

ergoscience
 ISSN 1861-6348 · 71823
 8. Jahrgang · März 2013
 Seite 1-44

1	Editorial <i>Ulrike Marotzki</i>
Originalarbeiten	
2	Sigrid Braz Gesundheitsförderung und Prävention als therapeutisches Handlungsfeld – Eine Untersuchung am Beispiel ergotherapeutischer Praxen in Bayern Health promotion and prevention as a therapeutic field of action – An exemplary analysis of ambulant occupational therapy in Bavaria
11	<i>Roman Weigl, Anita C. Bundy</i> Die spielerische Herangehensweise (Playfulness) Erwachsener an ihre Freizeitaktivitäten – The Experience of Leisure Scale (TELS) mit deutschsprachigen Erwachsenen The report of playfulness of adults in leisure activities – The Experience of Leisure Scale (TELS) with German-speaking adults
22	<i>Ümit Felden, Alexa Dorweiler, Marlen Schlicht</i> Gewohnt durch den Alltag ... aber wie? Das Assessment der Lebensgewohnheiten (AdLg) – eine Vorvalidierungsstudie für den deutschen Sprach- und Kulturraum Habitual by the everyday ... but how? The Assessment of Life Habits (Life-H) – a pre-validation survey for the German language and cultural area
Diskurs	
35	<i>Hansgeorg Ließem</i> Gemeindepsychiatrische Behandlungszentren – Eine Vision der psychiatrischen Berufsverbände zur Ambulantisierung der deutschen Psychiatrie Community psychiatric treatment centres – a vision of the psychiatric professional associations to develop outpatient care within the German psychiatry
Evidenzbasierte Praxis – Nutzerfreundliche Studienzusammenfassung	
37	<i>Helga Ney-Wildenhahn</i> Eine bevölkerungsbasierte Kohortenstudie über den Zusammenhang zwischen gesundheitsbewusster Lebensweise, sozialen Faktoren und dem erreichten Lebensalter von Menschen über 75 Jahren
Veranstaltungsbericht	
40	<i>Maria Feiler</i> 20 Jahre MTD-Gesetz in Österreich – ein hervorragender Grund, um ein spezielles Fest zu feiern!
Veranstaltungskalender	
Rezensionen	
42	<i>Ulrike Fellingner</i> Entwicklung im Erwachsenenalter
42	<i>Frank Gerald Oppermann</i> Medizinökonomie Band 1: Das System der medizinischen Versorgung Medizinökonomie Band 2: Unternehmerische Praxis und Methodik
43	<i>Klaus Dieter Joswig</i> Ergotherapie Prüfungswissen – Sozialwissenschaften
Impressum Richtlinien für Autoren	

ergoscience 2013; 8(1): 1
 © Schulz-Kirchner, Idstein
 ISSN 1861-6348

Ulrike Marotzki
 Chefredakteurin



Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Wissen und Können bilden die beiden Quellen von Professionalität, allerdings beschränkt sie sich weder auf das Fachwissen einer akademischen Disziplin noch auf die bloße Intuition oder die reine Erfahrung des virtuosen Praktikers. Professionalität stellt vielmehr eine nur schwer bestimmbare Kombination, eine Schnittmenge aus beidem dar“

(Nittel, 2000, S. 71)¹.

An dieses Zitat wurde ich erinnert, als mir eine Absolventin auf der letzten Bachelor-Verabschiedungsfeier von ihrem Weg durchs Studium berichtete. Sie habe das Studium begonnen, weil für ihr wissenschaftliches Verständnis der Ergotherapie noch einiges offen war. Nun sei sie mit dem Studium fertig und müsse feststellen, dass sie noch viel mehr Fragen habe als an dessen Beginn. „Und ich fürchte“, so fuhr sie ernsthaft besorgt fort, „das hört auch nicht mehr auf“.

