



Bezugsrahmen im psychosozialen Kontext

Wie gelingt eine Eingliederung genutzter Methoden und Interventionen?

Kristina Krämer (1965514) · Victoria Nadler (1965581)

November 2021

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie

Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

Bezugsrahmen im psychosozialen Kontext

Wie gelingt eine Eingliederung genutzter Methoden und Interventionen?

Heerlen, November 2021

Verfasserinnen: Kristina Krämer (1965514) & Victoria Nadler (1965581)

Begleitende Dozentin: Uta Roentgen

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Heerlen, den 10.11.2021



Kristina Krämer



Victoria Nadler

© Copyright Hogeschool Zuyd

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) oder der Autorinnen unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für die Vervielfältigung, die Speicherung und die Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikrofilmen und Übersetzungen.

Corona-Passus

Die seit Beginn 2020 durch den COVID-19 Virus verursachte pandemische Lage hat auch 2021 Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht oder nur eingeschränkt möglich. Es erforderte den jeweils aktuellen Vorgaben entsprechenden Umgang in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Umsetzung. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung zur notwendigen Norm (anstatt persönlicher Kontakt), da der direkte Kontakt mit Klient_inn_en und Professionals nicht möglich war. Des Weiteren war der Zugang zu den Bibliotheken überwiegend nur online möglich. Alle methodischen Vorgehensweisen sind mit der Begleiterin der Bachelorarbeit abgestimmt.

Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung der vorliegenden Arbeit aufgrund der aktuellen Situation nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool Heerlen in den Niederlanden von zwei Studentinnen verfasst.

Diese Arbeit richtet sich an alle an der Thematik interessierten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Vielen Dank, dass ihr euch die Zeit nehmt unsere Bachelorarbeit zu lesen. Wir hoffen die/den ein_en oder andere_n durch diese Arbeit inspirieren und etwas Mut geben zu können, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen.

Bei Fragen oder Interesse bezüglich dieser Studie stehen die Autorinnen unter der E-Mail-Adresse bachelorarbeit-kraemer-nadler@gmx.de zur Verfügung.

Danksagung

Wir möchten an dieser Stelle all den Menschen von Herzen danken, die diese Bachelorarbeit ermöglicht und uns während des Prozesses begleitet haben.

Ein besonderer Dank geht an unsere begleitende Dozentin Uta Roentgen, bei der wir uns von Beginn bis Abgabe der Arbeit gut aufgehoben gefühlt haben. Herzlichen Dank für deine konstruktive und wertschätzende Begleitung, für deine vielen hilfreichen Ratschläge und motivierenden Worte. Deine ruhige und fröhliche Art hat uns in so mancher Tiefphase den Mut gegeben weiterzumachen.

Auch danken wir allen anderen Dozent_inn_en, sowohl von der Zuyd Hogeschool als auch unserer Ausbildungsschule in Essen, die uns auf unserem Weg begleitet und inspiriert haben.

Des Weiteren möchten wir uns bei allen Studienteilnehmer_innen und Personen bedanken, die uns bei der Durchführung unserer Studie unterstützt haben. Ohne eure Bereitschaft zur Teilnahme oder Pre-Testung an der Studie sowie zur Verbreitung dieser hätte die Bachelorarbeit nicht entstehen können. Ein herzlicher Dank richtet sich hier besonders an unsere Pre-Testerinnen.

Außerdem geht unser Dank an unsere Korrekturlektor_inn_en, die uns mit konstruktivem Feedback sehr geholfen haben. Ebenfalls danken wir den Personen, die uns bei der Übersetzung unserer Abstracts geholfen haben. Vielen Dank für eure Zeit und Mühen.

Für die kreative Umsetzung unserer Ideen für das Deckblatt möchten wir uns bei Louisa und Sarah bedanken.

Ein letzter Dank geht an unsere Familien, Freundinnen und Freunde und Partner, Mario und Maurice, die uns auf verschiedenste Art und Weise Unterstützung und Rückhalt geboten haben. Vielen Dank für eure aufbauenden Worte, tatkräftige Unterstützung, sowie für die Ablenkung und Freude. Danke, dass ihr viele Stunden ohne uns ausgekommen seid.

Herzlichen Dank!

Lesehinweise

Gendergerechte Sprache

Wir verwenden eine gendergerechte Sprache, um allen Leserinnen und Lesern eine gleiche Wertschätzung entgegenzubringen. Dies gewährleisten wir durch die Verwendung von geschlechtsneutralen oder gender-inkludierenden Formulierungen. Die Sichtbarmachung beider Geschlechter ist mittels „_“ kenntlich gemacht worden.

Zitation

Die Zitation erfolgte nach den Regeln der American Psychological Association (APA), 7. Edition (2020).

Übersetzungen

Wir weisen darauf hin, dass englischsprachige Zitate der Einfachheit halber von uns in die deutsche Sprache übersetzt wurden.

Literatur

Unter dem Begriff „deutschsprachig“ wird in der Arbeit Literatur verstanden, welche auf der deutschen Sprache zu finden ist, jedoch keinen deutschen Ursprung aufweist.

Der Begriff „deutschstämmig“ hingegen führt auf, dass diese Literatur aus deutschsprachigem Raum stammt.

Der Begriff „englischsprachig“ steht für Literatur, welche auf Englisch zu finden ist und englischsprachigen Raum entspringt.

Glossar

Begrifflichkeiten, welche entweder nicht bekannt sein könnten oder aus dem Englischen stammen wurden bei Erstnennung grau hinterlegt. Dies bedeutet, dass der Begriff im Glossar auf den Seiten 61-63 aufgeführt ist.

Verzeichnisse

Die verwendete Literatur ist im Anhang in einem alphabetisch sortierten Literaturverzeichnis aufgeführt.

Verwendete Abbildungen und Tabellen sind, im Anschluss an diese Arbeit, in einem Verzeichnis nummeriert dargestellt und benannt.

Formale Kennzeichnungen

„ “ Kennzeichnung wörtlicher Zitate

... Auslassung und [Inhalt] Ergänzungen innerhalb eines Zitates

→ Querverweise zu späteren Textstellen

← Querverweis zu vorherigen Textstellen

A. Zahl verweist auf eine Anlage

Abb. Zahl verweist auf eine Abbildung

Tab. Zahl verweist auf eine Tabelle

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
A.	Anlage
Abb.	Abbildung
AD(H)S	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADL	Activity of daily living (dt. Aktivitäten des täglichen Lebens)
BR	Bezugsrahmen
Ca.	circa
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapy
DVE	Deutscher Verband für Ergotherapeut_inn_en
d.h.	das heißt
Dt.	Deutsch
Engl.	Englisch
ET	Ergotherapie
et. al.	Et alii (dt. und andere)
EZ	Einzelsetting
GS	Gruppensetting
HiMi	Hilfsmittel
HLT	Hirnleistungstraining
Kap.	Kapitel
Kl.	Klient_in(n_en) (Singular und Plural)
MKT	Marburger Konzentrationstraining
MOHO	Model of Human Occupation
PEO	Person Environment Occupation
Psy.	psychisch
Kog.	Kognitiv
SI	Sensorische Integration
Tab.	Tabelle
Th.	Therapeut_in(n_en) (Singular und Plural)
TN	Teilnehmer_in(nen) (Singular und Plural)
UEMF	Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen

Abstract

1. Abstract (Deutsch)

Einleitung:

Die ergotherapeutischen Arbeitsweisen im psychosozialen Kontext in Deutschland weisen eine breite Varianz auf. Die Verwendung von Bezugsrahmen findet kaum Anwendung. Die Arbeit zielt auf die Erfassung genutzter Methoden und Interventionen, sowie die Eingliederung dieser in festgelegte Bezugsrahmen ab.

Methode:

Die Datenerhebung nach dem quantitativen Forschungsdesign fand anhand eines Fragebogens statt. Dieser basiert auf den festgelegten Bezugsrahmen. Im Anschluss wurden die Ergebnisse mittels deskriptiver Statistik ausgewertet.

Resultate:

Es wurden uneinheitliche Arbeitsweisen erhoben. Eine Tendenz der Arbeitsausrichtung ist jedoch erkennbar. Die genutzten Methoden und Interventionen lassen sich in verschiedene, vorab ausgewählte, Bezugsrahmen einordnen.

Schlussfolgerung:

Die Nutzung von vielfältigen Arbeitsweisen und verschiedenen Bezugsrahmen ist notwendig. Jedoch sollten diese aus dem zeitgenössischen Paradigma stammen. Eine Weiterentwicklung der deutschstämmigen Literatur zu dieser Thematik ist bedeutend.

2. Abstract (English)

Introduction:

Occupational therapy working practices in the German psychosocial context show a wide variance. The use of frames of reference is little or hardly applied. This study aims to record the methods and interventions used and to classify them into defined frames of reference.

Method:

The data collection according to the quantitative research design took place by means of a questionnaire. This was based on the established frames of reference. Subsequently, the results were analysed using descriptive statistics.

Results:

Non-uniform working practices were surveyed. However, a tendency of the work orientation is recognisable. The methods and interventions used can be classified in different, pre-selected frames of reference.

Conclusion:

The use of diverse ways of working and different frames of reference is necessary. However, these should come from the contemporary paradigm. A further development of the German literature on this topic is significant.

3. Abstract (Nederlands)

Inleiding:

Ergotherapeutische werkwijze in de Duitse psychosociale context vertonen een grote variatie. Referentiekaders worden niet of nauwelijks gebruikt. Deze studie heeft het doel de gebruikte methoden en interventies te registreren en in vastgelegde referentiekaders in te delen.

Methode:

De data worden volgens een kwantitatief onderzoek door middel van een vragenlijst verwerkt. Dit was op gevestigde referentiekaders gebaseerd. Vervolgens worden de resultaten met behulp van beschrijvende statistieken geanalyseerd.

Resultaten:

Het worden niet homogene werkwijzen geïnventariseerd. Toch is een tendens van de werkgerichtheid herkenbaar. De gebruikte methoden en ingrepen worden in verschillende, vooraf geselecteerde referentiekaders ingedeeld.

Conclusie:

Er moet van verschillende werkwijzen en referentiekaders gebruik gemaakt worden. Deze moeten uit het hedendaagse paradigma komen. Een verdere ontwikkeling van de Duitse literatuur over dit onderwerp is van belang.

Zusammenfassung

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit den derzeit verwendeten Methoden und Interventionen des ergotherapeutischen psychosozialen Kontextes und die Einordnung dieser in bereits existierende Bezugsrahmen.

Psychische Erkrankungen erfahren in den letzten Jahren eine höhere soziale Akzeptanz. Die Notwendigkeit verschiedener Therapien und Behandlungen nimmt zu. Auch die Ergotherapie zählt zu diesen. Die Arbeit wurde von der Erfahrung geprägt, dass im ergotherapeutischen psychosozialen Kontext eine große Varianz an Methoden und Interventionen zu finden ist. Veraltete Arbeitsweisen werden in diesem Kontext noch häufig angewendet. Zeitgenössische und moderne Methoden und Interventionen erhalten nur wenig Einzug. Es kann keine ausführliche Literatur zu zeitgenössischen Bezugsrahmen gefunden werden, welche spezifisch für den psychosozialen Kontext aufgestellt sind. Bezugsrahmen sind jedoch von Bedeutung, da sie einen Beitrag für die Stärkung der Berufsdarstellung und Berufsidentität leisten.

Die Datenerhebung dieser quantitativen Studie erfolgte durch einen webbasierten Fragebogen. Mittels deskriptiver Statistik wurden die Ergebnisse ausgewertet. Die Auswertung der offenen Fragen und freien Antwortmöglichkeiten erfolgte durch Kategoriensysteme.

Es wurde ein Ist-Zustand der Arbeitsweisen im psychosozialen Kontext, in Form von verwendeten Methoden und Interventionen, erhoben. Dadurch konnte herausgefunden werden, ob die existierenden Bezugsrahmen Anwendung finden. Damit dies gelingt wurden vorab Bezugsrahmen festgelegt. Zum anderen wurde überprüft, ob durch das methodische Vorgehen eine Eingliederung der erhobenen Daten in die Bezugsrahmen möglich ist.

Die Ergebnisse der Studie bestätigen die große Varianz der Arbeitsweisen. Es wird deutlich, dass die Problematik nicht in der Varianz besteht. Sie besteht darin, dass diese paradigmengreifend ist. Es werden sowohl zeitgenössische als auch Methoden und Interventionen vergangener Paradigmen genutzt. Durch das methodische Vorgehen gelang weitestgehend eine Einordnung der genutzten Methoden und Interventionen in die Bezugsrahmen. Es konnte erhoben werden, dass die Bezugsrahmen ebenfalls eine Varianz aufweisen. Bezugsrahmen vergangener Paradigmen werden in der heutigen Zeit immer noch angewendet. Für einige erhobenen Daten gelang keine Eingliederung in die vorab festgelegten Bezugsrahmen. Es handelt sich bei diesen um Methoden und Interventionen des zeitgenössischen Paradigmas, welche die Betätigung fokussieren.

Es ist ratsam eine Weiterentwicklung zeitgenössischer Methoden und Interventionen innerhalb des psychosozialen Kontextes anzustreben. Eine großangelegte Forschungsarbeit, weshalb die Umsetzung dieser bisher nicht gelingt, ist empfehlenswert. Die Übertragung und Entwicklung zeitgenössischer Bezugsrahmen für den psychosozialen Kontext ist bedeutend. Es bedarf sowohl die Weiterentwicklung der deutschsprachigen Literatur als auch die Überarbeitung internationaler Literatur für den deutschsprachigen Raum. Diese ermöglicht allen Berufsangehörigen einen niederschwelligeren Zugang.

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	2
Vorwort	5
Danksagung	5
Lesehinweise	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Abstract	8
1. Abstract (Deutsch)	8
2. Abstract (English)	8
3. Abstract (Nederlands)	9
Zusammenfassung	10
1. Einleitung	14
2. Theoretischer Hintergrund	17
2.1. Paradigmen und Paradigmenwechsel	17
2.1.1. Betätigungsparadigma	18
2.1.2. Mechanistische Paradigma	18
2.1.3. Zeitgenössische Paradigma	19
2.2. Inhaltliche Ergebnisse der Literaturrecherche	19
2.2.1. Internationale Literaturrecherche	19
2.2.2. Nationale Literaturrecherche	20
2.3. Bezugsrahmen und Bezugssysteme	20
2.3.1. Definition Bezugssysteme	20
2.3.2. Physiologische Bezugssysteme	20
2.3.3. Psychologisches Bezugssystem	21
2.3.4. Definitionen Bezugsrahmen	21
2.3.4.1. Definition nach Mosey (1983)	21
2.3.4.2. Definition der CAOT (1991)	22
2.3.4.3. Definition nach Foster (1999)	22
2.3.4.4. Definition nach Hagedorn (2000)	22
2.3.4.5. Definition nach Townsend & Polatajko (2013)	22
2.3.4.6. Definition nach Bryant et al. (2014)	22
2.3.5. Einheitliche Definitionsmerkmale	23
2.3.6. Zusammenführung von Bezugssystemen und Bezugsrahmen	23
2.4. Notwendigkeit von Bezugssystemen und -rahmen	23
2.5. Inkompatibilität von Bezugsrahmen	24

2.6.	Erläuterung der Bezugsrahmen nach Hagedorn (2000).....	24
2.6.1.	Bezugsrahmen bei physischen Funktionsstörungen	25
2.6.2.	Bezugsrahmen bei psychosozialen Funktionsstörungen.....	26
3.	Methodik.....	27
3.1.	Forschungsprozess	27
3.2.	Literaturrecherche.....	27
3.2.1.	Datenbanken	27
3.2.2.	Fachbücher	28
3.3.	Formulierung der Forschungsfrage.....	28
3.4.	Methodisches Vorgehen	29
3.5.	Datenerhebung.....	30
3.5.1.	Vorbereitung der Datenerhebung.....	30
3.5.1.1.	Ethische Aspekte der Forschung	30
3.5.1.2.	Fragebogenerstellung.....	31
3.5.1.3.	Pre -Testung.....	32
3.5.1.4.	Flyer und Anschreiben.....	33
3.5.2.	Verbreitung des Fragebogens	33
3.5.2.1.	E-Mail	33
3.5.2.2.	Social media.....	33
3.6.	Auswertung der Daten	34
3.6.1.	Auswertung der quantitativen Fragen	34
3.6.1.1.	Demographische Daten	34
3.6.1.2.	Nicht-gruppenbezogene Basisdaten	35
3.6.1.3.	Therapieprozess.....	35
3.6.1.4.	Geschlossene Fragen zu Therapiemitteln.....	35
3.6.2.	Auswertung der qualitativen Fragen	36
3.6.2.1.	Offene Fragestellung zu Therapiemitteln	36
3.7.	Gütekriterien quantitativer Forschung	36
3.7.1.	Gütekriterien der Messung.....	37
3.7.1.1.	Objektivität.....	37
3.7.1.2.	Reliabilität.....	37
3.7.1.3.	Validität.....	37
3.7.2.	Gütekriterien von Forschungsdesigns.....	38
3.7.2.1.	Externe Validität	38
3.7.2.2.	Interne Validität.....	38
4.	Resultate	39

4.1.	Demografische Daten	39
4.2.	nicht-gruppenbezogene Basisdaten.....	40
4.2.1.	Gruppenbezogene Basisdaten	41
4.3.	Ergebnisse zur Einordnung in die Bezugsrahmen	42
4.3.1.	Therapiemittel.....	45
4.4.	Anregungen der Teilnehmer_innen.....	46
5.	Diskussion	47
5.1.	Erläuterung der Ausgangspunkte.....	47
5.2.	Demografische Daten	47
5.3.	Methoden und Interventionen	47
5.4.	Einordnung in die Bezugsrahmen	49
5.5.	Limitation/Schwachpunkte der Studie	51
5.6.	Stärken der Studie	52
6.	Schlussfolgerung	54
6.1.	Beantwortung der Forschungsfrage	54
6.2.	Ausblick für die ergotherapeutische Praxis	54
	Literaturverzeichnis.....	56
	Glossar	61
	Tabellenverzeichnis	64
	Abbildungsverzeichnis	64
	Anlagen	65
	Anlage 1: Suchtabellen Literaturrecherche	66
	Anlage 1a: Google Scholar.....	66
	Anlage 1b: Pubmed.....	68
	Anlage 1c: OTseeker.....	69
	Anlage 1d: Zuyd Libary	70
	Anlage 1e: DVE Datenbank.....	72
	Anlage 2: Fragebogen mit Informationsschreiben	73
	Anlage 3: Flyer zur Kontaktaufnahme	79
	Anlage 4: Anschreiben.....	80
	4 a: Anschreiben per Mail.....	80
	4 b: Anschreiben Social Media	80
	Anlage 5: Auswertungstabelle Bezugsrahmen	81
	Anlage 6: Kategoriensysteme Therapiemittel	82

1. Einleitung

Eine bedeutende Grundlage und Voraussetzung für Lebensqualität sowie für soziale Teilhabe und Leistungsfähigkeit ist die psychische Gesundheit des Menschen (DGPPN, 2021).

In Deutschland zählen psychische Erkrankungen zu den vier bedeutendsten Ursachen für den Verlust von gesunden Lebensjahren. Durch psychische Erkrankungen sinkt die Lebenserwartung des Menschen in etwa um zehn Jahre. Circa 9.000 Menschen nahmen sich im Jahr 2019 in Deutschland das Leben. In etwa 50-90% der Suizide werden durch eine psychische Erkrankung verursacht. Jährlich sind 27,8% der Erwachsenen in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen, sprich rund 17,8 Millionen Erkrankte (DGPPN, 2021; RKI, o.J.).

Die Gesundheitsberichte verschiedener Krankenkassen weisen eine zunehmende Bedeutung von psychischen Störungen auf. Das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit steigt aufgrund psychischer Störungen kontinuierlich an (DGPPN, 2021). In den letzten 20 Jahren verdreifachte sich das Arbeitsunfähigkeitsvolumen aufgrund psychischer Erkrankungen (*Themenseite*, 2019). Auch im Jahr 2020 kam es zu einer erneuten Zunahme in der Diagnosestellung (*Krankenstand 2020 sinkt - Anstieg psychischer Diagnosen | Die Techniker - Presse & Politik*, o.J.). Studien belegen, dass die COVID-19 Pandemie zu dieser Zunahme einen großen Teil beiträgt und erhebliche psychische Folgen mit sich bringt (Ärzteblatt, 2021).

Epidemiologische Daten aus früheren Jahren stellen dar, dass es zu keiner realen Zunahme in der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen kam. Heutzutage werden diese lediglich mehr in ihrer Bedeutung wahrgenommen und sind anerkannter. Patient_inn_en trauen sich zunehmend psychische Symptome einzugestehen und sie zu schildern. Sie nehmen vermehrt psychiatrische und psychotherapeutische Hilfsangebote in Anspruch (Ärzteblatt, 2015). Dennoch fällt auf, dass nur 18,9% der psychisch Erkrankten Kontakt zu entsprechenden Leistungsanbieter_inn_en suchen (DGPPN, 2021). Allerdings könnten Betroffene gerade von psychosozialen Interventionen, welche u.a. Fachärzt_inn_en für Psychiatrie und Psychotherapie in ihre Behandlung einbringen, profitieren. Diese Maßnahmen sind die meist genutzten Interventionen und bilden einen großen Therapiebaustein (DGPPN, 2021).

Auch die Ergotherapie bringt spezifische Kenntnisse, Verfahren und Kompetenzen für den psychosozialen Interventionsansatz mit sich und kann dadurch diese viel bewirken. Gerade alltägliche Fertigkeiten sowie die soziale Partizipation der Klient_inn_en stehen im Fokus der Ergotherapie. Heutzutage zählen die Psychosomatik und Psychiatrie neben der Neurologie zu den größten medizinisch-therapeutischen Fachbereichen (*Psychiatrie - Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)*, o.J.) „Eine ergotherapeutische psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen“, sowie der Behandlung jeglicher Altersstufen (GKV Spitzenverband, 2005, S.11)

Die ergotherapeutische Arbeit in der klinischen Psychiatrie orientiert sich noch immer an veralteten **Paradigmen** (vorherrschende theoretische Denkweisen) und ist von diesen

1. Einleitung

veralteten Vorstellungen geprägt. Das belegen ergotherapeutische Studien der letzten Jahre (Hißmann & Müller, 2019; Jaquemot, et al., 2013; Knutzen, 2018; in Lang, 2021). Besonders im Gruppensetting sind die ergotherapeutischen Interventionen weiterhin von handwerklichen Tätigkeiten geprägt (Pfülf & Thiele, 2018; Jaquemot, et al., 2013; Deutsches Krankenhausinstitut e.V., 2011; Lambracht, 2019; DGPPN, 2019 zitiert nach Lang, 2021). Allerdings sollte sich die heutige Ergotherapie nach den modernen Kennzeichen, des zeitgenössischen Paradigmas, richten. Den Grundbaustein dafür stellen die sechs Säulen der Ergotherapie dar (Kielhofner, 2009). Immer mehr etablierte sich in den letzten Jahren die „betätigungsorientierte Ergotherapie“. Diese stellt das menschliche Handeln bzw. die alltäglichen Betätigungen in den Fokus der ergotherapeutischen Interventionen (Jenni, 2013 zitiert nach Lang, 2021). Die betätigungsorientierte Ergotherapie findet in der klinischen Psychiatrie jedoch nur wenig Anknüpfungspunkte (Hißmann & Müller, 2019; Jaquemot, et al., 2013; Knutzen, 2018 zitiert nach Lang, 2021).

Ein weiterer bedeutender Aspekt der zeitgenössischen und modernen Ergotherapie ist das Arbeiten mit bzw. in **Bezugsrahmen**. Deren Verwendung ist in jedem Fachbereich der Ergotherapie notwendig. Ergotherapeut_inn_en können „...durch ein reflektiertes Vorgehen mithilfe der Bezugsrahmen ... die Perspektive auf die Betätigungsprobleme eines Klienten.“ (le Granse et al., 2019; zitiert nach Heidrich et al., 2019, S. 11) lenken. Durch Bezugsrahmen wird ein evidenzbasiertes Arbeiten in der Ergotherapie ermöglicht (Heidrich et al., 2019). Im Laufe der Jahre haben sich für die Ergotherapie viele verschiedene Bezugsrahmen gebildet, die sich in den einzelnen Fachbereichen unterscheiden (Merklein de Freitas, 2016). Laut Heidrich et al. (2019) finden diese im psychosozialen Fachbereich jedoch kaum Anwendung. Das ergotherapeutische Vorgehen besteht viel häufiger aus Methoden des handwerklichen Bereiches. In aktuelleren Veröffentlichungen sind Hinweise darauf zu finden, dass handwerkliche Betätigungen jedoch keine bedeutungsvollen Betätigungen darstellen und nicht mehr der aktuellen Arbeitswelt entsprechen (Jaquemot et al., 2019 zitiert nach Lang, 2021).

Persönliche Motivation

Die Autorinnen sind durch eigene praktische Erfahrungen im Rahmen ihrer Ausbildung auf dieses Thema aufmerksam geworden. Es wurden große Diskrepanzen in den Arbeitsweisen im psychosozialen Kontext festgestellt. Des Weiteren haben sie erlebt, dass häufig Fachbegriffe synonym verwendet werden, obwohl sie eine andere Bedeutung besitzen. Die ergotherapeutische Praxis zeigt keinen festen und abgegrenzten Rahmen im psychosozialen Kontext auf, in welchem sich die praktische Arbeit in Deutschland bewegen kann. Daraus entstand die Überlegung, ob die bereits bestehenden Bezugsrahmen einen solchen Rahmen bieten könnten.

Ausgehend von diesen Erfahrungen hat sich die Vermutung entwickelt auf eine Forschungslücke gestoßen zu sein. Diese bezieht sich auf aktuelle Arbeitsweisen des psychosozialen Kontextes und die Eingliederung dieser in bereits existierende Bezugsrahmen.

Die zuvor genannten Aspekte sind die Grundlage der Durchführung der Studie sowie die Entscheidung zur wissenschaftlichen Untersuchung dieser Thematik.

1. Einleitung

Kurze Literaturangabe

Durch eine Literaturrecherche konnte die Forschungslücke nachgewiesen werden (→2.2). Des Weiteren konnte ein veröffentlichter Artikel gefunden werden, der diese Lücke anspricht (Heidrich et al., 2019). Die Recherche im nationalen und internationalen Rahmen zeigte, dass es eine deutliche Diskrepanz zwischen der Anzahl deutschstämmiger und englischstämmiger Literatur zu der Bezugsrahmen-Thematik gibt. Letztere ist wesentlich ausführlicher und weitreichender vertreten.

