorgehen im häuslichen Setting einer Klientin:

> *„[…] ich kann mir dann auch mein Abendbrot selber machen, kann mir meinen Tee kochen und alles. Weiß oft die Gefahren, die mich [Mia] hingewiesen hat, ‚pass auf, wenn du dies oder das machst, dass du nicht dich verbrennst oder sonst irgendetwas' […]"* (B3, Z695-698).

Die Wirksamkeit betätigungsbasierter Interventionen mit neurologischen Klient*innen wurde in einer Vielzahl an Studien nachgewiesen (Parker et al., 2014, Sturkenboom et al., 2014, Walker et al., 1999). Zugleich verdeutlicht das obige Zitat der Klientin den Einsatz der Kompetenz „Beraten" (Townsend et al., 2013; →2.5.5) in der Ergotherapie.

Ein Klient berichtet, es genossen zu haben, in der Anfangsevaluation sowohl die Therapie im häuslichen Setting als auch in der ambulanten Therapiepraxis erhalten zu haben und begründet seine Aussage damit, seine Betätigungsperformanzprobleme aufzeigen zu können: *„[…] weil ich einfach auch vor Ort zeigen konnte, hier, ich bringe meinen Arm nicht hoch, um eine Tasse aus dem Schrank zu holen […]"* (B1, Z327-328). Dies geht mit Fishers (2009) Empfehlung einher, Klient*innen möglichst in ihrer natürlichen Umwelt zu beobachten. „Because occupational performance does not exist in a vacuum, context must always be considered" (AOTA, 2020, S. 8). Ähnlich zeigt eine Studie von Shinohara, Yamada, Kobayashi und Forsyth (2012) eine stärkere Effektivität für MOHO-basierte Interventionen,

als für solche, die auf einem biomechanischen oder neurophysiologischen Ansatz beruhen, auf. Das MOHO impliziert eine ganzheitliche und betätigungsorientierte Sichtweise (Taylor & Kielhofner (*posthumous*), 2017). Auch das CMOP-E verfolgt eine holistische Betrachtung der Person und einen klientenzentrierten Ansatz. Im Sinne der *Occupational Performance* werden die Person, ihre Umwelt sowie die bedeutungsvolle Betätigung betrachtet. Klient*innen *Occupational Engagement* zu ermöglichen, steht im Fokus der Therapie (Polatajko et al., 2013b; Wong & Fisher, 2015). George (2014a) erläutert, dass das CMOP-E Therapeut*innen in der Neurologie als übergeordneter Rahmen leitet und das betätigungsorientierte Arbeiten fördert.

Neben betätigungsbasierten Interventionen werden von allen Teilnehmenden auch funktionsorientierte Maßnahmen beschrieben. Zwei Teilnehmende stellen dabei einen Bezug zu ihren Alltagsaktivitäten her. B1 äußert ein damit einhergehendes positives Erleben. Das Anfertigen eines Peddigrohrkorbs hätte positive Auswirkungen auf davon abweichende Alltagsaktivitäten gehabt. B2 hingegen äußert sich widersprüchlich. Einerseits ordnete sie Übungen mit der Knetmasse als „Kinderspiele“ (B2, Z190) ein. Andererseits konnte sie einen Alltagsbezug herstellen. Sie vergleicht im weiteren Verlauf Knetmasse mit Kuchenteig und beschreibt, dass ihr solche Übungen Freude bereitet hätten. Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit zeigen auf, dass funktionsorientierte Interventionen positive Auswirkungen auf die Alltagsaktivitäten der Klient*innen haben können. Verschiedene Autor*innen (Gist et al., 1990; Missiuna et al., 2001; Toglia, 1991) kommen allerdings zum Schluss, dass der Transfer in der Therapie geübter Fertigkeiten in den Alltag nur unter bestimmten Umständen erfolgreich gelingt (→4.2.5). Widerlegt werden konnte, dass das Trainieren von Fertigkeiten automatisch von Klient*innen in den Alltag übertragen werden kann (Brandt, 2017).

Die Teilnehmenden der hier vorliegenden Studie berichten sowohl von lang- als auch von kurzfristigen Auswirkungen der Ergotherapie. Die Forscherinnen haben im Rahmen der Studie den Zeitraum für eine kurz- oder langfristige Auswirkung nicht definiert. Allerdings wurden alle Teilnehmenden nach den langfristigen Auswirkungen der Ergotherapie gefragt

und konnten hierbei Auswirkungen beschreiben, die zu ihrer Zufriedenheit (◊*Occupational Satisfaction*, Townsend & Polatajko, 2013) beigetragen haben. Dies ist dem folgenden Auszug aus der Antwort einer Klientin auf die Frage zu entnehmen, inwiefern sie die Ergotherapie langfristig beeinflusst habe: *„Naja, langfristig beeinflusst, auf jeden Fall, dass ich mich jetzt ja selber an- und ausziehen kann, ne“* (B3, Z679-689). Dies entspricht den Ergebnissen der Studie, welche kurz- und langfristige Effekte häuslich basierter Ergotherapie für Menschen mit Parkinson aufzeigen konnten (Sturkenboom et al., 2014). In einer Studie von Walker et. al wurde von kurzfristigen Effekten auf die ADLs durch eine Therapie berichtet. Jedoch waren diese in einer *Follow-Up*-Messung zwölf Monate nach der Intervention nicht mehr feststellbar. Die Autor*innen eines systematischen Reviews (Nielsen et al., 2017) zeigen daher die Notwendigkeit auf, Programme zu entwickeln, mit denen die Effekte der Ergotherapie im Alltag der Klient*innen erhalten werden können.

## 5.2 Leitfrage 2

**Wie wird in der Therapie an den Wünschen, Zielen und Bedürfnissen von Klient*innen gearbeitet?**

Die Sichtweise von Klient*innen sowie deren Wünsche und Bedürfnisse einzubeziehen, sind wesentliche Elemente einer klientenzentrierten Vorgehensweise in der Therapie (Fisher, 2009). Sie beinhaltet weiter, Klient*innen an Entscheidungen im gesamten Therapieprozess zu beteiligen (CAOT, 1997). George (2014a) argumentiert für den Einbezug von Klient*innen unter Beachtung des *Power-Sharing*, da dies die intrinsische Motivation der Klienten erhöhe und einen langfristigen Transfer in den Alltag bewirke. Die Klientenzentrierung stellt neben der Handlungsorientierung eine wichtige Säule des zeitgenössischen Paradigmas der Ergotherapie dar (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017).

Im Folgenden werden verschiedene Aspekte der Klientenzentrierung aufgegriffen, die in dieser Arbeit von den Befragten geäußert wurden.

Alle vier Teilnehmenden dieser Forschungsarbeit äußern, dass sie ihre Wünsche und Bedürfnisse einbringen konnten: *„[…] und hatte schon das Gefühl und habe das auch heute noch, dass ich sehr individuell behandelt worden bin. So viel kann ich also mit Sicherheit sagen, und dass schon auf meine Anliegen Rücksicht genommen wurde“* (B1, Z176-178).

Eine Teilnehmerin äußert die Erwartung an die Therapie, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse stärker einbezogen werden: *„[…] ein bisschen mehr Wünsche sagen […]“* (B4, Z642).

In einer Studie von Cott (2004) sprachen 33 Teilnehmer*innen davon, was aus ihrer Perspektive eine klientenzentrierte Sichtweise ausmacht. Zudem wird deren eigenes Erleben zur Klientenzentrierung in der Therapie im Rahmen eines Rehabilitationsprogramms deutlich.

Die Teilnehmenden äußerten größtenteils, dass die Rehabilitationsprogramme individualisiert und auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten wurden. Die Rehabilitation individuell an die eigenen Bedürfnisse anzupassen ist aus Sicht der Klient*innen ein wesentlicher Bestandteil klientenzentrierter Ergotherapie (Cott, 2004). Weiter kristallisiert sich hier die Beteiligung der Klient*innen an der Zielsetzung als wesentlicher Themenbereich klientenzentrierter Praxis heraus. Diese Sichtweise unterstützt auch George (2014a).

Im Rahmen dieser Forschung fand die ergotherapeutische Zielsetzung, ausgenommen bei einer Teilnehmerin, gemeinsam, statt: *„Ja, wir haben immer gesehen, was für Ziele sind. Also wir haben besprochen, dass ich, was ich für Ziele / Und wie wir das erreichen, dass wir dann daran arbeiten, dass ich länger stehe […]“* (B3, Z211-213).

Auch eine Studie von Maitra und Erway (2006) beschäftigt sich mit der Klientenzentrierung im Rahmen der Ergotherapie. 30 Klient*innen einer Senioreneinrichtung schilderten dabei ihre Perspektive bezüglich verschiedener Aspekte der Klientenzentrierung. Die Teilnehmenden konnten einstufen, wie stark sie in die Zielformulierung einbezogen wurden. Etwa die Hälfe der Klient*innen gibt an, in die Zielformulierung einbezogen worden zu sein, wohingegen die andere Hälfte der Patient*innen weniger einbezogen wurde. Im Rahmen der hier vorliegenden Forschung geben deutlich mehr Teilnehmende an, in die Zielsetzung ein-

bezogen worden zu sein als dies in der Studie von Maitra und Erway der Fall ist. Die kleine Teilnehmerzahl von vier im Rahmen dieser Forschung erlaubt allerdings keine Verallgemeinerung der gewonnenen Ergebnisse.

Die Resultate der vorliegenden Forschung entsprechen eher jenen aus der Studie von Boutin-Lester und Gibson (2002), welche die Wahrnehmung der Ergotherapie im häuslichen Setting aus Sicht neurologischer Klient*innen untersuchte. Hier beschreiben alle fünf Teilnehmenden, dass eine gemeinsame Zielsetzung stattgefunden habe. Es wurden sowohl spezifische, als auch weniger spezifische Ziele formuliert. Die Teilnehmenden dieser Forschungsarbeit berichten zumeist von spezifischen Zielformulierungen, wie folgendes Beispiel aufzeigt: *„Ich will meinen Ohrschmuck wieder selber dran machen können. Ich will nach Möglichkeit auch meine Ketten selber wieder zu und auf machen können. Und wenn nicht, will ich aber selber die Magnetverschlüsse dran machen können“* (B2, Z237-240).

Drei Teilnehmende der vorliegenden Forschungsarbeit schildern, dass es ihnen wichtig gewesen sei, in die Zielformulierung einbezogen zu werden oder äußern ein positives Erleben damit. Eine Teilnehmerin macht dazu keine Angaben. Folgendes Beispiel zeigt die Erwartung eines Teilnehmers an die Therapiegestaltung und verdeutlicht sein Erleben zur Zielformulierung:

> *„Ich würde die Therapiestunde erstmal in einem Komplettpaket, sage ich mal, von zehn Einheiten oder sechs Einheiten von einem Rezept sehen, in dem formuliert wird ‚Wir möchten in sechs Einheiten oder in zehn Einheiten das und das können‘. […] und da kann man da drauf hinarbeiten und dann auch wirklich permanent durch dieses Wechselspiel Feedback und Reflexion miteinander messen, ‚So, wo sind wir? Können wir das Ziel jetzt noch enger fassen? Noch spezifischer fassen oder lassen wir es weiter auseinander?‘ So würde ich das als ideal betrachten, in einem Block“* (B1, Z705-715).

In der Studie von Maitra und Erway (2006) wurden Klient*innen befragt, inwiefern es für sie wichtig sei, in die Zielsetzung einbezogen zu werden. Für 60% der Teilnehmenden war es sehr wichtig, in die Zielsetzung einbezogen zu werden. 26,7% der Befragten antworteten, dass es ihnen nicht wichtig sei, in die Zielsetzung einbezogen zu werden. Der restliche Anteil befand sich auf einem Kontinuum zwischen „Ja“ und „Nein“.

Neben der Beteiligung an der Zielsetzung ist die Entscheidungsfindung ein Element einer klientenzentrierten Vorgehensweise. Im Falle der vorliegenden Studie zeigen die Teilnehmer*innen Beispiele auf, konkret in die Entscheidungsfindung zu verschiedenen Interventionen einbezogen worden zu sein:

> *„Ich habe (...) / [Tina] ist wunderbar / richtig sagen, möchtest du das machen oder lieber anders oder / ein Brettspiel oder so. Und dann kann / ich habe gesagt, DAS möchte ich und so, das ist, ja“* (B4, Z522-524).

> *„Ja, wir haben immer gesehen, was für Ziele sind. Also wir haben besprochen, dass ich, was ich für Ziele / Und wie wir das erreichen […]“* (B3, Z211-214).

> *„Ja, also ich hatte immer die Möglichkeit, zu sagen „Trau ich mir jetzt nicht zu." Diese Situationen gab es dann auch, wenn ich nicht so gut drauf war. Die Möglichkeit hatte ich immer. Und dann hat der Therapeut halt auch gesagt ‚Ja gut, machen wir was anderes oder so.‘ Also ich bin nicht derjenige gewesen, der permanent dem Programm des Therapeuten folgen musste, sondern da war schon eine Kooperation. So habe ich es erlebt. Da war eine Kooperation, ja“* (B1, Z122-127).

Die Ergebnisse einer Studie von Boutin-Lester und Gibson (2002) zeigen auf, dass die Entscheidung bezüglich therapeutischer Interventionen häufig von den Therapeut*innen getroffen wurde. Diese wurden als „*Agent of Change*“ (Boutin-Lester & Gibson, 2002) wahrgenommen, wohingegen sich die Klient*innen selbst nicht als solche einordneten.

In der vorliegenden Studie berichten alle Teilnehmenden davon, konkret in die Interventionsplanung und -durchführung involviert worden zu sein. Eine Teilnehmerin schildert ihre ablehnende Haltung, in die Entscheidungsfindung bezüglich Interventionen einbezogen zu werden:

> *„[…] was ich hasse, ist, wenn der Therapeut reinkommt und fragt, ‚was sollen wir denn heute machen?' Dann sage ich dann immer: ‚Mensch du bist' also wir duzen uns ‚Du bist doch der Therapeut, DU musst doch von deinem Repertoire abrufen, was du machen kannst mit mir heute. GUCK doch einmal, MACH doch einmal was!'"* (B3, Z653-657).

In der bereits angeführten Studie von Maitra und Erway (2006) antworten 26,7% der Befragten, dass es ihnen nicht wichtig sei, in die Zielsetzung einbezogen zu werden. Begründet wurde dies beispielswiese mit folgender Aussage „*They tell me what to do, that's what they're trained for*" (Maitra & Erway, 2006, S. 306). Die Aussage ähnelt inhaltlich dem eben aufgeführten Zitat von B3. Es wird deutlich, dass die Teilnehmende B3, wie auch die befragte Person der Studie von Maitra und Erway (2006) ihre jeweiligen Therapeut*innen als Expert*innen und sich selbst als Patient*in (→2.4.1) einstufen. Ergotherapeut*innen sind daher aufgerufen, ihr Expertenwissen an Klient*innen weitergeben, um diese in die Lage zu versetzen, selbst adäquate Entscheidungen treffen zu können (Dehn-Hindenberg, 2008). Im Sinne der AOTA (2020) bedeutet dies, Klient*innen zu befähigen, Aktivitäten zur Förderung ihrer Gesundheit zu kennen, zu entwickeln und dauerhaft zu nutzen. Therapeut*innen haben in der Intervention diverse Faktoren zu beachten, die Engagement und Partizipation an gesundheitsfördernden Faktoren bei ihren Klienten*innen ermöglichen und beeinflussen.

Das eben aufgeführte Zitat einer Person aus der Studie von Maitra und Erway (2006) sowie die Aussage von B3 verdeutlichen, dass eine klientenzentrierte Vorgehensweise nicht von allen Klient*innen in vollem Ausmaß erwünscht ist.

Folgendes Zitat aus der Studie von Maitra und Erway greift noch weitere Aspekte der klientenzentrierten Praxis auf:

> „Success of client-centered practice depends on two principal components. The first is the desire and ability of the clients to take part in the decision-making processes, and the second is the desire and ability of the occupational therapists to include clients in the decision-making process“ (Maitra & Erway, 2006, S. 299).

Bei der Implementierung eines klientenzentrierten Ansatzes sollte daher immer berücksichtigt werden, dass nicht alle Klient*innen gleichermaßen befähigt sind, sich aktiv an der Zielsetzung und am Gestaltungsprozess der Therapie zu beteiligen (Schulte et al., 2017; Townsend et al., 2013).

Die Studie von Maitra und Erway (2006) zeigt noch die Wichtigkeit eines weiteren Aspekts auf. Die Fähigkeiten von Therapeut*innen haben ebenfalls Einfluss darauf, wie in der Therapie an Wünschen, Bedürfnissen und Zielen von Klient*innen gearbeitet wird.

Aus den Daten der Arbeit der Forscherinnen wird deutlich, dass die Teilnehmenden unterschiedliche persönliche Fähigkeiten ihrer Therapeut*innen wahrnehmen und schätzen.

Der Großteil der Befragten schätzt die Sensibilität, das Einfühlungsvermögen und die Flexibilität der Therapeut*innen. Weiter werden die Geduld, das Repertoire, die Ehrlichkeit und die Zuverlässigkeit der Professionals von einzelnen Teilnehmenden als positiv wahrgenommen. Weiter werden die Kompetenzen der Kommunikation, des Managements, der Zusammenarbeit und des Beratens von den Befragten der vorliegenden Studie als positiv wahrgenommen (→4.4.1).

Auch die Teilnehmenden aus der Studie von Boutin-Lester und Gibson (2002) äußern sich positiv zu den Kompetenzen der Therapeut*innen. Der Großteil der Studienteilnehmenden nahm das fachliche Personal als kompetent und hilfsbereit wahr.

Um die Leitfrage, wie in der Therapie an den Wünschen, Bedürfnissen und Zielen von Klient*innen gearbeitet wurde, zu beantworten, gilt es zuletzt, den Aspekt der therapeutischen Zusammenarbeit genauer zu beleuchten.

Alle Teilnehmenden berichten von positiven Erfahrungen in Hinblick auf die Zusammenarbeit mit ihren Therapeut*innen. Sie wird beispielsweise als *„Hand in Hand Arbeiten“* (B1, Z99) und *„Kooperation*“ (B1, Z127) beschrieben. Anderweitig wird sie als *„spitze*“ (B2, Z587) oder *„toll*“ (B4, Z381) bezeichnet. Eine Teilnehmerin gibt eine Einschränkung in der Zusammenarbeit mit ihrer neuen Therapeutin an. In der Studie von (Boutin-Lester & Gibson) spiegelt sich ebenfalls wider, dass die therapeutische Beziehung positiv von neurologischen Klient*innen wahrgenommen wurde. Die Teilnehmenden beschrieben ihre Therapeut*innen als Freund*innen oder professionelle Gesundheitsdienstleistende. Die Studie von Doig et al. (2011) zeigt die Wahrnehmungen von Klient*innen mit Schädel-Hirn-Trauma zur therapeutischen Beziehung auf und setzt diese in Bezug zu einem tagesklinischen und stationären Setting. Während die therapeutische Beziehung im häuslichen Umfeld als Freundschaft charakterisiert wurde und die Klient*innen die Therapeut*innen als Besucher wahrnahmen, wurden sie in der Klinik als Lehrer oder Chefs eingeordnet. Im Rahmen dieser Studie gaben die Teilnehmenden keine Unterschiede zur Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuches an. Dies erklären die Forscherinnen damit, dass die Teilnehmenden in beiden Settings die jeweils gleichen Therapeut*innen hatten.

## 5.3 Leitfrage 3

**Was sind die hemmenden oder fördernden Faktoren für die Intervention im Setting des Haubesuchs und der ambulanten Praxis gewesen?**

Aus den Daten der Forschungsarbeit wird deutlich, dass von den Teilnehmenden sowohl hemmende als auch fördernde Faktoren im häuslichen Setting wahrgenommen werden.

### Hemmende Faktoren im Setting des Hausbesuchs

Eine Teilnehmerin äußert Unbehagen im Zusammenhang mit dem Empfang von Besuch. Sie begründet dies mit dem nachfolgenden Aufwand in Form von Putzen und Aufräumen. Ihre Einschränkungen aufgrund des Schlaganfalls empfindet sie dabei als hinderlich. Weiter führt sie ihre eigene Privatsphäre im häuslichen Setting auf und äußert, ein „Restrisiko" (B2, Z692) beim Empfang von Besuch zu spüren. Die Forscherinnen konnten keine Studien identifizieren, in welchen Klient*innen gleiche oder ähnliche negative Gefühle gegenüber dem häuslichen Setting in der Ergotherapie beschreiben. In einer anderen Studie (Stephenson & Wiles, 2000) wird die Privatsphäre von den Klient*innen tendenziell als Vorteil identifiziert, offener seine Belange ansprechen zu können. Die Bedeutung dieser Studie für die Ergotherapie ist kritisch zu hinterfragen, weil ein Einschlusskriterium der Studie von Stephenson und Wiles (2000) war, entweder Physio- oder Ergotherapie im jeweiligen Setting erhalten zu haben. Daher werden dort unter anderem Aspekte einbezogen, die die Wahrnehmung von Klient*innen zur physiotherapeutischen Behandlung betreffen. Zwei der Teilnehmenden in der Studie von Stephenson und Wiles (2000) beschreiben das häusliche Setting als wenig motivierend und effektiv für die Therapie. Dieser Aspekt wird von keinem der Befragten der hier vorliegenden Forschungsarbeit aufgegriffen.