Ganz kurz und präzise hat diese junge Kollegin zusammengefasst, was Professionalität ausmacht: Ständig Verbindungen zwischen dem eigenen Tun und den theoretischen Bezügen herstellen, immer wieder mit neuen Erfahrungen und Fakten konfrontiert sein und sich zu fragen,

wie diese zusammen passen und wie das Neue auf Vertrautes aufbaut. Professionalität bewahrt eben auch nicht davor, oder fordert sogar heraus, in Situationen zu kommen, in denen man erkennt, dass eigene Handlungsweisen nicht mehr angebracht sind und radikal verändert werden müssen.

Doch der Weg von Absolventinnen und Absolventen durch Ausbildung und Studium und die daraus gezogenen Schlüsse zeichnen die Bewegungsrichtung einer Profession aus. Es ist ja genau dieses methodische Kombinieren und Fragen, welches der Ergotherapie überhaupt ermöglicht, neues und unbekanntes Terrain zu betreten und zu bearbeiten.

Die drei in dieser ergoscience-Ausgabe erscheinenden Originalarbeiten sind aus Abschlussarbeiten unterschiedlicher Ergotherapiestudiengänge entstanden. Sie werfen Schlaglichter auf ausgewählte Entwicklungszonen unserer Profession.

Sigrid Braz hat sich im Rahmen ihrer Diplomarbeit mit „Gesundheitsförderung und Prävention als therapeutisches Handlungsfeld“ befasst. Ohne Frage geht es hier um ein neues und sehr komplexes Handlungsfeld der Ergotherapie, zu dem es bisher noch keine systematischen Beschreibungen gibt. Mit Sicherheit werden sich Kolleginnen und Kollegen mit eigenen Erfahrungen in diesem Feld in der Darstellung und den Daten dieser Arbeit wiederfinden.

Das in Entstehung befindliche Produkt, von dem Roman Weigl und Anita C. Bundy berichten, ist ein Selbstbeurteilungsbogen, mit dem die spielerische Herangehensweise von Erwachsenen in ihren Freizeitaktivitäten gemessen werden soll. In ihrem Artikel schildern die Autoren den schwierigen Weg, das Verhältnis von Konstruktannahmen und diese repräsentierende Items genauer zu bestimmen.

Auch der Beitrag von Ümit Felden, Alexa Dorweiler und Marlen Schlicht kommt aus der Assessmentwerkstatt und auch sie greifen, wie die Autoren im vorherigen Beitrag, als Ausgangsbasis auf ein englischsprachiges Instrument zurück. In ihrem Artikel „Gewohnt durch den Alltag ... aber wie? Das Assessment der Lebensgewohnheiten (AdLg)“ geht es ihnen allerdings zunächst darum, eine deutschsprachige Version zu erstellen, die sprachlich verständlich, vollständig, kulturell geeignet und zeitlich aktuell Lebensgewohnheiten abbilden kann.

Zusammen mit den Beiträgen zu Diskurs, Studienzusammenfassung, Veranstaltungsbericht und mit den Rezensionen wird diese Ausgabe zu einer reichen und spannenden Lektüre.

Ulrike Marotzki
 Chefredakteurin

¹ Nittel, Dieter (2000). Von der Mission zur Profession. Stand und Perspektiven der Verberuflichung in der Erwachsenenbildung. Bielefeld: Bertelsmann

Gesundheitsförderung und Prävention als therapeutisches Handlungsfeld – Eine Untersuchung am Beispiel ergotherapeutischer Praxen in Bayern

Health promotion and prevention as a therapeutic field of action – an exemplary analysis of ambulant occupational therapy in Bavaria

- **Autorin:** Sigrid Braz
- **Institution:** Diploma-Fachhochschule Nordhessen

Schlüsselwörter

- Gesundheitsförderung
- Prävention
- Ergotherapeutische Praxen
- Betätigungsfeld
- halbstrukturierte Interviews

Key Words

- health promotion
- prevention
- private practices of occupational therapy
- field of action
- semi-structured interviews

Dieser Artikel beruht auf der Arbeit von Sigrid Braz, die den Ergotherapiepreis 2012 erhalten hat.