Ziel der Studie und zentrale Fragestellung

Das Ziel der hier vorliegenden Studie ist es, die ergotherapeutische Arbeitsweise mit psychisch erkranktem Klientel zu erfassen und in bereits existierenden Bezugsrahmen einzuordnen. Durch diese Informationen soll ein Eindruck erlangt werden, in welchem Paradigmen gearbeitet wird. Hieraus wurde folgende Forschungsfrage abgeleitet:

*Welche **Methoden** und **Interventionen** werden derzeit in Deutschland von Ergotherapeut_innen innerhalb eines Therapieprozesses mit psychisch erkranktem Klientel angewendet und wie können diese in die bereits existierenden Bezugsrahmen eingeordnet werden?*

Überblick über den Aufbau dieser Arbeit

In der *Einleitung* (←1) wird die gesellschaftliche und ergotherapeutische Relevanz des Forschungsthemas sowie die persönlichen Beweggründe thematisiert.

Im *theoretischen Hintergrund* (→2) wird ein Überblick über die ergotherapeutische Entwicklung in der Psychiatrie gegeben. Es werden die wichtigsten Begrifflichkeiten für die vorliegende Arbeit, sowie deren Zusammenhänge, erläutert. Des Weiteren wird näher auf den aktuellen Stand der Forschung eingegangen. Der theoretische Hintergrund schließt mit von den Autorinnen erstellten Tabellen ab. Diese bietet eine Übersicht über die wichtigsten Inhalte für den Verlauf Studie.

In der *Methodik* (→3) wird der Forschungsprozess und das *methodische Vorgehen* im Rahmen der empirischen Sozialforschung dargestellt. Die Wahl des Forschungsdesigns und des Umfragetools wird begründet. Die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung des Fragebogens wird beschrieben.

Anhand der *Resultate* (→4) des Fragebogens kann eine große Varianz in den verwendeten Methoden und Interventionen festgestellt werden. In diesem Kapitel wird außerdem deutlich, dass es durch das methodische Vorgehen möglich war die erhobenen Daten in Bezugsrahmen einzugliedern.

Die Resultate werden in der *Diskussion* (→5) mit den Inhalten des theoretischen Hintergrundes verknüpft und diskutiert. Des Weiteren werden die Stärken und Limitationen/Schwächen der Studie thematisiert.

In der *Schlussfolgerung* (→6) wird abschließend die Forschungsfrage beantwortet. Außerdem wird ein Ausblick bezüglich weiterer Forschungsgebiete gegeben.

2. Theoretischer Hintergrund

Die Entwicklung der Ergotherapie ist seit Jahrhunderten eng mit der Psychiatrie verbunden. Es sind über diesen gesamten Zeitraum Berichte zu finden, die aufzeigen, dass verschiedene Betätigungen als besonders förderlich für Menschen mit psychischen Erkrankungen angesehen und daher angeboten wurden (Kubny, 2020). Relevant für diese Arbeit sind lediglich die Erkenntnisse der letzten 70 Jahre. In diesen ließen sich zwei schwerpunktmäßige Vorgehensweisen erkennen. Zum einen wurde auf den „... Einsatz kreativer, handwerklicher, lebenspraktischer und kognitiv übender Tätigkeiten zur Förderung der Gesamtpersönlichkeit ... [gesetzt und zum anderen auf] die Beteiligung und die Förderung psychisch Kranker durch Arbeitsverrichtungen und berufsmäßige Tätigkeiten ...“ (Kubny, 2020, S. 44). Nach dem zweiten Weltkrieg entwickelte sich die Ergotherapie, mit den einsetzenden Reformen der Psychiatrie, kontinuierlich zu einer Therapieform und ist heutzutage kaum noch aus der Psychiatrie wegzudenken. Dennoch werden die Möglichkeiten auf eine betätigungsorientierte Arbeitsweise nicht ausreichend genutzt (Kubny, 2020). Auch Lang (2021) bezieht sich auf Studien, welche darlegen, dass die moderne Ergotherapie vor allem im klinisch-psychiatrischen Setting nur schwerfällig etabliert wird. „So dominieren bei den ergotherapeutischen Interventionen im klinischen psychiatrischen Bereich immer noch handwerkliche Angebote“ (Lang, 2021, S.67). Schreiber (1995) gibt an, dass ergotherapeutische Vorgehen im psychosozialen Fachbereich häufig aus interaktionellen, kompetenzzentrierten und ausdruckszentrierten Methoden bestehen. Bezugsrahmen finden bisher kaum Anwendung. Cup & Hartingsveldt (2019) nennen sechs Ausgangspunkte (Säulen der Ergotherapie), welche im Berufsprofil der Ergotherapie beschrieben werden: den klientenzentrierten, betätigungsorientierten, kontextbasierten, evidenzbasierten und die neuen Denkansätze technologie- und populationsbasiert. Trotz dieser sechs Ausgangspunkte ist die Rolle der Ergotherapie im psychiatrischen Kontext noch immer stark von den veralteten Vorstellungen aus vorherigen Paradigmen geprägt (Lang, 2021). Dies ist von großer Bedeutung für die vorliegende Bachelorarbeit, denn hier wird deutlich, „... dass das Paradigma in der Ergotherapie bei der Auswahl des Bezugsrahmens ... im Mittelpunkt steht und bei der Entwicklung einer Theorie, eines Modells oder einer Methodik führend ist.“ (Kinébanian & Logister-Proost, 2019, S. 355)

2.1. Paradigmen und Paradigmenwechsel

Der Begriff des Paradigmas wurde 1970 erstmals von Kuhn eingeführt. Er definiert ein Paradigma als ein zusammenhängendes Konstrukt, welches aus Theorien und Modellen einen theoretischen Denkrahmen formt (Kuhn, 1970). In diesem Rahmen kommt es zu einer Beschreibung und Analyse der Wirklichkeit. Ein Paradigma bildet den kulturellen Kern des Berufes und bestimmt somit auch die Berufsidentität. Außerdem sind sowohl die Kernbegriffe, die Werte des Berufes, wie auch die Sicht auf die Menschen und die Gesellschaft in diesem wiederzufinden (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Das „Ergotherapie-Paradigma“ ist ein Berufsparadigma, welches den „... allgemeine[n], vollständige[n] Rahmen der Theoriebildung und Berufsausübung der Ergotherapie in einer bestimmten Periode [beinhaltet]. Paradigmen bestehen aus Überzeugungen, welche von den Angehörigen der Berufsgruppe in einem bestimmten Zeitraum geteilt wurden.“ (Kuiper & Satnik, 2006; in Satnik & Van de Velde, 2019, S.75).

2. Theoretischer Hintergrund

Ein Paradigma verändert sich stetig „... durch den Konsens innerhalb der Berufsgruppe über sowohl grundsätzliche Ausgangspunkte als auch über die Werte des Berufes.“ (Satnik & Van de Velde, 2019, S. 75). Es sind keine festen Strukturen, sondern sie passen sich z.B. an die Trends des Gesundheitssystems in der Gesellschaft an. Verändern sich Vorstellungen des Gesundheitswesens kommt es zu einer sogenannten Paradigmaverschiebung und das führt wiederum zu anderen oder überarbeiteten Ergotherapiemodellen. Dies bedeutet für die Ergotherapeut_inn_en einen lebenslangen Lernprozess (Supnyk-Mellson & McKenna, 2010; Turpin & Iwama, 2011 zitiert nach Kinébanian & Logister-Proost, 2019).

Ein Paradigmenwechsel bedeutet einen Wandel der grundlegenden Rahmenbedingungen, die für eine Wissenschaft oder Philosophie gelten. Das wird ausgelöst, durch eine entstandene und einige Zeit anhaltende Krise innerhalb einer Profession. Ein Beispiel für den Auslöser dieser Krise kann das Ausüben von Kritik (von Berufsangehörigen oder dritten Personen) an den Inhalten des Berufes sein. Somit kann es zu einem Entschluss des Berufsstandes kommen, eine Neuausrichtung des Paradigmas zu veranlassen (Kuhn, 1970). Auch in der Ergotherapie müssen die Modelle und Theorien sich entsprechend der Veränderung der Gesellschaft, des Gesundheitswesens und des Berufes immer wieder neu anpassen (le Granse, 2020).

In der ergotherapeutischen Literatur wird von drei Paradigmen gesprochen, die nachfolgend aufgeführt und erläutert werden.

2.1.1. Betätigungsparadigma

Das erste ergotherapeutische Paradigma bildete sich in den USA bereits Anfang des 20. Jahrhunderts (ca. 1914). Hierbei handelt es sich um das „Paradigm of Occupation“ (dt. Betätigungsparadigma). In Deutschland etablierte es sich erst ab dem Jahr 1955 (Mentrup, 2013). Besonders geprägt ist diese Zeit durch die holistische Sichtweise. Innerhalb dieses Paradigmas war eines der vorherrschenden Gedankenkonstrukte, dass der Körper und der Geist des Menschen unweigerlich miteinander verbunden sind. Außerdem bestand die Überzeugung, dass nicht ausreichende Betätigungen zu Schäden an Körper und Geist führen können. Das gezielte Durchführen von Betätigungen kann zur Wiedererlangung gestörter Funktionen angewendet werden (Kielhofner, 2009).

Die Ergotherapie beruht auf dem Grundsatz, dass die beste Art der Heilgymnastik diejenige ist, die eine Reihe von spezifischen freiwilligen Bewegungen erfordert, welche in den normalen Berufen und Beschäftigungen, beim körperlichen Training, im Spiel oder in den täglichen Routinetätigkeiten stattfinden (Baldwin, 1919; zitiert nach Kinébanian, 2019, S. 43)

2.1.2. Mechanistische Paradigma

In den Jahren 1940-1950 entstand im Zuge des ersten Paradigmenwechsels in den USA das „mechanistic Paradigm“ (dt. mechanistische Paradigma). Deutschland erreichte dieser Wechsel erst um 1980 (Mentrup, 2013). Hier wurde die Ergotherapie von Seiten der Medizin dazu angeregt, sich den neuen medizinischen Erkenntnissen anzupassen. Das war der Anlass zur Entstehung eines neuen Paradigmas (Kielhofner, 2009). Der Einsatz von Aktivitäten geriet in dieser Zeit immer mehr in den Hintergrund. Die Entwicklung von Aktivitäten als Therapiemittel bekamen immer weniger Aufmerksamkeit, während Technik

2. Theoretischer Hintergrund

und Wissenschaft als Therapiemittel immer stärk an Bedeutung gewannen. Die Sicht auf die Betätigungen des Menschen beschränkte sich auf die sensomotorischen Funktionen. Das Ziel war die Reduzierung der Behinderung (Kinébanian, 2019). „... Aktivitäten wurden so angepasst, dass sie im Rahmen der biomechanischen Theorien zur Funktionserholung von Muskeln und Gelenken, wie z.B. das Weben in der Höhe, verschiedener Formen von angepassten Schleifblöcken usw., angewendet werden konnten“ (Kinébanian, 2019, S. 45).

2.1.3. Zeitgenössische Paradigma

In den 1970er Jahren wurde in den USA die Rückkehr zu den wesentlichen Aspekten des ersten Paradigmas angestrebt. In Deutschland geschah dieser Umschwung erst nach der Jahrtausendwende gegen 2005 (Mentrup, 2013). Einer der Kernaspekte war die Sicht auf die zentrale Bedeutung der Betätigung für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Der Fokus sollte sich somit wieder vermehrt auf die Betätigung an sich und die damit verbundene Motivation legen. Es setzte sich außerdem das Gedankenkonstrukt durch, dass das Betätigungsproblem selbst im Mittelpunkt der Therapie stehen soll und so zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beiträgt. Außerdem sollte sich die fokussierte Sichtweise auf die Interaktion zwischen der Person, der Umwelt und der Betätigung richten (Kielhofner, 2009).

Ein weiterer Aspekt dieses Paradigmas ist, dass sich immer mehr Männer für den Beruf des Ergotherapeuten entscheiden. Zuvor wurde dieser hauptsächlich von Frauen ausgeübt. In früherer Zeit herrschte die Ansicht, dass der Ergotherapie-Beruf dem Rollenbild der Frau entspricht (Frank, 2004).

Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurde kein weiteres ergotherapeutisches Paradigma definiert. Die Ergotherapie befindet sich jedoch definitiv in einem Paradigmenwechsel. Fest steht, dass der Zusammenhang von Betätigung und Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil erhalten bleiben wird (Pechstädt, 2019).

2.2. Inhaltliche Ergebnisse der Literaturrecherche

Die durchgeführte Literaturrecherche, welche im dritten Kapitel erläutert wird, wurde mit einer Stichprobenuntersuchung inspiziert. Sowohl national als auch international existiert nur eine sehr geringe Literaturauswahl über Bezugssysteme und deren Bezugsrahmen. Deutlich wurde, dass es für jeden Fachbereich der Ergotherapie unterschiedliche Bezugssysteme und -rahmen gibt. Die Literaturauswahl über das Bezugsrahmenkonstrukt des psychosozialen Fachbereichs ist gering. Es konnten nur wenige der Thematik entsprechenden Studien, Veröffentlichungen oder Artikel gefunden werden. Alle gefundenen Definitionen weisen die gleichen Kernaspekte auf.

2.2.1. Internationale Literaturrecherche

Auffällig ist, dass in der englischsprachigen Literatur eine Vielzahl an Definitionen von Bezugsrahmen gefunden werden konnte, welche bereits vor Jahrzehnten aufgestellt wurden. Aktuellere Definitionen weisen Bryant et al. (2014) und Townsend & Polatajko (2013) auf. Wird nach spezifischen Bezugsrahmen für den psychosozialen Kontext gesucht, können nur wenige Ergebnisse erzielt werden. Alle gefundenen Ergebnisse unterscheiden

2. Theoretischer Hintergrund

sich jedoch in ihrer Definition und Auflistung. Zu einem späteren Zeitpunkt werden einige von diesen aufgelistet (→2.3.4).

2.2.2. Nationale Literaturrecherche

Als deutschsprachige Primärliteratur zu dem Konstrukt von Bezugsrahmen ist lediglich die Übersetzung des englischstämmigen Fachbuches „Ergotherapie – Theorien und Modelle“ von Hagedorn (2000) zu finden. Sie führt Bezugsrahmen jedoch nicht primär in Verbindung mit dem psychosozialen Kontext auf, sondern im Allgemeinen für die Ergotherapie. In diesem können jedoch Bezugsrahmen für psychosoziale Funktionsstörungen gefunden werden.

Auch wenn das Konstrukt der Bezugsrahmen in diesem Fachbuch nicht explizit für den psychosozialen Kontext ausgelegt ist, wurde die durchzuführende Studie hauptsächlich entsprechend der Literatur nach Hagedorn (2000) ausgerichtet. Somit soll die Möglichkeit geschaffen werden möglichst vielen Leser_inn_en die Auseinandersetzung mit dem Forschungsthema zu ermöglichen und die primär genutzte Literatur zu verstehen. Als weitere deutsche Literatur wurde das Buch „Ergotherapie in der Pädiatrie – klientenzentriert – betätigungsorientiert – evidenzbasiert“ von Baumgarten & Strebel (2016) gefunden. In einem Kapitel erläutert Merklein de Freitas (2016) die Verwendung von Bezugsrahmen sowie eine Auflistung dieser für pädiatrischen Kontext bezieht. Dies stellt die aktuellste und umfangreichste Literatur zu dieser Thematik dar. Weitere Veröffentlichungen lassen sich von Heidrich et al. (2019) finden. In diesem wird jedoch nicht die Thematik erläutert, sondern es wird auf die Notwendigkeit der Verwendung von Bezugsrahmen hingewiesen.

2.3. Bezugsrahmen und Bezugssysteme

Im Folgenden werden verschiedene Definitionen von Bezugsrahmen sowie eine Definition von Bezugssystemen aufgeführt. Die Definition von Bezugssystemen ist von Nöten, um das Konstrukt der Bezugsrahmen verstehen zu können. Da diese lediglich zum Verständnis des Konstruktes dient wurde nur eine Definition aufgeführt. Es wurde sich bewusst für die Aufführung von einer Vielzahl von Bezugsrahmen-Definitionen entschieden, da die Bezugsrahmen die Thematik der Forschungsarbeit darstellen.

2.3.1. Definition Bezugssysteme

Hagedorn (2000) definiert Bezugssysteme als eine Sammlung von Theorien und Kenntnissen, welche auf einer Basiswissenschaft beruhen. Diese bilden sich aus Wissen, welches außerhalb der Ergotherapie liegt. Die Bezugssysteme bedienen sich an diesen Wissenschaften. Es sind viele verschiedene Theorien aus unterschiedlichen Bezugssystemen in die Ergotherapie eingeflossen, jedoch haben sich nicht aus allen Bezugsrahmen gebildet. Für die Ergotherapie haben sich zwei Bezugssysteme besonders herausgebildet: das physiologische und das psychologische Bezugssystem (Hagedorn, 2000).

2.3.2. Physiologische Bezugssysteme

Das physiologische Bezugssystem bezieht sich auf körperliche Fähigkeiten. Die Fähigkeiten des Menschen auf die Umwelt zu reagieren, geschieht durch die Steuerung

2. Theoretischer Hintergrund

von elektrochemischen Prozessen. Sowohl das genetische Potential als auch die Integrität und Interaktion aller Körperzellen beeinflusst die Performanz. Die folgenden Bezugsrahmen stellen die wichtigsten Bezugsrahmen dieses Bezugssystems dar: der biomechanische, neurophysiologische und kognitiv-perzeptive Bezugsrahmen (Hagedorn, 2000).

2.3.3. Psychologisches Bezugssystem

„Die Psychologie befasst sich mit der wissenschaftlichen Erforschung von Verhalten und geistigen Prozessen. Im Laufe dieses Jahrhunderts haben vielerlei Theorien die Weiterentwicklung der Psychologie beeinflusst.“ (Hagedorn, 2000, S. 58) Außerdem haben sich einige Spezialgebiete aus dieser gebildet, z.B. Erziehungs-, Evolutions- und Sozialpsychologie. Die Ergotherapie wurde zu unterschiedlichen Zeiten und auf unterschiedliche Weise von den Erkenntnissen der Psychologie beeinflusst.

Der Ergotherapeut muss eine Reihe von psychologischen Theorien kennen, wenn er die Schwierigkeiten von Patienten bei Perception, Gedächtnis, Lernen und Performanz untersuchen will, wenn er als wirksamere Wege finden muss, um Informationen zu übermitteln und Fertigkeiten zu verbessern. (Hagedorn, 2000, S. 59)

Innerhalb des psychologischen Bezugssystems bestehen acht verschiedene Bezugsrahmen: der biomechanische, neurophysiologische, verhaltensorientierte, kognitiv-verhaltensorientierte, kognitiv-perzeptive, analytische, gruppenarbeits- und humanistische Bezugsrahmen (Hagedorn, 2000).

2.3.4. Definitionen Bezugsrahmen

In der ergotherapeutischen internationalen Literatur gibt es unterschiedliche Terminologien, wenn es um die Definition von Bezugsrahmen geht. Dies bringt Unklarheiten und Verwirrungen mit sich. Verschiedene Fachexpert_inn_en haben unterschiedliche Bezeichnungen entwickelt und verwendet, welche die Entwicklung ihres Denkens und die daraus resultierende Interaktion ihrer Ideen widerspiegeln. Diese Tatsache macht es Ergotherapeut_inn_en nicht leicht Bezugsrahmen zu verstehen und diese auf ihre tägliche praktische Arbeit anzuwenden. Durch die mangelnde Klarheit wird mit der praktischen Umsetzung gezögert (Parker, 2009). Es besteht eine Hürde im Theorie-Praxis Transfer.

Unabhängig davon, welche Definition als die zutreffendste angesehen wird, sind Bezugsrahmen wichtig für die Entwicklung des Einzelnen und des Berufsstandes, um die Praxis zu leiten. Es gibt eine Reihe verschiedener Bezugsrahmen, die in der täglichen Praxis angewendet werden können. Welcher Bezugsrahmen gewählt wird, hängt von der jeweiligen Situation, den verfügbaren Ressourcen, den Erfahrungen des/der einzelnen Therapeut_en_in und dem/der Klient_en_in ab (Parker, 2009).

2.3.4.1. Definition nach Mosey (1983)

Parker (2009) beschreibt die Definition von Mosey (1983) als die einfachste zu verstehende. Sie gibt an, dass Bezugsrahmen dazu dienen die Theorie mit der Praxis zu verbinden. Darüber hinaus verleiht der Bezugsrahmen der Behandlung Einheitlichkeit, Ausgewogenheit und Richtung. Hierbei wird verdeutlicht, dass die Begriffe „Bezugsrahmen“ und „Theorie“ nicht synonym verwendet werden können. Sie unterscheidet die Begriffe in ihrer Funktion. Eine Theorie trifft Vorhersagen, während ein Bezugsrahmen die Praxis leitet

2. Theoretischer Hintergrund

(Mosey, 1983). Im Jahr 1986 führt Mosey weiter aus, dass ergotherapeutische Bezugsrahmen zusammenhängende Theorien, Konstrukte und Konzepte sind. Diese sollen Ergotherapeut_inn_en bei der Entscheidungsfindung während des gesamten Praxisprozesses unterstützen (Mosey, 1986).

2.3.4.2. Definition der CAOT (1991)

Ein Bezugsrahmen ist ein "... theoretische[r] Entwurf oder eine therapeutische Philosophie, innerhalb derer die Programmplanung erfolgen kann" (Canadian Association of Occupational Therapy, Department of National Health and Welfare, 1991, S. 38).

2.3.4.3. Definition nach Foster (1999)

Parker (2009) beschreibt, dass Foster (1999) die wohl weitreichendste Definition von Bezugsrahmen aufführt. Sie beschreibt Bezugsrahmen als "einen organisierten Bestand an Wissen, Prinzipien und Forschungsergebnissen, der die konzeptionelle Grundlage für einen bestimmten Aspekt der Praxis bildet" (Foster, 1999, S. 53). Weiterführend gibt sie an, dass dies in der Theorie „schön und gut“ ist, aber es trägt nur wenig dazu bei, Ergotherapeut_inn_en ein Arbeitsinstrument zu bieten, welches sie in ihren Interventionen anwenden können. Der Zweck eines Bezugsrahmens in der praktischen Arbeit besteht darin, die Art und Weise, in der ein_e Ergotherapeut_in den Therapieprozess durchführt, zu lenken und zu beeinflussen. Er tut dies, indem er eine bestimmte Facette der Praxis rationalisiert und erklärt (Foster, 1999).

2.3.4.4. Definition nach Hagedorn (2000)

Bezugsrahmen sind das Ergebnis der Auseinandersetzung mit verschiedenen Bezugswissenschaften und philosophischen Annahmen. Durch sie erhalten Ergotherapeut_inn_en die Möglichkeit, ergotherapeutisches und „fachfremdes“ Wissen im Kontext des Klienten zu nutzen. Die Bezugsrahmen synthetisieren und interpretieren das in den Bezugssystemen niedergelegte Wissen für die Ergotherapie (Hagedorn, 2000).

2.3.4.5. Definition nach Townsend & Polatajko (2013)

Ein Bezugsrahmen ist eine theoretische Sichtweise, welche den Kontext oder eine Reihe von Annahmen, innerhalb derer die Wahrnehmung und das Denken einer Person stattfindet. Dieses schränkt den Verlauf und das Ergebnis von Handlungen selektiv ein (Townsend & Polatajko, 2013).

2.3.4.6. Definition nach Bryant et al. (2014)

Bryant et al. (2014) definiert Bezugsrahmen hingegen als eine Sammlung von Ideen und Theorien, die eine zusammenhängende Grundlage für die Praxis bilden. Bezugsrahmen umreißen das Feld und die theoretische Basis für die Praxis. Ein Modell hingegen gibt den Ergotherapeut_inn_en präzisere Hinweise für die Umsetzung der Theorie in die Praxis. Auf Grund der Erweiterung der ergotherapeutischen Wissensbasis, wurden die Theorien in eine zunehmende Anzahl von Bezugsrahmen, Ansätzen und Modellen gegliedert. Die neuen Entwicklungen können sowohl in der Theorie als auch in der Praxis zu einer zukünftigen Entwicklung weiterer Bezugsrahmen führen (Bryant et al., 2014).

2. Theoretischer Hintergrund

2.3.5. Einheitliche Definitionsmerkmale

Auch wenn zu dem Begriff „Bezugsrahmen“ keine einheitliche Definition zu finden ist, weisen alle vorstehenden aufgeführten Definitionen die gleichen Kernaspekte auf. Aus allen lässt sich der „theoretische“ Aspekt hervorheben, sowie dessen praktische Verwendung - kurzgefasst, fokussiert jede Definition den Theorie-Praxis Transfer, welcher durch die Verwendung von Bezugsrahmen ermöglicht werden soll.

2.3.6. Zusammenführung von Bezugssystemen und Bezugsrahmen

Damit ein korrektes Verständnis des Bezugsrahmenkonstruktes entwickelt werden kann, wird im nachfolgenden die Definition von Bezugssystemen und -rahmen zusammengeführt.

Bezugssysteme werden in ein primäres Bezugssystem und Bezugsrahmen unterteilt. Bei der Formulierung von Bezugsrahmen werden Elemente bzw. verschiedenes Wissen aus verschiedenen Bezugssystemen vermischt, um die ergotherapeutische Arbeit gestalten zu können. Hierbei ist es jedoch von Bedeutung, dass innerhalb eines Bezugsrahmens nur kompatible Inhalte verwendet werden. Relevante Bezugssysteme für die Ergotherapie enthalten Wissen über die menschliche Funktion im täglichen Leben. Sie dienen außerdem zur Erklärung von vorliegenden Funktionsstörungen (Hagedorn, 2000b).

2.4. Notwendigkeit von Bezugssystemen und -rahmen

Hagedorn (2000) benennt folgende Wichtigkeit in der Verwendung von Bezugssystemen und -rahmen:

Die Tatsache, dass es nicht nur eine einzige `richtige` Antwort gibt, wenn wir uns mit Modellen und Bezugssystemen beschäftigen, ist wichtig. Es ist zwar angenehm, die intellektuelle und emotionale Bestätigung zu haben, dass man es `richtig macht`. Je weiter man doch in der Ausbildung fortschreitet, desto deutlicher entdeckt man, dass solche Sicherheiten selten sind, und dass selbst unveränderliche `Fakten` bei näherem Hinsehen in Zweifel zu ziehen sind. Das Wissen verändert sich ständig. (Hagedorn, 2000b, S. 3)

Die Ergotherapie muss sich also in Bezug auf die Bildung von Modellen, Bezugsrahmen und den entsprechenden Definitionen entwickeln. Wie bereits erwähnt fließen die Begriffe oft ineinander und es gibt keine klare Abgrenzung. Dies kann zu Verwirrungen führen. Die uneinheitliche Terminologie stellt somit nicht nur für Ergotherapie-Lernende eine Herausforderung dar, das Konstrukt der Bezugsrahmen begreifen zu können (Hagedorn, 2000).