Von nahezu allen Befragten in der Studie von Stephenson und Wiles (2000) wird die Verfügbarkeit von therapeutischer Ausstattung als Barriere für die Therapie im eigenen Wohnumfeld dargestellt. Das therapeutische Material aus der klinischen Einrichtung wird als

effektiver, besser und sicherer beschrieben. Diese Sicht wird von zwei Teilnehmenden der hier vorliegenden Studie geteilt. Sie ordnen ein eingeschränktes Repertoire an Therapiemöglichkeiten als Nachteil ein:

> *„Ja und die habe ich aber in der Praxis kennengelernt. Und da ist natürlich der Vorteil, wenn man in der Praxis ist, dass man da auch eine Sprossenwand hat, an der man sich festhält. Und dass da eine Bank ist, auf der man sich hinlegen kann“* (B3, Z92-94).

### Förderfaktoren im Setting des ergotherapeutischen Hausbesuchs

Die Daten dieser Forschungsarbeit zeigen auch, dass alle Teilnehmenden Vorteile im häuslichen Setting erleben, welche sich aus dem Kontext des eigenen Wohnumfelds ergeben. Ein Teilnehmer beschreibt dazu, im häuslichen Umfeld leichter Betätigungsperformanzprobleme aufzeigen zu können. Er äußert dies auch als Vorteil für die Therapeut*innen. Die Inhalte spiegeln sich in den Aussagen der Angehörigen und Therapeut*innen aus der Studie von Doig et al. (2011) wider. Hier wurden neben den Klient*innen auch Angehörige und Therapeut*innen zu ihrem Erleben mit Ergotherapie im häuslichen Setting und ambulanten tagesklinischem Setting befragt. Der Vorteil, Klient*innen in ihrer natürlichen Umwelt beobachten zu können, wird hier von Therapeut*innen und Angehörigen ebenfalls aufgegriffen.

Alle Teilnehmenden dieser Forschungsarbeit schildern betätigungsbasierte Interventionen, welche innerhalb des häuslichen Rahmens berücksichtigt wurden. Eine Teilnehmerin beschreibt dazu: *„Kochen vielleicht. Und ich habe richtig doll gekocht […]“* (B4, Z448). B2 empfindet es als angenehm und praktisch, in ihrem häuslichen Umfeld bestimmte Tätigkeiten wie das Kochen oder die Pflege des Hundes auszuführen. Weiter hebt eine Teilnehmerin dieser Forschungsarbeit den Aspekt hervor, dass die Therapeutin direkt im natürlichen Umfeld von Klient*innen intervenieren konnte:

> *„Und zu Hause habe ich natürlich mein Umfeld. Und wenn ich dann einmal was hatte, wo ich nicht wusste, wie ich das am besten anstellen / dann habe ich sie gefragt und dann hat sie mir das gezeigt, wie ich das machen soll, ne“* (B3, Z310-313).

Ein ähnliches Erleben äußern die Teilnehmer*innen in der Studie von Stephenson und Wiles (2000, S. 61):

> „Two subjects felt that therapy at home promoted what they were actually able to do within their own environment and three subjects felt that therapy based within their own kitchen had increased their confidence in a way that practicing elsewhere could not".

Nielsen et al. (2017) bestätigen die Aussage und äußern, dass das häusliche Setting optimale Bedingungen für eine betätigungsfokussierte und betätigungsbasierte Therapie ermöglicht.

Als weiterer Vorteil für das häusliche Setting wird von einer Teilnehmerin dieser Forschungsarbeit geschildert, dass die Therapeutin im häuslichen Setting den sozialen Kontext berücksichtigen und in der Therapie flexibel darauf reagieren konnte (B3, Z150-155). Doig et al. (2011) führen als Vorteil des häuslichen Settings an, Angehörige in den therapeutischen Prozess besser einbeziehen zu können.

Es gibt einige Studien, welche den Anfahrtsweg zwischen einer ambulanten Therapieeinrichtung und dem Wohnumfeld von Klient*innen untersuchen und diesem einen negativen Einfluss auf die Therapie zuschreiben (Stephenson & Wiles, 2000; Seymour & Kerr, 1996). Ein Förderfaktor für den Hausbesuch ist im Rückschluss der fehlende Anfahrtsweg für Klienten*innen. Teilnehmer B1 äußert hierzu beispielhaft:

> *„Aber vielleicht war dieser erste Block zu Hause auch einfach viel Entlastung, als Entlastung gedacht für mich, um nicht die Strapaze zu haben, in die sechs Kilometer entfernte Stadt zu fahren und dort in die Praxis die Treppe raufzugehen"* (B1, Z533-535).

Ähnlich beschreibt es B3 als Anstrengung, den Weg bis zur Praxis zu bewältigen und dort „angestrengt" anzukommen (B3, 493). Sie schildert damit einhergehend den Vorteil eines geringeren Zeitaufwandes durch den Hausbesuch und ein entspannteres Gefühl: *„Und wenn die nach Hause kommen, dann kann ich natürlich hier sitzen und Kaffee trinken, bis die da sind und dann mach ich, dann bin ich ja völlig entspannt […]"* (B3, Z488-491). Die

eben benannten Aspekte werden auch durch die Teilnehmenden in der Studie von Stephenson und Wiles (2000) thematisiert. Die dort Befragten schildern die Schwierigkeit, rechtzeitig an Terminen teilzunehmen. Auch werden als negative Faktoren eine lange Wartezeit für den Rücktransport und ein durch den Anfahrtsweg entstehender Stress aufgegriffen, welcher sich direkt auf die Therapie selbst auswirkt.

Das entspannte Gefühl, welches B3 im Setting des Hausbesuchs beschreibt, greifen auch Doig et al. (2011) in ihrer Studie auf. Hier äußern mehrere Teilnehmer*innen, sich im häuslichen Setting entspannter zu fühlen. So äußert eine Person: „You can just be yourself" (Doig et al., 2011, S. 1208). Auch in der Studie von Stephenson und Wiles (2000) schildert ein Großteil der Befragten ein mit dem häuslichen Setting einhergehendes entspanntes Gefühl. Seymour und Kerr (1996) kommen darüber hinaus zu dem Schluss, dass eine größere Entspannung der Klient*innen in ihrem häuslichen Umfeld mit einer höheren Effektivität in der Therapie einhergeht.

### Hemmende Faktoren im Setting der ambulanten Praxis

Eine Person der hier vorliegenden Forschung beschreibt als Barriere für die Praxis, bestimmte bedeutungsvolle Betätigungen nicht oder erschwert ausführen zu können:

> *„Also habe ich Hokkaido-Kürbis mitgenommen, habe ein großes Brettchen mitgenommen, habe zwei verschiedene Messer mitgenommen, habe eine große Lock and Lock Dose mitgenommen, wo ich das dann hinterher, das Geschnittene, REINgetan habe. Also war ich mit einem großen Korb unterwegs. Das wäre zu Hause praktischer gewesen*" (B2, Z712-721).

Es wird deutlich, dass der Kontext der ambulanten Praxis die Ausführung bestimmter Tätigkeiten erschweren kann.

Wie unter den Förderfaktoren (→4.5.2.3) für den Hausbesuch bereits beschreiben, kann für die Klient*innen eine weitere Barriere der ambulanten Versorgung in der Praxis der Anfahrtsweg sein. Doch nicht nur der Anfahrtsweg selbst, sondern auch die physikalische

Umwelt innerhalb des Kontextes der ambulanten Praxis kann eine Barriere darstellen. B1 benennt dabei die Treppen zu einer Therapiepraxis als hemmenden Faktor.

Auch fühlt sich B2 dieser Studie durch Unstimmigkeiten zwischen den Beschäftigten zweier Praxen negativ beeinflusst. Dieser Aspekt resultiert aus dem Kontext der ambulanten Praxis und stellt somit ebenfalls eine mögliche Barriere von diesem Setting dar. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit findet sich in den Berufskompetenzen des deutschen Kompetenzprofils wieder. Aus Sicht der Klientin wurde diese Kompetenz in der Praxis bisher gut umgesetzt (B2, Z325-327), sie erwartet in Zukunft jedoch eine noch engere Zusammenarbeit der interdisziplinären Therapeut*innen (B2, Z960-962).

### Förderfaktoren im Setting der ambulanten Praxis

In der Literatur werden verschieden Förderfaktoren für den ambulanten Kontext der Praxis geschildert. Doig et al. (2011) beschreiben die soziale Teilhabe innerhalb eines tagesklinischen Settings als Vorteil. Die Teilnehmenden konnten alte Freund*innen oder Fachpersonal treffen, welche sie noch aus ihrem Krankenhausaufenthalt kannten. Auch in der hier zugrunde liegenden Studie greift eine Teilnehmende den Aspekt der sozialen Teilhabe innerhalb der ambulanten Therapiepraxis auf. Sie konnte erleben, dass sie *„für einige andere Patienten DORT […] ein Antrieb sein konnte“* (B2, Z765-766). Doch die Aussage von B2 verdeutlicht nicht nur, dass das ambulante Setting soziale Teilhabe mit anderen Klient*innen ermöglichen kann. Vielmehr wird hier deutlich, dass auch die Teilnehmerin selbst auf andere Klient*innen motivierend einwirken konnte. Daraus folgt, dass sich Klient*innen im ambulanten Setting gegenseitig als fördernde Faktoren wahrnehmen können.

Des Weiteren greift B2 auf, dass der Rahmen des ambulanten Settings nicht nur ermöglicht, andere Klient*innen zu motivieren. Es kann auch die Motivation von Klient*innen selbst positiv beeinflussen:

> *„Eine Praxis mag auch Vorteile haben für denjenigen, der, sage ich jetzt mal, zu Hause eher sagt ‚ach ne, heute bin ich müde. Erzählen wir uns was! Ich lege mich auf das Sofa.‘ Das ist in der Praxis dann MÜSsen Sie in Anführungszeichen“* (B2, Z700-703).

In der Studie von Stephenson und Wiles (2000) beschreibt ein Großteil der Teilnehmenden, ähnlich der Studie von Doig et al. (2011), das häusliche Setting als komfortabler. Die Befragten assoziieren den häuslichen Rahmen mit einem Gefühl von Entspannung. Der Komfort eines häuslichen Rahmens geht auch aus der eben zitieren Aussage von B2 hervor. Allerdings stellt sie im Gegensatz zu den Aussagen von Stephenson und Wiles (2000) sowie Doig et al. (2000) den Komfort eher als nachteilig für das häusliche Setting und als Förderfaktor für die ambulante Praxis dar.

Die Aussage von B2 zeigt, wie sich der Kontext der ambulanten Praxis motivierend auf Klient*innen und deren Betätigung auswirken kann. Dieselbe Klientin greift weitere Aspekte auf, die sich durch das ambulante Setting ergeben und einen motivierenden Einfluss haben können. Da diese Aspekte inhaltlich vielfältig sind, werden sie im Folgenden separat aufgeführt.

B2 benennt als persönlichen Förderfaktor des ambulanten Settings, es genossen zu haben, sich *„dreimal in der Woche fein zu machen“* (B2, Z509). Dieser Aspekt wird in der Literatur von anderen Autor*innen bisher nicht aufgegriffen. Im OTPF wird „sich fein machen“ den ADLs zugerechnet, da dieses Schminken und Ankleiden beinhaltet (AOTA, 2014). Es lässt sich im Sinne des CMOP-Es aber auch den persönlichen Anteilen einer Person zuordnen (→2.5.4). Dieser symbolisiert den inneren Wesenskern des Menschen und entsteht durch Charakter, Wille, Antrieb und Motivation eines jeden Individuums (Polatajko et al., 2013).

Die Spiritualität steht in Wechselwirkung mit den anderen Elementen des Modells. Das soeben ausgeführte Beispiel von B2 verdeutlicht, wie sich Charakter, Wille, Antrieb und Motivation auf das Erleben und Betätigungsverhalten innerhalb einer bestimmten Umwelt auswirken können.

Zugleich verdeutlicht das Beispiel auch die Wechselwirkungen der personenbezogenen Faktoren des ICF-Modells auf die Aktivität und Partizipation von Klient*innen in einem bestimmten Kontext (→2.5.1). Kontextfaktoren können im Sinne der ICF hinderlich oder auch

förderlich sein. Für die Klientin stellt der Kontext der ambulanten Praxis einen Förderfaktor dar, sich *„dreimal in der Woche fein“* (B2, Z509) zu machen und wirkt sich somit positiv auf die Aktivitäts- und Partizipationsebene aus.

Eine Praxis kann ferner in dem Sinne aktivierend wirken, dass sie einen erfolgreichen Alltagstransfer für Klient*innen ermöglichen kann: *„Zum Beispiel bin ich […] da (in der Praxis [Anmerkung der Forscherinnen]) mit einem selbstgebackenen Kuchen aufmarschiert“* (B2, Z246-266).

Weiter beschreibt B2, dass im ambulanten Setting der Praxis die Anonymität und Distanz der Klient*innen besser gewahrt werden kann. In der Studie von Stephenson und Wiles (2000) wird die mit dem häuslichen Setting einhergehende Privatsphäre aufgegriffen. Die Autor*innen beschreiben die Möglichkeit und den Vorteil aus Sicht von Klient*innen, offener sprechen zu können. Das stützt die Aussage von B2, dem gegenüber im ambulanten Setting mehr Anonymität und Distanz zu erfahren.

Teilnehmerin B2 erlebt es als förderlich für ihre Handlungsplanung, Tätigkeiten innerhalb der Praxis auszuführen, welche im Setting des Hausbesuchs praktikabler wären. So habe sie einen Hokkaido-Kürbis in die ambulante Praxis mitgebracht, um diesen dort zu schneiden. Sie äußert dazu: *„Aber ich habe da auch gelernt zu überlegen, was brauchst du, was musst du mitnehmen? Um nichts zu vergessen und auch um gleichzeitig nichts Überflüssiges mitzunehmen“* (B3, Z319-322). Auch hier lassen sich Bezüge zu den ergotherapeutischen Modellen herstellen. Im Sinne des CMOP-Es hat der institutionelle Kontext der Klientin positive Auswirkungen auf ihre kognitiven Fähigkeiten.

Ein größeres Repertoire an Therapiematerialien wird von zwei Teilnehmenden dieser Forschungsarbeit als Förderfaktor für das Setting der ambulanten Praxis beschrieben. Hier sei auf die Barrieren für das häusliche Setting verwiesen (→4.5.2.2), in welchem dieser Aspekt bereits aufgegriffen und theoretisch untermauert wurde.

## 5.4 Schwächen der Studie

Die Studie weist innerhalb der Methodik Schwächen auf, die im Folgenden näher betrachtet werden. Im Forschungsprojekt wurde kein ◊*Member Checking* durchgeführt, das nach Lincoln und Guba (1998) genutzt wird, um die Qualität der Interviewniederschrift zu prüfen. *Member Checking* bedeutet, dass die Studienteilnehmenden die transkribierten Interviews zur Gewährleistung der Validität gegenlesen. Flick (2014) argumentiert gegen diese Vorgehensweise, da die Befragten dabei in einen ethischen Konflikt geraten könnten. Eine Konfrontation mit ihren wortwörtlichen Aussagen könnte zum einen dazu führen, dass die Interviewten eigene Aussagen revidieren möchten oder unzufrieden mit den gegebenen Antworten sind. Das Gegenlesen eines Transkriptes nimmt viel Zeit in Anspruch und erfordert eine hohe kognitive Ausdauer der Interviewten. Da es sich bei diesen um eine vulnerable Personengruppe handelt, teilen die Forscherinnen diese Auffassung und haben sich gegen *Member Checking* entschieden.

Die Forscherinnen haben einen geringen Kenntnisstand zur Durchführung von Tiefeninterviews, welcher nach Ritschl, Weigl und Stamm (2016) jedoch benötigt wird, um eine ausreichende Tiefgründigkeit der Aussagen zu erreichen. Daher stellt die mangelnde Erfahrung der Forscherinnen in der Datenerhebung eine weitere Schwäche der Studie dar.

Die Durchführung der Interviews an unterschiedlichen Standorten und als Online-Interview ist ebenfalls kritisch zu hinterfragen. Nicht alle Teilnehmer*innen haben unter gleichen Bedingungen am Interview teilgenommen, was das Ergebnis der Befragung beeinflusst haben könnte. Anzumerken ist, dass der Einfluss der Interviewdurchführung (Online-Interview im Vergleich zum *Face-to-Face* Interview) auf die erhaltene Antwort bisher wenig erforscht wurde. Dazu vertritt Misoch (2015) die Meinung, dass das Online-Interview dem *Face-to-Face* Interview sehr ähnlich sei, da auch hier Mimik und Gestik berücksichtigt werden können.

Die geringe Anzahl an Teilnehmenden ist eine weitere Schwäche der Studie. Diese kann durch die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien verursacht sein. Eine weitere Begrenzung der Teilnehmerzahl ist auf die Corona-Situation des Jahres 2020 zurückzuführen. Durch die Kontaktbeschränkungen war es den Forscherinnen beispielsweise nicht möglich, Teilnehmer*innen aus Selbsthilfegruppen zu rekrutieren.

In dieser Forschung haben sich die Forscherinnen durch ihre Unerfahrenheit wissenschaftlich fehlverhalten. In einer Interviewsituation mit Teilnehmer B1 ist ungewollt eine ◊Tandem-Interview Situation entstanden, die zu einer Beeinflussung der Interviewergebnisse geführt haben könnte. Zudem wurden zwei Teilnehmerinnen (B3 und B4) zu dieser Studie zugelassen, obwohl sie die Teilnahmekriterien nicht erfüllt haben. Das ist zum einen darauf zurückzuführen, dass bei B3 nicht vor dem Interview überprüft wurde, ob ihre Therapie beendet ist. Daher wurde erst im Verlauf des Interviews deutlich, dass die Teilnehmerin sich erneut in Therapie befindet. Da das Interview zu diesem Zeitpunkt bereits geführt war, wurde es dennoch ausgewertet. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Führung des Interviews sich negativ auf die Beziehung zwischen der Teilnehmerin B3 und ihrer Therapeutin auswirkt. Ebenso stellte sich während eines Interviews heraus das Teilnehmerin B4, über eine reduzierte expressive Sprachfertigkeit verfügt, hingegen die rezeptive Sprachfertigkeit nicht betroffen schien. Hier haben die Forscherinnen nicht konsequent gehandelt, da sie diese Teilnehmerinnen entgegen der festgelegten Ausschlusskriterien dennoch zugelassen haben. Die Forscherinnen trafen diese Entscheidungen, weil sie einerseits nur wenige Teilnehmer*innen hatten (→3.3.2) und andererseits die Teilnehmerin alle übrigen Einschlusskriterien erfüllte.

Die Teilnehmergruppe setzt sich aus drei Frauen und einem Mann zusammen. Dadurch erfasst die Studie tendenziell eher die weibliche Perspektive, was als Schwäche der Studie auszulegen ist. Positiv ist jedoch anzuführen, dass der Teilnehmer alle Fragen dezidiert beantwortet und so seine Sichtweise umfassend schildert. Aus der geringen Stichprobe ist jedoch keine Allgemeingültigkeit der Ergebnisse abzuleiten, weshalb weitere Studien zu dieser Thematik indiziert sind.

Das Kategoriensystem haben die Forscherinnen ausdifferenziert gestaltet, um im weiteren Verlauf des Forschungsprojektes die Aussagen besser voneinander trennen zu können. Ein weiterer Grund war das Anliegen, für die Ergebnisdarstellung und die Diskussion Aussagen der Teilnehmer*innen gezielt suchen zu können. Im Forschungsverlauf stellte sich dieses Vorgehen als schwierig heraus, da durch das mehrfache Codieren einer Aussage die Datenmenge vergrößert statt reduziert wurde.

## 5.5 Stärken der Studie

Als Stärken der Studie sind folgende Aspekte aufzuführen. Die Forscherinnen konnten durch eine nationale und internationale Literaturreche eine fundierte Basis für den theoretischen Hintergrund aufbauen. Die verwendete Literatur kann innerhalb der klinisch-experimentellen Forschung teilweise dem Evidenzlevel eins in der Forschungspyramide nach Tomlin & Borgetto (2011) zugeordnet werden. Da die Ergebnisse der vorliegenden Studie auf dem theoretischen Hintergrund sowie neu recherchierter Literatur beruhen, wird das Kriterium der Theorietriangulation erfüllt.

Die qualitative strukturierte Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ist von den Forscherinnen konsequent befolgt worden. Bei der dazu gehörigen computergestützten Auswertung (MAXQDA) gab es jedoch Unsicherheiten in der Anwendung und Handhabung. Dies ist auf die Unerfahrenheit der Forscherinnen zurückzuführen. Fehler, die durch Unerfahrenheit entstehen, sind nicht unüblich im Forschungsprozess (Ritschl et al., 2016). Aufgrund des regelgeleiteten Vorgehens während der Transkription und der Datenanalyse haben die Forscherinnen dazu einen Ausgleich geschaffen und die Güte der Studie erhöht.