Korrespondenzanschrift

Sigrid Braz
Diplom-Ergotherapeutin (FH)
Schwalbenweg 18
86653 Monheim
sigrid.braz@gmx.net

ergoscience 2013; 8(1): 2-10
© Schulz-Kirchner, Idstein
ISSN 1861-6348

Zusammenfassung

Einleitung: Diese im Rahmen einer Diplomarbeit* erstellte Studie geht der Frage nach, welche ergotherapeutischen Angebote in der Gesundheitsförderung und Prävention es im ambulanten Bereich gibt und wie diese umgesetzt werden. Darüber hinaus thematisiert sie Sichtweisen und Erfahrungen der Anbieter.

Methode: Es wurde eine qualitative empirische Erhebung durchgeführt, die aufgrund der Fragestellung auch quantitative Faktoren einbezieht. Mit 24 Teilnehmern, Inhaber ergotherapeutischer Praxen in Bayern, die durch Zufallsauswahl festgelegt wurden, erfolgten semistrukturierte leitfadengestützte Telefoninterviews.

Ergebnisse: Mehr als die Hälfte der befragten Praxen hält Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention vor. Allerdings haben diese Angebote nur einen geringen Umfang in Relation zum gesamten Leistungsangebot, und ihre Nachfrage ist nur zum Teil zufriedenstellend. Im Fokus stehen Angebote für Kinder, andere Zielgruppen finden noch wenig Berücksichtigung. Die vorrangige private Finanzierungspraxis trägt zu Existenzängsten bei den Anbietern bei. Dem gegenüber werden die positiven Seiten des Ausbaus gesundheitsfördernder, präventiver Angebote für den Gesundheitsgewinn des Einzelnen und die Kostenreduktion der Krankenkassen gesehen, ebenso werden die ergotherapeutischen Kompetenzen als gute Ausgangsbasis dafür geschätzt.

Schlussfolgerung: Um diese neuen Handlungsfelder für Ergotherapeuten zu erschließen, sollte das in der Kuration und Rehabilitation verankerte Selbstverständnis der Berufsgruppe um eine salutogene Sichtweise erweitert werden. Außerdem müsste dem demografischen Wandel mehr Rechnung getragen und weitere Zielgruppen mitsamt berücksichtigt werden. Eine Beschleunigung der Professionalisierung/Akademisierung könnte diesen Prozess unterstützen.

Abstract

Introduction: This study follows up the question for the existence and implementation of health promotive and preventive offers in private practices of occupational therapy. Furthermore it attended to the perceptions and experiences of the supplier.

Method: A qualitative empirical study has been conducted, in which however quantitative factors were included, due to the problem. With 24 participants, occupational therapists in private practices in Bavaria, who were defined by random sample, were carried out semi-structured guided interviews by telephone.

Results: More than half of the interviewed private practices of occupational therapy offer measures for health promotion and prevention. However, these measures have a small extent and a medium demand only. Children are in the focus of these measures. Other target groups are still taken into account too little. The dominant private praxis of finance, contributes to fear for a precarious professional existence on the part of the suppliers. But they also see the positive sides, developing health promotive and preventive measures, in the benefit of health for the individual and the cost savings for the health insurance companies. Therefore the occupational therapeutic skills are estimated as a good base of operations.

Conclusion: To open up these new fields of action, the self-concept of the occupational group should be extended for a health-orientated preventive perspective. Moreover the demographic change might attract attention and other target groups should be included. An increase of professionalization/academicization could support this process.