Bezugssysteme und Bezugsrahmen sind für die Ergotherapie bedeutsam, da diese keine alleinstehende Wissenschaft für sich ist. Somit benötigt sie das Wissen aus anderen Wissenschaften und „... leiht sich Wissen aus anderen Disziplinen.“ (Heidrich et al., 2019, S. 9). Die Bezugswissenschaften stellen für die Ergotherapie Wissen aus fremden Wissenschaften dar. Aus diesen entnehmen Ergotherapeut_inn_en für die Therapie relevantes und anwendbares Wissen. Wenn dieses Wissen in einen berufsspezifischen Zusammenhang gesetzt wird, kommt es zu der Entstehung von ergotherapeutischen Bezugsrahmen. Zur praktischen Umsetzung von theoretischen Annahmen sind verschiedene Methoden in den Bezugsrahmen zu finden. Mithilfe der Verwendung von

2. Theoretischer Hintergrund

Bezugssystemen und -rahmen gelingt eine Betrachtung von verschiedenen Ursachen und Lösungsoptionen der Betätigungsperformanzprobleme der Klient_inn_en. Das therapeutische Handeln und Denken lässt sich hierdurch hinterfragen, erklären und evidenzbasiert gestalten. Für Dritte wird durch diesen Prozess die Therapie und ihre Interventionen nachvollziehbar. Dieses theoretische Wissen trägt zu einer Stärkung der Berufsdarstellung nach außen sowie der Berufsidentität bei (Heidrich et al., 2019).

2.5. Inkompatibilität von Bezugsrahmen

Des Öfteren kommt es vor, dass die Nutzung eines alleinstehenden Bezugsrahmens der Betätigungsschwierigkeit von Klient_inn_en nicht gerecht wird. Wird ausschließlich ein Bezugsrahmen im Therapieprozess verwendet, besteht die Gefahr, dass in der Zusammenarbeit mit den Klient_inn_en wichtige Aspekte übersehen werden. Aus diesem Grund ist es von hoher Bedeutung, nicht nur ein grundlegendes Verständnis für die verschiedenen Bezugsrahmen zu erlangen, sondern auch von den jeweiligen Theorien, welche aus den Bezugssystemen stammen. So entsteht die Möglichkeit, dass verschiedene Bezugsrahmen kombiniert werden, entweder in paralleler oder nacheinander folgender Nutzung. Bei der parallelen Verwendung von unterschiedlichen Bezugsrahmen ist es nötig, diese vor der Verwendung auf deren Kompatibilität zu untersuchen. Beispielsweise sind Ansätze des biomechanischen und des neurophysiologischen Bezugsrahmens nicht miteinander kompatibel, obwohl beide Bezugsrahmen die Physiologie als Bezugswissenschaft aufweisen (Merklein de Freitas, 2016). Die Techniken, die sich daraus ergeben schließen sich einander aus. „Wenn dies nicht klar durchschaut wird, kann es zu erheblicher Verwirrung kommen, die in keiner effektiven Therapie mündet.“ (Hagedorn, 2000b, S. 71). Es ist bedeutsam, dass die Therapeut_inn_en sich verdeutlichen, dass eine gleichzeitige Nutzung von Bezugsrahmen mit inkompatiblen Inhalt nicht angebracht ist. Sind beide Bezugsrahmen im Therapieprozess notwendig, sollte die sequentielle Anwendung nacheinander erfolgen (Merklein de Freitas, 2016).

2.6. Erläuterung der Bezugsrahmen nach Hagedorn (2000)

Die nachfolgenden (selbsterstellten) Tabellen basieren auf dem Bezugsrahmenkonstrukt nach Hagedorn (2000) und stellen den theoretischen Hintergrund der durchgeführten Studie dar.

2. Theoretischer Hintergrund

2.6.1. Bezugsrahmen bei physischen Funktionsstörungen

	Neurophysiologischer BR	Biomechanischer BR	kognitiv perceptiver BR
Bezugs- wissen- schaften	Entwicklungspsychologie, Physiologie, Anatomie, Kinesiologie, Neurophysiologie	Physiologie, Anatomie, Kinesiologie, Neurophysiologie	Psychologie, Physiologie, Anatomie, Neurophysiologie
Metamodell	Organismisch, kann durch festgelegte Techniken reduktionistisch werden	Reduktionistisch	Reduktionistisch; der diagnostische Ansatz dient dazu, die Art des Defizits genau festzustellen
Haupt- annahmen	neurologische Entwicklung in Stufen, welche in Reihenfolge durchlaufen werden müssen; Zusammenhang zwischen sensorischem Input und motorischem Output	Anwendung eines Stufenprogramms von Übungen, um (annähernd) normale Funktionen wiederherzustellen; beruht auf kinesiologischen Prinzipien	Perzeption und Kognition sind unerlässlich für funktionelle Bewegung; Erkennen von Eingangsinformationen ist notwendig, um mit einer angemessenen Reaktion sinnvoll zu handeln. Intensive Übungen können dazu beitragen perzeptive oder kognitive Defizite zu verbessern oder zu kompensieren
Ursprung des Problems	Person zeigt Entwicklungsverzögerung/Re- gression auf primitivem Entwicklungsstand durch Schädigung des Hirns, der Genetik, Erkrankungen oder Verletzungen	Erkrankung, Verletzung oder angeborene Störung mit Einschränkungen der normalen Funktion	Hirnschädigung; Entwicklungsverzögerung/- störung
Fokus	Praxistransfer der Theorien der Entwicklungspsychologie Verbesserung in sensomotorischen Funktionen Erreichen der alters- und geschlechtsüblichen Bewegungsmuster und Reaktionen	messbare Verbesserung von physischen Funktionen, Kompensation oder ADL- Übungen	Identifizierung eines kognitiven/perzeptiven Defizits Verbesserung der Performanz
Th.-Kl.- Beziehung	Therapeut erhebt den Befund und legt Intervention fest, Pat. kooperiert aktiv oder passiv	Therapeut berät, schlägt vor, begleitet; aktive Mitarbeit des/der Patient_in Anwendung von Stufenprogramm Ziel: (annähernd) normale Funktionen wiederherzustellen Einsatz von HiMi/Orthesen zum Ausgleich der Restbehinderung	Therapeut identifiziert die Probleme und hilft dem Patienten die Funktion zu verbessern oder Einschränkungen zu kompensieren
Inter- ventionen/ Ansätze	Methoden, die Entwicklungsschritte unterstützen Bobath, PNF, Rood, konduktive Förderung, SI, räumliche- zeitliche Adaptation, sensorische Stimulation	Bottom-up Spiele und Übungen; adaptive Maßnahmen; Kompensationsstrategien; Einsatz von Hilfsmitteln Abgestufte Aktivitäten Aktivitäten des täglichen Lebens zur Verbesserung der Funktion Kompensatorischer Ansatz	Diagnostisch, heilend, kompensatorisch Funktion verbessern oder Ausfälle kompensieren

Tab. 1 Bezugsrahmen bei physischen Funktionsstörungen nach Hagedorn (2000)

2. Theoretischer Hintergrund

2.6.2. Bezugsrahmen bei psychosozialen Funktionsstörungen

	Verhaltens-orientierter BR	Kog.-verhaltens-orientierter BR	Analytischer BR	Gruppen-arbeits-BR	Humanistischer BR
Bezugs-wissen-schaften	Psychologie Behaviorismus, Pädagogik	Psychologie, Pädagogik	Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologie	Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie, Sozialpsychologie	Humanismus, Psychologie
Meta-modell	Reduktionistisch	Organismisch	Reduktionistisch, Verhalten durch unbewusste Triebe bestimmt	Meist undogmatisch, ganzheitlich	Ganzheitlich
Haupt-an-nahmen	Es kann nur das beobachtbare Verhalten untersucht werden Verhalten ist erlernt, kann verlernt/gelöscht werden. Lernen geschieht als Reaktion auf Verstärkung	Kognition ist ein komplexer Prozess. Jeder Mensch hat seine eigenen Erfahrungen und Interpretationen der Umwelt Dysfunktionalen Menschen wird zur Funktionalität geholfen	Verhalten wird durch unbewusste, irrationale Prozesse bestimmt, die mit der Befriedigung der Basis-Triebe zusammenhängt Durch langwierige Analyse kann das Unbewusste zum Vorschein gebracht werden	Interaktions-fertigkeit kann nur durch eigene Erfahrungen erworben werden und stellt ein Mittel zum persönlichen Wachstum dar; persönliches Wachstum = schmerzhafter Prozess	Mensch muss als Ganzes in seiner sozialen/physischen Umwelt angesehen werden; persönliche Erfahrung hat hohe Bedeutung Recht auf persönliche Entscheidung; Ziel des Menschen: Autonomie, Authentizität & Selbstverwirklichung
Ursache	Auf Grund von falscher Verstärkung ein unerwünschtes Verhalten erlernt bzw. ein erwünschtes nicht gelernt	Falsche oder unvollständige kognitive Verarbeitung. Falsche Interpretation oder Verdrehung von Wahrgenommenem	Defizit an Integration der Persönlichkeit aus unbewussten Gründen	Person kann das eigene Bedürfnis nach Kommunikation mit anderen/ die Wünsche und Bedürfnisse anderer nicht erkennen	Funktionsunfähigkeit durch Schädigung, Entwicklungsverzögerung, umweltbedingten Stress, schwaches Selbstbewusstsein, keine Gelegenheiten Fertigkeiten zu erwerben
Fokus	Das Verhalten der Person zu verändern. Sprich: ein gewünschtes Verhalten tritt durchgehend auf oder ein unerwünschtes nicht	Kognitiv-verhaltens-orientiert: Verbesserung von kognitiven Fertigkeiten, welche zu positiven Veränderungen des Verhaltens führen	Besserung der psychosozialen Funktion und Klient_in empfindet subjektive Besserung	Verbesserte Selbst-/Fremdwahrnehmung der Person, d.h. die eigenen Bedürfnisse benennen und denen anderer nachzukommen	Selbstgestecktes Ziel des/der Klient_in soll erreicht werden; Klient_in gibt an, ob weitere Intervention/en nötig ist/sind
Th.-Kl.-Beziehung	Wenig Mitsprache bei Zielsetzung; Kooperationsfähigkeit nicht notwendig	Meist <u>faszilitierend</u>	Komplexe Beziehung während gedehntem analytischen Prozess	Steuerung durch Klient_in/Gruppe	Zurückweisung jeglicher Machtausübung; Therapie muss klient_innenzentriert sein
Interventionen/ Ansätze	Verhaltensmodifikation; programmiertes Lernen, <u>Chaining</u> , soziales Modellieren	kognitives Training/Modellieren, Stress-/Angstmanagement, Problemlösetechniken; Entspannungstechniken	Analytisch, Objekt-Beziehungen, kreative(s) Aktivitäten/ Schreiben, Pantomime, Psychodrama, geleitete Fantasie	Interaktiver Ansatz (z.B. soz. Spiele, Aktivitätsgruppen, kreative Aktivitäten); Psychoth. Ansatz (z.B. Sozial oder Kommunikationstraining, (Rollen)Spiele)	personen-zentriert beraten, Gruppenarbeit/ Rollenspiele, Selbstbehauptungstraining, Entspannungstechniken, kreative Therapie

Tab. 2 Bezugsrahmen bei psychosozialen Funktionsstörungen nach Hagedorn (2000)

3. Methodik

Der Forschungsansatz der hier vorliegenden Bachelorarbeit basiert auf Methoden der empirischen Sozialforschung. Diese befasst sich mit sozialen Sachverhalten, wie dem Erleben, Verhalten und Zusammenleben von Menschen (Döring & Bortz, 2015).

3.1. Forschungsprozess

Der Ablauf der Studie orientiert sich an dem von Creswell (2011) beschriebenen Prozess. Es wurde zunächst das Forschungsproblem identifiziert, dem anschließend eine Literaturübersicht erstellt. Basierend darauf wurde die Forschungsfrage formuliert und die Entscheidung getroffen eine quantitative Forschung durchzuführen. Die Wahl fiel auf das „Survey“ (dt. Umfragedesign) Forschungsdesigns. Im weiteren Verlauf des Prozesses kam es zur Erstellung des Messinstrumentes sowie zur Durchführung der Pre-Testung und Anwendung des Messinstrumentes. Darauffolgend wurden die Daten analysiert und interpretiert. Abschließend fand die Diskussion der Ergebnisse sowie die Schlussfolgerung statt.

3.2. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde zum einen mittels verschiedener Datenbanken (→A.1) und zum anderen über Fachbücher gestaltet. Auffällig ist, dass es zu der Bezugsrahmen-Thematik nur sehr wenig und veraltete Literatur gibt. Aktuelle Literatur der letzten zehn Jahren zu diesem Thema ist nur wenig zu finden.

3.2.1. Datenbanken

In folgenden Datenbanken wurde die Online-Literaturrecherche durchgeführt:

- Google Scholar (→A.1a)
- Pubmed (→A.1b)
- OTseeker (→A.1c)
- Zuyd Libary (→A.1d)
- DVE Datenbank (→A.1e)

Für eine zielgerichtete Suche ist es notwendig Schlüsselwörter zu definieren (Ritschl et al., 2016). Da die Recherche sowohl auf deutsch- als auch englischsprachige Literatur abzielte, wurden die Schlüsselwörter für beide Sprachen festgelegt.

Deutsche Schlüsselwörter	Englischsprachige Schlüsselwörter
Ergotherapie	Occupational therapy
Psychiatrie	Psychiatry
Bezugsrahmen	Frame of references
Psychosozialer Kontext	Psychosocial context
Psychiatrischer Kontext	Psychiatric context
	Mental health

Tab. 3 Schlüsselwörter

Zur Verknüpfung dieser Wörter wurden zwei Boolesche-Operatoren verwendet. Die Verwendung des Operators „AND“ führt dazu, dass die Suchwörter miteinander verknüpft werden und nur nach Ergebnissen mit der Kombination beider Begriffe gesucht wird. Mit

3. Methodik

dem Operator „OR“ werden Ergebnisse gefiltert, welche entweder den einen oder den anderen Suchbegriff enthalten (Ritschl et al., 2016).

In allen Datenbanken wurde zunächst mit der zeitlichen Einschränkung von zehn Jahren (2011-2021) gesucht, um möglichst aktuelle Literatur zu erhalten. Die Trefferquote in allen Datenbanken war hoch. Bei einer stichprobenartigen Sichtung über die Relevanz der Literatur stellte sich heraus, dass diese nicht passend ist. Es wurde überwiegend Literatur angezeigt, welche nur einzelne der Schlüsselwörter enthält, trotz der Verwendung des Operators „AND“. Aus diesem Grund wurde ein erneuter Suchdurchlauf in Form einer Phrasensuche vorgenommen, um eine weitere Spezifizierung der Ergebnisse vorzunehmen. Bei der Phrasensuche werden Begriffe, welche in einer bestimmten Reihenfolge stehen sollen, in Anführungszeichen gesetzt (z.B. "occupational therapy") (ULB-LOTSE: Operatoren, o.J.). Diese Maßnahme führte zu einer starken Minimierung der Suchergebnisse, sodass eine weiterer Suchdurchlauf ohne zeitliche Begrenzung erfolgte.

Die gesamte Literaturrecherche mittels der Datenbanken lieferte den Autorinnen trotz sehr ausführlicher Recherche nur wenig relevante Literatur. Die verwendete aktuelle gefundene Literatur ist Kapitel 2.2 zu entnehmen. Die Dokumentation der Literaturrecherche in den verschiedenen Datenbanken ist den Anlagen zu entnehmen (→A.1).

3.2.2. Fachbücher

Für eine zielführende Literaturrecherche in Büchern, war es zunächst eine Herausforderung relevante Fachbücher herauszufiltern. Hierzu wurde beispielsweise Primärliteratur von Veröffentlichungen gesichtet und geprüft. Des Weiteren wurden Fachleute, für die hier beschriebene Forschungsthematik, nach Literaturempfehlungen befragt.

Die anschließende Recherche in den Büchern fand ebenfalls mit Hilfe der oben erwähnten Schlüsselbegriffe statt. Diese wurden entweder im Literatur- oder Stichwortverzeichnis gesucht. Des Weiteren wurde in diesen nach theoretischem Hintergrundwissen für die Forschungsarbeit gesucht. Hierfür wurden, zu den bereits aufgeführten, noch weitere Schlüsselwörter verwendet. Da sowohl in deutschsprachigen als auch englischsprachigen Fachbüchern nach diesem Wissen gesucht wurde, wurden die Schlüsselwörter „Paradigma/Paradigmen“ (dt.) und „Paradigm“ (engl.) ergänzt.

3.3. Formulierung der Forschungsfrage

„Forschungsfragen sind Fragen in der quantitativen oder qualitativen Forschung, die Zweckerklärungen auf spezifische Fragen einschränken, die die Forscher zu beantworten versuchen.“ (Creswell, 2011). Durch diese Fragestellung soll eine genaue Beschreibung und Eingrenzung der Wissenslücke stattfinden (Gläser & Laudel, 2010).

Basierend auf der in Kapitel 1 und 2 aufgeführten Forschungslücke wurde folgende Forschungsfrage entwickelt:

Welche Methoden und Interventionen werden derzeit in Deutschland von Ergotherapeut_inn_en innerhalb eines Therapieprozesses mit psychisch erkranktem Klientel angewendet und wie können diese in die bereits existierenden Bezugsrahmen eingeordnet werden?

3.4. Methodisches Vorgehen

Die Forschungsfrage bezieht sich, wie bereits in den Kapitel 1 und 2 beschrieben, auf aktuelle Themen des ergotherapeutischen psychosozialen Kontextes in Deutschland. Das Eingliedern der ergotherapeutischen Vorgehensweisen in bereits existierende Bezugsrahmen wird immer häufiger thematisiert (←1). Auch die verschiedenen Arbeitsweisen und Ansichten in diesem Kontext sind präsenste Themen, jedoch mit einer geringen aktuellen Studienlage. Daher wurde die Entscheidung getroffen eine Erhebung des Ist-Zustandes im psychosozialen Kontext der Ergotherapie zu veranlassen. Die Wahl dieses Kontextes wurde getroffen, damit nicht nur die ergotherapeutische Arbeit in der klinischen Psychiatrie fokussiert wird, sondern auch für alternative Arbeitssettings des Kontextes. Dies soll dazu beitragen, ein möglichst repräsentatives Forschungsergebnis für die gesamte Zielgruppe zu erreichen. Auf Grund dessen wurde die Vorgehensweise nach dem quantitativen Design gewählt. Die quantitative Forschung ist ein Datenerhebungsverfahren der empirischen Sozialforschung. Mithilfe standardisierter Methoden sollen numerische Daten ermittelt werden, welche zur Klärung der Fragestellung führen. Im Anschluss werden diese statistisch verarbeitet, um neue Informationen und Erkenntnisse zu gewinnen sowie Hypothesen zu überprüfen (*Quantitative Forschung – Definition, Methoden & Ablauf I Qualtrics*, o.J.; Ritschl et al., 2016).

Das gewählte quantitative Studiendesign trägt dazu bei, die „... Tendenzen einer großen Population von Personen [zu] beschreiben.“(Creswell, 2011 S.21). Hierfür eignet sich innerhalb der quantitativen Forschung das „Survey Design“. Dieses Design dient dazu, mit Hilfe einer Umfrage, bei einer kleinen Personengruppe die Einstellungen oder das Verhalten zu erfragen und so Tendenzen für eine größere Gruppe zu ermitteln. Es gibt verschiedene Ansätze des Survey Designs. Da das Ziel der Umfrage darin besteht den Ist-Zustand zu erforschen, wurde sich für die Vorgehensweise nach dem „Cross-Sectional Survey Design“ (dt. Querschnittsbefragung) entschieden. Hierbei erheben Forscher_innen Daten an einem bestimmten Zeitpunkt (Creswell, 2011).

Im weiteren Forschungsprozess wurde sich an die von Creswell (2011) genannten Schlüsseleigenschaften orientiert, welche bei der Erstellung einer Umfrageforschung helfen sollen:

- Stichproben auf einer Population
- Erhebung von Daten durch Fragebögen oder Interviews
- Erstellung von Instrumenten für die Datenerhebung
- Erreichen einer hohen Rücklaufquote

Für die Durchführung der Umfrage wurde anschließend ein Messinstrument ausgewählt. Ziel war es repräsentative Ergebnisse zu erhalten. Hierzu wurde eine Möglichkeit zur weiten Verbreitung der Studie an viele Teilnehmer_innen benötigt, um so eine hohe Anzahl an Rückmeldungen zu erlangen. Daher wurde ein webbasierter Fragebogen erstellt, welcher es ermöglicht in kurzer Zeit umfangreiche Daten zu erheben (Creswell, 2011). Der Einsatz einer Onlineumfrage ist hierzu ein probates Mittel. Zum einen kann der Fragebogen ohne größeren Aufwand deutschlandweit verbreitet werden und zum anderen entsteht für die Teilnehmer_innen kein Mehraufwand, wie z.B. die Rücksendung eines ausgefüllten Papierfragebogens. Hierdurch wurde sich eine höhere Rücklaufquote versprochen. Auch die Möglichkeit des „snowball samplings“ (dt. Schneeballsystem), war einer der

3. Methodik

ausschlaggebenden Gründe für die Entscheidung zu einer Onlinebefragung (Creswell, 2011).

Folgende Einschlusskriterien wurden für die hier beschriebene Studie festgelegt:

- Die Teilnehmer_innen müssen mindestens eine Ausbildung oder ein Studium im ergotherapeutischen Bereich abgeschlossen haben; weitere Studiengänge führen nicht zum Ausschluss
- Die Teilnehmer_innen müssen mit psychisch erkranktem Klientel arbeiten, unabhängig vom Stundenumfang und dem Arbeitssetting.

3.5. Datenerhebung

3.5.1. Vorbereitung der Datenerhebung

Wie bereits zuvor beschrieben wurde aus verschiedenen Gründen die Erhebung über einen digitalen Fragebogen durchgeführt. Dieser dient dazu Daten über Wissen, Haltungen, Grundüberzeugungen und Gefühle zu sammeln (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Für die Erstellung des Fragebogens wurde „Questback essentials“ (*Questback - Quests*, o.J.) genutzt. Diese Website wurde ausgewählt, da sie alle Daten gemäß der allgemeinen Datenschutz-Verordnung (DSGVO) schützt und nur auf Servern in Deutschland sichert („Security“, o.J.). Des Weiteren bietet „Questback essentials“ die notwendigen Funktionen, welche für den Fragebogen benötigt wurde. Dazu gehört unter anderem die Möglichkeit zwischen den Fragetypen und den Darstellungsmöglichkeiten zu variieren.

3.5.1.1. Ethische Aspekte der Forschung

Für eine ethisch korrekte Durchführung der Studie und somit auch bei der Fragebogenerstellung ist es notwendig einige Aspekte zu beachten. Jede/jeder Teilnehmer_in muss den Sinn und Zweck der Studie verstehen. Des Weiteren ist es notwendig, dass die Teilnehmer_innen aus freiem Entschluss zustimmen an dieser Studie teilzunehmen (Ritschl et al., 2016). Dies wurde gewährleistet, indem ein Informationsschreiben dem Fragebogen voran ging (→A.2). In diesem war außerdem die Kontaktadresse der Autorinnen, für sich ergebende Rückfragen, zu finden. Am Ende des Schreibens wurden die Teilnehmer_innen darüber informiert, dass die Teilnahme freiwillig ist und, dass jederzeit die Möglichkeit zum Abbruch besteht. Mit dem Beginn des Fragebogens stimmten sie der freiwilligen Teilnahme zu.

Ein weiterer relevanter ethischer Aspekt der Forschung war die Gewährleistung des Datenschutzes in der Umsetzung (Ritschl et al., 2016). Bereits die Auswahl der Website zur Fragebogenerstellung leistete aus schon zuvor erwähnten Gründen einen bedeutenden Beitrag. Des Weiteren erfolgte eine Aufklärung der Teilnehmer_innen darüber, dass die Datenerhebung anonym erfolgt sowie eine Angabe, wie lange die Daten nach Abschluss der Studie an welchem Ort gespeichert werden.

Alle Teilnehmer_innen erhielten die Möglichkeit sich ihre Antworten nach Beendigung des Fragebogens zusenden zulassen, dies diente dazu Transparenz zu schaffen. Am Ende des Fragebogens konnte die E-Mail-Adresse hinterlegt werden. Diese wurden weder angezeigt,

3. Methodik

noch konnten sie abgerufen werden. Die Zusendung der eigenen Antworten erfolgte automatisch.

3.5.1.2. Fragebogenerstellung

Für die Erstellung des Fragebogens wurde sich an den von Creswell (2011) beschriebenen Schritten, die bei der Erstellung eines Instruments zur Datenerhebung durchlaufen werden sollen, orientiert:

1. Es werden verschiedenen Arten von Fragen formuliert z.B. Verhaltensfragen, persönliche und einstellungsbezogene Fragen. Dabei sollen sowohl offene als auch geschlossene Fragen gestellt werden.
2. Es werden Strategien zur Fragenkonstruktion angewendet, wie z.B. die Verwendung einer klaren Sprache. Die Fragen sind auf alle Teilnehmer_innen anwendbar und die Antwortmöglichkeiten überschneiden sich nicht.
3. Es findet ein Pre-Test statt und die Rückmeldungen werden in den Fragebogen eingearbeitet.