Während des Forschungsprozesses haben die Forscherinnen die Triangulation erfüllt, indem sie die fertiggestellten Transkripte untereinander aufgeteilt und jede das Transkript einer anderen Forscherin gegengelesen hat. Dadurch erfüllen die Forscherinnen das Gütekriterium der Objektivität. Als weiteres Gütekriterium erfüllen die Forscherinnen die Intra-Reliabilität.

Zwei Forscherinnen haben die Transkripte unabhängig voneinander codiert. Die jeweiligen Codierungen wurden anschließend abgeglichen. Im Zweifelsfall wurde die dritte Forscherin hinzugezogen.

Durch die gemeinsame Codierung und Analyse der Datenbasis ist das Kriterium der Forschertriangulation erfüllt. Weitere positive Aspekte sind das *Peer Debriefing*, der permanente Austausch und zwei gemeinsame einwöchige Arbeitstreffen, die dazu beigetragen haben, dass ein einheitliches Verständnis über die Inhalte der Studie erlangt wurde.

Im Rahmen der Datenauswertung haben die Forscherinnen festgestellt, dass alle Interview- und Leitfragen und somit auch die Forschungsfrage durch die Teilnehmenden beantwortet wurden. Eine Datensättigung kann nach Ritschl (2016) nicht erreicht werden da jede Person individuell ist und stets neue Erfahrungen mit ein bringt.

Bei der Aufstellung der Ein- und Ausschlusskriterien haben die Forscherinnen ethische Aspekte bedacht, da Klient*innen mit dementiellen Veränderungen oder kognitiven Einschränkungen sowie Klient*innen, die zum Zeitpunkt des Interviews Therapie erhalten, ausgeschlossen werden sollten. Aus oben erwähnten Gründen (→5.4) haben die Forscherinnen hier inkonsequent gehandelt.

Auf Basis von Pretests wurde die Qualität der Studie verbessert. Der Interviewleitfaden wurde anhand der Rückmeldungen der Befragten überarbeitet und die Forscherinnen haben sich mit der Interviewführung vertraut gemacht.

Bei den Interviews, die im direkten Kontakt mit den Befragten geführt wurden, haben die Forscherinnen auf eine strikte Einhaltung der Verhaltensregeln in Corona-Zeiten geachtet. Alle Beteiligten haben einen Mund-Nasen-Schutz getragen und Abstand eingehalten. Ein Interview hat im Garten der Teilnehmerin stattgefunden.

Die Studie untersucht die Klientenperspektive in Bezug auf das Setting der Therapie als Hausbesuch oder als ambulante Versorgung in der Praxis. Da dies von den Forscherinnen als Forschungslücke im deutschen Kontext identifiziert wurde (→1.1), trägt diese phänomenologische Studie dazu bei, diese Lücke zu schließen. Durch die Orientierung am aktuellen deutschen Paradigma, hat die Studie eine hohe Aktualität. Sie ist somit von Relevanz für Ergotherapeut*innen, die die Klientenperspektive in ihre Arbeit stärker einbeziehen möchten. Zudem berücksichtigt die Studie überwiegend Literatur der letzten zehn Jahre und Theorien zum methodischen Handeln von Ergotherapeut*innen. Damit leistet sie einen Beitrag zur Professionalisierung der Ergotherapie.

# 6 Schlussfolgerung

## 6.1 Beantwortung der Forschungsfrage

**Von welchen Erfahrungen berichten Menschen mit neurologischen Erkrankungen rückblickend über die Ergotherapie im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuchs?**

Die Teilnehmenden erleben verschiedene Aspekte der ergotherapeutischen Behandlung als positiv.

Häufig schildern die Teilnehmenden Fortschritte auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene, gelegentlich auf der Funktions- und Strukturebene. Ihre Aussagen deuten darauf hin, dass ihre Therapeuten die Gestaltung und Zielformulierung der Intervention größtenteils betätigungsorientiert ausgerichtet haben. Die Studie von Nielsen et al. (2018), die Erfahrungen von elf Klient*innen mit häuslich basierter Ergotherapie erfasst, kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Fast alle Teilnehmenden dieser Studie schildern Verbesserungen innerhalb ihrer Betätigungsperformanz im Bereich der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Ferner belegen die Aussagen der Teilnehmenden, dass sie die Ergotherapie entsprechend des aktuellen Paradigmas wahrnehmen und definieren. Darüber hinaus schätzen die Teilnehmer*innen verschiedene Fähigkeiten ihrer Therapeut*innen. Transparente Kommunikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und das Einsetzen für ihre Bedürfnisse werden aufgeführt. Dies legt nahe, dass die jeweiligen Ergotherapeut*innen, ob bewusst oder unbewusst, ihr Handeln am aktuellen Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019) ausrichten.

Die Vorgehensweise der Ergotherapeut*innen wird von den Teilnehmenden dieser Studie sowohl als Top-Down als auch als Bottom-Up beschrieben. Das ergotherapeutische Handeln entspricht damit nur in Ansätzen dem aktuellen Paradigma. Anhand verschiedener Beispiele äußern die Teilnehmenden ihre Zufriedenheit mit den angewandten Maßnahmen. Eine Teilnehmerin steht der funktionsorientierten Vorgehensweise jedoch skeptisch gegenüber. *„[…] welche Übungen mit Knetmasse und so ein und so ein Gedöns, ich sage*

*jetzt mal Kinderspiele. Das, das hört sich jetzt abwertend an, es sind aber keine"* (B2, 189-191). Es wird deutlich, dass die Klientin die Maßnahme eher ablehnt. Im weiteren Verlauf lässt ihre Aussage jedoch den Rückschluss zu, dass sie die Relevanz der Interventionen erkennt: *„Knete ist so wie Kuchen"* (B2, Z756). Es wird deutlich, dass die Klientin einen Alltagsbezug durch das Therapiematerial „Knetmasse" herstellen kann.

Eine Studie von Zimmerer-Branum und Nelson (1994) kam zu dem Ergebnis, dass ältere Menschen Übungen, welche in eine Betätigung eingebettet sind, bedeutsamer empfinden, als rein funktionelle Übungen. Diese Aussage lässt sich nur teilweise auf die Teilnehmer*innen dieser Forschungsarbeit übertragen, da sie ein positives Erleben in Zusammenhang sowohl mit betätigungs- als auch mit funktionsorientierten Maßnahmen schildern. Zwei Teilnehmende stellen einen Zusammenhang zwischen funktionsorientierter Maßnahmen in der Therapie und einem Alltagtransfer her. Dieser wurde durch die Klient*innen selbst oder die Therapeut*innen initiiert. Das folgendes Beispiel belegt, dass der Therapeut von B1 einen Alltagsbezug zu einer funktionsorientierten Maßnahme herstellt und er damit zufrieden ist: *„Weil er es mir auch erklärt hat. Weil er gesagt hat, wir machen das, weil und das und das ist der Hintergrund. Das war wirklich gut. Das war sehr sehr gut*" (B1, Z522-524). Ergotherapeut*innen ist daher im Umkehrschluss zu empfehlen, beim Einsatz funktionsorientierter Maßnahmen den entsprechenden Alltagsbezug herzustellen. Das könnte zu einer höheren Transparenz in der Therapiegestaltung führen und zur Motivation der Klient*innen beitragen.

Insgesamt beschreiben die Teilnehmenden dieser Studie eine hohe Zufriedenheit mit dem Outcome ihrer ergotherapeutischen Behandlung: *„[…] ich bin wieder befähigt worden, ein selbständiges selbstbestimmtes Leben zu führen*" (B2, Z997-998). Nicht nur Teilnehmerin B2 schildert, Engagement erfahren zu haben. Teilnehmer B1 und Teilnehmerin B3 beschreiben ebenfalls erfolgreiche Teilhabe an Betätigungen, die ihnen wichtig sind in ihrer gewünschten Umgebung (→4.2.5). Sie geben jedoch auch an, die Folgen ihres Schlaganfalls noch nicht überwunden zu haben. Sie schildern weitere Herausforderungen und Ziele. Beispielsweise möchte Teilnehmerin B3 wieder kochen können (B3, Z414-425).

Zur Beantwortung der Frage, wie Menschen mit neurologischen Erkrankungen die Ergotherapie im Setting des Hausbesuchs und der ambulanten Praxis erleben, wird im Folgenden die Gestaltung der professionellen Beziehung zwischen Klient*innen und Therapeut*innen erörtert. Matuschek (2016) erforscht in ihrer Studie, dass diese aus Sicht von Ergotherapeut*innen einen hohen bis sehr hohen Stellenwert hat sowie den Behandlungsverlauf und deren Qualität maßgeblich beeinflusst. Ob dies die Teilnehmenden der vorliegenden Studie aus ihrer Sichtweise bestätigen, ist zu beleuchten. Dabei werden die gemeinsame Entscheidungsfindung und der Einbezug von Wünschen und Bedürfnissen in die Therapie mitbetrachtet.

Die Teilnehmer*innen schildern mehrheitlich, die Zusammenarbeit positiv erlebt zu haben. Sie haben von ihren Therapeuten Empathie, Geduld, Sensibilität, Ehrlichkeit und Flexibilität erfahren und schätzen diese Fähigkeiten (→4.4.1). Sie zeigen zudem auf, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse in der Therapie berücksichtigt wurden. Alle Teilnehmenden äußern, in die Entscheidungsfindung zur Interventionsplanung- und -durchführung eingebunden worden zu sein. Alle Teilnehmenden wurden in die Zielformulierung einbezogen. Für die meisten Teilnehmer*innen ist ein klientenzentriertes Vorgehen bedeutsam. Dies entspricht den Ergebnissen verschiedener Studien, in welchen eine klientenzentrierte Vorgehensweise in der Therapie positiv in Hinblick auf verschiedene *Outcomes* erlebt wird (Guidetti & Ytterberg, 2011; Guidetti et al., 2010; Park, 2018;). In der Studie von Maitra und Erway (2006) äußern die Klient*innen gemischte Wahrnehmungen, als aktive Teilnehmende in eine klientenzentrierte Therapie einbezogen zu werden. Auch Townsend et al. (2013) geben diesen Aspekt der eingeschränkten Bereitschaft oder Fähigkeit von Klienten/innen, in *shared-decision-making* einbezogen zu werden, zu bedenken. Dies schildern auch zwei Teilnehmende dieser Studie (B1, Z734-738; B3, Z653-657).

Die Aussagen zeigen die Notwendigkeit auf, dass Ergotherapeut*innen im Sinne des *Empowerments* Klient*innen befähigen, am Entscheidungsprozess in der Therapie teilzuhaben. Das Prozessmodell des CMOP-Es (→2.5.4) impliziert, im zweiten Schritt (*Set the stage)* die Rahmenbedingungen der Ergotherapie abzuklären. Hier besteht für Ergothera-

peut*innen die Möglichkeit, gegenseitige Rollenerwartungen mit Klient*innen auszutauschen und in diesem Zuge Klient*innen zu *empowern*, Experten für ihren Alltag zu sein. Das Gesundheitsmanagement der Klient*innen zu fördern wird auch von der AOTA (2020) und vom DVE (2017) gefordert.

Abschließend wird in Bezug zur Forschungsfrage das Setting des Hausbesuchs und der ambulanten Praxis beleuchtet.

Vor allem zu Beginn der Therapie ist der Anfahrtsweg zur ambulanten Praxis für Klient*innen belastend, was zwei Teilnehmende dieser Studie anmerken (→5.3). Auch in anderen Studien wurde der Anfahrtsweg zwischen Klientenwohnung und Praxis als Barriere beschrieben (Stephenson & Wiles, 2000; Seymor & Kerr, 1996). Die Forscherinnen empfehlen daher zu Beginn einer Therapie von Klient*innen mit schweren neurologischen Erkrankungen eine ergotherapeutische Versorgung im häuslichen Setting.

Die Teilnehmenden schildern sowohl Förderfaktoren, als auch Barrieren für beide Kontexte. Dies entspricht den Studienergebnissen von (Doig et al., 2011; Stephenson & Wiles, 2000). Hierbei ist zu bedenken, dass beide Studien das ambulante Setting aus internationaler Perspektive betrachten. Die ambulante Versorgung durch Ergotherapiepraxen ist im internationalen Kontext kein klassisches Versorgungsmodell wie in Deutschland. Vorwiegend herrschen international andere Versorgungsmodelle, nicht nur für die ambulante Betreuung von Klient*innen (USA Artikel). Die Befragten dieser Studie erleben sowohl das Training mit Therapiematerialien in der ambulanten Praxis als auch das Training mit eigenen Utensilien im häuslichen Setting positiv. Auf die weiteren Förderfaktoren- und Barrieren, die die Teilnehmenden aufgreifen, wird in einer Leitfrage (→5.3) eingegangen. Das positive Erleben der Teilnehmer*innen mit der Ergotherapie bezieht sich sowohl auf den Kontext des Hausbesuchs als auch auf die Therapiepraxis. Kein Teilnehmender äußert, ein bestimmtes Setting zu präferieren. Zwei Teilnehmer*innen schildern hingegen, die Kombination beider Kontexte als positiv erlebt zu haben (B1, Z468-473; B3, Z745-749).

Die Teilnehmer*innen dieser Studie beschreiben vom Setting unabhängige positive Auswirkungen der Ergotherapie. Auf Basis der positiven Resonanz aus der Kombination beider Kontexte, gehen die Forscherinnen davon aus, dass die Klient*innen die positiven Auswirkungen infolge dieser Kombination erleben.

Auch schließen die Forscherinnen aus ihrer Analyse, dass im Setting des Hausbesuches häufiger betätigungsfokussiert, als funktionsorientiert gearbeitet wurde. Im Kontext der ambulanten Praxis wurde häufiger funktionsorientiert gehandelt. Dies bestätigt die Aussagen mehrerer Autor*innen (Fisher, 2009; Nielsen et al., 2017), welche das häusliche Setting als idealen Rahmen für eine betätigungs- und kontextbasierte Therapie einordnen.

## 6.2 Ausblick

Die Forschungsfrage, wie Menschen mit neurologischen Erkrankungen die Ergotherapie im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuchs erleben, konnte beantwortet werden. Es wurde das Erleben von vier Teilnehmer*innen zur Ergotherapie im Setting der ambulanten Praxis und des Hausbesuchs erfasst.

Innerhalb der Forschung wird es zunehmend wichtiger, die Perspektive von Klient*innen in Bezug auf ihre Erfahrungen mit einer Gesundheitsleistung zu erfassen (Häuser, 2014; Weldring & Smith, 2013). Auf internationaler Ebene stellen PREMs ein wichtiges Werkzeug dar, um die Erfahrungen von Menschen im Zusammenhang mit einem Gesundheitsdienst zu messen (Weldring & Smith, 2013). Den Forscherinnen ist es mit dieser Studie gelungen, einen Beitrag zur qualitativen Forschung in der Ergotherapie im nationalen Kontext zu leisten. Im Sinne der Kompetenz des Managements im deutschen Kompetenzprofil (DVE, 2019) ist es ihnen ein Anliegen, mit der Studie zur Qualitätsverbesserung der ergotherapeutischen Versorgung in Deutschland beizutragen.

Die Forscherinnen stufen ihre Forschung auf Level drei in der Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) ein, da die Studie die qualitativen Gütekriterien zwar erfüllt, aber ethische Aspekte inkonsequent beachtet wurden (→3.9.2) und eine kleine Stichprobe betrachtet. Diese Studie hat eine mittlere Aussagekraft. Andere Studien innerhalb der qualitativen Forschung auf internationaler Ebene (Boutin-Lester & Gibson, 2002; Nielsen, 2018), die das Erleben anhand einer geringen Anzahl von Teilnehmenden erforschen, liefern wertvolle Ergebnisse.

Die Forscherinnen sehen die Notwendigkeit, eine Studie mit einer größeren Stichprobe innerhalb des nationalen Kontexts durchzuführen, um die Ergebnisse zu validieren und –wie ursprünglich von den Forscherinnen geplant – das gesamte Spektrum an Klient*innen mit neurologischen Erkrankungen abdecken. Weitere Forschungen könnten die Sichtweise von Angehörigen oder Ergotherapeut*innen einbeziehen. Aus ergotherapeutischer Perspektive sollte das methodische Handeln von Therapeut*innen stärker in den Fokus rücken. Hierbei seien beispielhaft das Kompetenzprofil Ergotherapie sowie das Prozessmodell CPPF und die Enablement Skills des CMCEs, die zum CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013) gehören, angeführt. Weiterführend können zukünftige Forschungen die Säulen der Evidenz-, Populations- und Technologiebasierung (Cup & Hartingsveldt, 2019) stärker berücksichtigen. Mit der Veröffentlichung des OTPF-4 (AOTA, 2020) wird Health Management auch in der Ergotherapie zunehmend wichtiger. Dieser Einfluss könnte ebenfalls untersucht werden.

## Literaturverzeichnis


Affenberger, H., Schwarze, G., Salchinger, B., & Rother, A. (2017). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in neurorehabilitation in Austria. Comparison of the healthprofessions occupational therapy, speech-and language therapy, and physiotherapy. *International Journal of Health Professions*, *4*(2): 137-146. DOI: 10.1515/ijhp-2017-0024

American Occupational Therapy Association (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3. Aufl.). *The American Journal of Occupational Therapy*, *68*(1): 1-48.

American Occupational Therapy Association (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4. Aufl.). *The American Journal of Occupational Therapy*, *74*(2): 1-87.

Barmer (2019). *Heil- und Hilfsmittelreport 2019.* Abgerufen am 13.09.2020 von https://www.bifg.de/publikationen/reporte/heil-und-hilfsmittelreport-2019

Baum, C. M., Christiansen, C. H., & Bass, J. D. (2015). The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Model. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, & J. D. Bass (Hrsg.), *Occupational Therapy, Performance, Participation, and Well-being* (4. Aufl., S. 49-55). Thorofare (NJ): SLACK Incorporated.

Baur, N., & Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* [Pub]. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0

Behrens, E., & Lüdeking, C. (2020). Klientin XY plus Lebensweltorientierung – Ausnahme oder Routine? In E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz (Hrsg.), *Lebensweltorientierung in der Neurologie – Ergotherapeuten als Komplizen für Teilhabe* (1. Aufl., S. 11-22). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Bennett, S., & Bennett, J. W. (2000). The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Australian Occupational Therapy Journal*, *47*(4): 171–180. DOI: https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.2000.00237.x

Bogner, A., Littig, B., & Merz, W. (Hrsg.) (2014). *Interview mit Experten Eine praxisorientierte Einführung* [EPub]. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5

Bottari, C., Dutil, E., Dassa, C., & Rainville, C. (2006). Choosing the most appropriate environment to evaluate independence in everyday activities: Home or clinic? *Australian Occupational Therapy Journal*, *53:* 98–106. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00547.x

Boutin-Lester, P., & Gibson, R. W. (2002). *Patients' perceptions of home health occupational therapy. Australien Occupational Therapy Journal, 49*(3): 146-154. DOI: 10.1046/j.1440-1630.2002.00320.x

Boyt-Schell, B. A. (2003). Clinical reasoning: the basis of practice. In E. Blesedell-Crepeau, E. S. Cohn, B. A. Boyt-Schell (Hrsg.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (10. Aufl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Boyt-Schell, B. A., & Schell, J. W. (2008). *Clinical and professional reasoning in occupational therapy.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Brandt, B. (2017). *Therapieansätze überdenken. Ergotherapie und Rehabilitation, 56(*10): 26–29. DOI: https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-51020171004

Breines, E. B. (2016). Creative reasoning in occupational therapy. In M. B. Cole & J. Creek (Hrsg.). *Global perspectives in professional reasoning* (S. 165-181). Thorofare (NJ): Slack

Buchner (2016). *Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog 2017* (10 Aufl.). Kiel, Deutschland: Hugo Hamann.

Bühler, S. (2009). Einleitung. In B. Hucke, M. Pohlmann (Hrsg.), *Teilhabe – Ergotherapie trifft Lebenswelt* (1. Aufl., S. 7-8). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (2015). *ICF-Praxisleitfaden 1 – Zugang zur* Rehabilitation (2. Aufl.). Frankfurt/Main.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2001). Bekanntmachung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien/HRM). Abgerufen am 30.04.2020 unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-310/RL-Heilmittel-2002-06-21.pdf

Canadian Association of Occupational Therapists (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective.* Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

Canadian Association of Occupational Therapists (2012). *Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada* - Canadian Association of Occupational Therapists | Association canadienne des ergothérapeutes. Abgerufen am 03.05.2020 unter https://www.caot.ca/site/pt/otprofile_can?nav=sidebar

Christiansen, C. H., & Haertl, K. (2014). A contextual history of occupational therapy. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. E. Scaffa (Hrsg.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12. Aufl., S. 9 34). Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.

Christiansen, C. H., Baum, C. M., & Bass-Haugen, J. (2015). *Occupational therapy: Performance, participation and well-being* (3. Aufl.). Thorofare (NJ): Slack.