* Betreut wurde die Diplomarbeit von Dr. Matthias Morgenstern, Studienort München

Einleitung

Indem der Gesundheitsförderung und Prävention sowohl auf gesellschaftlicher, als auch auf gesundheitspolitischer Ebene allmählich ein höherer Stellenwert eingeräumt wird, ergeben sich für Ergotherapeuten – je nach individueller Interessenlage und entsprechender Zusatzqualifikation – neue Handlungsfelder. Diese sind z.B. die Elternberatung und die Förderung psychischer Gesundheit (SAFE-Programm), Konzentrations- und Wahrnehmungsschulungen für Kinder, Angebote zur sinnvollen Freizeitbetätigung für Jugendliche, ergonomische Arbeitsplatzberatung und Entspannungsverfahren für Berufstätige, Sturzprävention und geistige Fitness für Senioren. Häufig befinden sich Ergotherapeuten hierbei im Wettbewerb mit den angrenzenden Berufsgruppen. Hinzu kommt, dass eigene berufsspezifische Konzepte erst allmählich entwickelt werden. In Zusammenhang damit steht eine Auseinandersetzung mit den Kompetenzbereichen und dem Selbstverständnis der Profession.

Obwohl es schon viele Ideen für neue ergotherapeutische Handlungsfelder in der Prävention gibt, ist noch unklar, inwieweit präventives Denken bereits Eingang in den ambulanten Bereich bzw. in ergotherapeutische Praxen gefunden hat. Zu fragen ist auch, ob dieses Denken schon in Form präventiver Angebote umgesetzt wird, beziehungsweise, welche Erfahrungen mit eventuellen Angeboten genutzt werden können.

Daraus leitet sich die konkrete zweiteilige Forschungsfrage der Studie ab:

- Gibt es bereits Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in ergotherapeutischen Praxen?
- Wie sind die Sichtweisen beziehungsweise die Erfahrungen der Anbieter zu diesem neuen Handlungsfeld?

Gesundheitsförderung versucht einen Gesundheitsgewinn durch die Förderung gesundheitlicher Ressourcen und Schutzfaktoren zu erzielen. Sie orientiert sich an Kompetenzen und Potenzialen. Prävention versucht einen Gesundheitsgewinn durch Abbau oder Vermeidung von Krankheit zu erreichen. Sie orientiert sich an Risikofaktoren und Defiziten (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2009). Da es in der Praxis keine klare Abgrenzung zwischen den beiden Bereichen gibt, werden die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Beitrag synonym verwendet und ansonsten eindeutig differenziert.

Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden 24 leitfadengestützte Telefoninterviews durchgeführt in einem Zeitraum von vier Wochen, genauer vom 14.09.2009 bis zum 09.10.2009.

Vorgehen

In Zusammenhang mit der Frage nach präventiven ergotherapeutischen Angeboten erfolgte zunächst eine Literaturrecherche und die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema. Daraus ging hervor, dass bis dahin noch keine Untersuchungen zu diesem neuen Gegenstandsbereich vorlagen. Nach der Festlegung und genauen Formulierung der Forschungsfrage fiel die Entscheidung für ein qualitatives Verfahren unter Berücksichtigung quantitativer Faktoren, da sowohl die Handlungsweisen als auch die Einstellungen und Erfahrungen der Akteure von Bedeutung sind.

Teilnehmerauswahl

Mit der Fragestellung war die Zielgruppe – Inhaber ergotherapeutischer Praxen – schon gegeben. Um die Grundgesamtheit der ergotherapeutischen Praxen in Bayern für die Erhebung

einzugrenzen und eine gute Relation der Anzahl ländlicher und städtischer Praxen herzustellen, wurde der Regierungsbezirk Schwaben ausgewählt. Über die „Gelben Seiten“ (Stand 2009) wurden die Adressen ermittelt. Nach Ausschluss von Doppelnennungen blieb eine Grundgesamtheit von 98 Praxen. Daraus wurden, durch einfache Zufallsauswahl, indem eine beliebige siebenstellige Zahlenfolge angelegt und fortlaufend wiederholt wurde, die potenziellen Teilnehmer ausgewählt.