Bei der Formulierung der Fragen für den Fragebogen wurden außerdem die „10 Gebote“ nach Porst (2000) berücksichtigt. Der Fragebogen begann mit Erfragung von demographischen Daten, z.B. dem Alter, Geschlecht, Abschluss und Jahr des Abschlusses. Diese Fragen, wie auch die Frage, ob mit psychisch erkranktem Klientel gearbeitet wird, wurden als geschlossene Fragen formuliert. Der Großteil der weiteren Fragen wurde als halbggeschlossene Fragen gestellt. Dieses Fragendesign ermöglicht den Teilnehmer_innen entweder bereits vorgegebene Antworten auszuwählen oder eine Antwortmöglichkeit zu ergänzen (Creswell, 2011). In der Fragestellung nach den genutzten Methoden wurde sich bewusst gegen die Verwendung der Begrifflichkeit „Methoden“ entschieden. Dies diente dazu eine Verzerrung der Antworten durch das unterschiedliche Wortverständnis vorzubeugen. Zur Umgehung dieses Begriffes wurden spezifischere und ausführlichere formulierte Fragestellungen verwendet. Diese zielen auf die Zielsetzung/Planung der Interventionen und den Fokus der Therapie ab. Mit diesen Fragen wurde die Methodik hinter dem Therapieprozess erfragt. Durch diese ausführlicheren Fragestellungen können weitreichendere Ergebnisse erzielt werden. Um die genutzten Interventionen erheben zu können, wurde dieser Begriff ebenfalls für die allgemeine Verständlichkeit durch den der Behandlungsansätze ergänzt. Bei der Formulierung der Antwortmöglichkeiten dieser Fragen erfolgte eine direkte Zuordnung der in den Tabellen 1 und 2 aufgeführten Bezugsrahmen (→A.5). Ergänzend zu diesen Fragen wurde jeweils eine weitere offene qualitative Frage formuliert, die den Teilnehmer_innen die Möglichkeit bot eine individuelle Antwort hinzuzufügen (Creswell, 2011). Auf Grund dessen, dass die Einordnung der Therapiemittel bei der Erstellung nicht eindeutig möglich war, wurde zu jedem erfragten Therapiemittel eine offene Frage generiert, mit deren Hilfe die Antworten bei der Auswertung eingeordnet werden.

Bei dem Fragebogen wurden folgende Einstellungen getroffen:

- Alle geschlossenen und halbggeschlossenen Fragen sind obligatorisch
- Mehrfachantwort möglich bei Fragen nach:
 - dem Arbeitssetting
 - den Erkrankungen der Klient_inn_en
 - der Beteiligung an der Zielsetzung

3. Methodik

- alle inhaltlichen Fragen zu den Bezugsrahmen

Die Mehrfachantworten tragen dazu bei, den Teilnehmer_innen es zu ermöglichen ihre komplexe Arbeit mit dem psychisch erkranktem Klientel möglichst spezifisch wiederzugeben.

Für die Beantwortung der Fragen wurden außerdem verschiedene Bedingungen generiert:

- Nur wenn die Frage, ob mit psychisch erkranktem Klientel gearbeitet wird mit „ja“ beantwortet wurde, konnten die nachfolgenden Fragen beantwortet werden.
- Bei der Angabe, dass in Gruppen gearbeitet wird, wurde eine Frage zu der Größe und den Inhalten dieser eröffnet.
- Zu jedem ausgewählten Therapiemittel wurde eine Frage, mit der Möglichkeit zur freien Beantwortung, generiert.
- Zum Abschluss des Fragebogens wurde den Teilnehmer_innen die Möglichkeit gegeben, ohne jegliche Vorgaben etwas hinzufügen zu können.

3.5.1.3. Pre -Testung

Wie von Creswell (2011) empfohlen, wurde eine Pre-Testung durchgeführt. Nach Fertigstellung des Fragebogens wurde dieser an drei Pre-Testerinnen versendet. Zwei dieser Testerinnen wurden als Expertinnen hinzugezogen. Ihre Expertise begründet sich auf ein Studium im Bereich der Ergotherapie, sowie praktische Erfahrungen im psychosozialen Kontext. Eine der Pre-Testerinnen arbeitet außerdem im Fachausschuss für Psychiatrie des DVE. Dadurch konnte ein gezieltes Feedback gegeben werden, ob der Fragebogen das misst, was er messen soll. Des Weiteren wurde eine Testerin involviert, die sich vor allem mit der Darstellung, der technischen Durchführbarkeit und dem Verständnis der Fragen sowie den Antwortmöglichkeiten befasste. Alle Testerinnen wurden darum gebeten zunächst auf die allgemeine Verständlichkeit des Fragebogens zu achten, auf die Zeit, die zur Beantwortung benötigt wurde und auf die technisch (einwandfreie) Durchführbarkeit.

Es wurde folgendes Feedback erhalten:

- einige Begriffe sind nicht klar oder eindeutig zu verstehen
- zu kurze Bearbeitungszeit
- es fehlen relevante Antwortmöglichkeiten

Das Feedback wurde in den Fragebogen eingearbeitet. Auf Basis der Empfehlung der Expertinnen wurden die Antwortmöglichkeiten, auch wenn diese nicht in der Grundlagenliteratur nach Hagedorn (2000) aufgeführt sind, aufgegriffen und ergänzt. Die überarbeitete Version wurde erneut an die gleichen Testpersonen geschickt. Es wurde um Beurteilung gebeten, ob die getroffenen Veränderungen ausreichend und zielführend waren. Das Feedback ergab:

- die Begriffe sind nun klar und eindeutig
- die Zeiteinschätzung stimmt
- Fragestellungen nach Therapiemitteln sind sinnvoll

3. Methodik

Die Evaluation führte zu der Entscheidung, dass noch weitere Fragen zum Arbeitssetting, und zu den genutzten Therapiemitteln sinnvoll wären. Diese sollten bei der Auswertung die Möglichkeit bieten die Ergebnisse besser bewerten und diskutieren zu können. Die vorgenommenen Änderungen wurden abschließend durch die Pre-Testerinnen kontrolliert.

Die Ergebnisse der Pre-Testung wurden zur Überprüfung der Darstellungsweise verwendet. Dazu wurden sie in eine Excel-Tabelle exportiert. Von Bedeutung war, dass alle Antworten der TN zusammenhängend dargestellt werden. Nachdem auch die Überprüfung der Darstellung der Rohdaten ein erfolgreiches Ergebnis erzielte, wurde die Pre-Testung abgeschlossen.

3.5.1.4. Flyer und Anschreiben

Parallel zur Durchführung der Pre-Tests, fand die Erstellung eines Flyers statt (→A.3). Dieser diente zur Unterstützung bei der Verbreitung des Fragebogens. Auf dem Flyer wurden die wesentlichen Informationen kurz dargestellt:

- Thema der Umfrage
- Vorstellung der Autorinnen
- Anlass der Studiendurchführung
- Kontaktdaten
- Link zur Teilnahme

3.5.2. Verbreitung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde zunächst per E-Mail und über „WhatsApp“-Gruppen verbreitet. Da die Rücklaufquote zu gering war, wurden erneut Möglichkeiten der weiteren Verbreitung hinzugezogen. Hierzu gehört die gezielte Weiterverbreitung des Fragebogens über social Media.

3.5.2.1. E-Mail

Der zuvor erstellte Flyer wurde per Mail an Lehrkräfte von drei unterschiedlichen Schulen für Ergotherapie versendet. Diese beinhaltete ein Anschreiben mit der Bitte den Flyer an alle Kooperationspartner_innen des psychosozialen Kontextes sowie an ehemalige Schüler_innen weiterzuleiten (→A.4a). Wiederrum wurden die ehemaligen Schüler_innen ebenfalls gebeten den Flyer weiter zu verbreiten. Zusätzlich wurde der Flyer an eine Kollegin versendet, die die Möglichkeit hatte, ihn über den Fachausschuss Psychiatrie des DVEs weiter zu verbreiten. Auch der Vorstand für Bildung und Wissenschaft des DVE's wurde involviert, versehen mit der Bitte um Weiterleitung (→A.4a). Dieser veröffentlichte den Aufruf zur Studienteilnahme im DVE-Newsletter. Durch dieses Schneeballverfahren konnte eine breite Streuung des Fragebogens erreicht werden

3.5.2.2. Social media

Eine Erweiterung der Samplingstrategie war nötig, um weitere Teilnehmer_innen zu erreichen. Dazu wurden die zwei größten Gruppen („ergoXchange“ und „Thieme liebt Ergos“) mit ergotherapeutischem Inhalt als weitere Verbreitungsinstanz auf der social media Plattform „Facebook“ hinzugezogen. In diesen Gruppen wurde ein Beitrag in Form des Flyers mit einem Anschreiben gesendet, welche den Aufruf veröffentlichten (→A.4b).

3. Methodik

Ergänzend wurde der Flyer in diversen Gruppenchats des Messagingdienstes „WhatsApp“ geteilt, wie auch gezielt an Personen verschickt, die mit dem entsprechenden Klientel arbeiten. Auch hier wurde das Schneeballverfahren genutzt, indem die Gruppenmitglieder_inn_en und kontaktierten Personen einen Aufruf zur Weiterleitung erhielten.

3.6. Auswertung der Daten

Die erhobenen Daten wurde aus Questback essentials in Excel exportiert und mit Hilfe der deskriptiven Statistik ausgewertet. Für die Auswertung der freien Textfelder und offenen Fragen des Fragebogens, wurde die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) hinzugezogen.

Um die Auswertung der umfangreichen Daten übersichtlich zu gestalten, wurde der Fragebogen unterteilt in demographische Daten, nicht-gruppenbezogene Basisdaten, gruppenbezogene Basisdaten und Fragen zum Therapieprozess, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind (→Abb.1). Die Fragen zum Therapieprozess entstammen den selbstaufgestellten Tabellen 1 und 2. Durch die Erhebung der Basisdaten konnten die Arbeitsbedingungen und Umstände der Teilnehmer_inn_en erhoben werden. In der folgenden Textbox wird die Einteilung der Fragen dargestellt.

Demographische Daten	Basisdaten	Nicht-gruppenbezogene Basisdaten	Inhaltliche Aspekte Therapieprozess
Alter	Arbeitszeit mit psychisch erkranktem Klientel	Therapiesetting (vor und während Covid 19-Pandemie)	Ziel-/Interventionsplanung
Geschlecht	Arbeitssetting	Inhalte	Fokus der Therapie
Ausbildung/Studienabschluss	Erkrankungen	Einteilung	Interventionen/Behandlungsansätze
Abschlussjahr	Zielfestlegung		Therapiemittel

Abb. 1 Textbox Frageneinteilung

3.6.1. Auswertung der quantitativen Fragen

Die Auswertung der quantitativen Daten dient dazu, diese organisiert darzustellen und zusammenzufassen. Dadurch werden diese für die betrachtende Person übersichtlich und erfassbar. Durch die Nutzung verschiedener Skalenniveaus wird festgelegt „..., welche mathematischen Operationen mit [den erhobenen] Zahlen auch inhaltlich erlaubt und sinnvoll sind.“ (Rasch et al., 2010, S. 8). Je nach Skalenniveau wurde auch mit statistischen Kennwerten gearbeitet. „Der Sinn statistischer Kennwerte besteht darin, bestimmte Eigenschaften einer Verteilung numerisch wiederzugeben, so dass mit ihnen gerechnet werden kann.“ (Rasch et al., 2010, S. 15).

3.6.1.1. Demographische Daten

Die Auswertung der Geschlechtsidentität fand auf **Nominalskalenniveau** statt. Hierbei wird lediglich zwischen Gleich- und Verschiedenheit unterschieden. Es wurde jeweils die absolute Häufigkeit der verschiedenen Antwortmöglichkeiten bestimmt. Das Alter der Teilnehmer_innen wurde hingegen auf dem **Verhältnisskalenniveau** betrachtet. Damit die **zentrale Tendenz** festgestellt werden konnte wurde das **arithmetische Mittel** errechnet. Des

3. Methodik

Weiteren wurde die **Range** (dt. Variationsbreite) ermittelt. Bei den Fragen zum Ausbildungsstand (**Ordinalskala**) wurde die jeweilige absolute Häufigkeit ermittelt. Damit die Angaben der Abschlussjahre auf dem Verhältnisskalenniveau dargestellt werden konnten, wurde berechnet, wie lange die jeweiligen Abschlüsse zurückliegen. Anschließend wurde auch hier das arithmetische Mittel zur Feststellung der zentralen Tendenz, wie auch die Range berechnet (Rasch et al., 2010; Weiß & Rzany, 2013).

3.6.1.2. Nicht-gruppenbezogene Basisdaten

Alle Antwortmöglichkeiten wurden auf Nominalskalenniveau betrachtet. Die Antworten der freien Felder wurden entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) kategorisiert. So konnten auch diese Antworten anschließend auf Nominalskalenniveau betrachtet werden. Dadurch gelang die Berechnung der absoluten und relativen Häufigkeiten. Einige Daten werden graphisch oder tabellarisch dargestellt. Im Bereich des Nominalskalenniveaus bestehen verschiedene Möglichkeiten zur graphischen Darstellung wie ein Balken-, Kreisdiagramm oder eine Häufigkeitstabelle (Rasch et al., 2010).

Bei den Ergebnissen der Frage, ob mit psychisch erkranktem Klientel gearbeitet wurde, wurde zunächst die absolute Häufigkeit bestimmt. Hierbei stellte sich heraus, dass zwei Teilnehmer_innen diese Arbeit nicht verfolgen. Da dieser Aspekt einer der Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie ist, wurden alle zuvor gegebenen Antworten dieser beiden Teilnehmer_innen entfernt, damit es zu keiner Verfälschung der Studie kam. Nachfolgend wurde von allen weiteren Fragen die jeweilige absolute Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten berechnet. Bei den erfragten Arbeitssettings wurde zwischen Teilnehmer_innen, die nur in einem und welchen die in mehreren Settings tätig sind, unterschieden.

3.6.1.3. Therapieprozess

Wie bereits zuvor beschrieben, entstammt jede Antwortmöglichkeit dieser Fragen entweder aus den aufgeführten Bezugsrahmen (← Tab.1 und 2) oder dem Feedback der Expertinnen. Für die Auswertung der genutzten Methoden und Interventionen wurde die absolute und relative Häufigkeit der jeweiligen Auswahl berechnet. Jede Antwortmöglichkeit wurde bereits bei der Erstellung einem Bezugsrahmen zugeordnet (→ A.5). Dies ermöglicht eine Aussage darüber, wie stark die jeweiligen Bezugsrahmen Verwendung finden. Da es für einige Bezugsrahmen mehrere Antwortmöglichkeiten gibt, wurde bei der Auswertung berechnet, wie viele Teilnehmer_innen jeweils eine Antwort für einen Bezugsrahmen ausgewählt haben. Das bedeutet, wählte ein/eine Teilnehmer_in mehrere Antworten aus, die zu einem der Bezugsrahmen gehören, wurde dies einfach gewertet. Das Interesse bestand außerdem auch auf dem Gesamtergebnis der genutzten Rahmen. Daher wurde abschließend berechnet, welche Bezugsrahmen insgesamt wie stark genutzt werden. Die erhobenen Daten, welche auf dem Nominalskalenniveau zu betrachten sind, können z.B. durch Balkendiagramme dargestellt werden. Für eine bessere Übersicht werden die Daten in einer tabellarischen Darstellungsweise aufgeführt.

3.6.1.4. Geschlossene Fragen zu Therapiemitteln

Die Erhebung genutzter Therapiemittel trug zu einem umfangreicheren Verständnis der Therapiegestaltung bei. Auch diese Ergebnisse wurden anschließend in die Bezugsrahmen (← Tab.1 und 2) eingegliedert. Aus den Ergebnissen der Therapiemittel erfolgte die

3. Methodik

Ermittlung der absoluten Häufigkeit. Aufgrund dessen, dass zwei Therapiemittel (kreative und handwerkliche) sich in zwei unterschiedliche Bezugsrahmen eingliedern lassen, musste eine Differenzierung stattfinden. Mit einem Abgleich des Therapiesettings wurden die Angaben zu diesen Mitteln verglichen. Damit ein Eindruck der Nutzung dieser Mittel außerhalb der Covid-19 Pandemie erlangt werden konnte, wurde von jedem/jeder Teilnehmer_in das Setting gewertet, welches als überwiegend genutztes Setting *vor* der Pandemie angegeben wurde. Bei Teilnehmer_innen, welche vor der Pandemie noch nicht berufstätig waren, wurde das *während* der Pandemie angegebene Therapiesetting gewertet.

3.6.2. Auswertung der qualitativen Fragen

Es fand eine systematische Auswertung und Interpretation der erhobenen Daten bzw. des Materials (z.B. des Textes) statt. Für jede Frage mit freier Antwortmöglichkeit als auch bei offenen Fragen wurde ein Kategoriensystem zur Auswertung verwendet. In diesem konnten die Antworten übersichtlich zusammengefasst und den aufgestellten Kategorien entsprechend zugeordnet werden. Jede Kategorie besitzt einen individuellen Charakter und spiegelt den Inhalt der zugeordneten Textstellen wieder. Es wurde das **induktive Vorgehen** der qualitativen Inhaltsanalyse verwendet. Hierbei kommt es direkt bei der Auswertung des Textfeldes zu einer Kategorienentwicklung.

In Form einer Frequenzanalyse wurden bestimmte Elemente des vorliegenden Textmaterials aus den freien und offenen Antwortfelder ausgezählt und in ihrer absoluten Häufigkeit bestimmt. Anschließend kam es zu einem Vergleich mit dem Auftreten und der absoluten Häufigkeit von anderen Elementen (Mayring, 2015; Mayring & Fenzl, 2019).

3.6.2.1. Offene Fragestellung zu Therapiemitteln

Diese Fragestellungen dienen dazu festzustellen, was die Teilnehmer_innen unter den jeweiligen Therapiemitteln verstehen. Aus den Ergebnissen wurde jeweils ein Kategoriensystem entwickelt (Mayring, 2015). Mit Hilfe dieser Kategorien kann der Rückschluss gezogen werden, in welchen Bezugsrahmen die jeweiligen Therapiemittel einzuordnen sind.

3.7. Gütekriterien quantitativer Forschung

Die Qualität einer empirischen Untersuchung ist von hoher Bedeutung. Gütekriterien sollen beschreiben, wie während des gesamten quantitativen Forschungsprozesses die Qualität der durchgeführten Forschung gewährleistet wurde. Sie sollen vor allem dazu beitragen, dass die Datenerhebung möglichst ohne Fehler verläuft und eine angemessene Interpretation der Ergebnisse stattfindet. Bei der quantitativen Forschung nennen Baur & Blasius (2014) zwei verschiedene Kategorien, in welchen es Gütekriterien zu berücksichtigen gibt:

1. Gütekriterien der Messung
2. Gütekriterien des Forschungsdesign

3.7.1. Gütekriterien der Messung

Zur Gewährleistung der Zuverlässigkeit und Gültigkeit eines Messinstruments gibt es drei festgelegte Gütekriterien. Hierzu zählen die Objektivität, Reliabilität und Validität (Baur & Blasius, 2014).

3.7.1.1. Objektivität

Zur Objektivität gehören die Interpretations-, Durchführungs- und Auswertungsobjektivität. Im Bereich der sozialwissenschaftlichen Forschung ist die Objektivität in der Interpretation nicht möglich, da Interpretationen subjektive Bewertungen beinhalten können. Die Durchführungsobjektivität hingegen kann weitestgehend durch standardisierte Fragebögen gewährleistet werden (Baur & Blasius, 2014). Hierbei ist es besonders wichtig, dass die forschende Person nicht durch die eigenen Vorstellungen beeinflusst wird (Albers, 2009). Damit die Auswertungsobjektivität gewährleistet werden kann, muss zum einen die Dokumentation der Datenaufbereitung vorhanden sein. Des Weiteren muss dokumentiert werden ob und inwiefern die Daten für eine statistische Analyse angepasst wurden und wie mit fehlenden Werten umgegangen wurde (Baur & Blasius, 2014).

Innerhalb dieser Forschung wurde die Durchführungsobjektivität dadurch gewährleistet, dass alle Teilnehmer_innen den identischen Fragebogen erhielten. Der Fragebogen wurde wie zuvor beschrieben mit Hilfe eines Anschreibens hauptsächlich an Gruppen oder mit Hilfe des Schneeballverfahrens verteilt. Das Schneeballverfahren verhindert die Möglichkeit festzustellen welche Personen zu der Teilnahme eingeladen wurden. Dies trägt außerdem zur Anonymität der Teilnehmer_innen und der ihrer Antworten bei (Creswell, 2011). Somit bestand keine Möglichkeit die Teilnehmer_innen zu beeinflussen.

3.7.1.2. Reliabilität

Die Reliabilität steht für die Zuverlässigkeit, sodass eine wiederholte Messung immer wieder zu den gleichen Werten führt. Sie gibt also unter anderem an, „... wie genau ein Messinstrument misst“ (Baur & Blasius, 2014, S. 496). Die Reliabilität ist meist eine Voraussetzung für die Validität (Baur & Blasius, 2014).

Die Reliabilität des genutzten Messinstruments wurde dadurch gesichert, dass unter den gleichen Voraussetzungen an jedem Tag die gleichen Ergebnisse erhoben werden. Dies wird außerdem dadurch gesichert, dass die Fragen und Antwortmöglichkeiten genau beschrieben und definiert sind.

3.7.1.3. Validität

Die Validität hingegen beschreibt, die Gültigkeit des Messinstrumentes. Das bedeutet es misst das, was es messen soll. Es gibt verschiedene Möglichkeiten die Validität nachzuweisen. Eine ist die „face validity“ (dt. Augenscheinvalidität). Hierbei wird die Gültigkeit durch Augenschein festgestellt. Jedoch ist hierbei zu beachten, dass es keine objektiven Kriterien zur Beurteilung gibt (Baur & Blasius, 2014). Eine andere Form der Validität ist die Inhaltsvalidität. Diese soll aufzeigen, dass alle Aspekte mit der Messmethode gemessen werden, die relevant für das Konstrukt sind. Dies kann durch die Zitation von Quellen oder aber auch durch das Feedback von Expert_inn_en in diesem Themenbereich nachgewiesen werden (Burns & Grove, 2005).

3. Methodik

Die Validität wurde zum einen durch die Augenscheinvalidität und zum anderen durch die Inhaltsvalidität gewährleistet, indem sich bei der Formulierung der Antwortmöglichkeiten auf die erstellten Tabellen 1 und 2 bezogen wurde. Diese basieren wiederum auf der Literatur von Hagedorn (2000). Des Weiteren wurde von den Expertinnen ein Feedback dazu eingeholt, ob das Instrument auch das misst, was es messen soll. Die von den Expertinnen genannten Mängel wurden, wie bereits erwähnt eingearbeitet und es wurde ein erneutes Feedback eingeholt.

3.7.2. Gütekriterien von Forschungsdesigns

Zur Gewährleistung der Generalisierbarkeit und Eindeutigkeit der Ergebnisse eines Forschungsdesigns gibt es zwei Gütekriterien. Diese sind die externe und die interne Validität (Baur & Blasius, 2014).

3.7.2.1. Externe Validität

Die externe Validität dient dazu sicherzustellen, dass alle Forschungsergebnisse angemessen interpretiert werden und mit Hinblick auf das Forschungsziel eine entsprechende Schlussfolgerung abgeleitet wird. Des Weiteren beschreibt die externe Validität, ob und in wie weit die erlangten Ergebnisse auf die vorab definierte Population übertragen werden können (Baur & Blasius, 2014).

Die Übertragbarkeit auf die Population wurde innerhalb dieser Studie gewährleistet, indem eine möglichst breit gefächerte und willkürliche Gruppe an Personen an der Umfrage teilnehmen konnte und nicht nur ausgewählte Personen. Dies wurde erreicht, indem der Fragebogen wie zuvor schon beschriebenen auf verschiedenen Wegen verbreitet wurde. Des Weiteren ist die Übertragbarkeit gewährleistet, da innerhalb der Einschlusskriterien zur Studienteilnahme wenig weitere Einschränkungen gegeben waren, d.h. es wurden verschiedenste Settings, Krankheitsbilder etc. berücksichtigt. Dies ermöglichte es, dass die Ergebnisse nicht nur für eine kleine Population zutreffend sind, sondern für alle repräsentativ sein können, die lediglich die Einschlusskriterien erfüllen.

3.7.2.2. Interne Validität

Die interne Validität befasst sich damit, „... inwieweit die Eindeutigkeit der Ergebnisinterpretation gegeben ist.“ (Baur & Blasius, 2014, S. 501). Eine Studie gilt als intern valide, „... wenn die untersuchten Variablenzusammenhänge mit hoher Sicherheit als kausale Ursache-Wirkungs-Relation zu interpretieren sind.“ (Döring & Bortz, 2015, S. 94). Bei nicht-experimentellen Studien ist es lediglich möglich zu erläutern, welche Zusammenhänge zwischen den erhobenen Daten existieren. Es ist jedoch nicht möglich empirisch nachzuweisen, wie diese Zustände kommen. Somit kann die interne Validität hierbei nicht gewährleistet werden (Döring & Bortz, 2015).

Da es bei der vorliegenden Arbeit um eine Querschnittstudie mit nur einem Messzeitpunkt handelt, war die Gewährleistung der internen Validität entsprechend der oben angegebenen Gründe nicht möglich.

4. Resultate

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie dargestellt. Das in Kap. 3 formulierte methodische Vorgehen ist die Grundlage hierfür.

Die Laufzeit der Umfrage betrug 35 Tage. Diese startete am 28.07.2021 und lief einschließlich bis zum 31.08.2021. In dieser Zeit nahmen insgesamt 134 TN teil. Wie im dritten Kapitel erwähnt, war eines der Einschlusskriterien das Arbeiten mit psychisch erkranktem Klientel die Voraussetzung. Da sowohl ein Teilnehmer wie auch eine Teilnehmerin dieses Kriterium nicht erfüllten, wurde ihnen nicht die Möglichkeit der Beantwortung der darauffolgenden Fragen gegeben. Die zu Beginn erfragten demografischen Angaben dieser Personen wurden aus der Auswertung gestrichen. Daher beziehen sich die dargestellten Ergebnisse lediglich auf 132 TN, welche jede verpflichtende Frage beantwortet haben.

Zur Übersichtlichkeit der Ergebnisse, werden die erhobenen Ergebniszahlen mithilfe der kaufmännischen Rundung dargestellt.

4.1. Demografische Daten

Die TN sind zu 95% weiblichen Geschlechtes und zu 5% männlichen Geschlechtes. Weiter lässt sich zusammenfassen, dass der Altersdurchschnitt bei 37 Jahren liegt. Der/Die jüngste TN gab ein Alter von 20 Jahren an und der/die Älteste von 71 Jahren. Demnach beträgt die Range 51 Jahre.

In Abbildung 2 wird dargestellt, dass 96 TN (73%) alleinig die Ausbildung zum_r Ergotherapeut_in absolviert haben, hingegen 17 Personen (13%) ein Studium im Bereich der Ergotherapie abgeschlossen haben. Weitere 17 TN (13%) absolvierten sowohl die Ausbildung als auch ein Studium im ergotherapeutischen Bereich. Ein_e TN gab keinen Abschluss an und ein_e ander_e legte dar ein österreichisches Diplom erlangt zu haben (1%).