Cole, M. B., & McLean, V. (2003). Therapeutic relationships redefined. *Occupational Therapy in Mental Health* 19: 33-56.

Cott, C. A. (2004). Client-centred rehabilitation: Client perspectives. *Disability and Rehabilitation*, *26*(24): 1411–1422. DOI: https://doi.org/10.1080/09638280400000237

Cup, E., & van Hartingsveldt, M. (2019). Der Ergotherapeut. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), Grundlagen der Ergotherapie (1. Aufl., S. 196-219). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Daniëls, R., & Verhoef, J. (2019). Professionelles Reasoning. In M. le-Granse, M. van-Hartingsveldt, & A. Kinebanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (1. Aufl., S. 502-518). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.* Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Deuschl, G., Beghi, E., Fazekas, F., Varga, T., Christoforidi, K. A., Sipido, E., Bassetti, C. L., Vos, T., & Feigin, V. L. (2020). The burden of neurological diseases in Europe: An analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health, 5*(10): 551-567. DOI: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30190-0

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2020). *Schlaganfall S3-Leitlinie.* Abgerufen am 12.10.2020 von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011l_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2020). *Fast 60% der Deutschen leiden unter einer neurologischen Erkrankung.* Abgerufen am 12.10.2020 von https://dgn.org/presse/pressemitteilungen/fast-60-der-deutschen-leiden-unter-einer-neurologischen-erkrankung/

Deutscher Qualifikationsrahmen (2020). *Glossar*. Abgerufen am 11.05.2020 von https://www.dqr.de/content/2325.php

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2007). *Definition.* Abgerufen am 01.05.2020 von https://dve.info/ergotherapie/definition

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2017). *Indikationskatalog Ergotherapie* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2019). *Kompetenzprofil Ergotherapie* (1. Aufl.). Abgerufen am 02.02.2020 von https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2020a). *Ergotherapeutische Modelle*. Abgerufen am 30.08.2020 von https://dve.info/ergotherapie/ergotherapeutische-modelle

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2020b). *Neurologie.* Abgerufen am 01.05.2020 von https://dve.info/ergotherapie/fachbereiche/neurologie

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.* Genf: WHO.

Dietrich, E., Gritsch, S., & Müller, A. (2005). *„Client-Centred Process Evaluation" (CCPE) in der stationären Ergotherapie mit neurologischem Klientel: eine Validierungsstudie* (Bachelorarbeit). Hogeschool Zuyd, Heerlen.

Doig, E., Fleming, J., Cornwell, P., & Kuipers, P. (2011). Comparing the experience of outpatient therapy in home and day hospital settings after traumatic brain injury: Patient, significant other and therapist perspectives. *Disability and Rehabilitation, 33*(13–14): 1203-1214. DOI: https://doi.org/10.3109/09638288.2010.525286

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation: in den Sozial-und Humanwissenschaften. In N. Döring, & J. Bortz (Hrsg.), *Untersuchungsdesign* (Bd. 5, S. 181–218). Berlin -Heidelberg, Deutschland: Springer Medizin Verlag. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Forschungsstand und theoretischer Hintergrund. In N. Döring, & J. Bortz (Hrsg.), Forschungsmethoden und Evaluation (5. Aufl., S. 157-179). Berlin: Springer-Verlag.

Dressing, T., & Mehl, T. (2018). Download - audiotranskription. Abgerufen am 20.05.2020 von https://www.audiotranskription.de/downloads

Duden (2020). *Modell*. Abgerufen am 13.05.2020 von https://www.duden.de/rechtschreibung/Modell

Dümpelmann, M. (2002). Depression und Trauma: Psychosen und affektive Störungen nach Traumatisierung. In H. Böker, & D. Hell (Hrsg.), *Therapie der affektiven Störungen. Psychosoziale und neurobiologische Perspektiven* (S. 66-90). Stuttgart: Schattauer.

Edelstein, B. A. (1989). Generalization: Terminological, methodological and conceptual issues. *Behavior Therapy*, *20*(3): 311–324. DOI: https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80052-8

E-werkzeug (o. J.). *Easytranscript*. Abgerufen am 20.06.2020 von https://e-werkzeug.eu/index.php/de/produkte/

Feiler, M. (2003). Die verschiedenen Formen des Klinischen Reasoning. In M. Feiler (Hrsg.), *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (S. 7-98). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Feiler, M. (2007). Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Fundament für die ergotherapeutische Praxis. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (3. Aufl., S. 138-143). Stuttgart: Thieme.

Finger, M. E., Cieza, A., Stoll, J., Stucki, G., & Huber, E. O. (2006). Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: a Delphi exercise. *Physical Therapy*, *86*(9): 1203-1220. DOI: https://doi.org/10.2522/ptj.20050134

Fisher, A. G. (2009). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (2. Aufl.). Übersetzung Barbara Dehnhardt (2018). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *20*(3): 162–173. DOI: https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492

Fisher, A. G. (2014). *Occupational Therapy Intervention Process Model* (1. Aufl., S. 13-36). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Flick, U. (2011). *Triangulation: Eine Einführung (Qualitative Sozialforschung (12) (German Edition)* (3. Aufl.). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Flick, U. (2019). *Sozialforschung Methoden und Anwendungen Ein Überblick für die BA-Studiengänge* (Bd. 1). Hamburg, Deutschland: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flotho, W. (2007). Klientenzentrierter Ansatz. In: C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.). *Vom Behandeln zum Handeln* (4. Aufl., S. 200-204). Stuttgart: Thieme.

Flynn, N., Kuys, S., Froude, E., & Cooke, D. (2019). Introducing robotic upper limb training into routine clinical practice for stroke survivors: Perceptions of occupational therapists and physiotherapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, *66:* DOI: https://doi.org/10.1111/1440-1630.12594

Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). *Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesaus-schusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Änderung der HeilM-RL einschließlich des Heilmittelkatalogs*. Abgerufen am 04.05.2020 von https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6033/2019-09-19_HeilM-RL_Ueberarbeitung-HeilM-RL-HMK_TrG.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss (2020). *Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung*. Abgerufen am 30.04.2020 von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2100/HeilM-RL_2020-03-27_iK-2020-03-09.pdf

George S., Grewohl, M., Niehaus, A., & Klier, R. (2012). *Ergotherapie in der ambulanten Rehabilitation. Eine Leistungsbeschreibung orientiert an der ICF* (1. Aufl). Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

George, S. (2014a). Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In K. M. Haus (Hrsg.) *Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen: Grundlagen der Neurologie, Behandlungskonzepte, Hemiplegie verstehen* (3. Aufl., S. 397-410). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

George, S. (2014b). Nur „alter Wein in neuen Schläuchen"? Oder macht klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ergotherapie einen spür- und messbaren Unterschied? In E. Scholz-Minkwitz, & K. Minkwitz (Hrsg.), *Ergotherapie sucht Topmodelle* (1. Aufl., S. 17-30). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

George, S., Klier, R., Grewohl, M., & Niehaus, A. (2012). *Ergotherapie in der ambulanten Rehabilitation eine Leistungsbeschreibung orientiert an der ICF; neurologische Erkrankungen*. Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien.

Goldstein, A. P., Lopez, M., & Greenleaf, D. O. (1979). In A. P. Goldstein, & F. H. Kanfer (Hrsg.), *Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy* (S. 1-22). New York: Academic Press.

Granse, M., Hartingsveldt, M., Kinébanian, A. (Hrsg.) (2019). *Grundlagen der Ergotherapie* (1. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Grefe, N., & Pytlik, V. (2016). *Eine qualitative Studie zur Ergotherapie als Hausbesuch bei erwachsenen Menschen mit einer psychischen Erkrankung in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens* (Bachelorarbeit). Zuyd Hogeschool, Heerlen.

Guidetti, S., & Ytterberg, C. (2011). A randomised controlled trial of a client-centred self-care intervention after stroke: A longitudinal pilot study. *Disability and Rehabilitation*, *33*(6): 494–503. DOI: https://doi.org/10.3109/09638288.2010.498553

Guidetti, S., Andersson, K., Andersson, M., Tham, K., & Von Koch, L. (2010). Client-centred self-care intervention after stroke: A feasibility study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *17*(4): 276–285. DOI: https://doi.org/10.3109/11038120903281169

Harms, W., Schneider, J., Hoppstädter, & Eschenbeck, P. (2018). Entwicklung eines Kompetenzprofils für Absolventen eines grundständigen Bachelorstudiengangs Ergotherapie in Deutschland. *Ergoscience*, *13*(4): 136-145. DOI: 10.2443/skv-s-2018-54020180401

Hartingsveldt, M. J. van, Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofi et ergotherapeut*. Utrecht: Boom Lemma.

Häuser, W., Schmutzer, G., Henningsen, P., & Brähler, E. (2014). Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland. *Schmerz,* 28: 483-492.

Hayes, R. L., & Halford, W. K. (1993). Generalization of occupational therapy effects in psychiatric rehabilitation. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, *47*(2): 161–167. DOI: https://doi.org/10.5014/ajot.47.2.161

Heilmittelkatalog (2018). *Heilmittel der Ergotherapie*. Abgerufen am 28.04.2020 von https://heilmittelkatalog.de/files/luxe/hmkonline/ergo/info.htm

Heilmittel-Richtlinie (2019). *Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V*. Abgerufen am 30.04.2020 von https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6023/2019-09-19_2019-11-22_HeilM-RL_Ueberarbeitung-HeilM-RL-HMK_konsolidiert_Anhang-1.pdf

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (German Edition)* (4. Aufl., Bd. 4). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hengelaar, R., & Van Gils, A. (2019). Kontext. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (1. Aufl., S. 239-252). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Hershkovitz, A., Beloosesky, Y., Brill, S., & Gottlieb, D. (2004). Is a day hospital rehabilitation programme associated with reduction of handicap in stroke patients? *Clinical Rehabilitation*, *18*(3): 261–266. DOI: https://doi.org/10.1191/0269215504cr731oa

Heuschmann, P., Busse, O., Wagner, M., Endres, M., Villringer, A., Röther, J., Kolominsky-Rabas, P., & Berger, K. (2010). Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurologie*, 37(7): 333–340. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0030-1248611

Hucke, B., & Kuhnert, B. (2020). Betätigungsorientierung umsetzen: Rahmenbedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten im stationären und ambulanten Setting. In E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz (Hrsg.), *Lebensweltorientierung in der Neurologie – Ergotherapeuten als Komplizen für Teilhabe* (1. Aufl., S. 23-37). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Hutterer, B. (2017). *Ein Plädoyer für den Hausbesuch in der Ergotherapie.* Abgerufen am 15.01.2020 von https://www.handlungsplan.net/ein-plaedoyer-fuer-den-hausbesuch-in-der-ergotherapie/

Ikiugu, M. N., Smallfield, S., & Condit, C. (2009). A framework for combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, *76*(3): 162–170. DOI: https://doi.org/10.1177/000841740907600305

Iwama, M. K. (2006). *The kawa model: Culturally relevant occupational therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Johnston, S. C., Mendis, S., & Mathers, C. D. (2009). Global variation in stroke burden and mortality: Estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *The Lancet Neurology*, 8(4): 345–354. DOI: https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70023-7

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2019). *Verordnung Aktuell – Heilmittel*. Abgerufen am 30.04.2020 von https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Verordnung/VO-aktuell/2019/KVB-VA-190913-HMP-FAQ-Ergotherapie.pdf

Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2009). Abgerufen am 30.04.2020 von https://www.kvberlin.de/20praxis/80service/80rundschreiben/2009/rs_090506_hausbesuche.pdf

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy* (4. Aufl.). Philadelphia: F. A. Davis.

Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2008). Therapeutic reasoning: Planning, implementing and evaluating the outcomes of therapy. In G. Kielhofner (Hrsg.), *Model of Human Occupation: Theory and practice* (1. Aufl.). Baltimore (MD): Lippincott, Williams & Wilkins.

Kielhofner, G., Marotzki U., & Mentrup, C. (2005). *Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis.* Heidelberg: Springer.

Kinébanian, A., & Logister-Proost, I. (2019). Begriffe verstehen – der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle. In M. le-Granse, M. van-Hartingsveldt, & A. Kinebanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (1. Aufl., S. 353-377). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Kirsch, G. (2014). Das kanadische Modell CMOP, die Erweiterung zum CMOP-E und die Vorteile, die das modellgeleitete Arbeiten nach CMOP in der Neurologie bietet. In E. Scholz-Minkwitz, & K. Minkwitz (Hrsg.), *Ergotherapie sucht Topmodelle* (1. Aufl., S. 65-82). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Knagge, S. (2016). Modelle in der pädiatrischen Ergotherapie. In A. Baumgarten, & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert-betätigungsorientiert-evidenzbasiert* (S. 63-82). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag.

Kruse, F., Freigang, K. W., & Lieschke, L. (2009). *Heilmittel und Hilfsmittel* (2. Aufl., S. 2-3). Köln: Deutscher Ärzte Verlag GmbH.

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (Bd. 4). Basel, Weinheim: Beltz Juventa.

Kuckartz, U. (2019). *Qualitative Inhaltsanalyse: Von Kracauers Anfängen zu heutigen Herausforderungen*. Abgerufen am 26.09.2020 von https://3370-14052-1-PB.pdf

Kuckartz, U., Dressing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2007). *Qualitative Evaluation* [EPub]. Abgerufen am 01.05.20 von http://dnb.d-rb.de

Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2. Aufl.). Chicago: University of Chicago Press.

Kuhn, T. S. (1991). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen* (11. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Lackenbauer, C. (2009). Model of Human Occupation (MOHO) und Handwerk in der Ergotherapie: Widerspruch oder Ergänzung? In I. Winkelmann (Hrsg.), *Handwerk in der Ergotherapie* (S. 120-130). Stuttgart: Thieme.

Larsson-Lund, M, & Nyman, A. (2017). Participation and occupation in occupational therapy models of practice: A discussion of possibilities and challenges. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *24*(6): 393-397. DOI: http://dx.doi.org/10.1080/11038128.2016.1267257

Le Granse, M., & Kuiper, C. (2019). Der Klient. In M. le-Granse, M. van-Hartingsveldt, & A. Kinebanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (1. Aufl., S. 180-195). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Legg, L., Drummond, A., Leonardi-Bee, J., Gladman, J. R. F., Corr, S., Donkervoort, M., Edmans, J., Gilbertson, L., Jongbloed, L., Logan, P., Sackley, C., Walker, M., & Langhorne, P. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: Systematic review of randomised trials. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *335*(7626): 922. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.39343.466863.55

Lim, Y. M., Kim, S. K., Yoo, D. H., & Kim, H. (2020). Effects of assistive technology-based occupational therapy on community-dwelling people recovering from stroke. *Assistive Technology : The Official Journal of RESNA*, 1–8. DOI: https://doi.org/10.1080/10400435.2020.1789900

Logan, P.A., Gladman, J.R., Avery, A., Walker, M.F., Dyas, J., & Groom L. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. British Medical Journal, *329*(7479): 372-5. DOI: 10.1136/bmj.38264.679560.8F

Maitra, K. K., & Erway, F. (2006). Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, *60*(3): 298–310. DOI: https://doi.org/10.5014/ajot.60.3.298

Mattingly, C., & Fleming, M. H. (1994). *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice.* Philadelphia: FA Davis.

Matuschek, K. (2016). Die therapeutische Beziehung aus der Perspektive akademisierter Ergotherapeuten vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels – eine qualitative Studie. *Ergoscience, 11*(3): 90-101. DOI: https://doi.org/10.2443/skv-s-2016-54020160301

Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Côté, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J., & Tamblyn, R. (2000). There's no place like home: An evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke, 31*(5): 1016–1023. DOI: https://doi.org/10.1161/01.str.31.5.1016

Mendez, L., & Neufeld, J. (2003). *Clinical Reasoning…what is it and why should I care?* Ottawa: CAOT Publications.

Mentrup, C. (2014). Das ergotherapeutische Paradigma. Was hat unser Beruf mit Steinobst zu tun? In E. Scholz-Minkwitz, & K. Minkwitz (Hrsg.), *Ergotherapie sucht Topmodelle* (1. Aufl., S. 9-16). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Minder, M. (2020). *Zitate für das Gute*. Abgerufen am 10.10.2020 von https://www.lebensweisheiten.net/zitate-lebensweisheiten/zitate-gute.html

Ministerie van VWS. *Evidence-based richtlijnen en paramedische zorg.* Abgerufen am 11.10.2020 von www.paramedisch.org/issue.asp?id= 1997_9

Misoch, S. (2015). Qualitative Interviews (German Edition). In S. Misoch (Hrsg.), *Der Interviewende als Erhebungsinstrument* (1. Aufl., S. 199–212). Walter de Gruyter GmbH, Berlin. Abgerufen am 11.08.2020 von http://dnb.dnb.de

Misoch, S. (Hrsg.) (2015). *Qualitative Interviews* (1. dt. Aufl.). Abgerufen am 11.08.2020 von http://dnb.dnb.de

Missiuna, C., Mandich, A. D., Polatajko, H. J., & Malloy-Miller, T. (2001). Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP). *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics, 20*(2–3): 69–81. DOI: https://doi.org/10.1080/J006v20n02_05

Modi, J. N., Anshu, Gupta, S. P., & Singh, T. (2015). Teaching and Assessing Clinical Reasoning Skills. *Indian Pediatrics, 52*(9): 878-794. DOI: 10.1007/s13312-015-0718-7

Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy.* New York: Raven Press.

Mroz, T. M., Pitonyak, J. S., Fogelberg, D., & Leland, N. E. (2015). Client Centeredness and Health Reform: Key Issues for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy, 69*(5): 1-8. DOI: https://doi.org/10.5014/ajot.2015.695001

Müller, H., Krummenacher, J., & Schubert, T. (2015). *Aufmerksamkeit und Handlungssteuerung: Grundlagen für die Anwendung*. Luxemburg: Springer-Verlag.

Nielsen, T. L., Bjerrum, M., Nielsen, C. V., & Petersen, K. S. (2018). Older adults' experiences and expectations after discharge from home-based occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, *81*(8): 450–459. DOI: https://doi.org/10.1177/0308022618756217

Nielsen, T. L., Petersen, K. S., Nielsen, C. V., Strøm, J., Ehlers, M. M., & Bjerrum, M. (2017). What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults' occupational performance? A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *24*(4): 235–248. DOI: https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1245357

Norlander, A., Jönsson, A.-C., Ståhl, A., Lindgren, A., & Iwarsson, S. (2016). Activity among long-term stroke survivors. A study based on an ICF-oriented analysis of two established ADL and social activity instruments. *Disability & Rehabilitation*, *38*(20): 2028-2037.

Park, J. (2018). The influences of client-centered therapy on the level of performance, the level of satisfaction of activity of daily living, and the quality of life of the chronic stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science*, *30*(2): 347–350. DOI: https://doi.org/10.1589/jpts.30.347

Parker, C. J., Gladman, J. R., Drummond, A. E., Dewey, M. E., Lincoln, N. B., Barer, D., Logan, P. A., & Radford, K. A. (2001). A multicentre randomized controlled trial of leisure therapy and conventional occupational therapy after stroke. *Clinical Rehabiiitation, 15*(1): 42-52. DOI: 10.1191/026921501666968247

Pettersson, I., Pettersson, V., & Frisk, M. (2012). ICF from an occupational therapy perspective in adult care: an integrative literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *19*: 260-273. DOI: 10.3109/11038128.2011.557087

Pfeifer, W. (1993). *Therapeut*. In: Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. Abgerufen am 01.05.2020 unter https://www.dwds.de/wb/Therapeut

Polatajko, H. J., Backman, C., Baptise, S., Davis, J., Eftekhar, P., Harvey, A., Jarman, J., Krupa, T., Lin, N., Pentland, W., Rudman, W. L., Shaw, L., Amoroso, B., & Connor-Schisler, A. (2013a). Human occupation in context. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl., S. 37-62). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmermann, D. (2013b). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl., S. 13-36). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

Prechtl, P. (2012). *Edmund Husserl: zur Einführung* (5. Aufl.). Hamburg, Deutschland: Junius Hamburg.

Przybroski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung [Pub]. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Forschungsdesign für die qualitative Sozialforschung* (S.117–135). DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0

Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (2017). F*orschungsethische Grundsätze und Prüfverfahren in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften.* Aufgerufen am 31.10.2020 von https://www.ratswd.de/dl/RatSWD_Output9_Forschungsethik.pdf

Reichel, K., & Böhme, K. (2014). Occupational Therapy Practice Framework trifft Praxis. In E. Scholz-Minkwitz, & K. Minkwitz (Hrsg.), *Ergotherapie sucht Topmodelle* (1. Aufl., S. 113-127). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

Rentsch, H. P., Bucher, P., Dommen Nyffeler, I., Wolf, C., Hefti, H., Fluri, E., Wenger, U., Wälti, C., & Boyer, I. (2003). The implementation of the „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disability and Rehabilitation*, *25*(8): 411–421. DOI: https://doi.org/10.1080/0963828031000069717

Restall, G., Ripat, J., & Stern, M. (2000). The Use of Self-Reflection to improve client-centered processes. In V.G. Fearing & J. Clark (Hrsg.), *Individuals in context: A practical guide to clientcentered practice.* Thorofare (NJ): Slack, Thorofare.