Interviewleitfaden

Als Grundlage der halbstandardisierten Befragung wurde ein Leitfaden konzipiert. In seiner Konzeption war die Reihenfolge der Fragen vorgegeben, mit dem Ziel, dass jedes Interview am Ende Antworten zu den gewünschten Bereichen enthält, wenn auch in unterschiedlicher Detailliertheit und mit offener Antwortmöglichkeit der Befragten (Brosius & Koschel, 2009, S. 115). Der Einleitung zum Telefoninterview kam eine besondere Bedeutung zu. Schließlich sollte Vertrauen geschaffen und die Teilnahmebereitschaft beim Befragten gefördert werden. Dies war umso wichtiger, als sich die meisten Verweigerungen erst nach der Einleitung, aber vor der ersten Frage ergeben (Schnell, Hill & Esser, 2008, S. 369). Die Einführung wurde neutral formuliert und enthielt eine ganze Reihe an Informationen, ohne jedoch zu ausführlich zu werden. Wichtig waren der Hinweis auf die Freiwilligkeit, die Anonymitätszusicherung und die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Den Abschluss der Einleitung bildete die Vergewisserung der Bereitschaft zur Teilnahme und das Angebot zur Terminabsprache (Schnell et al., 2008, S. 370f). Auf eine Tonbandaufzeichnung wurde bewusst verzichtet, um aufgrund der speziellen Situation am Telefon einerseits Ängste zum aktuellen Thema Datenschutz zu vermeiden und andererseits die Gesprächssituation bei einem durchaus konkurrenzbesetzten, sensiblen Thema zu entlasten. Letztlich sollte dadurch eine bessere Motivationslage zur Teilnahme am Interview geschaffen werden. Um die Fragen möglichst klar zu formulieren und dennoch eine gemeinsame Wissensbasis zu schaffen, wurden für die inhaltlich tragenden Fragen sogenannte „Plattformfragen“ angewendet (Gläser & Laudel, 2006, S. 136f). Die Einstiegsfrage wurde themenbezogen aufgebaut und sollte als geschlossene Frage leicht zu beantworten sein, um das Interesse des Befragten zu wecken und für die weitere Befragung aufrechtzuerhalten. Die nächste offene Frage bot dem Befragten gleich die Möglichkeit, seine eigene Meinung einzubringen und in den Gesprächsfluss hineinzukommen (Schnell et al., 2008, S. 371). Als Beispiel dient hier eine der weiteren Unterfragen: „Können Sie sich vorstellen, dass Ergotherapie auch am gesunden Menschen ansetzt?“ Zum Schluss wurde optional eine Art „Belohnung“ angeboten durch das Angebot einer kurzen Information zum Präventionsleitfaden („Leitfaden Prävention“ Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. www.gkv-spitzenverband.de) mit eventueller Nennung der ergotherapeutisch relevanten Bereiche (Frey, Kunz & Lüschen, 1990, S. 130). Dies sollte zum Ausgleich des „Gebens und Nehmens“ im Interview beitragen und ebenso wie das Angebot der möglichen späteren Mitteilung der Untersuchungsergebnisse das Gespräch zu einem positiven Abschluss führen.

Um die Handhabbarkeit des Interviewleitfadens zu überprüfen, wurden zwei Pretests durchgeführt (Brosius & Koschel, 2009, S. 135) und der Leitfaden daraufhin nochmals überarbeitet. Außerdem konnten hierdurch eine flexible Anwendung und das

Eingehen auf den Gesprächspartner sowie das Anfertigen von Protokollnotizen während des Gesprächs geübt werden.