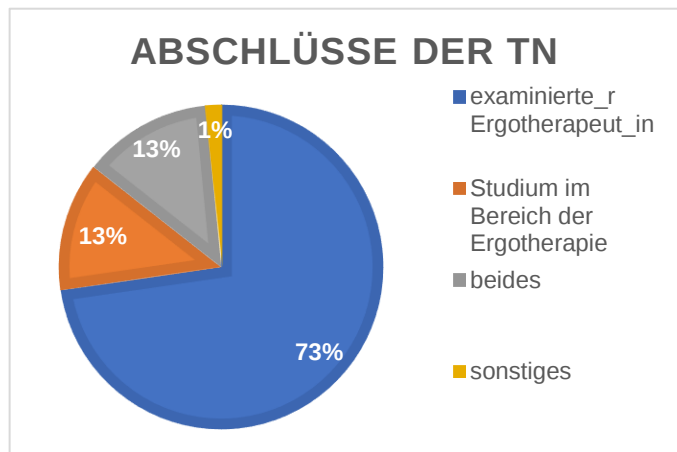


Abb. 2 Abschlüsse der TN

In der Auswertung der angegebenen Abschlussjahre wird deutlich, dass der letzte erworbene Ausbildungsabschluss im Durchschnitt zwölf Jahre zurück – somit im Jahr 2009 – liegt. Die Range erstreckt sich von dem Jahr 1978 bis einschließlich 2021.

4. Resultate

4.2. nicht-gruppenbezogene Basisdaten

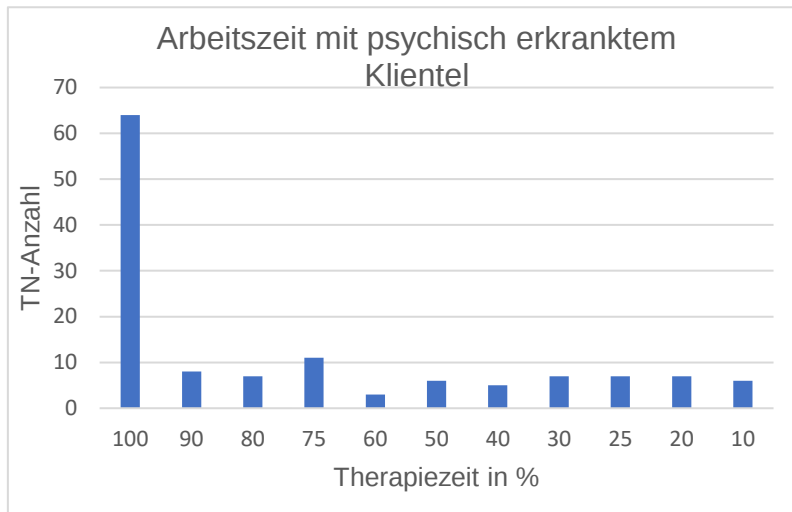


Abb. 3 Arbeitszeit mit psychisch erkranktem Klientel

Aus Abbildung 3 geht hervor, dass fast die Hälfte der TN (48%) zu 100% mit diesem Klientel arbeiten. Es besteht eine breite und ungefähr gleichmäßige Verteilung der anderen 52% der TN auf die weiteren angegebenen prozentualen Arbeitszeiten.

Die nachfolgende Tabelle (→Tab.4) zeigt auf, in welchen Arbeitssettings (Spalte eins) wie viele TN

insgesamt (Spalte zwei) arbeiten. Des Weiteren ergibt sich eine TN-Anzahl, welche das jeweilige Setting als einziges Arbeitssetting (Spalte drei) angegeben haben und jene, die mindestens ein weiteres Setting (Spalte vier) angaben. In Spalte zwei bis vier wird die absolute wie auch die relative Häufigkeit angegeben. Letztere steht in Klammern.

Arbeitssetting	Absolute (relative) Häufigkeit	Absolute (relative) Häufigkeit	Absolute (relative) Häufigkeit
	Gesamt	Einziges Setting	Weitere(s) Setting(s)
Praxis	70 (0,53)	51 (0,39)	19 (0,14)
Offene Station	24 (0,18)	7 (0,05)	17 (0,13)
Akutstation	22 (0,17)	6 (0,04)	16 (0,12)
Tagesklinik	16 (0,12)	4 (0,03)	12 (0,09)
Ambulante ET innerhalb einer Klinik	14 (0,11)	4 (0,03)	10 (0,07)
Tagesstrukturierende Maßnahme	13 (0,10)	3 (0,02)	10 (0,07)
Psychosomatik	12 (0,09)	2 (0,01)	10 (0,07)
Gerontopsychiatrie	11 (0,08)	1 (0,007)	10 (0,07)
Home Treatment	8 (0,06)	1 (0,007)	7 (0,05)
Forensik	7 (0,05)	6 (0,04)	1 (0,007)
Ambulant betreutes Wohnen	6 (0,05)	3 (0,03)	3 (0,02)
Tagesstätte	6 (0,05)	0 (0)	6 (0,04)

Tab. 4 Arbeitssettings

Folgende Ergebnisse lassen sich aus der Frage nach den psychischen Erkrankungen/Störungsbildern der Klient_inn_en auswerten. Bei dem am häufigsten ausgewählten Krankheitsbild handelt es sich um depressive Episoden. Dies wurde von 127 (96%) TN angegeben. Angststörungen begegnen 116 (88%) TN und die Borderline Persönlichkeitsstörung 97 (74%) der Befragten. Des Weiteren lässt sich feststellen, dass 89 Mal (67%) die bipolaren affektiven Störungen genannt wurden. Sie ist somit die viert häufigste Erkrankung. 85 (64%) TN gaben sowohl weitere Persönlichkeitsstörungen als auch Zwangsstörungen und andere verwandte Störungen an. Nachfolgend wurde die psychotische Störung von 83 (63%) der befragten Personen ausgewählt. Weitere 73 (55%) TN wählten die Suchterkrankungen aus. Demenzerkrankungen begegnen 64 (49%) TN

4. Resultate

sowie an manischen Episoden Erkrankten 58 (44%) Befragte. Im Rahmen der freien Antwortmöglichkeit haben sich weitere Erkrankungen herausgebildet. Besonders häufig (von 15 TN) wurden hier Am häufigsten wurden hier Traumata als weitere psychische Störung von 15 TN (11%) genannt. AD(H)S benennen sechs TN (5%). Mit jeweils zwei TN Angaben (2%) kristallisieren sich die dissoziative Störung sowie Anpassungsstörung heraus. Schmerzstörung, post-covid und UEMF geben jeweils ein TN an (0,8%).

Eine Möglichkeit zur Mehrfachantwort war den TN in der Fragestellung nach der Zielformulierung gegeben. Es wird deutlich, dass sowohl die Klient_inn_en (83%) als auch die Therapeut_inn_en (72%) am stärksten bei der Festlegung der Therapieziele beteiligt sind (→Abb.4).

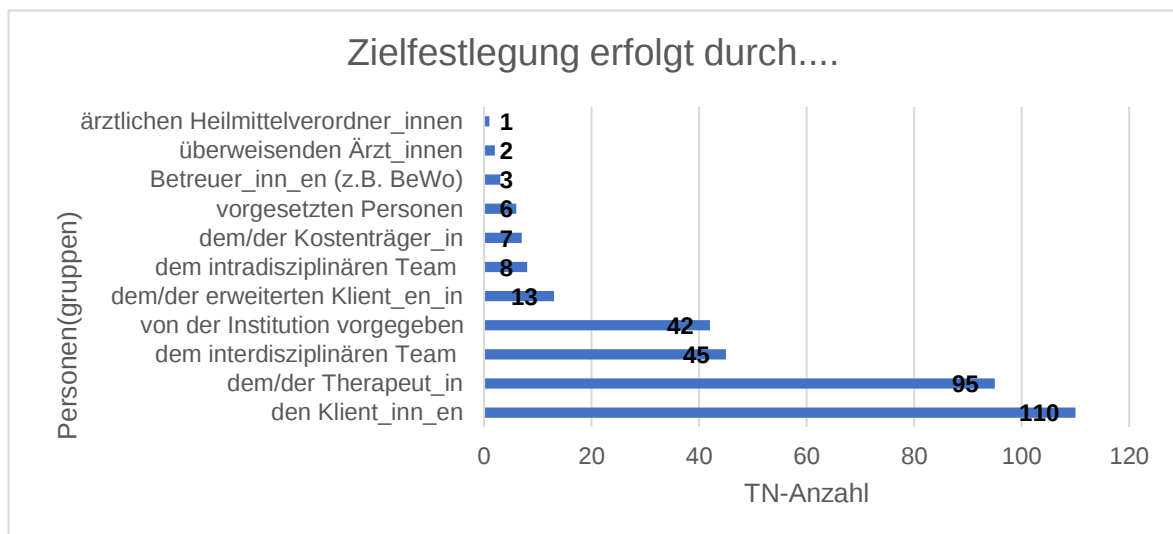


Abb. 4 Zielfestlegung

4.2.1. Gruppenbezogene Basisdaten

Das vorliegende Balkendiagramm (→Abb.5) zeigt den Vergleich zwischen dem Therapiesetting vor den einsetzenden Coronamaßnahmen und dem Setting während der Pandemie sowie den entsprechenden Maßnahmen. Durch die offenen Antwort-möglichkeiten wurde eine weitere Kategorie hinzugefügt. Es wurde von drei TN angegeben, dass zu

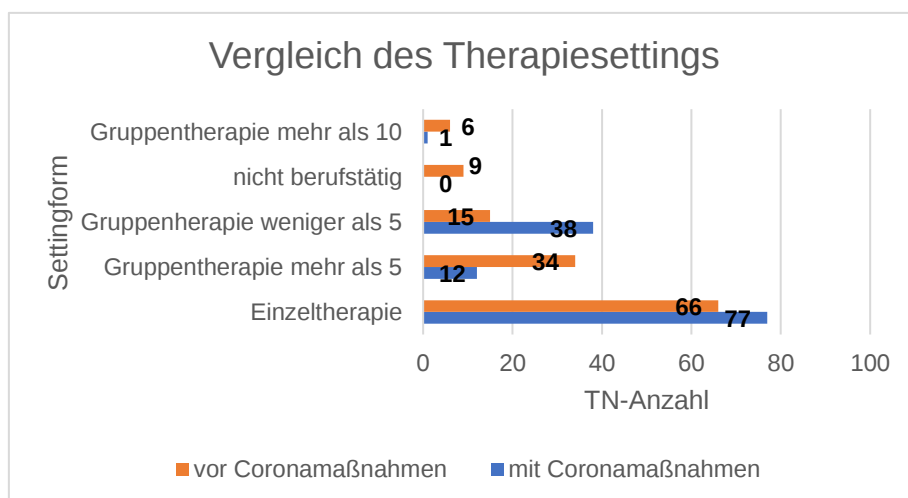


Abb. 5 Vergleich des Therapiesettings

gleichen Teilen in Einzel- und Gruppentherapie gearbeitet wird. Fest vorgegebene Inhalte von Gruppentherapie geben 13% der TN an. Im Gegensatz zu diesen legten 26% der TN dar, die Inhalte frei gestalten zu können. Die absolute

4. Resultate

Mehrheit (mit 61% der TN) gab jedoch an, dass es teils feste Vorgaben in den Inhalten als auch frei gestaltbare Möglichkeiten gibt.

In den Ergebnissen der Frage nach der Einteilung von Gruppentherapien wird deutlich, dass die meisten Gruppen durch therapeutische Bestimmung gebildet werden. Dies gibt die absolute Mehrheit der TN mit 71% an. Durch behandelnde Ärzt_innen geschieht die Gruppeneinteilung nach Angaben von 16% der TN. Eine selbstbestimmte Zuteilung in die Gruppen durch die Klient_inn_en selbst, geben 13% der TN an.

4.3. Ergebnisse zur Einordnung in die Bezugsrahmen

Die Antworten der Fragen 15, 17 und 19 wurden von den Autorinnen in die Tabelle 1 und 2 eingeordnet. Diese bilden die Basis der Beantwortung der Forschungsfrage sowie zur Erhebung des IST-Zustandes im deutschen psychiatrischen Kontext der Ergotherapie. Im Folgenden werden drei Tabellen dargestellt. In der ersten Spalte wurden die Antwortmöglichkeiten aufgeführt. Spalte zwei legt die absolute Häufigkeit dieser dar. Anschließend wurden den Antwortmöglichkeiten der entsprechende Bezugsrahmen zugeordnet (Spalte drei). In Tabelle 5 und 6 wird in der vierten Spalte (im Bezugsrahmen tätige TN) die Zuordnung dargestellt, wie viele TN mindestens eine Antwortmöglichkeit des jeweils zugeordneten Bezugsrahmens gegeben haben (←3.6.1.) Wenn z.B. ein/eine TN vier Antworten gegeben hat, welche alle zu einem Bezugsrahmen gehören, wurde nur eine Antwort gezählt. In Tabelle 5 sind nur drei Spalten vorhanden, da es bei dieser Frage für jeden Bezugsrahmen nur eine Antwortmöglichkeit gab.

Für eine übersichtliche Gestaltung der Tabellen wurden die Antwortmöglichkeiten abgekürzt und Erläuterungen ausgespart. Die ausführlichen Antwortmöglichkeiten sind den Tabellen (←2.6.1 und 2.6.2) zu entnehmen.

Frage 15: Wie findet die Zielsetzung und Planung der Intervention statt? (Mehrfachantwort möglich)

Antwortmöglichkeiten	Absolute Häufigkeit; Im BR tätige TN	Relative Häufigkeit	Zugeordnete BR
Th. berät, schlägt vor und begleitet	110	0,83	Biomechanischer BR
Auf aktive Mitarbeit angewiesen	101	0,77	Kognitiv-verhaltensbasierter BR
Th. identifiziert die Probleme und unterstützt	69	0,52	Kognitiv-perzeptiver BR
Ohne jegliche Machtausübung	60	0,45	Humanistischer BR
Steuerung durch Kl.	50	0,38	Gruppenarbeits-BR
Th. erhebt den Befund, legt Ziel/e und Intervention(en) fest	30	0,23	Neurophysiologischer BR
Kl. abhängig von Th.	4	0,30	Analytischer BR
Kl. hat wenig Mitsprache bzw. muss nicht dazu fähig sein	3	0,20	Verhaltensorientierter BR

Tab. 5 Frage 15. Zuordnung Antworten in BR

Folgendes Kategoriensystem konnte aus den Ergebnissen der offenen Frage (optional), welche zur Erläuterung der Interventionsplanung und Zielsetzung diente, gebildet werden:

4. Resultate

- Planung von (Kl.) eigenen Zielen: 5 TN
- Verwendung von Assessments: 3 TN
- Th. gibt Ziele vor, Kl. wählt aus: 2 TN
- Zielabsprache mit Ärzt_in/Psycholog_e_in: 2 TN
- Orientierung an psychotherapeutischen/-dynamischen Prinzipien: 1 TN
- Beratende Funktion Th.: 1 TN
- Unterschiedliche Vorgehensweisen: 1 TN

Frage 17: Worauf liegt der Fokus ihrer Therapie? (Mehrfachauswahl möglich)

Antwortmöglichkeiten	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Zugeordnete BR	Im BR tätige TN
wahrnehmungszentrierte Methode	56	0,42	Humanistischer BR	127
kompetenzzentrierte alltagsrelevante Methode	73	0,55		
Von Kl. gewähltes Ziel erreichen	105	0,79		
Besserung der psychosozialen Funktionen	90	0,68	Analytischer BR	101
ausdruckszentrierte Methode	56	0,42		
Verbesserung von kog. Fähigkeiten, welche zu positiven Veränderungen führen	79	0,60	Kognitiv-verhaltensbasierter BR	79
Aspekte der Verhaltensänderung	60	0,45	Verhaltens-orientierter BR	60
Verbesserung in sensomotorischen Funktionen	23	0,17	Neurophysiologischer BR	28
Erreichen der alters- und geschlechtsüblichen Bewegungsmuster	11	0,08		
ein perzeptives oder kog. Defizit identifizieren	22	0,17	Kognitiv-perzeptiver BR	22
messbare Verbesserung von physischen Funktionen	7	0,05	Biomechanischer BR	7
Interesse an Alltagstätigkeiten erwirken	96	0,73	/	/

Tab. 6 Frage 17. Zuordnung Antworten in BR

Die Antwortmöglichkeit „Interesse an Alltagstätigkeiten“ erwirken mit der absoluten Häufigkeit von 96 Angaben (73%) kann nicht in einen der in der selbst aufgestellten Tabelle 1 und 2 der Autorinnen eingeordnet werden, aufgrund von keiner inhaltlichen Übereinstimmung.

Aus den erhobenen Daten der optionalen offenen Frage, welche zur Erläuterung des Fokus der Therapie diente, konnte folgendes Kategoriensystem gebildet werden:

- Skill-Training: 8 TN
- Selbstwirksamkeit: 6 TN
- Selbstwahrnehmung: 5 TN
- Alltag: 3 TN
- Selbstverständnis: 3 TN
- Selbstregulation: 3 TN
- Klient_inn_en-unterschiedlich: 2 TN
- Betätigungsorientierung: 2 TN

4. Resultate

- Angstbewältigung: 2 TN
- Information/Aufklärung des/der Kl.: 2 TN
- Soziale Partizipation: 2 TN
- Visualisierungsmethoden: 2 TN
- Anwendung von Assessments: 2 TN
- Geschützte Umgebung bieten: 2 TN
- Klient_inn_en_zentrierung: 1 TN
- Ganzheitliche Betrachtung: 1 TN
- Verbesserung der Lebensqualität: 1 TN
- Stärkung der Handlungsfähigkeit: 1 TN
- Häusliches Umfeld: 1 TN

Frage 19: Welche der nachfolgenden Interventionen/Behandlungsansätze wenden Sie an? (Mehrfachauswahl möglich)

Antwortmöglichkeiten	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Zugeordnete BR	Im BR tätige TN
Psychotherapeutischer Ansatz	55	0,42	Gruppenarbeits-BR	99
Aktivitätsgruppen	45	0,34		
Interaktiver Ansatz	78	0,59		
Personenzentriert	78	0,59	Humanistischer BR	90
Gruppenarbeit und Rollenspiele	30	0,23		
Kompensatorischer Ansatz (adaptierte Geräte)	32	0,24	Biomechanischer BR	54
ADL's mit dem Schwerpunkt die Ausdauer der Bewegung zu fördern	31	0,23		
Einsatz von Hilfsmitteln	22	0,17		
kompensatorischer Ansatz (Erlernen anderer perzeptiver. Fähigkeiten)	24	0,18	Kognitiv-perzeptiver BR	39
Heilender Ansatz	6	0,05		
Funktionen verbessern, Ausfälle kompensieren	26	0,20		
Verhaltensmodifikation	26	0,20	Verhaltens-orientierter BR	26
Methoden zur Unterstützung von Entwicklungsschritten	20	0,15		
Top-down	87	0,66	Neuro-physiologischer BR	20
Bottom-up	19	0,14		
ADL-Training	70	0,53		

Tab. 7 Frage 19. Zuordnung Antworten in BR

Bei den Antwortmöglichkeiten „Top-down“ (87 Angaben, 66%), „Bottom-up“ (19 Angaben, 14%) und „ADL-Training“ (70 Angaben, 53%) konnte ebenfalls keine Einordnung in Bezugsrahmen auf Grund von keiner inhaltlichen Übereinstimmung (←Tab.1 und 2) erfolgen.

Des Weiteren wurde eine optionale offene Frage zur Erläuterung der Interventionsausrichtung gestellt. Von 132 TN haben 122 TN diese Frage beantwortet. Aus diesen Antworten bildete sich ein Kategoriensystem:

- Klientenzentrierung: 47 TN

4. Resultate

- Gleichberechtigte Therapeut_in_Klient_in-Beziehung: 18 TN
- Förderung der Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit: 14 TN
- Alltagsbezug: 12 TN
- Betätigungsorientierung: 10 TN
- Handlungsfähigkeit: 6 TN
- Achtsamkeit: 6 TN
- Ganzheitliche Sicht: 4 TN
- Umweltorientierung: 2 TN
- Lösungsfokussierung: 3 TN

Das Balkendiagramm verdeutlicht die Relevanz des jeweiligen Bezugsrahmens. Es stellt dar, welcher Bezugsrahmen am meisten verwendet wird. Um dieses Resultat zu erhalten, wurden die Ergebnisse der dritten bzw. vierten Spalte der drei oben aufgeführten Tabellen der Fragen 15, 17 und 19 addiert.

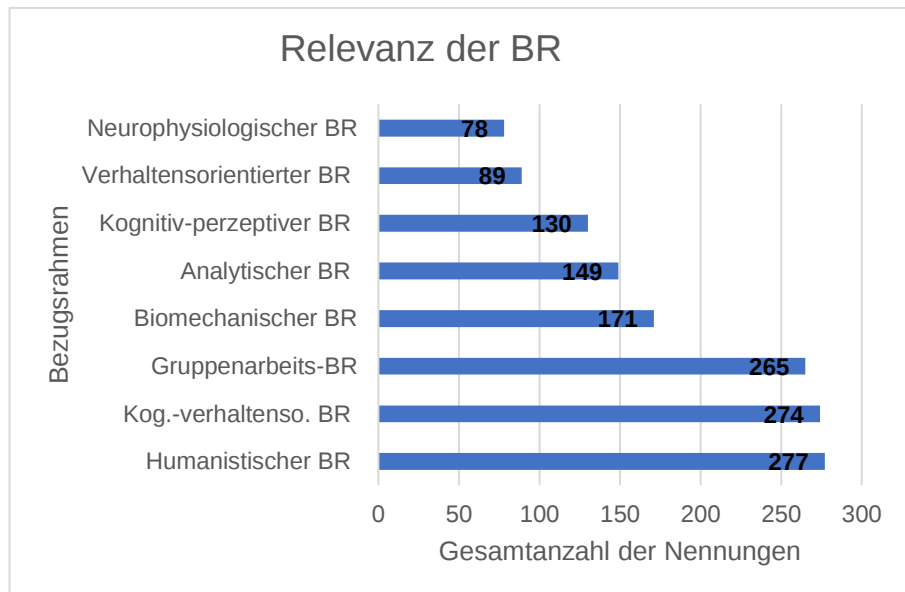


Abb. 6 Relevanz der BR

4.3.1. Therapiemittel

In Abbildung 7 wird deutlich, wie viele TN die Nutzung der dort aufgeführten Bezugsrahmen angeben. Eine Möglichkeit zur Mehrfachnennung bestand.

Die Auswertung der offenen Fragen zu den Therapiemitteln zeigte, dass die Begrifflichkeiten „handwerkliche“ und „kreative“ Mittel von den TN synonym verwendet wurden. Daher wurden diese gemeinsam kategorisiert (→Abb.6).

39 TN arbeiten mit kreativen Mitteln. 15 dieser TN arbeiten hierbei ausschließlich mit kreativen Mitteln. Die handwerklichen Mittel wurden ebenfalls von 39 TN ausgewählt. 16 dieser TN arbeiten ausschließlich mit den handwerklichen Mitteln. Die Nutzung beider Mittel gaben 23 TN an. Es wird also deutlich, dass insgesamt 64 TN in Gruppentherapien kreative und/oder handwerkliche Mittel verwenden. Somit bewegen sich alle diese TN im Gruppenarbeits-Bezugsrahmen.

32 TN nutzen nur in Einzeltherapien kreative und handwerkliche Mittel. Von diesen arbeiten 27 TN ausschließlich mit kreativen, und zwei TN mit handwerklichen Mitteln. Die Verwendung beider Mittel geben 7 TN an. Somit ergibt sich, dass 35 TN ein Mittel des humanistischen BR gewählt haben.

4. Resultate

Mit Hilfe der freien Antwortmöglichkeiten zu den Mitteln zur Entspannung und Mitteln zur Wahrnehmungsförderung konnte festgestellt werden, dass diese Begriffe von den TN differenziert verwendet wurden. Die gebildeten Kategorien zu den jeweiligen Therapiemitteln führen dazu, dass Mittel zur Entspannung dem humanistischen Bezugsrahmen mit einer Anzahl von 48 TN und die Mittel zur Wahrnehmungsförderung dem neurophysiologischen Bezugsrahmen mit 41 TN zugeordnet werden.

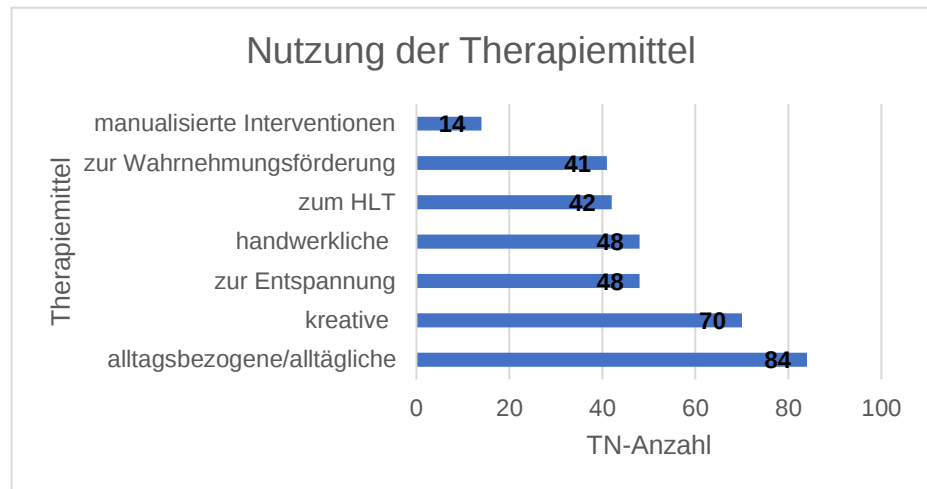


Abb. 7 Nutzung der Therapiemittel

Eine Eingliederung der Mittel zum HLT wurde für den kognitiv-verhaltensorientierten Bezugsrahmen getroffen.

Auf Grund von fehlender inhaltlicher Übereinstimmung mit den in Tabelle 1 und 2 aufgeführten Bezugsrahmen, kann keine Einordnung der alltäglichen/alltagsbezogenen Mittel sowie der manualisierten Interventionen erfolgen.

4.4. Anregungen der Teilnehmer_innen

Durch die Ergebnisse der letzten offenen Frage, welche zur Anregung an die Autorinnen diente, kann folgendes Kategoriensystem gebildet werden:

- Weiterentwicklung der Ergotherapie: 7 TN
- verbesserte gesellschaftlichen Sicht: 3 TN
- starre/ veraltete Rahmenbedingungen: 2 TN
- geringe Wertschätzung/ Entlohnung: 1 TN
- psychische Gesundheit = Kontinuum: 1 TN
- Abgrenzung des Aufgabengebietes: 1 TN

5. Diskussion

Im folgenden Teil werden alle erlangten Resultate mit Hinblick auf den gesamten Forschungsprozess diskutiert. Um die Forschungsfrage differenziert beurteilen und diskutieren zu können, erfolgt eine Unterteilung dieser in zwei Bestandteile:

1. Welche Methoden und Interventionen werden derzeit in Deutschland von Ergotherapeut_inn_en innerhalb eines Therapieprozesses mit psychisch erkranktem Klientel angewendet
und
2. wie können diese in die bereits existierenden Bezugsrahmen eingeordnet werden?