Restall, G., Ripat, J., & Stern, M. (2003). A Framework of Strategies for Client-Centred Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *70*(2): 103–112. DOI: https://doi.org/10.1177/000841740307000206

Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Interpretative phänomenologische Analyse. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 78–81). Berlin-Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag Berlin. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5

Ritschl, V., Stamm, T., & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaftlich praktisch – evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 291-306). Berlin-Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag Berlin.

Robert Koch Institut (2015). *Wie steht es um unsere Gesundheit?* Abgerufen am 12.10.2020 von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/02_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile

Rogers, C. R. (1942). *Counselling and psychotherapy; new concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin

Rüdiger, S., & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Wiesbaden, Deutschland: Springer VS. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R.B., Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMI, 312*: 71-72. DOI: doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

Schmitt, R. (2017). Ergotherapie im Alltag – Ergotherapie in Praxis oder Hausbesuch – reicht das? *ergopraxis, 10*: 8–11. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0043-113940

Schulte, L., Sturmhöfel, O., & Andres, L. (2017) Klientenzentrierung und Handlungsorientierung im neurologischklinischen Setting. *Ergoscience, 1*(12): 3-10

Schuntermann, M. F. (2005). The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *International Journal of Rehabilitation Research*, *28*(2): 93-102.

Scott, R. R., Himadi, W., & Keane, T. M. (1983). A Review of Generalization in Social Skills Training: Suggestions for Future Research. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Hrsg.), *Progress in Behavior Modification* (S. 113–172). Amsterdam: Elsevier.

Seymour, J. C., & Kerr, K. M. (1996). Community Based Physiotherapy in the Trent Region: A Survey. *Physiotherapy*, *82*(9): 514–520. DOI: https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)66273-6

Shinohara, K., Yamada, T., Kobayashi, N., & Forsyth, K. (2012). The Model of Human Occupation-Based Intervention for Patients with Stroke: A Randomised Trial. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, *22*(2): 60–69. DOI: https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2012.09.001

Stephenson, S., & Wiles, R. (2000). Advantages and disadvantages of the home setting for therapy: Views of patients and therapists. *The British Journal of Occupational Therapy, 63*(2): 59–64. DOI: doi.org/10.1177/030802260006300203

Steultjens, E. (2010). Niederländische Leitlinie Schlaganfall – Bedeutungsvolle Aktivitäten einsetzen. *Ergopraxis, 01*: 16–19. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0030-1261684

Steultjens, E. M. J. (2007). Entwicklung und Implementierung Evidenz-basierter Leitlinien in der niederländischen Ergotherapie. *Ergoscience, 2*: 154–158. DOI: 10.1055/s-2007-963521

Stokes, T. F., & Baer, D. M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *10*(2): 349–367. DOI: https://doi.org/10.1901/jaba.1977.10-349

Sturkenboom, I. H., Graff, M. J., Hendriks, J. C., Veenhuizen, Y., Munneke, M., Bloem, B. R., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2014). Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: A randomised controlled trial. *Lancet Neurology, 13*(6): 557-566. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70055-9

Sumsion, T. (Hrsg.) (2002). *Klientenzentrierte Ergotherapie: Umsetzung in die Praxis.* Stuttgart: Thieme.

Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, *73*(3): 153–162. DOI: https://doi.org/10.1177/000841740607300303

Supyk-Mellson, J., & McKenna, J. (2010). Understanding models of practice. In M. Curtin, M. Molineux, & J. Supyk-Mellson (Hrsg.), *Occupational therapy and physical dysfunction: Enabling occupation* (6. Aufl.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Taylor, R. R., & Kielhofner, G. (posthumous) (2017). Introduction to the Model of Human Occupation. In R. Taylor (Ed.), *Kielhofner's Model of Human Occupation* (5. Aufl., S. 3-10). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Toglia, J. P. (1991). Generalization of Treatment: A Multicontext Approach to Cognitive Perceptual Impairment in Adults With Brain Injury. *American Journal of Occupational Therapy*, *45*(6): 505–516. DOI: https://doi.org/10.5014/ajot.45.6.

Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *American Journal Of Occupational Therapy*, *65*(2): 189-196.

Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl.). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy´s core competency. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl., S. 87-134). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

Tubbs, C., & Drake, M. (2012). *Crafts and creative media in therapy* (4. Aufl.). Thorofare (NJ): Slack.

Unger, D., & Schneider, J. (2015). „Hör mal, sag mir den Sinn, dann weiß ich was ich mache(...)!“ Das HoDt-Konzept aus der Klienten-und Angehörigenperspektive. *ergoscience 2015*, (10(2)), 68–76. https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-54020150203

VERBI GmbH (o.D.). *MAXQDA.* Abgerufen am 01.08.2020 von https://www.maxqda.de/bestellinformationen-studenten?gclid=EAIaIQobChMI3YK1uOTz7AIVRuuyCh2HrAIsEAAYASABEgIW_vD_BwE

Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2013). *Beroepscompetenties ergotherapie* (L. Köhler, Übers.). Den Haag: Boom Lemma

Von Koch, L., Wottrich, A. W., & Holmqvist, L. W. (1998). Rehabilitation in the home versus the hospital: The importance of context. *Disability and Rehabilitation, 20*(10): 367–372. DOI: https://doi.org/10.3109/09638289809166095

Waldow-Meier, S., & Kohn, B. (2020). Die drei Rehafelder der HoDT – eine praxisnahe Möglichkeit, um zwischen Lebenswelten zu vermitteln. In E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz (Hrsg.), *Lebensweltorientierung in der Neurologie – Ergotherapeuten als Komplizen für Teilhabe* (1. Aufl., S. 119-134). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Walker, M. F., Gladman, J. R., Lincoln, N. B., Siemonsma, P., & Whiteley T. (1999). Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: A randomised controlled trial. *Lancet Neurology*, *354*(9175): 278-280. DOI: 10.1016/S0140-6736(98)11128-5

Weber, B., & Pott, U. (2011). Internationale Entwicklungen in der Ergotherapie. Occupation-based, context-based, client centered, evidence based practice. In B. Hucke, & A. Hörstgen (Hrsg.), *Update Schlaganfall: Aktuelle Entwicklungen für die Ergotherapie in der Neurologie* (1. Aufl., S. 9-20). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Weldring, T., & Smith, S. M. S. (2013). Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Services Insights*, 6: 61–68. DOI: https://doi.org/10.4137/HSI.S11093

Wiemer, R. (1979). Traditional and nontraditional practice arenas. In *Occupational Therapy: 2001 A.D.* (S. 42-53). Rockville: American Occupational Therapy Association.

Wolf, T. J., & Nilsen, D. M. (2018). *Menschen mit Schlaganfall. Deutschsprachige Ausgabe von Mieke le Granse* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.

Wolf, T. J., Chuh, A., Floyd, T., McInnis, K., & Williams, E. (2015). Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation after stroke: An evidence-based review. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, *69*(1): 1-11. DOI: https://doi.org/10.5014/ajot.2015.012195

Wong, S. R., & Fisher, G. (2015). Comparing and Using Occupation-Focused Models. In *Occupational Therapy In Health Care 29*(39): 297-315. DOI: 10.3109/07380577.2015.1010130

World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.

Zamath, F. (2018). Ein Trendberuf in Übersee. *Ergopraxis, 7-8*(18): 40-44.

Zimmerer-Branum, S., & Nelson, D. L. (1995). Occupationally embedded exercise versus rote exercise: A choice between occupational forms by elderly nursing home residents. *American Journal of Occupational Therapy, 49*(5): 397-402. DOI: 10.5014/ajot.49.5.397

Zittlau, B. (2018). Individuelle Ressourcen berücksichtigen. Alltagstransfer. *Ergotherapie und Rehabilitati*on, 57(5): 20-3.

## Glossar

**ADLs (OTPF):** Aktivitäten, die die Pflege des eigenen Körpers beinhalten. Die Aktivitäten sind wichtig für das Leben in sozialen Beziehungen, das Überleben und das Wohlgefühl (AOTA, 2014).

**Aktivitäten (ICF):** Tätigkeiten, die zur Ausführung von Aufgaben oder Aktionen durch eine Person ausgeführt werden (DIMDI, 2005).

**Aktivitäten (OTPF):** Handlungen, die kreiert und ausgewählt werden, um die Entwicklung von Ausführungsfertigkeiten und Ausführungsmustern zu unterstützen, um Occupational Engagement zu erlangen (AOTA, 2014).

**Betätigung**: Eine Aktivität oder ein Bündel von Aktivitäten, die mit einer bestimmten Regelmäßigkeit und Struktur durchgeführt werden und denen Personen und ihre Kultur einen bestimmten Wert und eine bestimmte Bedeutung beimessen, werden als Betätigung bezeichnet (Granse, Hartingsveldt & Kinébanian, 2019).

**Betätigungsgerechtigkeit**: Allen Menschen in einer Gesellschaft (unabhängig von Alter, Behinderung, Geschlecht, Rang oder anderer Unterschiede) wird zuerkannt, sich an Alltagsaktivitäten zu beteiligen, wobei die Gesellschaft ihr Recht an einer inklusive Partizipation anerkennt (AOTA, 2014).

**Betätigungsperformanz**: bezeichnet die dynamische, miteinander verflochtene Beziehung zwischen einer Person, ihrer Betätigung und ihrer Umwelt (Townsend & Polatajko, 2013).

**Bias**: ist eine Verzerrung, ein Fehler, der während der Datenerhebung auftritt und zu fehlerhaften Ergebnissen führt (Misoch, 2015).

**Bottom-Up**: Die Therapeut*innen konzentrieren sich auf die Möglichkeiten und Beeinträchtigungen der motorischen, kognitiven und psychischen Fertigkeiten und Funktionen. Die Erwartung ist, dass dies zu einem erfolgreichen Betätigen führt, wenn die Funktionseinschränkung abnimmt oder ganz verschwindet (Granse et al., 2019).

**Case Summary**: ist die Zusammenfassung eines Textes.

**Codieren**: ist die Zuordnung von Kategorien. Eine einzelne Zuordnung dieser Art wird als Codierung bezeichnet (Kuckartz, 2018).

**Datentriangulation**: Hierbei werden Daten aus verschieden Quellen oder verschiedenartigen Daten genommen (Döring & Bortz, 2016).

**Deduktiv**: Beim deduktiven Verfahren wird vom Allgemeinen auf das Besondere geschlussfolgert (Grundlagen sozialwissenschaftlicher Methoden).

**Domain (OTPF):** ist der Gegenstandsbereich einer Profession, in der die Berufsangehörigen Fachwissen und Expertise haben (AOTA, 2014).

**Domäne (ICF):** Eine Domäne ist eine praktikable und sinnvolle Menge von miteinander im Zusammenhang stehenden physiologischen Funktionen, anatomischen Strukturen, Handlungen, Aufgaben oder Lebensbereichen (DIMDI, 2005).

**Empowerment**: bezieht sich auf persönliche und soziale Prozesse, die sichtbar und unsichtbar eine Beziehung verändern, sodass Macht gleichberechtigt geteilt wird (Townsend & Polatajko, 2013).

**Enablement**: ist eine Kernkompetenz von Ergotherapeut*innen und dient dazu Klient*innen zu befähigen, Occupational Engagement zu erfahren (Townsend & Polatajko, 2013).

**Engagement**: bedeutet das Eingebundensein und Beteiligtsein in und an einer Betätigung, sodass die Person Teilhabe erlebt. Es umfasst mehr als das Ausführen einer Betätigung (Townsend & Polatajko, 2013).

**Grundgesamtheit (Population)**: ist die Menge aller potenziellen Untersuchungsobjekte, über die etwas ausgesagt werden soll. Es werden in der Regel nur Auswahlen (Stichproben) aus dieser Population und die Ergebnisse dann auf diese verallgemeinert (Flick, 2019).

**Heilmittel**: sind persönliche medizinische Leistungen (DVE, 2017), die von ergotherapeutischen Fachkräften im Rahmen einer Therapie erbracht werden.

**Heilmittelrichtlinie**: Vom Gesetzgeber verabschiedeter Leistungs- und Abrechnungskatalog über die Versorgung der von Krankenkassen versicherten Bevölkerung mit medizinischen Dienstleistungen und Versorungsgütern. Er besteht aus dem Richtlinientext und dem Heilmittelkatalog in dem auch die Maßnahmen der Ergotherapie aufgeführt sind (DVE, 2017).

**Heterogene Stichprobe**: Möglichst viele Eigenschaften der Stichprobe sollen mit der Grundgesamtheit übereinstimmen, damit aus der Stichprobe Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit gezogen werden können (Misoch, 2015).

**IADLs (OTPF):** sind Aktivitäten, die das tägliche Leben Zuhause und in Gemeinschaften unterstützen. Meist sind dafür komplexere Interaktionen notwendig als bei den ADLs (AOTA, 2014).

**Induktiv:** Bei induktiven Verfahren wird von Einzelbeobachtungen auf das Allgemeine geschlossen (Grundlagen sozialwissenschaftlicher Methoden).

**Intercoder-Reliabilität**: kennzeichnet das Maß der Übereinstimmung von Codierungen, die durch voneinander unabhängigen Codierern in der empirischen Sozialforschung durchgeführt wurden und ist damit ein Maß für die Objektivität des Ergebnisses (Kuckartz, 2018).

**Intersubjektivität**: drückt aus, dass ein komplexer Sachverhalt für mehrere Betrachter gleichermaßen erkennbar und nachvollziehbar ist (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014).

**Interventionsprozess**: besteht aus professionellen Aktionen der Ergotherapeut*innen in Zusammenarbeit mit Klient*innen, wodurch das Betätigen der Person mit Blick auf deren Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation erleichtert werden soll (Granse et al., 2019).

**Kategorisierung**: Zuordnung von Sachverhalten, Aussagen oder Ereignissen zu einer Kategorie in einem zuvor definierten Kategorienverzeichnis (Flick, 2019).

**Klientenperspektive**: beschreibt in dieser Studie die Sichtweise auf und die Erfahrungen der Klient*innen mit ergotherapeutischer Versorgung. Das umfasst ihre Erkrankung, die Therapiegestaltung, das Setting der Therapie, die Rahmenbedingungen der Therapie und die Therapeut*innen.

**Kontext**: alles, was es in der direkten Umgebung von Klient*innen gibt und sich auf ihr Betätigen auswirken kann (Granse et al., 2019). In dieser Studie wird der Kontext auch als Setting bezeichnet.

**Leitfadeninterview**: Das Leitfadeninterview zählt zu den qualifizierten Interviews und ist den qualitativen Forschungsmethoden zuzuordnen. Das Interview wird durch einen Leitfaden semistrukturiert, sodass der Interviewende den Gesprächsfluss lenken kann. Bei der in dieser Studie angewandten offenen Variante achtet die interviewende Person darauf, dass alle Themen des Leitfadens behandelt werden (Helfferich, 2011).

**Leitfrage**: dient der Beantwortung der Forschungsfrage. Es ist eine wissenschaftliche Fragestellung, die die Richtung für eine komplette wissenschaftliche Arbeit definiert und auf einen bestimmten Aspekt des Themas abzielt (Gläser & Laudel, 2010).

**Leitlinien (medizinische):** sind systematisch entwickelte Hilfen für medizinisches Fachpersonal, um Entscheidungen zur Versorgung von Menschen mit spezifischen medizinischen Dienstleistungen auf der Grundlage von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren zu treffen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2020).

**Member Check**: Bewertung von Ergebnissen durch Studienteilnehmer (Flick 2019, S. 311).

**Memo**: ist eine Notiz in den Transkriptionen, die zum Verständnis für die anderen Forscherinnen beiträgt oder in der Auffälligkeiten vermerkt werden (Flick, 2019).

**Occupational Performance**: Siehe Betätigungsperformanz

**Occupational Satisfaction**: stellt einen Zustand der Zufriedenheit mit der eigenen Betätigungsausführung oder dem Engagement dar (Townsend & Polatajko, 2013).

**Occupational Science**: untersucht mit verschiedenen Methoden das „Wer, was, wie und warum“ des Betätigens und den Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden. Durch die Occupational Science werden Modelle, Theorien und Bezugsrahmen über den Kern der Ergotherapie geschaffen (Granse et al., 2019).

**Peer Debriefing**: Einholen von Kommentaren von Fachkolleg*innen zu Ergebnissen von Forschung (Flick, 2019, S.311).

**Postskriptum:** Ein Postskriptum ist ein Anhang an einem Text. Dieser Anhang kann Notizen und kurze Angaben zu wichtigen Inhalten oder Gedanken enthalten (Helfferich, 2011).

**Power-Sharing**: siehe Empowerment

**Pretest**: Anwendung eines methodischen Instruments (Fragebogens oder Kategoriensystem) mit dem Ziel, dieses vor der eigentlichen Untersuchung zu überprüfen (Flick, 2019, S.311).

**Purposive Sampling:** ist eine Nichtwahrscheinlichkeitsstichprobe. Die Forscher verlassen sich bei der Auswahl der Personen aus der Grundgesamtheit auf ihr eigenes Urteilsvermögen (Misoch, 2015).

**Regelgeleitetheit**: ist die Einhaltung von bestimmten Vorgehensweisen, Regeln und ein systematisches Vorgehen, das sich in Anwendungen von Ablauf- oder Prozessmodellen im Forschungsprozess zeigt. Regelgeleitetheit ist ein Gütekriterium der qualitativen Forschung und gehört zur Verfahrensdokumentation. Das Verfahren und die einzelnen Schritte der Datenanalyse erfolgen systematisch und sind für Dritte nachvollziehbar und nachprüfbar dargelegt (Döring & Bortz, 2016).

**Reliabilität**: Gütekriterium, das angibt, wie stark die Messwerte durch Störeinflüsse oder Fehler belastet sind (Flick, 2019, S.312).

**Reziprozität**: Es ist das Prinzip der Gegenseitigkeit, also ein Grundprinzip des menschlichen Handelns (Baur & Blasius, 2014).

**Sampel**: Teilmenge einer Grundgesamtheit, die unter bestimmten Gesichtspunkten ausgewählt wurde (Misoch, 2015).

**Sampling**: ist das Auswahlverfahren, um eine Stichprobe aus einer Population bzw. Grundgesamtheit zu ziehen (Flick, 2019).

**Schneeballverfahren**: ist ein bewusstes Auswahlverfahren in dem der Interviewer den Befragten bittet, weitere Personen zu benennen, die möglicherweise bereit sind, an der Untersuchung teilzunehmen (Misoch, 2015).

**Segmentierung**: ist die Zerlegung eines Textes in kleinsten bedeutungstragenden Einheiten (Flick, 2019, S.312).

**Setting**: siehe Kontext

**Stichprobe**: ist die Auswahl von Untersuchungsteilnehmer*innen aus einer Population (Flick, 2019, S. 312).

**Tandem-Interview**: Wenn mehrere Personen eine Person interviewen, können sie sich beim Fragen abwechseln (Döring & Bortz, 2016).

**Text-Retrieval**: ist die Form der computergestützten Auswertung codierter Textabschnitte (Kuckartz, et.al).

**Tiefeninterview**: Zu einem vorgegebenen Thema wird zwischen Befragtem und Interviewer ein relativ langes, intensives Gespräch geführt, in dem alle bedeutsamen Einstellungen und Meinungen des Befragten zum Thema erfasst werden sollen.

**Top-Down Ansatz**: Die Therapeut*innen nehmen hierbei eine breit angelegte Sichtweise ein und betrachten die Klient*innen in ihren Betätigungskontexten, um zu sehen, was ihnen wichtig ist (Granse et al., 2019).

**Transkript**: Die Verschriftlichung von Interviews. Tonband- oder Videoaufzeichnungen (Flick, 2019, S. 313).

**Triangulation**: Ein Gegenstand wird mit zwei Methoden oder von zwei Forscher*innen analysiert (Flick, 2019, S.313).

**Validität**: Gütekriterium zur Bestimmung der Gültigkeit (Flick, 2019, S. 313).

**Vertiefungsfragen**: das angesprochene Thema wird durch weitere Fragen ausführlicher exploriert (Bogner, Littig & Menz, 2014).

**Vorgehensweise**: in der therapeutischen Intervention kann Top-Down oder Bottom-Up erfolgen(Granse et al., 2019).

**Vulnerable Gruppe**: Personen, die aufgrund ihrer sozialen Problemlage, Behinderung, gesundheitliche Einschränkung besonders verletzlich sind (Flick 2019, S. 314).