Durchführung der Telefoninterviews

Über einen Zeitraum von vier Wochen wurde versucht, eine große Anzahl der zufällig ausgewählten Telefonnummern jeweils eine Woche lang zu unterschiedlichen Zeitpunkten anzuwählen. Führte dies zu keinem Erfolg, so wurde versucht, mit neu generierten Rufnummern, nach dem gleichen Verfahren, eine Verbindung herzustellen. Es gab insgesamt 10 direkte Verweigerungen, die alle gleich während oder nach der Einführung erfolgten. Als Gründe wurden genannt: Zeitmangel, Konkurrenzängste und Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes. Hinzu kamen noch einige „indirekte Verweigerer“, die zum vereinbarten Gesprächstermin nicht erreichbar waren. Letztendlich konnten 24 Interviews durchgeführt werden. Die einzelne Dauer variierte erheblich, sie betrug zwischen 10 und 55 Minuten. Die meisten Interviews dauerten rund 20 Minuten. 7 Befragte waren sofort (beim Erstkontakt) zum Interview bereit, bei den übrigen wurde ein Termin abgesprochen.

Die Reihenfolge der Fragen gemäß Leitfaden wurde ggf. variiert, außerdem wurden Fragen manchmal etwas einfacher formuliert, um im Interview einen möglichst natürlichen Interaktionsfluss zu erreichen und auf den jeweiligen Interviewpartner einzugehen. Zu den Schlüsselfragen wurden teilweise je nach Verlauf des Interviews Spontanfragen gestellt (Schnell et al., 2008, S. 387).

Die Dokumentation der Leitfadengespräche erfolgte durch Notizen während der Befragung und durch sofortige Anfertigung eines Gedächtnisprotokolls im direkten Anschluss. Durch aktives Zuhören fand einerseits eine Rückversicherung statt, richtig verstanden zu haben, andererseits konnte hierdurch der Gesprächsfluss angeregt werden, was manchmal neue Aspekte hervorbrachte. Zudem wurde so Zeit gewonnen zum genaueren Mitschreiben.

Auswertung

Um der Zweiteilung der Untersuchungsfrage gerecht zu werden, wurde zur Beantwortung des ersten Teils der Frage ein etwas anderes qualitatives Vorgehen gewählt, als dies bei der Beantwortung des zweiten Teils der Fall war. So wurden beim ersten Teil quantitative Analyseschritte miteingebaut. Dieser Ansatz folgte der Überlegung nach Mayring (2002, S. 117), „dass die qualitative Inhaltsanalyse sich dadurch auszeichnet, dass qualitative und quantitative Analyseschritte nicht als Gegensätze verstanden werden sollen, sondern eng miteinander verbunden werden können.“

Die Auswertung des ersten Teils der Forschungsfrage: „Gibt es bereits Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in ergotherapeutischen Praxen?“ erfolgte nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Gläser & Laudel (2006). Die Informationsfülle wurde entsprechend der Untersuchungsfrage strukturiert. Mittels eines Suchrasters, das aufgrund theoretischer Vorüberlegungen und der Fragestellungen des Interviewleitfadens konstruiert wurde, konnten die benötigten Informationen aus dem Text extrahiert werden. Als Analyseeinheit diente jeweils der gesamte Interviewtext. Die entnommenen Daten wurden nach Sortierung und Zusammenfassung den Kategorien des Suchrasters zugeordnet und unter der entsprechenden Kategorie eingetragen. Wie Tabelle 3 zeigt, wurden Ankerbeispiele verwendet, die zum Text zurückführen und zur Herausbildung der Unterkategorien dienten. Die anschließende quantita-

tive Auswertung lieferte die Ergebnisse zur Beantwortung der Untersuchungsfrage (Gläser & Laudel, 2006, S. 193ff).