5.1. Erläuterung der Ausgangspunkte

Die Literaturrecherche zeigt auf, dass sowohl national als auch international nur eine sehr geringe aktuelle Literaturlauswahl über Bezugssysteme und deren Bezugsrahmen existieren. Bisher wurde nur wenig zu den spezifischen Bezugsrahmen im deutschen Kontext veröffentlicht. Aus diesem Grund ist es für eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik relevant auf internationale Literatur zurückzugreifen (Merklein de Freitas, 2016). Die internationale Ergotherapie ist der deutschen einige Jahre voraus, wie in der Thematisierung der Paradigmen (←2.1) erkennbar ist. Das Auffinden von überwiegend veralteter Literatur zu der Thematik spiegelt die von den Autorinnen vermutete, sowie von Heidrich et al. (2019) belegte Forschungslücke wieder (←1.).

Die vorliegende Arbeit wird von der Erfahrung der Autorinnen geprägt, dass im psychosozialen Kontext große Diskrepanzen in den Arbeitsweisen festzustellen sind (←1). Die Ergebnisse der Studie bestätigen diese Erfahrung (→5.3/5.4).

5.2. Demografische Daten

In den Ergebnissen der Frage zur Geschlechtsidentität der Teilnehmer_innen fällt auf, dass diese hauptsächlich von dem weiblichen Geschlecht geprägt sind. Ein solches Verhältnis kommt der gängigen Norm in der Ergotherapie nahe (←2.1.3).

Auch in den Ergebnissen zu den Abschlüssen der Teilnehmer_inn_en ist ersichtlich, dass die absolute Mehrheit eine Ausbildung absolviert hat (←4.1). In Deutschland schreitet die Akademisierung des Berufes nur sehr langsam voran (Ärzteblatt, 2012).

5.3. Methoden und Interventionen

Der erste Teil der Forschungsfrage bezieht sich auf die Erhebung des IST-Zustandes in Form der genutzten Methoden und Interventionen im Therapieprozess mit psychisch erkranktem Klientel.

Eine Vielzahl an genutzten Methoden und Interventionen konnte erhoben werden. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die von Schreiber (1995) aufgeführten interaktionellen, kompetenzzentrierten und ausdruckszentrierten Methoden noch heute in der Zusammenarbeit mit psychisch erkranktem Klientel verwendet werden (←4.3). Bereits vor über 26 Jahren wurden die beschriebenen Methoden publiziert und entspringen somit dem

5. Diskussion

mechanistischen Paradigma (← 2.1.2). Sowohl von den Jahren als auch von ihren Ansätzen, sind diese Methoden veraltet. Sie stammen aus einer Zeit, in der grundlegend andere Werte die ergotherapeutische Arbeit geprägt haben (← 2.1.2/2.1.3). Auch weitere der gewählten Methoden und Interventionen, wie z.B. der Bottom-up Interventionsansatz, finden ihren Ursprung im mechanistischen Paradigma. Je nach Anwendung dieser Methoden und Interventionen, kann der Ursprung jedoch auch im Betätigungsparadigma liegen. In diesem stand der Grundsatz der reinen Betätigung bei der Arbeit im Fokus, um den Geist und Körper zusammenzuführen (←2.1.1). Andere Antwortmöglichkeiten wiederum, wie z.B. Aktivitätsgruppen, interaktiver Ansatz, Top-down und ADL-Training (←4.3) entspringen dem zeitgenössischen Paradigma. Diese zeitgenössischen Methoden und Interventionsansätze fokussieren den Alltag des Menschen und die Betätigung. In den erhobenen Daten ist ersichtlich, dass diese Methoden und Interventionen ebenfalls häufig Anwendung finden (←4.3).

Die Autorinnen betrachten die Nutzung von Methoden und Interventionen aus vergangenen Paradigmen als kritisch. Sie entsprechen nicht dem zeitgenössischen Paradigma und der modernen Ergotherapie. Ein Paradigma wird von den aktuell vorherrschenden Werten und Bedürfnissen der Gesellschaft beeinflusst. Es wird kontinuierlich von den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Trends des Gesundheitssystems geprägt. Diese Aspekte bestimmen den Kern des Berufes sowie die Berufsidentität. Diesen stetigen Veränderungen muss sich die Ergotherapie anpassen, um den Ansprüchen des jeweils aktuellen Paradigmas gerecht zu werden (←2.1). Das Arbeiten nach Methoden und Interventionen der vergangenen Paradigmen bedeutet, dass nach veralteten Wissensständen, Wertvorstellungen und Bedürfnissen der Gesellschaft gearbeitet wird. Eine Weiterentwicklung kann nicht geschehen.

Auch in den Therapiemitteln ist eine große Varianz in der Nutzung feststellbar. Alle vorgegebenen Therapiemittel wurden ausgewählt. Die Häufigkeit der Antworten sind jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt (←4.3.1). Die Autorinnen schließen darauf, dass die Mittel dazu genutzt werden psychische Symptome zu lindern, Funktionsziele zu erreichen oder irgendeine Art von Aktivität zu fördern. Eine Zurückführung dieser in das mechanistische oder Betätigungsparadigma kann daher erfolgen. Diese entsprechen demnach nicht der modernen Ergotherapie. Hierdurch wird die genannte Problematik der veralteten Vorstellungen und Ansätze des psychosozialen Kontextes bestärkt (←1). Die alltagsbezogenen/alltäglichen Mittel sowie manualisierten Interventionen werden hingegen dem zeitgenössischen Paradigma zugeordnet werden. Sie stellen die Betätigung des Menschen in den Fokus (←2.1.3).

Des Weiteren konnte die in Kapitel 1 aufgeführte Problematik, dass gruppentherapeutische Settings in der heutigen Zeit noch überwiegend von handwerklichen Tätigkeiten geprägt sind (←2), durch die erhobenen Daten bestätigt werden. Deutlich mehr Teilnehmer_innen, die im gruppentherapeutischen Setting tätig sind, verwenden handwerkliche Mittel. Die Arbeitsweisen im Einzelsettings zeigen auf, dass es grundsätzlich möglich ist, nur geringfügig auf handwerkliche Mittel in der Therapie mit psychisch erkranktem Klientel zurückzugreifen (←4.3.1). Auch wenn die Begriffe der kreativen und handwerklichen Mittel in der weiteren Fragestellung von der Mehrheit der Teilnehmer_innen synonym verwendet wurde, verändert dies nicht die Verhältnismäßigkeit zwischen dem Gruppen- und Einzelsetting. Die synonyme Verwendung dieser oben beschriebenen Begrifflichkeiten

5. Diskussion

stärkt die Erfahrung der Autorinnen, welche von der synonymen Fachbegriffsverwendung geprägt ist (←1).

Bei den erhobenen Daten der Therapiemittel ist zu berücksichtigen, dass einige der Teilnehmer_innen vorgegebene Therapieziele erhalten. Diese werden von der Institution, Vorgesetzten oder Dritten festgelegt (←4.2). Es ist unklar, welche Ziele dies sind. Es wird nicht deutlich, ob das Einsetzen dieser Mittel den Teilnehmer_innen vorgeschrieben wird oder diese aus eigener Motivation heraus wählen. Demgegenüber fällt auf, dass die Zielsetzung am häufigsten durch die Klient_inn_en selbst erfolgt. Hierdurch wird die Säule der Klient_inn_enzentrierung in den Fokus gestellt, welche ebenfalls im Kategoriensystem der Interventionsausrichtung (←4.3) erkennbar ist. Diese Aspekte sowie das Kategoriensystem der Interventionsausrichtung stellen Ansatzpunkte des zeitgenössischen Paradigmas dar.

In der Gesamtbetrachtung der Ergebnisse wird deutlich, dass alle als Antwortmöglichkeit vorgegebenen Methoden, Interventionen und Therapiemittel mindestens einmal ausgewählt wurden. Es wurde deutlich, dass einige der Antwortmöglichkeiten sehr häufig oder kaum gewählt wurden. Die große Range und somit die Varianz der Methoden und Interventionen ist festzustellen. Daraus lässt sich schließen, dass alle der vorgegebenen Methoden und Interventionen in der heutigen Arbeit mit psychisch erkranktem Klientel angewendet werden.

Die Problematik wird nicht mehr in der großen Varianz der genutzten Methoden und Interventionen gesehen. Diese Ansicht hat sich im Prozess der Forschungsarbeit verändert. Sie besteht vielmehr darin, dass eine paradigmengreifende Varianz stattfindet. Es werden Inhalte der vorherigen Paradigmen und Inhalte des zeitgenössischen Paradigmas miteinander vermischt. Die Ansätze des mechanistischen oder Betätigungsparadigmas werden nicht als „falsch“ oder „minderwertiger“ angesehen, sondern lediglich als veraltet. Im zeitgenössischen Paradigma werden die Erkenntnisse aus dem vorherigen Paradigma nicht verworfen. Sie werden mit neuen Erkenntnissen verknüpft und weiterentwickelt, um den aktuellen Trends zu entsprechen (←2.1.3).

Bestünde die beschriebene Varianz der Arbeitsweise lediglich innerhalb des zeitgenössischen Paradigmas, lässt sich die Vermutung aufstellen, dass eine wesentlich geringere Problematik zustande kommen würde. Denn so würden die Arbeitsweisen zwar variieren aber durch die gleichen vorherrschenden Werte, neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Trends des Gesundheitssystems geprägt werden. Hierdurch kann eine gewisse Einheitlichkeit in den Arbeitsweisen geschaffen werden, ohne diese in ihrer Individualität einzuschränken. Wenn entsprechend dem zeitgenössischen Paradigma und den modernen Kennzeichen der Ergotherapie, wie z.B. den sechs Säulen, gearbeitet wird, kann eine Weiterentwicklung und Professionalisierung des Berufes erfolgen.

5.4. Einordnung in die Bezugsrahmen

Der zweite Teil der Forschungsfrage bezieht sich auf die Eingliederung der Methoden und Interventionen in Bezugsrahmen.

Damit eine Einordnung der Methoden und Interventionen in die Bezugsrahmen gelingen konnte, wurden Bezugsrahmen vorab festgelegt. Auf Basis dieser festgelegten Bezugsrahmen wurde der Fragebogen erstellt. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auf,

5. Diskussion

dass es größtenteils möglich ist die genutzten Methoden und Interventionen, sowie Therapiemittel des psychosozialen Kontextes in Bezugsrahmen einzuordnen (←4.3). Es fällt jedoch auch auf, dass einige der erhobenen Interventionen und Methoden nicht eingegliedert werden können. Darunter fallen:

- Bottom-up Interventionsansatz
- Top-down Interventionsansatz
- ADL-Training
- Interesse an Alltagstätigkeiten erwirken
- Manualisierte Interventionen
- Alltägliche/alltagsbezogene Therapiemittel

Bei diesen handelt es sich um die ergänzten Antwort-Vorschläge der Pre-Testerinnen (←3.5.1.3). Bereits bei der Erstellung des Fragebogens bestand die Gewissheit, dass diese Antwortmöglichkeiten nicht in die ausgewählten Bezugsrahmen eingegliedert werden können. Es wurde sich dennoch für diese entschieden, da sie der modernen Ergotherapie entsprechen. Anhand dieser Antwortmöglichkeiten konnte überprüft werden, wie häufig moderne Methoden und Interventionen genutzt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass diese durchaus häufig Anwendung finden (←4.3). Diese Methoden und Interventionsansätze entspringen dem zeitgenössischen Paradigma und legen ihren Fokus auf den Alltag bzw. der Betätigung des Menschen. Daher ist die Übertragung eines betätigungsbasierten Bezugsrahmens, wie Merklein de Freitas (2016) ihn bereits in einem Fachbuch für die Pädiatrie aufführt, notwendig. Die zuvor aufgeführten Tab. 1 und 2 können gemäß dem zeitgenössischen Paradigma durch die Gestaltung eines weiteren Bezugsrahmens wie folgt ergänzt werden:

Bezugswissenschaften	Betätigungswissenschaft (Occupational Science), Aspekte von Modellen, die auf Betätigung basieren
Metamodell	Ganzheitlich
Hauptannahmen	Jeder Mensch besitzt einen inneren Wunsch nach Betätigung; Betätigungsperformanz geschieht in sozialem Kontext oder einzeln; Betätigungsentwicklung entsteht durch einen dynamischen Prozess von innerer Motivation und geleiteter Partizipation; Betätigung bringt Veränderung und führt zu Wohlbefinden sowie Gesundheit
Ursprung des Problems	Krankheitsbild-unabhängig; Einschränkung in den ADL's z.B. auf Grund von physischen, kognitiven oder psychischen Funktionsstörungen jeglicher Art
Fokus	Unterstützung des/der Klient_en_in in der Betätigung; PEO ist Mittelpunkt, welche Basis für Top-down Vorgehensweise darstellt
Th.-Kl.-Beziehung	Beziehung auf Augenhöhe, Th. ist Berater, Begleiter
Interventionen/Ansätze	Ansatz an Betätigung und Orientierung an Teilhabe im Alltag (Haertl, 2010; Townsend & Polatajko, 2013)

Tab. 8 Betätigungsbasierter BR nach Merklein de Freitas (2016) (weiße Zeilen), ergänzt von den Autorinnen (blaue Zeilen)

5. Diskussion

An den betätigungsbasierten Bezugsrahmen knüpfen ebenfalls die erhobenen Daten der Zielfestlegung (←4.2) an. Am häufigsten wurde angegeben, dass die Klient_inn_en selbst die Therapieziele festlegen. Der Ursprung dessen liegt im zeitgenössischen Paradigma auf der Säule der Klient_inn_en_zentrierung (←1.). Auch die (aktuell nicht einordbaren) manualisierten Interventionen und alltägliche/alltagsbezogene Therapiemittel finden Anwendung in diesem betätigungsbasierten Bezugsrahmen. Diese fokussieren ebenfalls den Alltag des Menschen und vor allem die Betätigung.

Sowohl dem humanistischen als auch dem Gruppenarbeits-Bezugsrahmen können die handwerklichen und kreativen Mittel zur Therapiegestaltung zugeordnet werden (←3.6.1.4 und 3.4.1). Hagedorn (2000) führt sowohl im humanistischen als auch im Gruppenarbeits-Bezugsrahmen diese Mittel als Interventionsansätze auf. Unterschieden werden können diese, neben einigen anderen Aspekten, in der Anwendung. Der humanistische Bezugsrahmen zielt auf die Einzeltherapie ab, wohin gegen der Gruppenarbeits-Bezugsrahmen sich auf Gruppenangebote bezieht. Um diese Differenzierung treffen zu können, wurde ein Vergleich des gewählten Therapiesettings mit den Angaben zu handwerklichen und kreativen Mitteln veranlasst (←3.6.1.4). Die Nutzung von handwerklichen und kreativen Mittel betrachten die Autorinnen als bedenklich. Nach aktuelleren Veröffentlichungen stellen handwerkliche Tätigkeiten meist keinen Ursprung von bedeutungsvollen Betätigungsperformanzproblemen dar (←1).

Es kann keine Addition der Anzahl der verwendeten Therapiemittel, welche in Bezugsrahmen eingeordnet wurden (←4.3.1), in die Grafik der Relevanz von Bezugsrahmen (←Abb.6) erfolgen. Es standen weniger Therapiemittel zur Auswahl als Bezugsrahmen ausgewählt wurden. Wenn eine Einordnung stattfinden würde, käme es zu einer Verzerrung der Ergebnisse. Des Weiteren bestand nicht für alle Therapiemittel die Möglichkeit sie in die bestehenden Bezugsrahmen einzuordnen, aufgrund von fehlender inhaltlicher Übereinstimmung. Es wird jedoch deutlich, dass die Relevanz der genutzten Bezugsrahmen (←Abb.6) durch die Einordnung der Therapiemittel gestärkt werden würde (←4.3.1).

Die Vielfalt der Arbeitsweisen zeigt sich ebenfalls in den Bezugsrahmen. Besonders auffällig ist, dass alle acht Bezugsrahmen, sowohl psychosozialer als auch physischer Funktionsstörungen, verwendet werden. Die Spannbreite der genutzten Bezugsrahmen ist somit sehr groß. Die drei am häufigsten genutzten Rahmen, der humanistische, kognitiv-verhaltensorientierte und Gruppenarbeits-Bezugsrahmen, gehören zu den Bezugsrahmen für psychosoziale Funktionsstörungen (←Tab.2). Der biomechanische Bezugsrahmen, welcher für die physischen Funktionsstörungen steht, ist als vierthäufigster vertreten (←Abb.6). Somit wird deutlich, dass auch die Rahmen für physische Störungen häufig Anwendung finden. Es ist fragwürdig, ob diese Bezugsrahmen geeignet sind für den psychosozialen Kontext.

5.5. Limitation/Schwachpunkte der Studie

Bei der Erstellung des Fragebogens, waren die Einschlusskriterien zur Teilnahme an der Umfrage bereits bekannt. Die Frage, ob mit psychisch erkranktem Klientel gearbeitet wird, wurde als Einschlusskriterium gewählt. Für eine vollständige Teilnahme an der Studie musste diese bestätigt werden. Aufgrund dessen, dass sie eines der Einschlusskriterien verkörpert, hätte sie zu Beginn des Fragebogens gestellt werden sollen und nicht nach

5. Diskussion

Abfrage der demografischen Daten. Es gelang jedoch die gegebenen Antworten rückwirkend herauszurechnen. Bei einer größeren Umfragegruppe oder einem anderen Umfragetool hätte dies jedoch zu einer Verfälschung der Studie führen können.

Des Weiteren fiel in den erhobenen Daten auf, dass vereinzelte Begriffe, z.B. handwerkliche und kreative Mittel, weiterer Erläuterung oder Beispielnennung bedurft hätten. Diese Notwendigkeit hätte festgestellt werden können, wenn es eine größere Pre-Tester_innen Gruppe gegeben hätte. Dies führt zu einer maßgeblichen Einschränkung der Studie. Die Pre-Testerinnen-Gruppe bestand lediglich aus drei Personen (←3.5.1.3), welche auf Grund ihrer geringen Größe nicht repräsentativ für die gesamte Teilnehmer_innen-Gruppe ist. Bei einer größeren und vielfältigeren Pre-Tester_innen- Gruppe, in Hinblick auf das Fachwissen und den Ausbildungsstand, hätten solche Verständnis-Probleme vermieden werden können.

Bei der Auswertung der Daten wurde ein weiterer Schwachpunkt des Fragebogens festgestellt. Auf jede geschlossene Frage zu den verschiedenen Therapiemitteln folgte eine weitere offene Frage. Diese diente zur Aufzählung und Erläuterung der Mittel. Ein Kategoriensystem wurde zur Auswertung verwendet. Die Beantwortung der offenen Fragen war den Teilnehmer_innen freigestellt, sowie die Anzahl der Aufzählungen. Auf Grund dessen wäre es in der Auswertung dazu gekommen, dass die Teilnehmer_innen, die sich gegen eine Beantwortung entschieden hatten, nicht mitgezählt worden wären. Wurde die Frage hingegen mit mehreren, zu verschiedenen Kategorien gehörenden Therapiemittel beantwortet, wäre diesen eine höhere Gewichtung zugekommen. Daher wurde sich dazu entschieden die Kategorien nur als Tendenz der Teilnehmer_innen-Gruppe anzusehen und keine Berechnung der Häufigkeit durchzuführen. Aus diesem Grund wurden die freien Antwortmöglichkeiten nicht in die Bezugsrahmen einberechnet (←5.3.2). Somit fand keine Verzerrung statt.

Als eine Limitation der Studie könnten die vorab festgelegten Bezugsrahmen angesehen werden. Da diese Entscheidung jedoch bewusst getroffen wurde und eine ausführliche Begründung sowie transparente Darstellung dieser erfolgte, wird dies nicht als Schwachpunkt angesehen.

Auch die vorherigen aufgeführten Schwächen/Limitationen wurden transparent aufgeführt und haben die Studie nicht maßgeblich beeinträchtigt. Die Schwächen wurden deutlich dargestellt, damit diese bei einem erneuten Forschungsprozess oder bei weiteren Erforschungen vermieden werden können.

5.6. Stärken der Studie

Die ethischen Kriterien, welche erfolgreich umgesetzt werden konnten, gelten als Stärke der Studie. Es wurde besonderer Wert auf den Datenschutz des Erhebungsinstrumentes, wie auch die Anonymität der Teilnehmer_innen gelegt (←3.5.1.1).

Es gelang in der Durchführung der Studie die Gütekriterien der Messung und auch die des Forschungsdesigns, im Rahmen der Möglichkeiten, (←3.7.1 und 3.7.2) zu wahren. Diese konnten wie beschrieben umgesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel die vielfältigen Verbreitungsmöglichkeiten des Flyers und vor allem auch die Wahrung der Anonymität der Teilnehmer_innen.

5. Diskussion

Für die Studie konnten 134 Teilnehmer_innen gewonnen werden. 132 von diesen erfüllten jedes Einschlusskriterium, beantworteten jede obligatorische Frage und nahmen daher vollständig an der Studie teil. Diese Anzahl trägt zur repräsentativen Gestaltung der Teilnehmer_innen-Gruppe bei.

Ein großer Aspekt zur Repräsentativität der Studie ist die Vielfalt der Teilnehmer_innen. In den Alters- und Abschlussjahr-Angaben ist eine breite Range erkennbar. Des Weiteren sind verschiedene Ausbildungsabschlüsse und Arbeitssettings vertreten. Dies konnte durch die gewählte Snowball-Samplingstrategie erreicht werden (←4.1/4.2).

Bei einer umfangreicheren Studie können die Verbreitungsmöglichkeiten erweitert werden und zusätzlich per E-Mail oder postalisch erfolgen. So können vermehrt Teilnehmer_innen über dem Altersdurchschnitt von 37 Jahren erreicht werden. Durch diese erweiterten Möglichkeiten kann es gelingen gezielt Praxen, Kliniken und Tagesstätten etc. zu kontaktieren.

In den offenen Antwortmöglichkeiten wurden keine neuen relevanten Antworten hinzugefügt. Dies zeigt auf, dass die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten spezifisch und umfassend genug waren. Nach Beendigung des Fragebogens bestand die Möglichkeit den Autorinnen Feedback zu geben. Hierbei kristallisiert sich heraus, dass keine elementaren Teile im Fragebogen ausgelassen oder nicht erfragt wurden. Des Weiteren bestand, bei Bedarf, die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit den Verfasserinnen.

6. Schlussfolgerung

6.1. Beantwortung der Forschungsfrage

Zur Beantwortung der Forschungsfrage (←1) wurden vorab bestimmte Bezugsrahmen festgelegt. Es wurde sich für die Bezugsrahmen nach Hagedorn (2000) entschieden. Mit Hinblick auf das Publikationsjahr und -land wird deutlich, dass diese Quelle innerhalb des zeitgenössischen Paradigmas entstanden ist (←2.1.3). Dies spiegelt sich jedoch nicht in den Inhalten wieder, welche sich vermehrt auf Ansichten der vorherigen Paradigmen beziehen. Es konnte keine andere deutschsprachige Literatur gefunden werden, welche für diesen Fachbereich passend ist und auf die ein intensiver Bezug möglich gewesen wäre. Die Forschungslücke kann belegt werden (←1).

Durch die durchgeführte Studie konnte ein Ist-Zustand der Arbeitsweisen des psychosozialen Kontextes der Ergotherapie erhoben werden. Eine Einordnung der erhobenen Methoden und Interventionen in die Bezugsrahmen fand statt. In dieser Arbeit wird deutlich, dass das gewählte methodische Vorgehen eine Möglichkeit ist, die derzeit verwendeten Methoden und Interventionen in Bezugsrahmen einzugliedern.

Es finden noch viele Aspekte der vorherigen Paradigmen im heutigen psychosozialen Kontext der Ergotherapie Anwendung. Die Erhebung der Methoden und Interventionen sowie die Einordnung in die Bezugsrahmen verdeutlicht dies. Zeitgenössische Methoden und Interventionen, die die Betätigung fokussieren, konnten ebenfalls erhoben werden. Auf Grund fehlender inhaltlicher Übereinstimmung gelang keine Eingliederung dieser in die Bezugsrahmen. Aus diesem Grund ist die Übertragung oder Entwicklung weiterer Bezugsrahmen bedeutend.

Die Erfahrung, dass der psychosoziale Kontext von großen Diskrepanzen in den Arbeitsweisen geprägt wird, konnte bestätigt werden (←5). Diese Varianz spiegelt sich sowohl in den Methoden und Interventionen wie auch in den Bezugsrahmen wieder. Die Problematik hierbei ist, dass dies paradigmengreifend stattfindet. Es werden teilweise Ansichten verwendet, die über 70 Jahre alt sind und nicht der modernen Ergotherapie sowie dem zeitgenössischen Paradigma entsprechen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass viele verschiedene Methoden und Interventionen aus unterschiedlichen Paradigmen verwendet werden. Die Einordnung dieser war durch das gewählte methodische Vorgehen weitestgehend möglich. Dennoch fehlen deutschsprachige und dem zeitgenössischen Paradigma entspringende Bezugsrahmen für den psychosozialen Kontext.

6.2. Ausblick für die ergotherapeutische Praxis

Es ist von großer Bedeutung eine Weiterentwicklung des psychosozialen Kontextes der Ergotherapie anzustreben. Dies konnte als Kernaussage dem Teilnehmer_innen-Feedback entnommen werden (←4.4). Auch dem vorherigen Unterkapitel geht hervor, dass die Weiterentwicklung der deutschsprachigen Literatur, welche einheitliche, zeitgenössische und fachspezifische Bezugsrahmen für den psychosozialen Kontext aufführt, bedeutend ist. Damit dies realisiert werden kann sind sowohl weitere Literaturstudien als auch praxisorientierte Untersuchungen notwendig. Dies kann gelingen, in dem z.B. die hier

6. Schlussfolgerung

dargelegte Studie in einem größeren Rahmen durchgeführt wird. Eine erneute Erhebung in Kombination mit einem anderen Forschungsdesign, ohne vorab festgelegte Bezugsrahmen, kann weitere Erkenntnisse hervorbringen.