## Abbildungsverzeichnis


| | |
|---|---|
| Abbildung 1 | Bio-psycho-soziales Modell der ICF |
| Abbildung 2 | Ergotherapeutischer Paradigmenwechsel |
| Abbildung 3 | Die sechs Säulen der Ergotherapie |
| Abbildung 4 | CMOP-E (Townsend & Polatjako, S. 23) |
| Abbildung 5 | Kompetenzprofil Ergotherapie |
| Abbildung 6 | Grafik zum Forschungsplan und -ablauf |
| Abbildung 7 | Forschungstrias (Przybroski & Wohlrab-Sahr, 2014) |
| Abbildung 8 | Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) |
| Abbildung 9 | Auszug des Kategoriensystems |


## Bildnachweis

Abbildung 1: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2020). *ICF*. Abgerufen am 31.10.2020 von https://www.dimdi.de/static/.content/images/abb-icf-wechselwirkung-komponenten.png

Abbildung 4: ReseachGate GmbH (2020). *Canadian Model of Occupational Performance (CMOP-E)*. Abgerufen am 31.10.2020 von https://www.researchgate.net/figure/Canadian-Model-of-Occupational-Performance-CMOP-E-Published-with-permission-from-CAOT_fig1_330563634

Abbildung 5: Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2019). *Kompetenzprofil Ergotherapie* (1. Aufl.). Abgerufen am 02.02.2020 von https://dve.info/resources

## Tabellenverzeichnis


| | |
|---|---|
| Tabelle 1 | Exemplarischer Auszug aus der Literaturrechercheliste |
| Tabelle 2 | Übersicht der rekrutierten Teilnehmer*innen |
| Tabelle 3 | Auszug des Interviewleitfadens |
| Tabelle 4 | Phasen nach Kuckartz (2018) |
| Tabelle 5 | Übersicht der Gütekriterien |
| Tabelle 6 | Übersicht der Teilnehmenden und ihrer Therapeut*innen |


## Anhang


| | |
|---|---|
| Anhang 1 | Mindmap |
| Anhang 2 | Anschreiben für die teilnehmenden |
| Anhang 3 | Informationsschreiben für die Teilehmenden |
| Anhang 4 | Einverständniserklärung-Interview |
| Anhang 5 | Einverständniserklärung Live-Interview |
| Anhang 6 | Erhebung der sozio-demografischen Daten |
| Anhang 7 | Interviewleitfaden Pretest |
| Anhang 8 | Interviewleitfaden |
| Anhang 9 | Interviewprotokollbögen nach Helfferich |
| Anhang 10 | Transkriptionsregeln |
| Anhang 11 | Auszug aus den Transkripten |
| Anhang 12 | Auszüge der Case-Summeries aus MAXQDA |
| Anhang 13 | Codierregeln |

| | |
|---|---|
| Anhang 14 | Kategoriensystem |
| Anhang 15 | Auszug aus der interaktiven Segmentmatrix |
| Anhang 16 | Beispiel Codierung |
| Anhang 17 | Auszug aus der Literaturrecherche |
| Anhang 18 | Auszug aus der Einschätzung der Studien nach Tomlin & Borgetto (2011) |
| Anhang 19 | Ehrenwörtliche Erklärung |

# 1 Mindmap

Theoretischer Hintergrund

**6 Säulen der Ergotherapie**

Klientenzentrierung: Bedürfnisse, Ziele, Wünsche, Wohlbefinden, Umgang mit Misserfolg, Alltagsherausforderungen, Befindlichkeit berücksichtigt, Evaluation, Reflexion, Reevaluation, Empowement, Machtverlagerung, shared-decision-making

Betätigungsbasierung: Befunderhebung, Assessments, Interventionsgestaltung (Top Down oder Bottom Up?), Betätigungsbereiche (bADLs, iADLs, Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit), Alltagstransfer

Kontextbasierung: zu Hause oder Praxis

Evidenzbasierung: Wichtig Therapie nach aktuellem Stand der Forschung, Leitlinien, Modelle, ICF, methodisches Handeln

Populationsbasierung: Individuum in seinem sozialen Umfeld, Selbsthilfegruppen, TN = vulnerable Gruppe

Technologiebasierung: PC, Apps, Handy, Tablet, Therapiemittel, Novafon, PC-Programme

(Grundlagen der Ergotherapie, S. 197ff)

**Kanadische Modellreihe**

CMOP-E: Engagement, Kontextbasierung, OT-Domain, Klientenzentrierung, Betätigungsbasierung, Spiritualität der Klienten erhalten

CPPF: vereinfacht als Prozess (Evaluation, Intervention, Reflexion), Kontext

CMCE: Ineffective, Minimal, Missed or Effective Enablement durch Therapie?

Enablement: Alltagstransfer möglich? Ziel größtmögliche Selbstständigkeit?

Competence-Roles: Therapeuten darin einordnen

COPM als Basis Struktur für Interview?

(PDF Pascal, Grundlagen der ET S. 378 ff)

**ICF?**

Daten der Klienten klassifizieren

**Rahmenbedingungen**

Indikationskatalog (DVE) und Heilmittelkatalog (Buchner)

Bestimmungen/Kriterien für ärztlich verordneten Hausbesuch und ambulante Therapie

Art der Verordnung (sens-perz., mot-funkt.)

Evidenz über Menge der VO: Hausbesuch oder Praxis?

**Suchbegriffe**

- home based therapy
- Practice context/outpatient
- Experience
- Reports
- perception
- Occupational therapy
- Adult/not children
- Occupation-based
- Context-based
- Client-centered
-

**Datenbanken**

PubMed—M
Zuyd Bibliotheek—DiZ—C
Cinahl—M
OT-Seeker—H
MedLine—H

**Klient/Teilnehmer/Person**

Alter, Geschlecht, Diagnose, Rentner, Berufstätig, Hausfrau, Werte, Normen, Bedürfnisse

**Ein-/Ausschlusskriterien**

- keine progrediente Erkrankung
- Neurologische oder orthopädische Erkrankung → eventuell nur Apoplex?
- Therapieerfahren in beiden Kontexten
- Aktuell Therapiepause oder Therapieende → Kein Interessenkonflikt
- Keine dementiellen Veränderungen, Kognitiv fit, keine sprachlichen Einschränkungen
- Keine Befragung von Angehörigen
- PC & Grundkenntnisse PC

**Forschungsfrage**

*Von welchen Erfahrungen berichten Personen rückblickend über die Ergotherapie als Hausbesuch und in der Praxis?*

**Leitfragen**

*Wie haben die Klienten die Gestaltung der Therapie in Hinblick auf ihre Alltagsaktivitäten erlebt?*

*Wie wird in der Therapie an den Wünschen/Betätigungsanliegen/Bedürfnisse und Zielen der Klienten gearbeitet? Berücksichtigung?*

*Was sind die hemmenden oder fördernden Faktoren für die Intervention im häuslichen oder Praxis-Kontext gewesen?*

**Rekrutierung**

ergotherapeutische Praxen, Hausärzte, Neurologen, Selbsthilfegruppen, betreutes Wohnen, Facebook

**Methodik**

Forschungsdesign angelehnt an Phänomenologie

Auswertung: qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Interview

Basis COPM

Qualitative Interviews mit semistrukturiertem Leitfaden

Ort der Interviewdurchführung: frei gewähltes Setting

**Outcome**

Wahrnehmung der Klienten beider Therapiekontexte erfahren → Klientenperspektive

Was ist Klienten in der Therapie wichtig?

Welche Ziele setzen sich Klienten? Welchen Anspruch haben sie an sich und die Therapie?

Welche Erfahrungen haben sie mit der Herangehensweise/Umsetzung der Intervention? Top Down oder Bottom Up?

Auf welcher Ebene findet Therapie statt: Alltag, Emotionen oder Anatomie?

Auf der Basis:

- Beide Erfahrungen miteinander vergleichen und einander gegenüber stellen (Vor– und Nachteile)
- Fürsprecherrolle für Klienten einnehmen können (advocate)
- Eigenes therapeutisches Handeln reflektieren anhand genannter Kriterien der Teilnehmer
- Ärzte können sich informieren über Vor– und Nachteile der jeweiligen Therapieform

## 2 Anschreiben für die Teilnehmenden

# Ergotherapie — zu Hause oder in der Praxis?

Zuyd University of Applied Sciences ZU YD

Hanna Drobny

Christine Fiedler

Monika Höpner

Wir, Hanna Drobny, Christine Fiedler und Monika Höpner, studieren im berufsbegleitenden Bachelorstudiengang „Ergotherapie“ an der Zuyd Hogeschool, Heerlen, Niederlande.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit möchten wir aus der Sichtweise unserer Klient*innen erforschen, wie Ergotherapie als Hausbesuch und in der Praxis erlebt wird.

**Um das zu erfahren, brauchen wir Ihre Unterstützung!**

- Wie haben Sie die Gestaltung der Therapie in Hinblick auf Ihre Alltagsaktivitäten erlebt?
- Wie wird in der Therapie an Ihren Wünschen, Zielen und Bedürfnissen gearbeitet?
- Wie denken Sie über Ergotherapie im häuslichen Umfeld und in der Praxis?

## Welche Erfahrung haben Sie mit Ergotherapie gemacht?

- Haben Sie eine neurologische Erkrankung?
- Haben Sie Erfahrung mit Ergotherapie zu Hause und in der Praxis?
- Befinden Sie sich aktuell in Therapiepause oder ist die Therapie beendet?

Dann melden Sie sich bis zum 30.06.2020 bei uns unter:

klientensichtweise@gmail.com

Wir möchten Sie interviewen, um zu erfahren, wie Sie die Ergotherapie erlebt haben.

Das Gespräch dauert etwa 45-60 Minuten und wird aufgrund der derzeitigen Situation online in einem geschützten Raum stattfinden.

Wir werden das Gespräch aufnehmen und die Gesprächsinhalte anonymisiert auswerten. So können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

Die Teilnahme erfolgt unentgeltlich. Auf Wunsch erhalten Sie unsere Bachelorarbeit in digitaler Form.

Bei eventuellen Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Erfahrungen!

**Ihre Meinung und Ihr Expertenwissen sind gefragt!**

# 3 Informationsschreiben für die Teilnehmenden

Zuyd University of Applied Sciences

**Liebe*r Studienteilnehmer*in,**

vielen herzlichen Dank für Ihr Interesse zur Teilnahme an unserer Studie zum Thema: *„Ergotherapie – zu Hause oder in der Praxis?"*
Im Folgenden werden wir Ihnen genauere Informationen zum Ablauf und Ziel unserer Studie aufzeigen.

Was ist es für eine Studie und welches Ziel verfolgen wir?
Mit der Durchführung einer qualitativen Studie untersuchen wir, wie Menschen mit neurologischen Erkrankungen die Ergotherapie sowohl zu Hause als auch in der Praxis erlebt haben.

Wie werden die Daten unserer Studie erhoben?
Wir werden mit Ihnen ein Interview durchführen. Das Interview stellt eine Methode der qualitativen Forschung dar, welches Ihr persönliches Erleben, Ihre Gefühle und Gedanken zu erfassen versucht.

Wie wird das Interview ablaufen?
Das Interview wird ca. 45 – 60 Minuten dauern. Wir (Hanna Drobny, Christine Fiedler und Monika Höpner) werden Sie jeweils zu zweit interviewen und Ihnen verschiedene Fragen zu Ihrem Erleben der Ergotherapie zu Hause und in der Praxis stellen.

Wo wird das Interview stattfinden?
Das Interview wird aufgrund der derzeitigen Situation online über die Software „Microsoft Teams" stattfinden. Wir werden Ihnen vorab per E-Mail einen Link zukommen lassen, über welchen Sie sich unter Angabe eines (fiktiven) Namens mit uns verbinden können.

Wie werden Ihre Daten ausgewertet?
Wir werden das Interview aufnehmen, um es auswerten zu können. Die Datei wird anonymisiert gespeichert, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Der Gesprächsverlauf wird anschließend transkribiert. Dies bedeutet, dass wir den gesamten Gesprächsinhalt wortwörtlich aufschreiben und hinterher auswerten. Einzelne Sätze können aus dem Zusammenhang genommen und anonymisiert im Text zitiert werden.

Was geschieht nach der Studie mit Ihren Daten?
Die analysierten Texte werden wir zur Beantwortung unserer Forschungsfrage in anonymisierter Form nutzen. Die erhobenen Interviewdaten werden nach zehn Jahren gelöscht.

Haben Sie die Möglichkeit, die Ergebnisse zu erfahren?
Ja! Auf Wunsch erhalten Sie unsere Bachelorarbeit nach Fertigstellung gerne in digitaler Form. Unsere E-Mail lautet: klientensichtweise@gmail.com

Herzliche Grüße von Hanna Drobny, Christine Fiedler und Monika Höpner

# 4 Einverständniserklärung-Interview

Zuyd University
of Applied Sciences

**Einverständniserklärung**

zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie zu dem Thema

*„Ergotherapie – zu House oder in der Praxis?"*

Ich erkläre mich damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig und unentgeltlich.

Ich habe die Möglichkeit, meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Die Daten werden anonymisiert ausgewertet. Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können. Nach 10 Jahren werden die erhobenen Interviewdaten gelöscht.

Ort, Datum (Unterschrift der Teilnehmer*in)

# 5 Einverständniserklärung Live-Interview

Zuyd University
of Applied Sciences

**Einverständniserklärung**

zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie zu dem Thema

*„Ergotherapie – zu Hause oder in der Praxis?"*

Ich erkläre mich damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig und unentgeltlich.

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass das Interview unter Einhaltung der allgemeinen Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit dem Coronavirus in meinem Zuhause stattfindet.

Ich habe die Möglichkeit, meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Die Daten werden anonymisiert ausgewertet. Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können. Nach 10 Jahren werden die erhobenen Interviewdaten gelöscht.

Ort, Datum (Unterschrift der Teilnehmer*in)

# 6 Erhebung der sozio-demografischen Daten

## Onlinefragebogen zur Erfassung allgemeiner Daten

### Seite 1

Herzlich willkommen!

Wir freuen uns über Ihr Interesse zur Teilnahme an unserer Studie!
Vorab möchten wir einige allgemeine Daten von Ihnen anonym erfassen. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich kurz Zeit nehmen, den Online-Fragebogen auszufüllen.

Wir danken Ihnen vorab für Ihre Mühe!

Herzliche Grüße von Hanna Drobny, Christine Fiedler und Monika Höpner

### Seite 2

**Welches Geschlecht haben Sie?** *

- ◯ männlich
- ◯ weiblich
- ◯ divers

### Seite 3

**Wie alt sind Sie?** *

## Seite 4

**Klicken Sie an, welche der folgenden Aussage auf Sie zutrifft.** *

- ◯ Ich bin berufstätig.
- ◯ Ich bin berentet.
- ◯ Ich bin arbeitssuchend.
- ◯ Sonstiges

## Seite 5

**Aufgrund welcher Erkrankung haben Sie Ergotherapie erhalten?** *

## Seite 6

**Wie lange liegt die Ergotherapie als Hausbesuch bei Ihnen zurück?** *

- ◯ bis zu 2 Jahre
- ◯ bis zu 4 Jahre
- ◯ 5 Jahre oder mehr

## Seite 7

**Über welchen Zeitraum haben Sie Ergotherapie als Hausbesuch erhalten?** *

- ◯ bis zu 2 Jahre
- ◯ bis zu 4 Jahre
- ◯ 5 Jahre oder mehr

## Seite 8

**Wie lange liegt die Ergotherapie in der Praxis bei Ihnen zurück?** *

- ◯ bis zu 2 Jahre
- ◯ bis zu 4 Jahre
- ◯ 5 Jahre oder mehr

## Seite 9

**Über welchen Zeitraum haben Sie Ergotherapie in der Praxis erhalten?** *

- ◯ bis zu 2 Jahre
- ◯ bis zu 4 Jahre
- ◯ 5 Jahre oder mehr

# 7 Interviewleitfaden Pretest

**Leitfaden - Pretest**

Teil 1 – Verlauf

1. Beschreiben Sie eine typische Therapiestunde
    a. zu Hause und
    b. in der Praxis!
        i. Kontext, Paradigma, Säulen, Theorie-Praxis Transfer, CPPE
2. Bitte schildern Sie, wie Sie Ihre Wünsche und Bedürfnisse Ihrem Therapeuten gegenüber äußern konnten!
    a. Unterschied zwischen Zuhause und Praxis? → im Interview spontan drauf eingehen
        i. Säulen, Paradigma, Kompetenzen, CMOP-E, CPPE?
3. Wie wurden die Ziele für die Therapie festgelegt?
    a. Zu Hause?
    b. In der Praxis?
        i. → Theorie-Praxis Transfer, ICF, Leitlinien, Klientenzentrierung, Shared Decision, TD/BU
4. Welche Erfahrungen haben Sie gesammelt, wie Ihr Therapeut auf Ihre Bedürfnisse und Ziele in der Therapie eingegangen ist?
    a. Zu Hause?
    b. In der Praxis?
        i. → Säulen der ET, Berufskompetenzen, Paradigma, Theorie-Praxis Transfer (Alltagstransfer), CMOP-E, ICF
            - Therapieküche
            - Alltagsbezug
            - Interessen/Freizeit?
            - Sonstiges: Handwerk
            - Funktionell
            - Therapeutische Kompetenzen

- Vorgehensweise TD/BU

<u>Teil 2 – Gefühle & Einstellungen</u>

5. Wenn Sie zurückdenken, in welchen Bereichen ihres Alltags haben Sie aufgrund ihrer Erkrankung eine Veränderung erlebt?
    i. → OTPF
    - Betätigung
        - Aktivitäten des täglichen Lebens (Duschen, Anziehen, Toilettengang.)
        - Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
        - Ruhe und Schlaf
        - Hobbies / Interessen nach gehen
        - Freizeit
        - Soziale Teilhabe
        - Arbeit
        - Lernen
    - Kontext

<u>Teil 3 – Subjektive Bewertungen</u>

6. Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit Ihrem Therapeuten erlebt?
    i. → Säulen der ET, Paradigma (Shared Decision), Berufskompetenzen
7. Beschreiben Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Therapie!
    a. Zu Hause
    b. In der Praxis
        i. CPPE, Theorie-Praxis Transfer, OTPF, Kontext
        - Erreichte Ziele?
        - Weitere Schwierigkeiten/Herausforderungen?
8. Wo sehen Sie Unterschiede zwischen der Therapie zu Hause und in der Praxis?
    i. → Kontext, Theorie-Praxis Transfer, Paradigma (TD, BU), Betätigung (Säule, CMOP-E, OTPF)
9. Welche Fähigkeiten ihres Therapeuten haben Sie während der Therapie geschätzt?

a. Zu Hause?
b. In der Praxis?
    i. Berufskompetenzen, Säulen, CMOP-E (Engagement, Enablement)
        - Beratung
        - Kompetenz
        - Pünktlich
        - Zuverlässig
        - Freundlich
        - Empathie

Teil 4 – Ziele & Erwartungen

Therapiepause:

10. Beschreiben Sie bitte, mit welchen Erwartungen Sie an die nächste Therapie herangehen?
    i. Säulen der ET, Berufskompetenzen, Paradigma (TD, BU), Hausbesuch/Praxis
11. Welche Ziele haben Sie für die nächste Therapie?
    i. Säulen der ET, Paradigma

Beendigung der Intervention:

12. Wie gehen Sie jetzt mit Herausforderungen im Alltag um?
    i. Alltagstransfer/Theorie-Praxis-Transfer, OTPF
13. Schildern Sie uns bitte, inwiefern die Ergotherapie Ihren Alltag langfristig beeinflusst hat!
    i. OTPF, CMOP-E, Theorie-Praxis-Transfer/Alltagstransfer, Säulen der ET
14. Beschreiben Sie, wie eine ideale Therapiestunde für Sie aussehen würde!
15. Wir kommen nun langsam zum Ende unseres Gesprächs. Haben Sie noch Ergänzungen? Gibt es noch etwas, das wir vergessen haben, zu fragen?

**Reflexions-Fragen nach dem Pretest**

Im Anschluss an die Pretest-Interviews werden folgende Fragen gestellt:

- Sind alle Fragen verständlich?
- Baut die Reihenfolge der Fragen aufeinander auf?
- Wirkt der Fragebogen insgesamt zu lang oder in bestimmten Bereichen ermüdend?
- Fühlen Sie sich bei einzelnen Fragen in eine bestimmte Richtung gedrängt?
- Wie lange hat das Interview gedauert?
- Gibt es weitere Anmerkungen?