Die Auswertung des zweiten Teils der Forschungsfrage: „Wie sind die Sichtweisen beziehungsweise die Erfahrungen der Anbieter zu diesem neuen Handlungsfeld?“ erfolgte in Anlehnung an das Modell der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008, S. 82ff). Hier wurden die aus der theoretischen Fragestellung abgeleiteten grundsätzlichen Strukturdimensionen (Hauptkategorien) bestimmt, dabei diente das Forschungsinteresse, das sich in den Leitfragen des Interviews niedergeschlagen hatte, als Ausgangspunkt. Die weitere Aufspaltung in Unterkategorien erfolgte jedoch nicht vorwiegend deduktiv (theoriegeleitet) wie eben beschrieben, sondern im Sinne einer größeren Offenheit induktiv, d.h. anhand des gesamten vorliegenden Materials, unter Berücksichtigung des Modells induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2002, S. 115ff). Dadurch konnten die Vorteile der Kombination beider Vorgehensweisen genutzt werden (Mayring & Gläser-Zikuda, 2008). Es wurden Definitionen und Ankerbeispiele zu den einzelnen Kategorien formuliert, und es folgten mehrere Materialdurchsichten mit Fundstellenbezeichnungen im Text sowie die Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen. Das Kategoriensystem wurde so mehrfach überarbeitet und teils revidiert. Das extrahierte Material wurde paraphrasiert und dann pro Kategorie zusammengefasst. Schließlich wurde das Ergebnis analytisch aufbereitet und interpretiert.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse des ersten Teils der Untersuchungsfrage nach der Existenz und Umsetzung der präventiven Angebote dargestellt.

Existenz präventiver Angebote

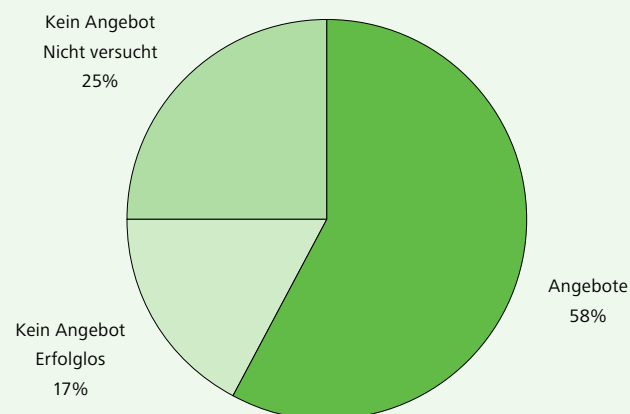
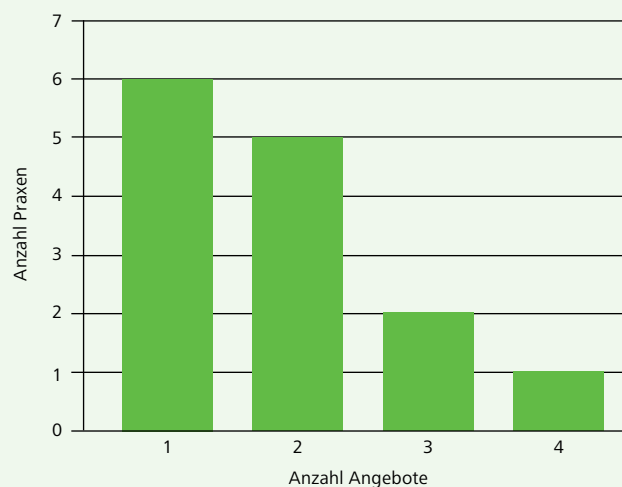
Von den 24 befragten ergotherapeutischen Praxen halten 14 Praxen (also rund 58%), präventive Angebote vor. Von den 10 Praxen, die keine Angebote zur Prävention machen, hatten 4 jedoch schon erfolglose Versuche dazu gestartet. Angegebene Gründe des Scheiterns waren entweder zu geringe Nachfrage, mangelndes Interesse eines Altenheimträgers oder keine Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Die übrigen 6 Befragten zweifelten entweder grundsätzlich an der Umsetzbarkeit solcher Angebote, nannten die Kostenübernahme durch die Krankenkasse als Voraussetzung, sahen einen Mangel an Zeit und Konzepten oder waren schon dabei, Konzepte auszuarbeiten. In Abbildung 1 wird die Existenz präventiver Angebote veranschaulicht. Insgesamt wurden 18 Einzelpraxen, 4 Doppelpraxen und 2 Gemeinschaftspraxen befragt, die Praxenform spielte jedoch keine Rolle in Bezug zur Fragestellung. Auch die Anzahl der Mitarbeiter je Praxis ließ sich in keinen Zusammenhang bringen mit dem Vorhandensein bzw. der Anzahl der Angebote je Praxis.