Des Weiteren ist es bedeutend nach dem aktuellen Wissen und Verständnis über das Bezugsrahmenkonstrukt von Ergotherapeut_inn_en zu forschen. Daraufhin kann im nächsten Schritt eine Empfehlung und Aufklärung an die Kolleg_inn_en über die Nutzung von Bezugsrahmen, sowie ihrer Vorteile in der praktischen Arbeit erfolgen (←1). Ein Verständnis über diese Thematik kann entwickelt werden und der Theorie-Praxis Transfer gewährleistet werden.

Ein weiteres zu erforschendes Gebiet stellt die (In-)Kompatibilität der genutzten Bezugsrahmen im psychosozialen Kontext dar. Dieses untersucht, ob eine effektive und effiziente Therapie bereits angestrebt wird oder ob einige Therapieinhalte konträr sind. Ebenfalls wird in dieser Forschung der Ursprung der Arbeitsweisen sichtbar. Eine Aufklärung über eine zeitgenössische und moderne Ergotherapie kann auch hier erfolgen.

Nicht nur eine Aufklärung über die moderne Ergotherapie ist von hoher Wichtigkeit geprägt, sondern auch eine Aufklärung, wie die praktische Umsetzung moderner Methoden und Interventionen gestaltet werden kann. Durch die Erläuterung des Theorie-Praxis Transfers kann dies geschehen. Eine Forschungsarbeit darüber, weshalb zeitgenössische Methoden und Interventionen im psychosozialen Kontext nur vereinzelt genutzt werden, ist empfehlenswert. Hierbei kann auch untersucht werden was benötigt wird, damit sie vermehrt angewendet werden. Eine Weiterentwicklung des psychosozialen Kontextes wird angestoßen.

Damit die Ergotherapie eine Weiterentwicklung durchlaufen kann, ist es notwendig eine Veränderung auf Meso- und Makroebene anzuregen. Die Sichtweise des gesamten interdisziplinäre Teams, der Institutionen, des Gesundheitssystems und die gesellschaftliche Ansichtsweise auf die Ergotherapie sollte zeitgemäß angepasst werden. Eine Veränderung auf Meso- und/oder Makroebene kann jedoch nur gelingen, wenn der Therapieprozess und die Interventionen für Dritte nachvollziehbar werden. Hierfür werden Bezugsrahmen benötigt (←2.4). Diese lenken das therapeutische Handeln und Denken, ermöglichen das Hinterfragen, Erklären und evidenzbasierte Gestalten der Therapie (←2.4). Erfolgt in den höheren Ebenen keine Veränderung, kann das individuelle ergotherapeutische Handeln der modernen Ergotherapie nicht angepasst werden.

Literaturverzeichnis

- Albers, S. (2009). *Methodik der empirischen Forschung* (3., erw. Aufl. 2009 Edition). Gabler Verlag.
- Ärzteblatt, D. Ä. G., Redaktion Deutsches. (2015, August 10). *Psychische Erkrankungen: Die Diagnosen nehmen zu*. Deutsches Ärzteblatt.
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/171521/Psychische-Erkrankungen-Die-Diagnosen-nehmen-zu>
- Ärzteblatt, D. Ä. G., Redaktion Deutsches. (2021, Mai 4). *Studien: Stress und psychische Probleme haben in der Pandemie...* Deutsches Ärzteblatt.
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123573/Studien-Stress-und-psychische-Probleme-haben-in-der-Pandemie-zugenommen>
- Augsten, S. (o. J.). *Was ist ein Metamodell?* Abgerufen 5. November 2021, von
<https://www.dev-insider.de/was-ist-ein-metamodell-a-930349/>
- Baldwin, B. (1919). *Occupational therapy applied to restoration of function of disabled joints*. Walter Reed Monograph.
- Baumgarten, A. M., & Strebel, H. (Hrsg.). (2016). *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (1. Auflage). Schulz-Kirchner Verlag.
- Baur, N., & Blasius, J. (Hrsg.). (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer Verlag.
- Bruce, M. A., Borg, B., Krupa, T., Kirsh, B., Pitts, D., & Fossey, E. (2016). *Bruce & Borg's Psychosocial frames of reference: Theories, models, and approaches for occupation-based practice* (Fourth edition). SLACK Incorporated.
- Bryant, W., Fieldhouse, J., Bannigan, K., Creek, J., & Lougher, L. (Hrsg.). (2014). *Creek's occupational therapy and mental health* (5th edition). Churchill Livingstone/Elsevier.
- Burns, N., & Grove, S. K. (Hrsg.). (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Canadian Association of Occupational Therapy, Department of National Health and Welfare (Hrsg.). (1991). *Occupational Therapy Guidelines for Client-centred Practice*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Creswell, J. W. (2011). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (4. Aufl.). Pearson.
- Cup, E., & Hartingsveldt, M. (2019). 8.2 Ausgangspunkte in der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 197). Georg Thieme Verlag.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). (2011). *Krankenhaus Barometer Umfrage*. 144.
- DGPPN (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. (2. Aufl.). <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>

- DGPPN (Hrsg.). (2021). *Basisdaten Psychische Erkrankungen*.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/17452fbcf559a53a36e71334cde8d18e8d6793fa/20210727_Factsheet_Kennzahlen.pdf
- Döring, N., & Bortz, J. (2015). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5., vollst. überarb., akt. u. erw. Aufl. 2016 Edition). Springer Verlag.
- Duden | interdisziplinär | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft. (o. J.). Abgerufen 5. November 2021, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/interdisziplinaer>
- Duden | rekrutieren | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft. (o. J.). Abgerufen 15. Oktober 2021, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/rekrutieren>
- Foster, M. (1999). Theoretical frameworks. In A. Turner & S. E. Johnson (Hrsg.), *Occupational therapy and physical dysfunction: Principles, skills and practice*. Churchill Livingstone.
- Frank, T. (2004). *Verbleib in medizinischen Assistenzberufen am Beispiel der Ergotherapie*.
- GKV Spitzenverband (Hrsg.). (2005). *Leistungsbeschreibung Ergotherapie*.
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/125_Anlage_1b_209.pdf
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haertl, K. (2010). A frame of referenc to enhance childhood occupations: SCOPE-IT. In P. Kramer & J. Hinojosa (Hrsg.), *Frames of reference for pediatric occupational therapy* (3rd ed). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie: Theorien und Modelle ; die Praxis begründen*. Georg Thieme Verlag.
- Heidrich, K., Nied, L., Merklein de Freitas, C., & Kaldewei, N. (2019). Interventionen mit der Evidenz anderer Disziplinen belegen. *ergopraxis*, 10/19.
<https://doi.org/10.1055/a-0957-9382>
- Hißmann, M., & Müller, N. (2019). *LeBeWelt: Ein Handbuch zur Durchführung betätigungsorientierter Gruppen in der Psychiatrie*. Schulz-Kirchner Verlag.
- Jaquemot, I., Poret, S., & Roth, H. (2013). *Wie sieht die Stukturqualität innerhalb der Ergotherapie in nordrheinwestfälischen Psychiatrie aus? Eine Bestandsaufnahme. Unveröffentlichte Bachelorarbeit*. Zuyd Hogeschool Heerlen.
- Jenni, D. (2013). *Recovery und Betätigungsorientierung in der akutpsychiatrischen Ergotherapie – Ist die Umsetzung möglich? Unveröffentlichte Bachelorarbeit*. Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy, 4th Edition* (4. Aufl.). F.A. Davis Company.

- Kinébanian, A. (2019). 1.7 Der 1. Weltkrieg. In A. Kinébanian, M. le Granse, & M. van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 43–45). Georg Thieme Verlag.
- Kinébanian, A., & Logister-Proost, I. (2019). 17 Begriffe verstehen—Der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle. In A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie*. Thieme.
- Knutzen, A. (2018). *Knutzen, A. (2018). Strategien zur Umsetzung der Betätigungsorientierung. Eine Studie in Anlehnung an die Grounded Theory. Unveröffentlichte Masterarbeit.* HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst.
- Krankenstand 2020 sinkt—Anstieg psychischer Diagnosen | Die Techniker—Presse & Politik. (o. J.). Die Techniker. Abgerufen 17. September 2021, von <https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/trotz-corona-krankenstand-sinkt-anstieg-psychischer-diagnosen-2099838>
- Kubny, B. (2020). 2 Rolle der Ergotherapie in der Psychiatrie. In B. Kubny-Lüke & B. Brandt (Hrsg.), *Ergotherapie in der Psychiatrie* (4. Auflage). Georg Thieme Verlag.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2d ed., enl). University of Chicago Press.
- Kuiper, C., & Satnik, T. (2006). Het kennisdomein van de ergotherapie. In A. Kinébanian & M. le Granse (Hrsg.), *Grondslagen van de ergotherapie*. Elsevier Gezondheidszorg.
- Lambracht, S. (2019). Veränderung braucht Visionen – Ergotherapie in der Psychiatrie. *ergopraxis*, 12(09), 21–23. <https://doi.org/10.1055/a-0957-9000>
- Lang, R. (2021). Betätigungsprobleme von Klient*innen im klinisch-psychiatrischen Kontext und daraus resultierende Interventionsstrategien—Ergebnisse einer Erhebung anhand zweier Gelegenheitsstichproben: Occupational problems of clients in a clinical-psychiatric context and resulting intervention strategies—Survey results based on two convenience samples. *Ergoscience*, 16(2), 66–75. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-54020210203>
- le Granse, M. (2020). Werden wir mit unseren Modellen allen Klienten gerecht? *ergopraxis*, 02/2020, 44–47.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung* (2.). Elsevier Urban & Fischer.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl). Beltz.
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633–648). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42
- Mentrup, C. (2013). Das ergotherapeutische Paradigma Was hat unser Beruf mit Steinobst zu tun? In E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz (Hrsg.), *Ergotherapie sucht Topmodelle* (Bd. 17, S. 9–16). Schulz-Kirchner Verlag.

- Merklein de Freitas, C. (2016). *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (A. Baumgarten & H. Strebel, Hrsg.; 1.). Schulz-Kirchner Verlag.
- Mosey, A. C. (1983). *Occupational therapy: Configuration of a profession*. Raven Press.
- Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. Raven Press.
- Parker, D. (2009). Chapter 11 The client-centred frame of reference. In E. A. S. Duncan (Hrsg.), *Foundations for practice in occupational therapy* (4. ed., reprinted). Elsevier Churchill Livingstone.
- Pechstädt, K. (2019). Die Perspektive wechseln! *ergopraxis*, 7-8/19, 10–15.
- Pföhl, K., & Thiele, L. C. (2018). *Mut zur Veränderung – Betätigungsorientierung in der Psychiatrie. Wie lässt sich ein betätigungsorientierter Prozess in der Ergotherapie in der Psychiatrie gestalten?* Zuyd Hogeschool.
- Porst, R. (2000). *Question Wording – Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen*. 12. Psychiatrie—Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE). (o. J.). <https://dve.info/ergotherapie/fachbereiche/psychiatrie>.
- Quantitative Forschung – Definition, Methoden & Ablauf | Qualtrics. (o. J.). Qualtrics. Abgerufen 18. Oktober 2021, von <https://www.qualtrics.com/de/erlebnismanagement/marktforschung/quantitative-forschung/>
- Questback—Quests. (o. J.). questback. Abgerufen 2. Oktober 2021, von https://web2.questback.com/Quests/Quests.aspx?PPK=c5u6roxjcr#
- Rasch, B., Friesen, M., Hofmann, W., & Naumann, E. (2010). *Quantitative Methoden*. 1 (3., erw. Aufl.). Springer Verlag.
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. A. (Hrsg.). (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- RKI. (o. J.). *RKI - Themenschwerpunkt „Psychische Gesundheit“*. Abgerufen 17. September 2021, von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html
- Satnik, T., & Van de Velde, D. (2019). 2 Kerndomänen in der Ergotherapie. In *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 74–93). Georg Thieme Verlag.
- Schreiber, I. (1995). *Ergotherapie in der Psychiatrie* (2. Aufl.). Stam.
- Security. (o. J.). Questback. Abgerufen 7. Oktober 2021, von <https://www.questback.com/information-security/>
- Themenseite: Psychische Erkrankungen. (2019, Februar 11). Statista. <https://de.statista.com/themen/1318/psychische-erkrankungen/>
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*;

official practice guidelines for the Canadian Association of Occupational Therapists (2nd ed). CAOT Publ.

ULB-LOTSE: Operatoren. (o. J.). Abgerufen 18. Oktober 2021, von <https://www.ulb.uni-muenster.de/lotse/literatursuche/suchstrategien/tipps/operatoren.html>

Was sind die Makro-, Meso- und Mikroebene? | Einführung in die Psychologie und ihre Geschichte | Repetico. (o. J.). Abgerufen 5. November 2021, von <https://www.repetico.de/card-16444793>

Weiß, C., & Rzany, B. (2013). *Basiswissen Medizinische Statistik* (6., überarb. Aufl. 2013 Edition). Springer Verlag.

zentrale Tendenz—Wirtschaftslexikon. (o. J.). Abgerufen 5. November 2021, von <http://www.wirtschaftslexikon24.com/e/zentrale-tendenz/zentrale-tendenz.htm>

Glossar

A	
Arithmetische Mittel	... wird auch Mittelwert genannt. Es gibt den Durchschnitt aller Messergebnisse an. (Rasch et al., 2010)
C	
Chaining	„Technik, um unerwünschte Verhaltensmuster ... zu lehren. Sie können einzeln gelehrt und dann zu einem Ganzen zusammengefügt (verkettet) werden.“ (Hagedorn, 2000, S. 132)
F	
Face-validity	„... die Güte der Messung wird durch Augenschein festgestellt.“ (Baur & Blasius, 2014, S. 496)
fazilitierend	Hilfreicher, „non-direktiver Führungsstil“ (bei Gruppen); Spezielle Therapie, um normale Bewegungsmuster und sensorische Integration zu fördern (bei neurophysiologischen Techniken) (Hagedorn, 2000, S.132)
G	
Gütekriterien	Kriterien, die zu beachten sind, „...damit die Daten möglichst fehlerfrei erhoben werden und die erzielten Resultate angemessen interpretiert werden können.“ (Baur & Blasius, 2014, S. 489)
I	
Induktive Vorgehen	... am Text entwickelte Kategorien (Mayring, 2015)
Interdisziplinär	„mehrere Disziplinen umfassend“ (<i>Duden interdisziplinär Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft, o. J.)</i>
Intervention(en)	„Aktion, des Therapeuten für den Klienten. Der Prozess des Umsetzens des Behandlungsplans, die Durchführung.“ (Hagedorn, 2000, S. 132)
M	
Makroebene	„Untersuchung der Phänomene wie Gesellschaft, Kultur, Zivilisation“ (<i>Was sind die Makro-, Meso- und Mikroebene?, o. J.)</i>
Mikroebene	„Untersuchung von sozialem Handeln von Individuen in Interaktion mit anderen (Gruppen)“ (<i>Was sind die Makro-, Meso- und Mikroebene?, o. J.)</i>
Mesoebene	„Untersuchung ... von Organisationen, Institutionen, Soziale Netzwerke“ (<i>Was sind die Makro-, Meso- und Mikroebene?, o. J.)</i>
Methode(n)	„... ist eine feste, gut durchdachte Form des Handelns mit dem Zweck, ein bestimmtes Ziel zu erreichen ...“ (le Granse et al., 2019)

Metamodell	„Ein Metamodell stellt ein übergeordnetes Modell zur Formalisierung anderer Modellkonzepte dar. Es modelliert die Konzepte verwendbarer Modell-Elemente und ihrer Zusammenhänge.“ (Augsten, o. J.)
N	
Nominalskala	Zahlen dieses Skalenniveaus machen nur zwei Annahmen bei der Messung einer Variable (Rasch et al., 2010). Die Annahmen hierbei sind, dass „1. Unterschiedliche Merkmalsausprägungen ... unterschiedlichen Zahlen zugeordnet [werden] (Exklusivität). 2. Es existiert eine Zahl für jede Beobachtung oder potentiell bestehende Merkmalsausprägung (Exhaustivität).“ (Rasch et al., 2010, S. 9)
O	
Organismisch	„Eine Sichtweise der Realität, die das subjektive, interaktive und holistische Wesen der menschlichen Erfahrung betont.“ (Hagedorn, 2000, S. 133)
Ordinalskala	... schließen die Aussagen der Nominalskalen mit ein. Zusätzlich repräsentieren Zahlen dieses Skalenniveaus die „... Unterschiede einer bestimmten Größe in Bezug auf die Merkmalsausprägung.“ (Rasch et al., 2010, S. 10).
P	
Pre-Testung	„Ziel ist es, die Datenerhebung ex ante, d.h. vor ihrem eigentlichen Beginn zu optimieren. ... Verfahren zur Qualitätssicherung des Erhebungsinstruments...“ (Baur & Blasius, 2014)
R	
Rekrutierung	Das Zusammenstellen einer Gruppe (<i>Duden rekrutieren Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft</i> , o. J.)
Range	...beschreibt die Größe des Bereichs, in welchem die Messwerte liegen. (Rasch et al., 2010)
S	
Survey Design dt. Umfragedesign	...ist ein Forschungsdesign, bei denen eine kleine Gruppe an einer Umfrage teilnimmt, um Tendenzen in den Einstellungen, Meinungen, Verhaltensweisen oder Merkmalen einer großen Gruppe von Personen zu ermitteln (Creswell, 2011)
Snowball sampling dt. Schneeballverfahren	„Bei dem Schneeballverfahren bittet der Forsch die Teilnehmer, weitere Personen zu identifizieren, die an der Studie teilnehmen könnten.“ (Creswell, 2011, S. 146)
V	
Verhältnisskala	... beginnt bei dem Punkt Null. Dieser Nullpunkt wird dort lokalisiert, wo die Variable aufhört zu existieren. Das Skalenniveaus repräsentiert das reale Verhältnis der Merkmalsausprägung (Rasch et al., 2010).
Z	

Zentrale Tendenz	„...Tendenz von quantitativen Daten, ...[welche] sich um einen bestimmten zentralen Wert ... gruppieren.“ (<i>zentrale Tendenz</i> - <i>Wirtschaftslexikon</i> , o. J.)
------------------	---

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Bezugsrahmen bei physischen Funktionsstörungen nach Hagedorn (2000)	25
Tab. 2 Bezugsrahmen bei psychosozialen Funktionsstörungen nach Hagedorn (2000)...	26
Tab. 3 Schlüsselwörter	27
Tab. 4 Arbeitssettings	40
Tab. 5 Frage 15. Zuordnung Antworten in BR.....	42
Tab. 6 Frage 17. Zuordnung Antworten in BR.....	43
Tab. 7 Frage 19. Zuordnung Antworten in BR.....	44
Tab. 8 Betätigungsbasierter BR nach Merklein de Freitas (2016) (weiße Zeilen), ergänzt von den Autorinnen (blaue Zeilen)	50

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Textbox Frageneinteilung	34
Abb. 2 Abschlüsse der TN	39
Abb. 3 Arbeitszeit mit psychisch erkranktem Klientel	40
Abb. 4 Zielfestlegung	41
Abb. 5 Vergleich des Therapiesettings.....	41
Abb. 6 Relevanz der BR	45
Abb. 7 Nutzung der Therapiemittel.....	46

Anlagen

Anlagennummer	Bezeichnung	Seite
1	Suchtabellen Literaturrecherche	66
1a	Google Scholar	66-67
1b	Pubmed	68
1c	OTseeker	69
1d	Zuyd Library	70-71
1e	DVE Datenbank	72
2	Fragebogen mit Informationsschreiben	73-78
3	Flyer zur Kontaktaufnahme	79
4	Anschreiben	80
4a	Anschreiben per Mail	80
4b	Anschreiben per social media	80
5	Auswertungstabelle BR	81
6	Kategoriensysteme Th.-Mittel	82-83

Anlage 1: Suchtabellen Literaturrecherche

Anlage 1a: Google Scholar

Datenbank: Google Scholar		
Einschränkung(en)	Sprache	Sprache
	Englisch/ Deutsch	Englisch/ Deutsch
	Zeitraum	Zeitraum
	2011-2021	/
Stichwörter und Operatoren	Trefferanzahl	Trefferanzahl
„Occupational therapy“ AND „psychosocial context“	294	499
Occupational therapy AND psychosocial context	26.400	217.000
„Occupational therapy“ AND "Psychiatry"	22.500	114.000
Occupational therapy AND Psychiatry	137.000	1.560.000
"Occupational therapy" AND "psychiatric context"	113	190
Occupational therapy AND psychiatric context	19.300	416.000
„Occupational therapy“ AND „Frame of references“	80	130
Occupational therapy AND Frame of references	19.900	282.000
“Occupational therapy” AND “psychosocial context” AND “Frame of references”	1	1
Occupational therapy AND psychosocial context AND Frame of references	17.100	61.000
"Occupational therapy" AND "Psychiatry" AND "Frame of references"	26	38
Occupational therapy AND Psychiatry AND Frame of references	17.300	111.000
“Occupational therapy” AND “Frame of references” AND “psychiatric context”	0	0
Occupational therapy AND Frame of references AND psychiatric context	16.900	77.300
“Mental health” AND “Frame of references”	360	633
Mental health AND frame of references	831.000	2.730.000
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy”	35	58
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy	17.200	152.000
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “psychosocial context”	1	1
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychosocial context	17.500	61.900
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “psychiatry”	18	35
Mental health AND frame of references AND Occupational therapy AND psychiatry	17.300	77.100
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “psychiatric context”	0	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychiatric context	17.600	76.200
“Frame of references” AND “mental health” OR “Psychiatry”	467	844
Frame of references AND mental health OR Psychiatry	991.000	2.900.000
“Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “mental health” OR “Psychiatry”	43	68

Anlagen

Frame of references AND Occupational therapy AND mental health OR Psychiatry	18.000	157.000
„Ergotherapie“ AND „Bezugsrahmen“	461	698
Ergotherapie AND Bezugsrahmen	632	974
„Ergotherapie“ AND „psychosozialer Kontext“	2	4
Ergotherapie AND psychosozialer Kontext	3.270	4.830
„Ergotherapie“ AND „psychosozialer Kontext“ AND „Bezugsrahmen“	1	1
Ergotherapie AND psychosozialer Kontext AND Bezugsrahmen	618	953
„Ergotherapie“ AND „Psychiatrie“ AND „Bezugsrahmen“	200	323
Ergotherapie AND Psychiatrie AND Bezugsrahmen	343	567
„Ergotherapie“ AND „psychiatrischer Kontext“ AND „Bezugsrahmen“	1	1
Ergotherapie AND psychiatrischer Kontext AND Bezugsrahmen	511	810

Anlage 1b: Pubmed

Datenbank: pubmed		
Einschränkung(en)	Sprache	Sprache
	Englisch	Englisch
	Zeitraum	Zeitraum
	2011-2021	/
Stichwörter und Operatoren	Trefferanzahl	Trefferanzahl
„Occupational therapy“ AND „psychosocial context“	18	22
Occupational therapy AND psychosocial context	9.579	11.420
„Occupational therapy“ AND "Psychiatry"	2969	4537
Occupational therapy AND Psychiatry	11.345	16.788
"Occupational therapy" AND "psychiatric context"	11	190
Occupational therapy AND psychiatric context	10.322	416.000
„Occupational therapy“ AND „Frame of references“	0	130
Occupational therapy AND Frame of references	995	282.000
“Occupational therapy” AND “psychosocial context” AND “Frame of references”	0	0
Occupational therapy AND psychosocial context AND Frame of references	343	411
"Occupational therapy" AND "Psychiatry" AND "Frame of references"	0	38
Occupational therapy AND Psychiatry AND Frame of references	287	111.000
“Occupational therapy” AND “Frame of references” AND “psychiatric context”	0	0
Occupational therapy AND Frame of references AND psychiatric context	371	77.300
“Mental health” AND “Frame of references”	0	633
Mental health AND frame of references	5.010	2.730.000
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy”	0	58
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy	613	152.000
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “psychosocial context”	0	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychosocial context	301	356
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “psychiatry”	0	35
Mental health AND frame of references AND Occupational therapy AND psychiatry	263	77.100
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “psychiatric context”	0	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychiatric context	333	76.200
“Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “mental health” OR “Psychiatry”	195.731	314.791
Frame of references AND Occupational therapy AND mental health OR Psychiatry	197.338	318.237

Anlage 1c: OTseeker

Datenbank: OTseeker	
Einschränkung(en)	Sprache
	Englisch
	Zeitraum
	Nicht einstellbar
Stichwörter und Operatoren	Trefferanzahl
„Occupational therapy“ AND „psychosocial context“	0
Occupational therapy AND psychosocial context	0
„Occupational therapy“ AND „Psychiatry“	1
Occupational therapy AND Psychiatry	1
„Occupational therapy“ AND „psychiatric context“	0
Occupational therapy AND psychiatric context	0
„Occupational therapy“ AND „Frame of references“	0
Occupational therapy AND Frame of references	0
“Occupational therapy” AND “psychosocial context” AND “Frame of references”	0
Occupational therapy AND psychosocial context AND Frame of references	0
„Occupational therapy“ AND „Psychiatry“ AND „Frame of references“	0
Occupational therapy AND Psychiatry AND Frame of references	0
“Occupational therapy” AND “Frame of references” AND “psychiatric context”	0
Occupational therapy AND Frame of references AND psychiatric context	0
“Mental health” AND “Frame of references”	0
Mental health AND frame of references	0
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy”	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy	0
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “psychosocial context”	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychosocial context	0
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “psychiatry”	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychiatry	0
“Mental health” AND “Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “psychiatric context”	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychiatric context	0
“Frame of references” AND “mental health” OR “Psychiatry”	815
Frame of references AND mental health OR Psychiatry	815
“Frame of references” AND “Occupational therapy” AND “mental health” OR “Psychiatry”	815
Frame of references AND Occupational therapy AND mental health OR Psychiatry	815