# 8 Interviewleitfaden

| Teil 1 - Verlauf |
|---|
| 2. Beschreiben Sie, weswegen Sie Ergotherapie erhalten haben.<br>**Hilfsfragen:**<br>○ Aufgrund welchen Krankheitsbildes haben Sie Ergotherapie erhalten?<br>○ Wenn Sie zurückdenken, in welchen Bereichen ihres Alltags haben Sie aufgrund ihrer Erkrankung eine Veränderung erlebt?<br>○ Haben die Therapeuten gewechselt? (Innerhalb eines Rezepts; bei Hausbesuch + Praxis)<br>○ Lag eine Pause zwischen der Therapie als Hausbesuch und der in der Praxis?<br>○ Bezug zur Praxis herstellen, falls Pause zwischen Therapie in der der Praxis und Therapie als Hausbesuch |
| 3. Beschreiben Sie anhand einer beispielhaften Situation, wie Sie die Ergotherapie erlebt haben.<br>**Hilfsfragen:**<br>○ Methode: funktionsorientiert / betätigungsorientiert (Therapieküche, Handwerk, funktionell)<br>○ Kontextbasiert / nicht kontextbasiert, wurde die Umwelt genutzt?<br>○ Welche Therapiematerialien wurden verwendet?<br>○ Haben Sie Hausaufgaben oder Eigenübungen seitens ihres Therapeuten erhalten?<br>○ Wie ist Ihnen das, was in der Therapie beübt wurde, eigenständig im Alltag gelungen? Konnten sie einen Benefit in ihrem Alltag daraus ziehen?<br>○ Haben in der darauffolgenden Therapieeinheit Nachfragen von Seiten des Therapeuten stattgefunden?<br>○ Wie ist der Therapeut in der Therapie vorgegangen? (shared-decision-making?)<br>○ Wie war das Erleben? |
| **Hilfsfrage vor 3:**<br>○ Konnten Sie zu Hause Ihre Wünsche und Bedürfnisse Ihrem Therapeuten gegenüber äußern?<br>○ Konnten Sie in der Praxis Ihre Wünsche und Bedürfnisse Ihrem Therapeuten gegenüber äußern?<br>4. Falls ja: Können Sie uns ein Beispiel dazu nennen? / Wie ist der Therapeut auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingegangen?<br>**Hilfsfragen:**<br>○ Hat Ihr Therapeut Ihre Wünsche und Bedürfnisse respektiert?<br>○ Wurden die Wünsche und Bedürfnisse ernst genommen? |
| 5. Wie wurden die Ziele für die Therapie festgelegt?<br>**Hilfsfragen:**<br>○ Fand eine Zielformulierung statt? „shared-decision?“<br>○ Dokumentation? Überprüfung?<br>○ Wurde nach den Zielen gehandelt?<br>○ Wurden Prioritäten berücksichtigt und gesetzt? |

**Teil 2 – Gefühle und Einstellungen**

6. Wie wohl haben Sie sich in der Therapie Zuhause gefühlt?
   Wie wohl haben Sie sich in der Therapie in der Praxis gefühlt?
   **Hilfsfragen:**
   - Welchen Einfluss hatte der Kontext (Räumlichkeiten/Umfeld)?
   - Welchen Einfluss hatte die Person (Freundlichkeit, Kompetenz?)
   - Welchen Einfluss hatte der organisatorische Aspekt (Terminabsprache, wechselnde Therapeuten)?

**Teil 3 – Subjektive Bewertung**

7. Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit Ihrem Therapeuten zu Hause erlebt?
   Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit Ihrem Therapeuten in der Praxis erlebt?
   **Hilfsfragen:**
   - Wurden Entscheidungen gemeinsam getroffen? „decision-making?“
   - Wie war das Nähe-Distanz-Verhältnis?
   - Wie offen war Ihr Therapeut für Ihre Anliegen?
   - Wie war das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Therapeuten?

8. Beschreiben Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Therapie zu Hause!
   Beschreiben Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Therapie in der Praxis!
   **Hilfsfragen:**
   - Wie hat ihr Therapeut dazu beigetragen? Wie konnten Sie selbst dazu beitragen
   - Erreichte Ziele?
   - Weitere Schwierigkeiten/Herausforderungen?
   - Therapie hat immer zwei Seiten, auch die Mitarbeit des Klienten ist wichtig und die wurde ich auch erfragen?
   - Was war mein Beitrag?
   - Konnte ich mich einbringen?
   - Wie motiviert war ich?

9. Wo sehen Sie Unterschiede zwischen der Therapie zu Hause und in der Praxis?
   **Hilfsfragen:**
   - Ergebnis?
   - Ablauf?
   - Umfeld?
   - Material?
   - Organisation?

10. Welche Fähigkeiten ihres Therapeuten haben Sie während der Therapie geschätzt?
    **Hilfsfragen:**
    - Wie beraten fühlten Sie sich?
    - Wie denken Sie über die Kompetenzen ihres Therapeuten (zwischenmenschlich, fachlich)
    - War ihr Therapeut pünktlich?
    - War er/sie zuverlässig?
    - War er Ihnen gegenüber freundlich?

- Zeigte er sich Ihnen gegenüber empathisch?

**Teil 4 – Ziele und Erwartungen**

Bevor wir nun zu unseren letzten Fragen kommen, möchten wir wissen, ob Sie aktuell in Therapiepause sind oder ob die Therapie beendet ist?

**Therapiepause:**

11. Beschreiben Sie bitte, mit welchen Erwartungen Sie an die nächste Therapie herangehen?

**Hilfsfragen:**

- Was erwarte ich von meinem nächsten Therapeuten?
- Gibt es Aspekte in der Organisation, die Sie ändern würden?
- Welche Ziele haben Sie?
- Welche Wünsche haben Sie?

**Beendigung der Intervention:**

12. Wie gehen Sie jetzt mit Herausforderungen im Alltag um?

**Hilfsfragen:**

- Bitten Sie jemand anderen um Hilfe?
- Suchen Sie nach Möglichkeiten, sie alleine zu bewältigen?
- Wie sicher fühlen Sie sich in der Ausübung der Tätigkeiten?
- Überlegen Sie, was Ihr Therapeut Ihnen in der Situation raten würde?

13. Schildern Sie uns bitte, inwiefern die Ergotherapie Ihren Alltag langfristig beeinflusst hat!

**Hilfsfragen:**

- Vergleichen Sie früher und heute! In welchen Bereichen haben Sie Kompetenzen erworben?
- Welchen Einfluss hat die Ergotherapie möglicherweise auf Ihre Zukunft?

14. Beschreiben Sie, wie eine ideale Therapiestunde für Sie aussehen würde!

**Hilfsfragen:**

- Wie möchten Sie sich in zukünftige Therapien einbringen?
- Wie würden Sie eine Therapieeinheit gestalten?
- Was wünschen Sie sich von Ihrem Therapeuten?
- Wo soll die Therapie stattfinden?

15. Wir kommen nun langsam zum Ende unseres Gesprächs. Haben Sie noch Ergänzungen? Gibt es noch etwas, das wir vergessen haben, zu fragen?

# 9 Interviewprotokollbögen nach Helfferich

Interview Code Nr.: B1

Datum: 08.07.2020

Dauer: 01:14 Stunden

Ort: ☐ face to face ☒ Video Interview

Angabe zum Kontaktweg: Soziale Medien Facebook / E-Mail

Alter: 63

Berufstätigkeit: ja

Zusätzliche Informationen, besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung oder im Interview:

Die Kontaktaufnahme verlief über Facebook /E-Mail. B1 wirkte von Anfang an aufgeschlossen und motiviert, seine Erfahrungen mit uns zu teilen.

Interviewatmosphäre:

Die Interviewatmosphäre war stets entspannt. Da sich im Verlauf herausstellte, dass der Teilnehmer selbst Ergotherapeut ist, gingen wir am Ende noch in ein 20-minütiges Privatgespräch über.

Einverständniserklärung ist unterschrieben

Teilnehmer 1 wünscht, die Bachelorarbeit digital zu erhalten.

| | | |
|---|---|---|
| Interview Code Nr.: | B2 | |
| Datum: | 11.07.2020 | |
| Dauer: | 01:16 Stunden | |
| Ort: | ☒ face to face | ☐ Video Interview |
| Angabe zum Kontaktweg: | Soziale Medien | |
| Alter: | 66 | |
| Berufstätigkeit: | im Ruhestand | |

Zusätzliche Informationen, besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung oder im Interview:

Die Kontaktaufnahme verlief über E-Mail. B2 wirkte sehr aufgeschlossen und engagiert. Sie antwortete zeitnah auf E-Mails. Sie stimmte dem Interview unter den folgenden Bedingungen zu:

- Bei ihr zu Hause im Garten
- Tragen von Mund-Nasen-Schutz und Handschuhen
- Eigene Tasse mitbringen

Dort angekommen habe ich mir als Erstes die Hände desinfiziert. Wir haben im Vorgarten gesessen und einen Sicherheitsabstand von 3 Metern eingehalten. Daher musste ich keinen Mund-Nasen-Schutz und keine Handschuhe tragen. Insgesamt war ich 2 Stunden bei ihr. Sie hat einen Hund, der ihr sehr wichtig ist. Er hat die meiste Zeit des Interviews im Haus verbracht. Als er heraus kam, wollte er aus meiner Tasse trinken, weshalb die Teilnehmerin „Bah!“ rief. Durch das Treffen im Vorgarten, sind vereinzelt Autos und Motorräder zu hören. Auch Flugzeuge sind im Hintergrund zu hören. Außerdem störte eine Wespe das Interview. Die Teilnehmerin ist sehr penibel. Sie hat die Zettel der ausgedruckten Online-Umfrage und der Einverständniserklärung desinfiziert und sich Handschuhe angezogen, bevor sie diese berührt und ausgefüllt hat. Die Teilnehmerin erklärt ihre Situation sehr detailliert.

Interviewatmosphäre:

Die Interviewatmosphäre war anfangs angespannt, lockerte sich mit der Zeit. Die Anspannung der Teilnehmerin fiel mit Ende des Interviews von ihr ab. Im anschließenden persönlichen Gespräch war sie entspannter. Das Verhältnis war durchgehend professionell. Die Teilnehmerin hat mit Vorliebe von ihrem Hund berichtet. Zudem berichtete sie auch über ihre Zeit in der stationären Rehabilitation sowie über ihre Physiotherapie und Logopädie. Die Interviewerin bemühte sich insbesondere gegen Ende die ausschweifenden Erzählungen zu kürzen.

Einverständniserklärung ist unterschrieben

Die Teilnehmerin B2 wünscht, die Bachelorarbeit digital zu erhalten.

| | |
|---|---|
| Interview Code Nr.: | B3 |
| Datum: | 21.07.2020 |
| Dauer: | 31 Minuten |
| Ort/ Online: | ☒ face to face ☐ Video Interview |
| Angabe zum Kontaktweg: | Der Kontakt wurde über eine bekannte Person der Interviewerin erstellt. |
| Alter: | ca. 55 Jahre alt |
| Berufsstatus: | Frau B3 ist gelernte Bürofachfrau und zurzeit arbeitssuchend |

Zusätzliche Informationen, besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung oder im Interview:

Die erste Kontaktaufnahme, fand über ein Telefongespräch statt. Frau B3 hinterließ einen interessierten und motivierten Eindruck am Telefon. Sie freut sich am Interview teilnehmen zu können. Sie ist sehr sicher und freundlich im Interview aufgetreten. Es fand eine angenehme Interviewbeziehung statt. Es kam zu keiner komplementären Inszenierung. Sie benötigte nur an einer Stelle im Interview Unterstützung durch eine anwesende Person.

Die Interviewatmosphäre war angenehm und wertschätzend.

Die Einverständniserklärung wurde unterschrieben.

| | |
|---|---|
| Interview Code Nr.: | B4 |
| Datum: | 24.07.2020 |
| Dauer: | 21 Minuten |
| Ort/ Online: | ☒ face to face ☐ Video Interview |
| Angabe zum Kontaktweg: | Frau B4 wurde von einer Kollegin, die in der Praxis der Interviewerin angestellt ist behandelt. Die Behandlung wurde 2018 abgeschlossen, sodass ein Interessenkonflikt ausgeschlossen ist. |
| Alter: | ca. 55 Jahre alt |
| Berufsstatus: | Frührentnerin |

Zusätzliche Informationen, besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung oder im Interview:

Ihre Bedingung an dem Interview teilzunehmen war es, dass die Interviewerin zu ihr nach Hause kommen sollte, weil sie unsicher im Umgang mit den sozialen Medien ist. Die Kontaktaufnahme ist über ein Telefonat hergestellt worden. Sie war anfänglich etwas nervös zeigte sich jedoch im Verlauf des Interviews motiviert und interessiert. Die Interviewatmosphäre war sehr freundlich und wertschätzend. Frau B4 hatte Probleme, vollständige Sätze zu bilden. Dadurch sind viele Halbsätze entstanden. Die Erzählerrolle fiel ihr teilweise schwer. Sie freute sich über Zustimmung und Lob von Seiten der Interviewerin. Die Befragte war teilweise abgelenkt, durch die Anwesenheit ihres Hundes.

Die Einverständniserklärung ist unterschrieben worden.

# 10 Transkriptionsregeln

**Inhaltlich-semantische Transkription nach Dresing und Pehl (2018)**

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So‘n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch ( …) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.

12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet („B1:“, „Peter:“).
15. Das Transkript wird als Rich Text Format (RTF-Datei) gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: Interview_04022011.rtf oder Interview_schmitt.rtf.

**Erweiterte inhaltlich-semantische Transkription nach Dresing und Pehl (2018)**

1. Wort- und Satzabbrüche werden mit „/“ markiert: „Ich habe mir aber Sor/ Gedanken gemacht.“ Wortdoppelungen werden immer notiert. Rezeptionssignale und Fülllaute aller Personen („hm, ja, aha, ähm“ etc.) werden transkribiert. Ausnahme: Backchanneling der interviewenden Person, während eine andere Person spricht, wird nicht transkribiert, solange der Redefluss dadurch nicht unterbrochen wird.
2. Sprecherüberlappungen werden mit „//“ gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein „//“. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser „//“ und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit „//“ gekennzeichnet.

**Hinweise zur einheitlichen Schreibweise nach Dresing und Pehl (2018)**

1. Die Partikeln „hm“ werden unabhängig von der Betonung immer „hm“ geschrieben (nicht: „hhhhm“, „mhm“, „hmh“).
2. Zögerungslaute werden immer „ähm“ geschrieben (nicht: „äm“, „ehm“, „öhm“).
3. (Maß-)Einheiten werden ausgeschrieben, z.B. Euro, Prozent, Meter.
4. Gesprochene Zeichen werden ausgeschrieben, z.B. „ät“, „Paragraf“.
5. Abkürzungen werden nur getippt, wenn sie explizit so gesprochen wurden („etc.“ wird nur getippt bei gesprochenem „e te ce“).
6. Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt: „Und ich sagte dann ‚Na, dann schauen wir mal‘“.
7. Wortverkürzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ werden genauso geschrieben, wie sie gesprochen werden.
8. Englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung behandelt.
9. Auch Redewendungen/Idiome werden wörtlich wiedergegeben, z.B. „übers Ohr hauen“ (statt: über das Ohr hauen).
10. Einzelbuchstaben werden immer großgeschrieben, z.B. „wie Vogel mit V“.
11. Werden Aufzählungen mit Buchstaben gesprochen, wird ein großer Buchstabe ohne Klammer geschrieben, z.B. „und wir haben A keine Zeit und B kein Geld.“
12. Zahlen werden wie folgt dargestellt:
    a. Zahlen null bis zwölf im Fließtext als Wörter, größere in Ziffern.
    b. Auch weitere Zahlen mit kurzen Namen schreibt man aus, vor allem runde: zwanzig, hundert, dreitausend.
    c. Dezimalzahlen und mathematische Gleichungen sind stets in Ziffern zu schreiben. Also: „4 + 5 = 9“ und „3,5“.
    d. Bei nur ungefähr gemeinten Zahlenangaben schreibt man den Zahlennamen, bei exakt gemeinten die Ziffernform. Also: „Die fünfzig Millionen Euro Staatshilfe“.
    e. Wo feste Konventionen zugunsten einer Schreibweise herrschen, befolgt man diese. Hausnummern, Seitenzahlen, Telefonnummern, Kontonummern, Datum oder Ähnliches werden nie ausgeschrieben. Also: „auf Seite 11“ und „Am Markt 3“.

# 11 Auszug aus den Transkripten

Auszug aus dem Interview mit Teilnehmer B1

rischen Sachen im einem geringerem, sage ich mal Bewegungsausmaß durchzubringen, das war sehr zielführend, ja. #00:07:12-5#

I1: Hm (bejahend). Wie würdest Du sagen, wurdest Du einbezogen in die Therapie, also so in den Therapieablauf, in den Therapieinhalt? #00:07:25-3#

B1: Ja, also ich hatte immer die Möglichkeit, zu sagen „Trau ich mir jetzt nicht zu." Diese Situationen gab es dann auch, wenn ich nicht so gut drauf war. Die Möglichkeit hatte ich immer. Und dann hat der Therapeut halt auch gesagt „Ja gut, machen wir was anderes oder so." Also ich bin nicht derjenige gewesen, der permanent dem Programm des Therapeuten folgen musste, sondern da war schon eine Kooperation. So habe ich es erlebt. Da war eine Kooperation, ja. #00:07:58-3#

I1: Okay. Hast Du Hausaufgaben bekommen, die Du oder so Eigenübungen, die Du alleine fortführen solltest? #00:08:06-5#

B1: Ja (lacht). Aber da war ich zu dem Zeitpunkt, war ich einfach nicht, ich weiß nicht, war ich nicht bereit oder war zu sehr mit mir selbst beschäftigt, als dass ich das konsequent gemacht hätte. Ich hatte dann auch im Zuge des Schlaganfalls zunehmend eine Wesensänderung erfahren und das war schon sehr sehr heftig. Da war ich richtig Drecksau, ja. Richtig eklig und das war schon eine harte Zeit, auch für die Familie. #00:08:43-9#

I1: Hm (bejahend). Okay. Konntest Du in der Therapie Deine Wünsche und Bedürfnisse dem Therapeuten gegenüber äußern? War dafür Raum? #00:08:53-3#

B1: Dafür war Platz, aber ich konnte das in dem Moment ja gar nicht so machen. Ich habe ja überhaupt nicht gewusst, was ist jetzt machbar, was kriege ich hin. Ich habe sehr wohl formuliert „Ich möchte wieder", was weiß ich, „an der Kreissäge

Auszug aus dem Interview mit Teilnehmerin B2

I2:Ja? #00:52:41-7#

B2: Ja, weil Knete ist so wie Kuchen. #00:52:45-8#

I2: Hm (bejahend). Okay. Das heißt, Sie haben dann auch manchmal Knete genommen zum Aufwärmen und dann mit etwas anderem weiter gemacht? #00:52:56-0#

B2: Ja, wir haben auch mal Stunden gehabt, wo wir nur mit Knete gearbeitet haben. Haben dann Figuren gebastelt. Ich sage jetzt mal, auch sowohl der Herr [König] als auch der Herr [Koch] später, der Patienten von dem Herrn [König] ja übernommen hat, haben die Erfahrung gemacht, dass ich auch für einige andere Patienten DORT, sage mal, ein Antrieb sein konnte. Ich habe auch einige gespIElt als Zufall kennen gelernt und bin gerne Motivator gewesen. Und dieses Figurenbasteln hat beispielsweise einem Vater den Anreiz gegeben, das mit den Kindern zu probieren. Der vorher über Monate gesagt hatte „hach das bringt ja bei mir alles sowieso nichts mehr. Das bringt ja sowieso nichts mehr. Es soll alles wieder werden wie früher." Sowohl zum Logopäden als auch zum Ergotherapeuten. "Soll alles wieder werden wie früher." Aber es wird nichts wie früher. Das geht einfach objektiv nicht. Und solche Dinge, die haben MIR Freude gemacht, da bin ich auch gerne darauf eingegangen. Und habe dann auch mich für Sachen begeistert, für die ich alleine keine Lust hatte. Eine Sache habe ich gemacht, anfangs habe ich gedacht mit / habe ich Spaß dran. Aber ich fand sie Scheiße. Und ich habe Sie fertig gemacht, obwohl ich sie Scheiße fand, weil ich so aufgewachsen bin, dass man das tut. Ein Nagelbild. Sagt Ihnen das etwas? #00:54:43-1#

I2: Hm (bejahend). #00:54:44-1#

B2: Ja, ich habe gedacht, das ist etwas. Das war überhaupt nichts für mich. Haben

Auszug aus dem Interview mit Teilnehmerin B3

lien und wie gesagt das Zusammenspiel mit [Mia] hat einfach TOLL gepasst. Die kam und guckte und wusste sofort, was mit mir machen sollte, ne. Das war einfach klasse, weil sie einfach so eine tolle Therapeutin ist. Und das fehlt mir, die ist natürlich auch mit den Jahren ein bisschen älter, die hat dann viele / viel Erfahrung gesammelt und das fehlt mir bei der jungen Therapeutin jetzt so ein bisschen. Die ist so, die / der fehlt das Übergreifende so ein bisschen, ne. #00:30:29-1#

I3: Ja, ja, ja. #00:30:31-9#

B3: Also die Kombination finde ich schon ganz gut, ne. Das ist idEAL, dass der Therapeut auch sieht, wo kann die Patientin sich zu Hause mal festhalten und wo sind Gefahrenquellen. Wo sie aufpassen muss, dass sie nicht irgendwas verkehrt macht, nicht. #00:30:51-4#

I3: Ja toll. Gut, wenn dann nichts mehr so weit ist, dann würde ich jetzt auf Stopp drücken. #00:30:55-4#

B3: Ach ja, was mir noch einfällt. Ich weiß, was wir geübt haben. Ich und [Mia], [Mia] und ich. #00:31:01-9#

I3: Ja. #00:31:01-4#

B3: Auf Toilette gehen und von Toilette alleine aufstehen. Konnte ich zum Anfang auch nicht und dann haben wir es geübt. Und irgendwann konnte ich das und das war auch // super! // #00:31:09-6#