Anzahl der Angebote je Praxis

Am häufigsten werden 1 oder 2 Angebote je Praxis gemacht, (6 beziehungsweise 5 Nennungen), 3 Angebote gab es lediglich bei 2 Praxen und nur eine einzige Praxis hatte 4 Angebote im Programm (Abb. 2).

Verteilung der Angebote

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass sich knapp 75% der Angebote an die Zielgruppe der Kinder richten. Nur 4 Angebote sind konkret auch an Jugendliche adressiert (Autogenes Training, Konzentra-

Abb. 1: Existenz präventiver Angebote in ergotherapeutischen Praxen (N = 24)**Abb. 2:** Anzahl der Praxen und Häufigkeit der präventiven Angebote (N = 24)**Tab. 1:** Art, Häufigkeit und Nachfrage der Angebote

Art des präventiven Angebots	Häufigkeit des Angebots	Nachfrage			
		gering	mittel	gut	unklar
Vorschulkurse	3	2	--		1
Marburger Konzentrationstraining	6	2	2	1	1
Autogenes Training (Kinder und Jugendliche)	2	--	1	1	--
Konzentrationstraining (Kinder und Jugendliche)	1	--	--	1	--
Entspannungskurs (Kinder)	1	1	--	--	--
Klettern (1 Angebot inkl. Rückenschule)	2	--	1	--	1
Psychomotorikgruppe	1	--	--	1	--
Sensomotorikgruppe (SI)	1	--	--	1	--
Babyschwimmen	1	--	--	1	--
Entspannungsgruppe (PMR, psych. kranke Erwachsene)	1	--	1	--	--
Gesprächskreise (Psych. Kranke, Angehörige u. Interessierte)	1	--	1	--	--
Feinmotorikkurs (VHS, Kinder)	1	--	--	1	--
Rechenkurs	1	1	--	--	--
Rechtschreibkurs	1	1	--	--	--
Coaching/Berufsbegleitung	1	--	1	--	--
Familientherapie (Kinder u. Jugendliche)	1	--	1	--	--
Autogenes Training (Erwachsene)*	1	--	1	--	--
Insgesamt	26	7	9	7	3

Ankerbeispiele zur Einteilung der Kategorien zum Thema „Nachfrage“

Geringe Nachfrage: „könnten mehr sein“ – „wenig“ – „Resonanz sehr gering“

Mittlere Nachfrage: „2 oder 3 Kinder“ – „kommt immer wieder ein Kurs zu stande“ – „wird zwar alles nachgefragt, aber mäßig“

Gute Nachfrage: „Sachen kommen gut an“ – „hatte ganz gute Rückmeldungen“ – „da habe ich immer einen Kurs“

Unklare Nachfrage: „jetzt soll er wieder neu anlaufen“ – oder keine Aussagen vorhanden**.

* Einzelne Praxeninhaber verfügen für ihre Angebote über Zusatzausbildungen in Erlebnispädagogik, Familientherapie, Gesprächstherapie, oder es wurde z.B. eine Sozialpädagogin oder eine Familientherapeutin angestellt.

** Ein eventuelles weiteres Angebot, die zeitweise Mitarbeit in einem Mutter-Kind-Kurhaus, wurde nicht in die Auswertung aufgenommen, da zu wenige Informationen dazu vorliegen.