Anlage 1d: Zuyd Library

Datenbank: Zuyd Library		
Einschränkung(en)	Sprache	Sprache
	Englisch/ Deutsch	Englisch/ Deutsch
	Zeitraum	Zeitraum
	2011-2021	/
Stichwörter und Operatoren	Trefferanzahl	Trefferanzahl
„Occupational therapy“ AND „psychosocial context“	122	656
Occupational therapy AND psychosocial context	50.212	73.996
„Occupational therapy“ AND "Psychiatry"	101.380	167.163
Occupational therapy AND Psychiatry	101.389	168.270
„Occupational therapy“ AND „Frame of references“	44	71
Occupational therapy AND Frame of references	53.573	81.996
"Occupational therapy" AND "psychiatric context"	125	199
Occupational therapy AND psychiatric context	48.058	80.388
"Occupational therapy" AND "psychosocial context" AND "Frame of references"	0	0
Occupational therapy AND psychosocial context AND Frame of references	19.161	13.151
"Occupational therapy" AND "Psychiatry" AND "Frame of references"	18.719	29.093
Occupational therapy AND Psychiatry AND Frame of references	18.719	29.095
"Occupational therapy" AND "Frame of references" AND "psychiatric context"	0	0
Occupational therapy AND Frame of references AND psychiatric context	12.570	19.860
"Frame of references" AND "mental health" OR "Psychiatry"	3.116.870	5.493.207
Frame of references AND mental health OR Psychiatry	3.316.830	5.827.379
"Frame of references" AND "Occupational therapy" AND "mental health" OR "Psychiatry"	3.116.830	5.493.130
Frame of references AND Occupational therapy AND mental health OR Psychiatry	3.132.443	5.518.021
"Mental health" AND "Frame of references" AND "Occupational therapy" AND "psychosocial context"	0	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychosocial context	11.173	16.354
"Mental health" AND "Frame of references" AND "Occupational therapy" AND "psychiatry"	4	7
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychiatry	16.120	24.918
"Mental health" AND "Frame of references" AND "Occupational therapy" AND "psychiatric context"	0	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychiatric context	11.440	17.990
„Bezugsrahmen“ AND „Ergotherapie“ AND „psychosozialer Kontext“	0	0
Bezugsrahmen AND Ergotherapie AND psychosozialer Kontext	8	9

Anlagen

„Bezugsrahmen“ AND „Ergotherapie“ AND „Psychiatrie“	30	40
Bezugsrahmen AND Ergotherapie AND Psychiatrie	30	40
“Ergotherapie” AND “psychiatrischer Kontext” AND “Bezugsrahmen”	0	0
Ergotherapie AND psychiatrischer Kontext AND Bezugsrahmen	9	13

Anlage 1e: DVE Datenbank

Datenbank: DVE Datenbank		
Einschränkung(en)	Sprache	Sprache
	Englisch/ Deutsch	Englisch/ Deutsch
	Zeitraum	Zeitraum
	2011-2021	/
Stichwörter und Operatoren	Trefferanzahl	Trefferanzahl
„Occupational therapy“ AND „Psychiatry“	44	58
Occupational therapy AND Psychiatry	44	58
„Occupational therapy“ AND „psychiatric context“	0	0
Occupational therapy AND psychiatric context	0	0
„Occupational therapy“ AND „Frame of references“	0	0
Occupational therapy AND Frame of references	0	0
„Occupational therapy“ AND „Psychiatry“ AND „Frame of references“	0	0
Occupational therapy AND Psychiatry AND Frame of references	0	0
„Occupational therapy“ AND „Frame of references“ AND „psychiatric context“	0	0
Occupational therapy AND Frame of references AND psychiatric context	0	0
„Mental health“ AND „Frame of references“	0	0
Mental health AND Frame of references	0	0
„Mental health“ AND „Frame of references“ AND „Occupational therapy“	0	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy	0	0
„Mental health“ AND „Frame of references“ AND „Occupational therapy“ AND „psychiatry“	0	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychiatry	0	0
„Mental health“ AND „Frame of references“ AND „Occupational therapy“ AND „psychiatric context“	0	0
Mental health AND Frame of references AND Occupational therapy AND psychiatric context	0	0
„Frame of references“ AND „mental health“ OR „Psychiatry“	0	0
Frame of references AND mental health OR Psychiatry	0	0
„Frame of references“ AND „Occupational therapy“ AND „mental health“ OR „Psychiatry“	0	0
Frame of references AND Occupational therapy AND mental health OR Psychiatry	0	0
„Ergotherapie“ AND „Bezugsrahmen“	8	10
Ergotherapie AND Bezugsrahmen	8	10
„Ergotherapie“ AND „Psychiatrie“ AND „Bezugsrahmen“	1	1
Ergotherapie AND Psychiatrie AND Bezugsrahmen	1	1
„Ergotherapie“ AND „psychiatrischer Kontext“ AND „Bezugsrahmen“	0	0
Ergotherapie AND psychiatrischer Kontext AND Bezugsrahmen	0	0

Anlage 2: Fragebogen mit Informationsschreiben

Psychiatrische Diagnose - Wie gestaltet sich die Ergotherapie?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir, Victoria Nadler und Kristina Krämer, haben unsere Ausbildung zur Ergotherapeutin in Deutschland abgeschlossen und absolvieren derzeit berufsbegleitend unseren Bachelor im Bereich Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL).

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit möchten wir erheben, wie Ergotherapeut_inn_en mit Klient_inn_en im deutschen psychiatrischen Kontext arbeiten.

Um dies herauszufinden benötigen wir Ihre Hilfe.

Nachfolgend haben wir einen Fragebogen zu diesem Thema erstellt. Die Beantwortung aller Fragen sollte maximal 15 Minuten dauern. Wichtig ist, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, uns interessiert Ihre persönliche Meinung.

Sie haben die Möglichkeit sich Ihre eigenen Antworten nach Beendigung des Fragebogens zusenden zu lassen. Hierfür kommt nach Beantwortung der letzten Frage ein Feld, wo Sie ihre E-Mailadresse hinterlegen können. Dies geschieht automatisiert durch das Questback-System. Ihre E-Mailadresse wird uns nicht angezeigt oder weitergeleitet.

Alle Antworten werden anonymisiert und werden so auch zur Auswertung genutzt. Sollten Sie sich dafür entscheiden zum Schluss Ihre E-Mailadresse anzugeben, wird auch dies nichts an der Anonymität Ihrer Daten ändern. Alle anonymisierten Daten müssen für zehn Jahre an der Zuyd Hogeschool gespeichert werden. Dies geschieht auf einem dafür vorgesehenen Server.

Die Teilnahme an unserer Umfrage und somit auch an unserer Studie erfolgt freiwillig. Mit dem Ausfüllen unseres Fragebogens stimmen Sie der Teilnahme an unserer Studie und den zuvor aufgeführten Bedingungen zu.

WICHTIG: Unter "Sonstiges" erhalten Sie die Möglichkeit eine eigene Antwort zu formulieren.

Wir sind Ihnen sehr dankbar dafür, dass Sie sich die Zeit nehmen unsere Fragen zu beantworten und uns somit bei unserer Bachelorarbeit zu unterstützen.

Victoria Nadler und Kristina Krämer

1) * Bitte geben Sie Ihr Alter in Jahren an:

2) * Bitte geben Sie Ihre Geschlechtsidentität an.

männlich weiblich divers

3) * Geben Sie an welchen Abschluss Sie erlangt haben (Mehrfachauswahl möglich):

- ☐ examinierte_r Ergotherapeut_in (staatlich anerkannte Ausbildung)
- ☐ Studium im Bereich der Ergotherapie
- ☐ Sonstiges

4) * In welchem Jahr haben Sie Ihren letzten ergotherapeutischen Abschluss gemacht?

5) * Arbeiten Sie derzeit mit psychiatrischen Klientel?

ja
nein

6) * Wie viele Prozent Ihrer Therapiezeit arbeiten Sie mit psychiatrischen Klientel?

0%
10%
20%
25%
30%
40%
50%
60%
75%
80%
90%
100%

7) * In welchem Setting arbeiten Sie? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ ambulante Ergotherapie innerhalb einer Klinik
- ☐ Home Treatment
- ☐ Psychosomatik
- ☐ tagesstrukturierende Maßnahmen
- ☐ Tagesklinik
- ☐ Praxis
- ☐ offene Station
- ☐ ambulant betreutes Wohnen
- ☐ Akutstation
- ☐ Tagesstätte
- ☐ Forensik
- ☐ Gerontopsychiatrie
- ☐ Sonstiges

8) * Bitte geben Sie an, welche psychischen Erkrankungen/ Störungsbilder die Klient_inn_en aufweisen, denen Sie in Ihrer Therapie begegnen (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ depressive Episoden
- ☐ Suchterkrankungen
- ☐ psychotische Störung
- ☐ bipolare affektive Störungen
- ☐ Angststörungen
- ☐ Borderline Persönlichkeitsstörung
- ☐ Demenz
- ☐ Zwangsstörung und andere verwandte Störungen
- ☐ manische Episode
- ☐ weitere Persönlichkeitsstörung
- ☐ Sonstiges

9) * Sie arbeiten überwiegend in... (VOR Einsetzen der Coronamaßnahmen)

... Einzeltherapie
... Gruppentherapie (5 oder weniger Klient_inn_en)
... Gruppentherapie (mehr als 5 Klient_inn_en)

Anlagen

... Gruppentherapie (10 oder mehr Klient_inn_en)
Zu dem Zeitpunkt noch nicht Berufstätig
Sonstiges

10) * Sie arbeiten überwiegend in... (MIT Einsetzen der Coronamaßnahmen)

... Einzeltherapie
... Gruppentherapie (5 oder weniger Klient_inn_en)
... Gruppentherapie (mehr als 5 Klient_inn_en)
... Gruppentherapie (10 oder mehr Klient_inn_en)
Sonstiges

11) Hier haben Sie die Möglichkeit etwas zu den oben gestellten Fragen zu ergänzen:

12) * Die Inhalte der Gruppentherapie sind...

... fest vorgegeben z.B. Kochgruppe, Kreativgruppe, ADL-Gruppe
... frei gestaltbar (Therapeut_in hat keine inhaltlichen Vorgaben)
...teils vorgegeben und teils frei gestaltbar

13) Die Klient_inn_en

teilen sich den Gruppen selber zu werden von den behandelnden Ärzt_inn_en in die Gruppen eingeteilt
werden von den Therapeut_inn_en in die Gruppen eingeteilt Sonstiges

14) Wer ist hauptsächlich an der Zielsetzung des Therapieprozesses beteiligt? (Mehrfachantwort möglich)

- ☐ der/die erweiterte Klient_in
- ☐ wird im interdisziplinären Team festgelegt
- ☐ der/die Therapeut_in
- ☐ der Kostenträger
- ☐ wird im intradisziplinären Team festgelegt
- ☐ wird von der Institution vorgegeben
- ☐ der/die Klient_in
- ☐ vorgesetzte Personen
- ☐ Sonstiges

15) Wie findet die Zielsetzung und die Planung der Intervention statt? (Mehrfachantwort möglich)

- ☐ Therapeut_in identifiziert die Probleme und unterstützt den/die Klient_in_en bei der Verbesserung der Funktion
- ☐ Steuerung durch den/die Klient_in_en
- ☐ ohne jegliche Machtausübung
- ☐ Klient_in ist abhängig von dem/der Therapeut_in
- ☐ auf aktive Mitarbeit des/der Klient_in angewiesen
- ☐ Therapeut_in legt ein Ziel fest
- ☐ Klient_in hat wenig Mitsprache bzw. muss nicht zur Absprache fähig sein
- ☐ Therapeut_in berät, schlägt vor und begleitet
- ☐ Theapeut_in erhebt den Befund und legt die Intervention fest

16) Falls Sie noch etwas ergänzen möchten, haben Sie hier die Möglichkeit

17) * Worauf liegt der Fokus ihrer Therapie? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ vom Klienten gewähltes Ziel soll erreicht werden
- ☐ Interesse an Alltagstätigkeiten erwirken
- ☐ kompetenzzentrierte alltagsrelevante Methode (z.B. durch zielgerichtete handwerkliche Techniken vorhandene Fähigkeiten nutzen oder neue erlernen)
- ☐ messbare Verbesserung von physischen Funktionen
- ☐ ausdruckszentrierte Methoden (z.B. mit Hilfe von Materialien/Techniken Emotionen ausdrücken)
- ☐ Erreichen der alters- und geschlechtsüblichen Bewegungsmustern
- ☐ Aspekte der Verhaltensänderung (z.B. ein gewünschtes Verhalten soll durchgehend auftreten)
- ☐ ein perzeptives oder kognitives Defizit zu identifizieren
- ☐ Verbesserung von kognitiven Fähigkeiten, welche zu positiven Veränderungen des Verhaltens führen
- ☐ Förderung der Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten (z.B. durch das Ausführen von kreativen oder freizeitbezogenen Tätigkeiten gemeinsam als Gruppe)
- ☐ Verbesserung in sensomotorischen Funktionen
- ☐ Besserung der psychosozialen Funktionen
- ☐ wahrnehmungszentrierte Methode (z.B. autogenes Training, progressive Muskelentspannung)
- ☐ Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung (z.B. eigene Bedürfnisse benennen können und den Bedürfnissen anderer nachkommen zu können)
- ☐ Sonstiges

18) Hier haben Sie die Möglichkeit den Fokus Ihrer Therapie noch weiter zu erläutern, falls die Antwortmöglichkeiten zuvor nicht als ausreichend empfunden haben.

19) * Welche der nachfolgenden Interventionen/Behandlungsansätze wenden Sie an? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ analytischer Ansatz (befasst sich mit den Gründen für die Reaktion einer Person auf ihre eigenen Gefühle)
- ☐ Verhaltensmodifikation (z.B. programmiertes Lernen)
- ☐ psychotherapeutischer Ansatz (z.B. Rollenspiele, Selbstbehauptungstraining, Kommunikationstraining)
- ☐ Top-down (betätigungsorientiert)
- ☐ Gruppenarbeit und Rollenspiele
- ☐ Aktivitätsgruppen
- ☐ personen-zentriert
- ☐ Bottom-up (funktionsorientiert)
- ☐ kognitiv-verhaltensorientiert (z.B. Stressmanagement, Problemlösetechniken, Angstmanagement)
- ☐ interaktiver Ansatz (z.B. soziale Spiele, Gruppenprojekte, kreative Aktivitäten)
- ☐ Methoden zur Unterstützung von Entwicklungsschritten (z.B. Bobath, SI, sensorische Stimulation)
- ☐ kompensatorischer Ansatz (z.B. adaptierte Geräte für Aktivitäten des täglichen Lebens, häusliche Anpassung)
- ☐ kompensatorischer Ansatz (Klient_in erlernt andere perzeptive Fähigkeiten kompensatorisch zu nutzen)
- ☐ Aktivitäten des täglichen Lebens mit dem Schwerpunkt die Ausdauer der Bewegung zu fördern
- ☐ ADL-Training (activities of daily living)
- ☐ Einsatz von Hilfsmitteln
- ☐ heilender Ansatz (Training der perzeptiven Fertigkeiten durch intensive Übungen)
- ☐ Funktion verbessern oder Ausfälle kompensieren
- ☐ Sonstiges

20) Damit wir Ihre Arbeit besser verstehen können, würden wir Sie bitten einmal kurz zu beschreiben, wonach Sie Ihre Intervention ausrichten. Gibt es spezielle

Aspekte, an denen Sie sich immer wieder orientieren? Worauf legen Sie besonders Wert? Was ist Ihnen in Ihren Interventionen besonders wichtig?

21) * Auf welche Therapiemittel greifen Sie hauptsächlich zurück? (max. 3 Antwortmöglichkeiten)

- ☐kreative Mittel
- ☐handwerkliche Mittel
- ☐alltägliche/alltagsbezogene Mittel
- ☐Mittel zur Entspannung
- ☐Mittel zur Wahrnehmungsförderung
- ☐Mittel zum Hirnleistungstraining
- ☐manualisierte Interventionen
- ☐Sonstiges

22) Wir bitten Sie nachfolgend einige, der von Ihnen genutzten kreativen Mittel aufzulisten.

23) Wir bitten Sie nachfolgend einige, der von Ihnen genutzten handwerklichen Mitteln aufzulisten.

24) Wir bitten Sie nachfolgend einige, der von Ihnen genutzten alltagsbezogenen Mitteln aufzulisten.

25) Wir bitten Sie nachfolgend einige, der von Ihnen genutzten Mitteln zur Entspannung aufzulisten.

26) Wir bitten Sie nachfolgend einige, der von Ihnen genutzten Mitteln zur Wahrnehmungsförderung aufzulisten.

27) Wir bitten Sie nachfolgend einige, der von Ihnen genutzten Mitteln zum Hirnleistungstraining aufzulisten.

--

28) Wir bitten Sie nachfolgend einige, der von Ihnen genutzten manualisierten Interventionen aufzulisten.

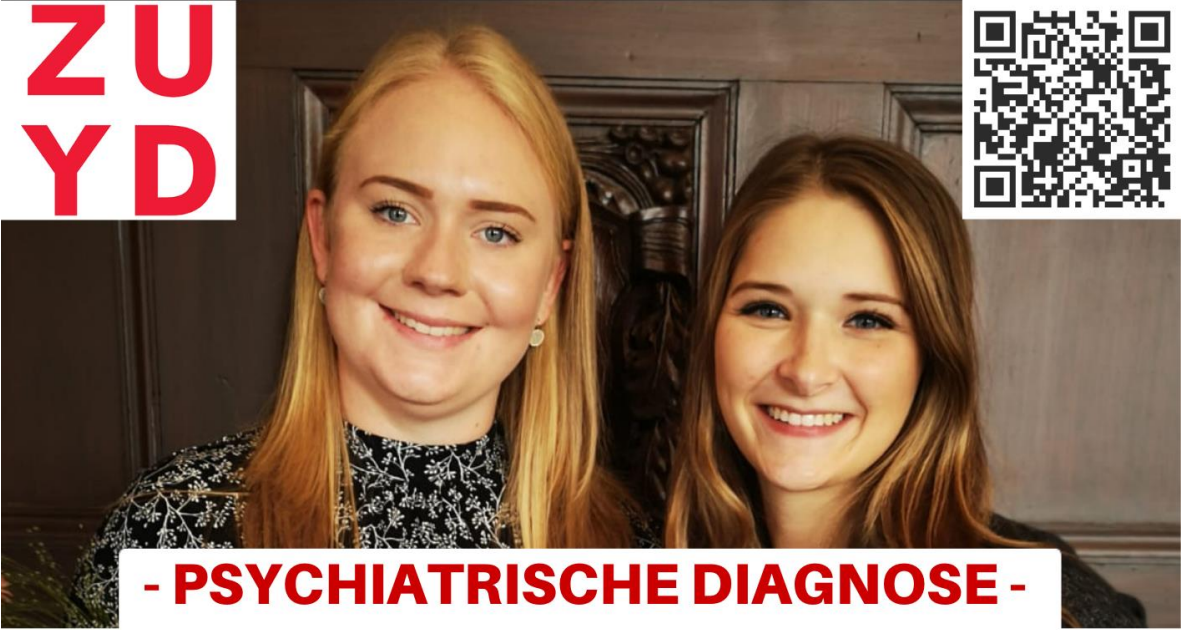
--

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben an unserer Studie teilzunehmen. Nachfolgend erhalten Sie die Möglichkeit noch selbstständig etwas zu ergänzen, falls wir vergessen haben nach etwas zu fragen, was Sie in diesem Zusammenhang jedoch als relevant ansehen.

29) Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere relevante Aspekte, die Sie uns gerne mitteilen wollen?

--

Anlage 3: Flyer zur Kontaktaufnahme



**- PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE -
WIE GESTALTET SICH DIE
ERGOTHERAPIE?**

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

wir, Victoria Nadler und Kristina Krämer, haben unsere Ausbildung zur Ergotherapeutin in Deutschland abgeschlossen und absolvieren derzeit berufsbegleitend unseren Bachelor im Bereich Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL).

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit möchten wir erheben, wie Ergotherapeut_inn_en mit Klient_inn_en im deutschen psychiatrischen Kontext arbeiten. Um dies herauszufinden benötigen wir Ihre Hilfe. Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie unter dem nachfolgenden Link an unserer Studie teilnehmen würden. Alle weiteren Informationen erhalten Sie dann im Einleitungstext unseres Fragebogens.

Wir freuen uns, wenn Sie unsere E-Mail oder den Link/QR-Code zur Umfrage an Ihre Kolleg_inn_en verbreiten würden.

https://response.questback.com/zuyd_verpleegkunde/pzeganpfjb

Bei weiteren Fragen oder Unklarheiten können Sie uns gerne unter der nachfolgenden E-Mail-Adresse kontaktieren.

bachelorarbeit-kraemer-nadler@gmx.de

Anlage 4: Anschreiben

4 a: Anschreiben per Mail

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir führen derzeit eine Studie für unsere Bachelorarbeit durch und suchen noch dringend Teilnehmer_inn_en, die mit psychiatrischem Klientel (egal in welchem Stundenumfang und welchem Setting) arbeiten!!!

Alle wichtigen Informationen sind unserem Flyer zu entnehmen. Über weiteres Teilen unseres Flyers sowie den Aufruf zur Teilnahme an unserer Studie, freuen wir uns sehr!

Link zum Fragebogen:

https://response.questback.com/zuyd_verpleegkunde/pzegampfjb

Vielen lieben Dank für Eure Unterstützung!!

Herzliche Grüße aus dem Ruhrgebiet,

Kristina und Victoria

4 b: Anschreiben Social Media

Hallo ihr Lieben!

👋Wie benötigen eure Unterstützung! 👋

- ✓ Ihr arbeitet (u.a) mit psychiatrischem Klientel, egal in welchem Kontext?!
- ✓ Ihr habt 10-15 Minuten Zeit?!

Dann freuen wir uns riesig, wenn ihr an unserer Studie für die Bachelorarbeit teilnehmt!

In unserer Bachelorarbeit erforschen wir welche Bezugsrahmen aktuell vorrangig im psychiatrischen Kontext genutzt werden und wie sich dementsprechend die Ergotherapie gestaltet.

Keine Bange, für unseren Fragebogen ist es nicht nötig sich mit Bezugsrahmen auszukennen! Es geht in der Umfrage lediglich darum einen Eindruck eures therapeutischen Arbeitens zu erlangen! 😊

Wir freuen uns sehr, wenn ihr diese Nachricht sowie den Anhang zur Umfrage an weitere Kolleg_inn_en verbreitet, sodass viele teilnehmen können! 🙌

Wir danken euch allen im Voraus! 😊

Herzliche Grüße aus dem Ruhrpott und bleibt gesund!

Kristina und Victoria

PS.: Anbei der Link zur Umfrage. Andernfalls könnt ihr auch den QR-Code auf unserem Flyer scannen. https://response.questback.com/zuyd_verpleegkunde/pzegampfjb

Anlage 5: Auswertungstabelle Bezugsrahmen

	Kognitiv-perzeptiver BR	Bio-mechanischer BR	Neuro-physiologischer BR	Human-istischer BR	Analyti-scher BR	Gruppen-arbeits BR	Kognitiv-verhaltens-basierter BR	Verhal-tens-orien-tierter BR
Zielsetzung und Planung der Intervention(en)	Th. identifiziert die Probleme & unterstützt	Th. berät, schlägt vor und begleitet	Th. erhebt Befund & legt Intervention und Ziel fest	Ohne jegliche Machtausübung	Kl. abhängig vom Th.	Steuerung durch Kl.	Auf aktive Mitarbeit angewiesen	Kl. hat wenig Mitsprache /muss nicht dazu fähig sein
	69	110	30	60	4	50	101	3
Fokus der Therapie	Perzp./kog. Defizit identifizieren	Messbare Verbesserung physischer Funktionen	Verbesserung der sensomotorischen Funktionen Erreichen der alters-/geschlechtsüblichen Bewegungsmuster	Vom Kl. gewähltes Ziel soll erreicht werden Kompetenz-zentrierte /alltagsrelevante Methode Wahrnehmungszentriert	Besserung von psychosozialen Funktionen Ausdrucks-zentrierte Methode	Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung Förderung Interaktions-/Kommunikationsfähigkeit	Verbesserung kog. Fähigkeiten	Aspekte Verhaltensänderung
	22	7	28	127	101	116	79	60
Interventionen und Behandlungsansätze	Kompensatorisch (Erlernen anderer perz. Fähigkeiten) Heilender Ansatz Funktion verbessern, Ausfälle kompensieren	Kompensatorisch (adaptierte Geräte) ADL, Schwerpunkt Ausdauer der Bewegung Einsatz von Hilfsmitteln	Unterstützung von Entwicklungsschritten	Gruppenarbeit und Rollenspiele Personenzentriert	Analytischer Ansatz	Psychotherapeutischer Ansatz Aktivitätsgruppen Interaktiver Ansatz	Kognitiv Verhaltensorientiert	Verhaltensmodifikation
	39	54	20	90	44	99	94	26
Auswertung; Einfachauswahl der BR	130	171	78	277	149	265	274	89

Anlage 6: Kategoriensysteme Therapiemittel

Therapiemittel	Kategorien	Bezugsrahmen
Handwerkliche und kreative	Pappe und Papier	Gruppenarbeits-BR & Humanistischer BR
	Textil	
	Ton	
	Holz	
	Basteln (z.B. Schere, Kleber etc.)	
	Speckstein	
	Peddigrohr	
	Seide	
	Naturmaterialien	
	Schmuck	
	Knete (z.B. Fimo)	
	Mosaik	
	Gips	
	Knüpfungstechniken	
	Keramik	
	Malerei	
	Farben	
	Spiele	
	Sonstiges (z.B. Glas, Handpuppen, Symbolarbeit, Leder – alles kreative Angebote)	
HLT	Computerbasierte Programme	Kognitiv- verhaltensorientierter BR
	Papier-Stift Aufgaben	
	Spiele mit kognitiven Anforderungen	
	Kognitive Übungen (einzeln oder in Gruppe)	
	Kognitives Training nach Stengel	
	MKT	
	Neurofeedback	
Manualisierte Interventionen	Handeln gegen Trägheit (Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens)	Nicht einordbar
	Sonstiges	
	LeBeWelt (betätigungsorientierte Gruppen)	

Therapiemittel	Kategorien	Bezugsrahmen
Entspannung	Autogenes Training	Humanistischer BR
	Progressive Muskelentspannung	
	Atemtechniken	
	Fantasie-/Traumreisen	
	Achtsamkeit	
	Massagetechniken	
	Musik	
	Wohlige Umweltgestaltung	
	Meditation	
	Selbstregulationstechniken	
	Klangschalen	
	Physische Übungen	
	Yoga	
	Thermische Anwendungen	
	Tiergestützte Therapie	
Wahrnehmungs- förderung	Sinnesbezogene Angebote (auditiv, olfaktorisch, gustatorisch, taktil, visuell)	Neurophysiologischer BR
	Bodyscan	
	Vibration	
	(Sensorik-)Spiele	
	SI-Elemente	
	Psychomotorik-Elemente	
	Biofeedback	
Alltagsbezogene/ alltägliche	Alltagsbezogene Gruppe (z.B. Kochgruppe etc.)	Nicht einordbar
	Mittel zum Herstellen von Alltagsstruktur (z.B. Kalender etc.)	
	ADL-Training (im Umfeld des/der Klient_en_in)	
	Alltagsgegenstände	
	Sonstiges	
	Alles was im natürlichen Umfeld des/der Klient_en_in zu finden ist	
	Elemente der Gesprächstherapie	
	Hilfsmittel	