I3: // Ja, // #00:31:09-6#
ah toll, // ja. // #00:31:11-2#

Auszug aus dem Interview mit Teilnehmerin B4

B4: Und dann so (...) #00:04:51-4#

I3: Ach, so eingefädelt? #00:04:51-9#

B4: Ja auch und so / ich habe so einen Strick und dann eine / das ist / und dann Kordeln / und dann durchstecken / das ist so. #00:05:13-2#

I3: Ja gut, okay. #00:05:14-5#

B4: Ja. (lacht) #00:05:15-2#

I3: Ja gut. #00:05:16-2#

B4: (unv.) #00:05:16-9#

I3: Und konnten Sie auch Ihre Wünsche und Bedürfnisse äußern, dass Sie mit der Ergotherapeutin zusammen // darüber sprechen? // #00:05:26-8#

B4: // Ja, // #00:05:26-8#
Bild malen, das ist richtig toll! (lacht) #00:05:29-8#

I3: Ja stimmt, ja. / Ja okay, und das ist auf jeden Fall Ihr Wunsch gewesen? #00:05:33-4#

B4: Ja. Ja, ja. // Ja, ja. // #00:05:35-0#

I3: // Toll // #00:05:35-0#
okay, und dann sind die Wünsche auch respektiert worden? #00:05:38-0#

# 12 Auszüge der Case-Summeries aus MAXQDA

**31.08.2020 Interview B1 – Der Ergotherapeut**

Erhielt Ergotherapie aufgrund eines Schlaganfalls, rechtsseitige Lähmung (Bein, Arm, Hand), konnte nicht alleine essen, gehen, auf Toilette gehen, waschen, kam auf die Stroke Unit, anschließend fünf Tage ins Krankenhaus, Reha wurde beantragt, kam erstmals ins häusliche Umfeld und erhielt dort sofort Ergotherapie zu Hause und in der Praxis (jeweils gleicher Therapeut), sowie Physiotherapie; kam dann auf Reha; erhielt nach der Reha erneut ambulante Ergotherapie mit gleichem Therapeuten wie vorher, jedoch nur noch ambulant in der Praxis; anschließend zweite Reha, in der Praxis lernte er, „grobmotorische Sachen" zu kanalisieren; im häuslichen Umfeld: inwieweit kann man Sachen alltagsnah hinbekommen: Messer oder Besteck halten mit rechts ging nicht, Tasse halten, Wasser eingießen, Mobilität war eingeschränkt -> all diese Dinge wurden parallel behandelt, sowohl zu Hause als auch in der Praxis

**31.08.2020 Interview B2 - Die perfektionistische Hundeflüsterin**

- sie hatte vor drei Jahren einen Apoplex mit rechtsseitiger Hemiparese.
- Wichtig für sie ist: äußerlich ästhetisch sein, gesellschaftsfähig sein, mit sich und ihrem Hund ein selbstbestimmtes Leben führen
- Einschränkungen zu Beginn: nichts alleine greifen, nicht laufen können (getragen werden)
- Einschränkungen später: früher Rechtshänder, jetzt chronische Entzündung links durch Überlastung, rechts fehlende Handkraft, es dauert eine Zeit, bis sie eingelaufen ist
- zu Beginn kein Leidensdruck, beschreibt sich als emotionslos, Wollte nicht in den Rollstuhl, hat PT & LG erzwungen
- ET- Beispiel: Schmuck anlegen, Pflege ihres Hundes, Kochen, Akkurasenmäher zusammenbauen

**31.08.2020 Interview B3 – Die Willensstarke mit Neigung zur Co- Abhängigen**

/ Sie hat Ergotherapie erhalten, um die linke Seite ihres Körpers wieder zu mobilisieren. Der linke Arm wird vom Gehirn nicht mehr angesteuert.

/ L1: Sie hat schon viel zurückgewonnen hat aber immer noch Schwierigkeiten Sachen zu schneiden oder zu händeln.
Sie übt das Schneiden, verwendet ein Schneidebrett. Sie bekommt noch Hilfe von der jetzigen Ergotherapeutin, die ihr sagt wie sie es verwenden kann.

/ F: In der ambulanten Versorgung wird mit Übungsmaterial gearbeitet, das Aufgrund ihres Neglect eingesetzt wird. Das Übungsmaterial besteht aus ein Baukastensystem (Niktin), und aus ein Brettspiel, auf dem Autos hin und her geschoben werden (Rush hour). Das war zu Beginn noch sehr schwer für sie, inzwischen kann sie es ganz gut.
Da bei musste Ergo. 1 ihr viel helfen, weil sie ein Sehbeeinträchtigung hat

**01.09.2020 Interview B4 – Die, die eine Stimme bekommt.**

/ F: Sie hat Ergotherapie aufgrund eines Schlaganfalls verordnet bekommen. Ihre Einschränkung liegt in der mangelnden Wahrnehmung der Finger

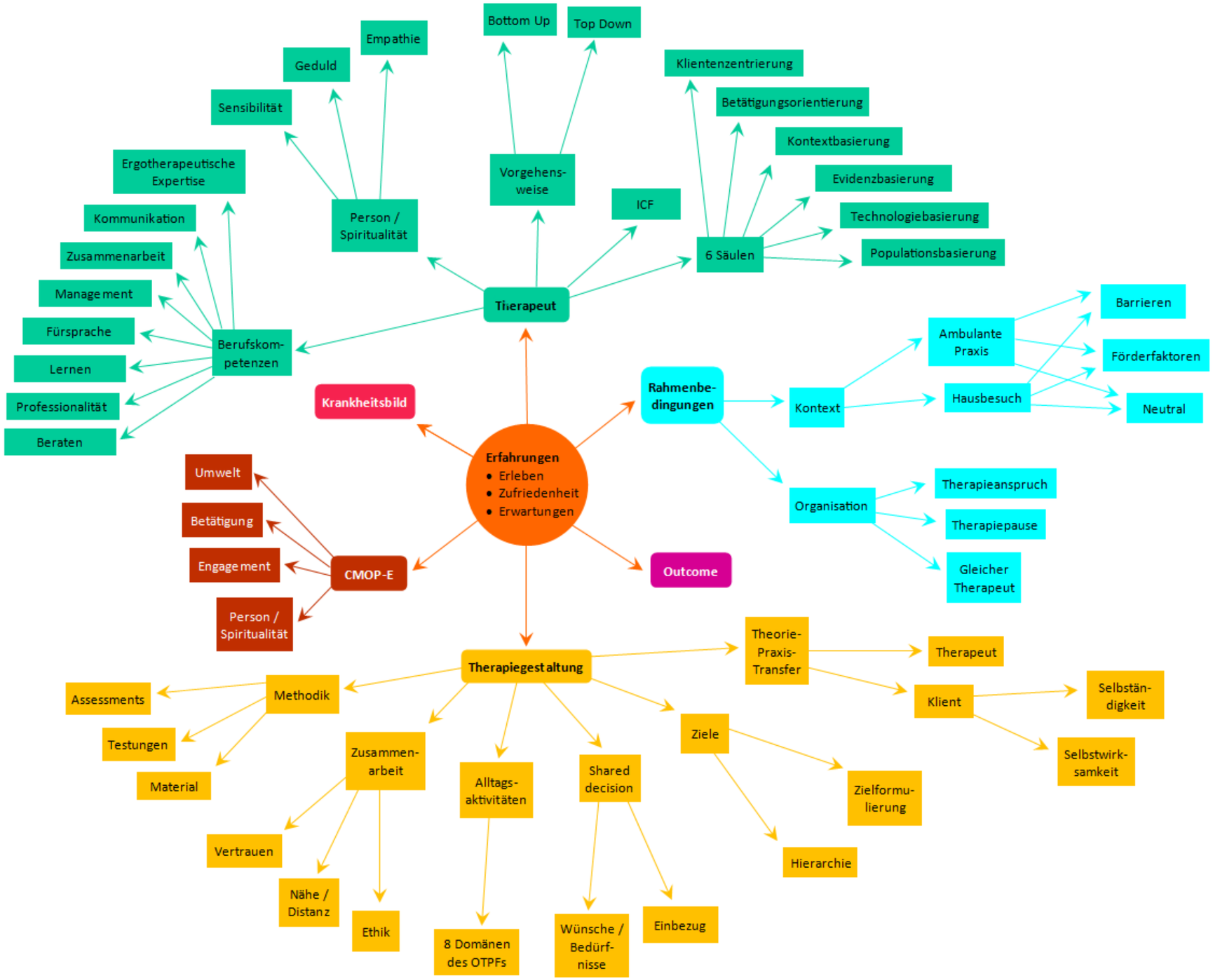
/ L2: Sie hat mit Betätigungen in der Praxis geübt, die für sie bedeutungsvoll sind, wie z.B. das Malen auf einer Leinwand sowie Perlenbilder erstellen.

/F: In der Praxis hat sie Spiele gespielt und auch motorisch funktionelle Betätigungen wie Murmeln auffädeln ausgeführt. Zu Hause hat sie mit der Ergotherapeutin gekocht und sie haben gemeinsam nach ihren Einschränkungen geguckt.
Auf die Frage, wie sie die Ergotherapie erlebt hat, äußert sie, das ist richtig nett.
Ob eine Testung durchgeführt worden ist, daran kann sie sich erinnern, nur liegt das lange zurück, sodass sie nicht sagen kann, was getestet worden ist. Aber sie weiß, dass dieser Test in der Praxis stattgefunden hat.

# 13 Codierregeln

1. Es werden in der Regel Sinneinheiten codiert, jedoch mindestens ein vollständiger Satz.
2. Wenn die Sinneinheit mehrere Sätze oder Absätze umfasst, werden diese codiert.
3. Sofern die einleitende (oder zwischengeschobene) Interviewer-Frage zum Verständnis erforderlich ist, wird diese ebenfalls mitcodiert.
4. Beim Zuordnen der Kategorien gilt es, ein gutes Maß zu finden, wie viel Text um die relevante Information herum mitcodiert wird. Wichtigstes Kriterium ist, dass die Textstelle ohne den sie umgebenden Text für sich allein ausreichend verständlich ist.

## 14 Kategoriensystem

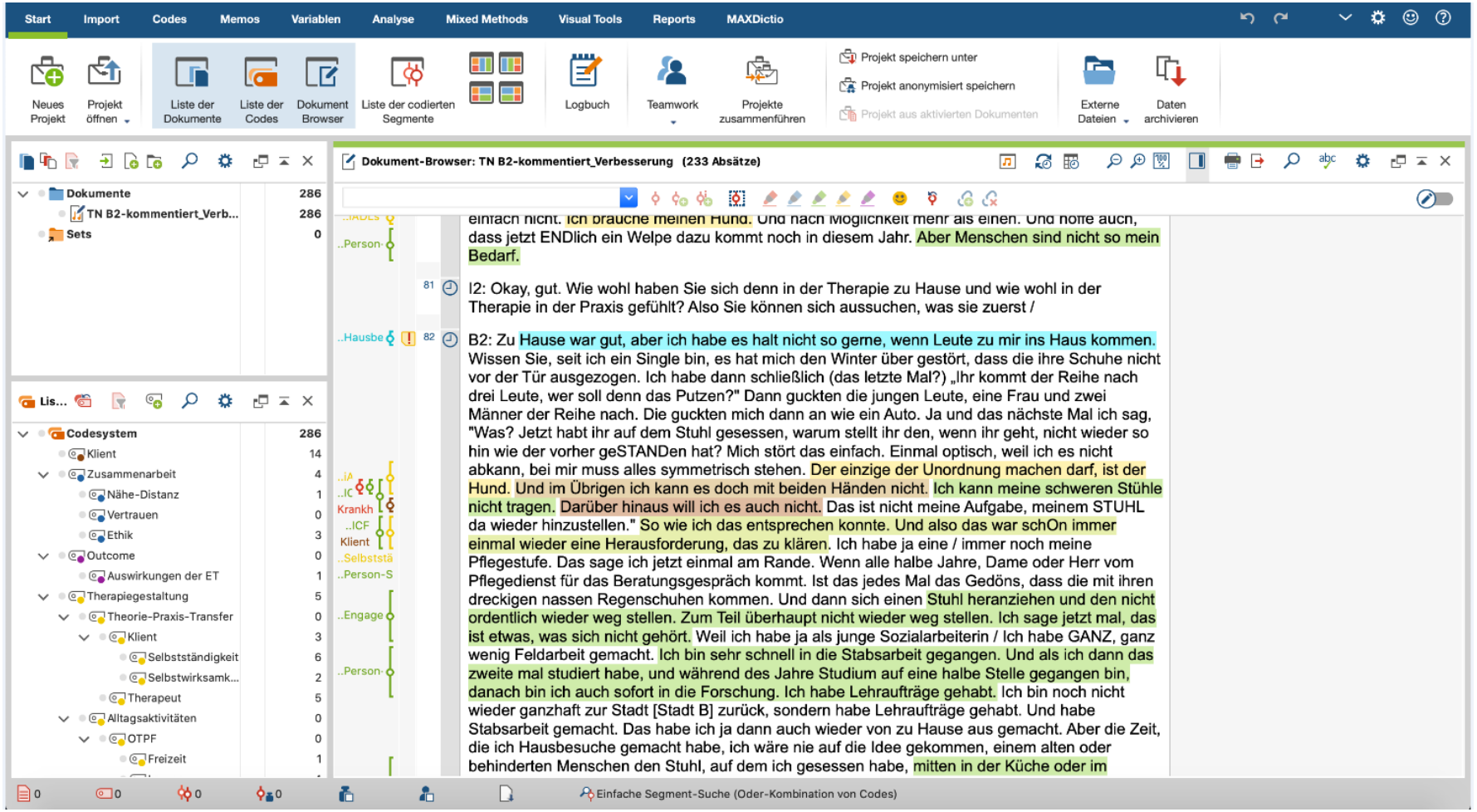


## 15 Auszug aus der interaktiven Segmentmatrix

Die interaktive Segmentmatix wurde mit einer Funktion von MAXQDA erstellt und ist hier als Excel-Tabelle visualisiert.

| | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | **TN B2-kommentiert_Verbesserung (N=1)** | **TN B1 mit Memos Korrektur (N=1)** | **TN B4 mit Memos (N=1)** | **TN B3 mit Memos (N=1)** |
| | Hausbesuch | Ja. Ich bin aber ab der dritten Woche bereits geteilt auch in die Reha gefahren<br><br>TN B2-kommentiert_Verbesserung: 29 - 29 (0)<br><br>und Sie haben Ergotherapie dann erst als Hausbesuch bekommen? Oder /?<br><br>B2: Hm (bejahend).<br><br>TN B2-kommentiert_Verbesserung: 30 - 31 (0)<br><br>Und zwischendurch auch immer. Weil wenn ein Rezept abgelaufen ist, nach jedem, ich sage mal, mit dem Ende eines jeden Rezeptes dürfen die ja nach Hause kommen<br><br>TN B2-kommentiert_Verbesserung: 33 - 33 (0)<br><br>Damals der Ergotherapeut hat mit mir in der Küche geübt. (...) Schneiden, im Kochtopf rühren, den Schnellkochtopf auf und zu machen.<br><br>TN B2-kommentiert_Verbesserung: 33 - 33 (0)<br><br>Meinen neuen Akku-Rasenmäher zusammengebaut.<br><br>TN B2-kommentiert_Verbesserung: 33 - 33 (0) | Zu Hause dann, wie fokussiere ich meine Aufmerksamkeit so, dass ich die Bewegung auch so hinkriege, wie ich sie möchte.<br><br>TN B1 mit Memos Korrektur: 24 - 24 (0)<br><br>Aber es lief dann so ab, du hast mit der Therapeutin zusammen am Anfang der Therapie geschaut, was läuft im Alltag nicht so gut und dann habt ihr gemeinsam Ziele formuliert oder zumindest darüber gesprochen über Wünsche und Ziele?<br><br>B1: Wir haben auch hier im häuslichen Umfeld gesagt „So, das und das sind Tätigkeiten, die ich jetzt wieder machen will" und habe ich dann versucht zu machen, was weiß ich, draußen Holz aufsetzen oder sowas und wo der Therapeut dann gesagt hat „Hier, also ne, das ist jetzt erstmal viel zu früh, aber ich weiß, wo die Reise hingeht."<br><br>TN B1 mit Memos Korrektur: 39 - 40 (0)<br><br>Memo 16<br>Memo 45<br><br>Okay. Wenn du jetzt so den Hausbesuch mit der Praxis vergleichst, gibt es da für dich eine Präferenz? | I3: Und können Sie noch ein Beispiel nennen, was Sie zu Hause mit der Ergotherapeutin gemacht haben?<br><br>B4: (...) zu Hause, (...) da kochen und so das ist ver(unv.) / Ich kochen und dann / was ist los und so.<br><br>TN B4 mit Memos: 31 - 32 (0)<br><br>Memo 12<br><br>I3: Und hatte das für Sie einen Einfluss, dass die Ergotherapie bei Ihnen zu Hause stattgefunden hat?<br><br>B4: // Nein. //<br><br>I3: So von den Räumlichkeiten?<br><br>B4: Nein, // nein. //<br><br>TN B4 mit Memos: 124 - 127 (0)<br><br>B4: Aber, zu Hause, ich weiß nicht genau. Ja / | Ich übe das immer noch und aber / Ich habe auch ein Schneidebrett, und aber das hilft / kriege dann Hilfe von der, meiner jetzigen Ergotherapeutin, die sagt, wie ich mit meinem Schneidebrett umgehen soll. Und wir arbeiten doch uns da langsam vor.<br><br>I3: Ja toll. Und das sind jetzt Schilderungen, die Sie jetzt zu Hause gemacht haben.<br><br>TN B3 mit Memos: 9 - 10 (0)<br><br>Memo 46<br><br>B3: Also zu Hause, wenn / Es kommt auch immer darauf an, wie ich denn aufgeregt war. Bin ich auch mit [Ergo 1] an das MOTOMED GEGANGEN, um mich erst einmal wieder runterzubringen auf dem Level. Und sie sagt, wenn ich mich bewege, dann ist der Kopf auch in Ordnung. Das, also sie hat mich dann auch in die Bewegung gebracht, damit ich wieder zur Therapie / Also dass |
| 2 | | | | | |

# 16 Beispiel Codierung



# 17 Auszug aus der Literaturrecherche

| Datum | Datenbank | Suchstrategie | Resultate | Artikel | Evidenz nach Tomlin & Borgetto (2011) | genutzt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **28.02.2020** | DiZ- Discovery Service for Zuyd Hoogeschool | Home based therapy AND occupation based intervention | 60934 | What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults' occupational performance? A systematic review.<br><br>Occupational Therapy Practitioners' Perspectives on Occupation-Based Interventions for Clients With Hip Fracture | 1 | Ja<br><br>Nein |
| **28.02.2020** | DiZ | "home based therapy" AND "occupation based intervention" | 0 | | | |
| **28.02.2020** | DiZ | "home based therapy" AND occupation based intervention | 148 | A randomized controlled study of whether setting specific goals improves the effectiveness of therapy in people with Parkinson's disease | | Nein |
| **05.03.2020** | MedLine | "outpatient occupational therapy" | 33 | Comparing the experience of outpatient therapy in home and day hospital settings after traumatic brain injury: patient, significant other and thera- | 2 | Ja |

| |
|---|
| pist perspectives. |

# 18 Auszug aus der Einschätzung der Studien nach Tomlin & Borgetto (2011)

**Qualitative Forschungsbeiträge**

| | |
|---|---|
| Boutin-Lester, P. & Gibson, R. W. (2002). Patients' perceptions of home health occupational therapy. Aust Occup Ther J, 49(3): 146-154. doi: 10.1046/j.1440-1630.2002.00320.x | Level 3 |
| Maitra, K. K., & Erway, F. (2006). Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, *60*(3): 298–310. https://doi.org/10.5014/ajot.60.3.298 | Level 2 |
| Stephenson, S., & Wiles, R. (2000). Advantages and disadvantages of the home setting for therapy: Views of patients and therapists. The British Journal of Occupational Therapy, 63(2): 59–64. doi.org/10.1177/030802260006300203 | Level 3 |

**Experimentelle Forschungsbeiträge**

| | |
|---|---|
| Doig, E., Fleming, J., Cornwell, P., & Kuipers, P. (2011). Comparing the experience of outpatient therapy in home and day hospital settings after traumatic brain injury: Patient, significant other and therapist perspectives. Disability and Rehabilitation, 33(13–14): 1203–1214. https://doi.org/10.3109/09638288.2010.525286 | Level 2 |
| Nielsen, T.L., Petersen, K.S., Nielsen, C.V., Strøm, J., Ehlers, M.M., & Bjerrum, M. (2017). What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on old- | Level 1 |

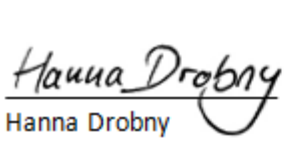
| | |
|---|---|
| er adults' occupational performance?<br><br>A systematic review. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 24(4): 235-248. doi:10.1080/11038128.2016.1245357 | |

# 19 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern wir, Hanna Drobny, Christine Fiedler und Monika Höpner, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht haben.

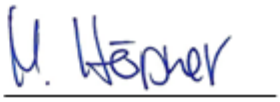
Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, den 07.11.2020



Hanna Drobny

Christine Fiedler



Monika Höpner