ISSN 1861-6348 | 71823 | 16. Jahrgang | März 2021 | Seite 1-44 | www.ergoscience.de

# ergoscience

Wissenschaft in der Ergotherapie – Advances in Occupational Therapy

Nutzungs-
rechte

## The way to play – Spielplatzentwurf für ein Klinik-Außengelände für Kinder zwischen 1,5 und 14 Jahren

## Gemeinsam auf dem Weg – Eine qualitative Studie zur Implementierung modellgeleiteten Arbeitens in ambulanten Ergotherapiepraxen

## Live is Life – „Lebenselixier“ Konzertbesuch – Eine qualitative Studie zur Meaning Construction

1 | 2021

Schulz-Kirchner Verlag




Ins Deutsche übersetzt und adaptiert:
Andreas Pfeiffer, Werner Höhl,
2. Auflage 2018,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1202-8,
152 Seiten plus CD-ROM, EUR 52,00 [D],
DVE-Mitgliedspreis: EUR 47,00 [D]

Auch als Set mit „Chronischer Schmerz" und „Gruppentherapie" erhältlich.

## Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden

### Action over Inertia. Therapieprogramm für Gesundheit durch Aktivität – Handeln gegen Trägheit

Die Möglichkeit zur Teilnahme und Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens ist der besondere Stoff, der unseren Alltag zusammenhält. Wie können insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen motiviert werden, sich Ziele zu setzen und aktiv zu werden? Wie können Menschen für mehr Balance in ihrem Alltag sorgen? Wie können alle Lebensbereiche gleichwertig betrachtet werden? Wie verwendet man seine Zeit? Wie kann die Trägheit überwunden werden, um Veränderungen in Gang zu setzen? Auf all diese Fragen können Sie im Therapieprogramm „Action over Inertia: Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden" Antworten finden. Schon lange in Kanada etabliert, liegt nun endlich auch eine deutsche Übersetzung vor.

NEU




**Gruppentherapie**
Ergänzungsmaterial zu Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden
Sonja Lambracht, Andreas Pfeiffer,
1. Auflage 2021,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1276-9,
80 Seiten, EUR 30,00 [D],
DVE-Mitgliedspreis: EUR 25,00 [D]




**Chronischer Schmerz**
Ergänzungsmaterial zu Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden (Action over Inertia)
Deutsche Übersetzung:
Lisa Käßmair, Andreas Pfeiffe,
1. Auflage 2018,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1228-8,
60 Seiten plus CD-ROM, EUR 28,00 [D],
DVE-Mitgliedspreis: EUR 22,50 EUR [D]




**Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**
Ergänzungsmaterial zu Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden (Action over Inertia)
Deutsche Übersetzung:
Christine Spevak, Andreas Pfeiffer,
1. Auflage 2019,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1243-1,
48 Seiten plus CD-ROM, EUR 25,00 [D],
DVE-Mitgliedspreis: EUR 20,50 [D]




**Demenz**
Ergänzungsmaterial zu Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden (Action over Inertia)
Deutsche Übersetzung:
Munja Araci, Andreas Pfeiffer,
1. Auflage 2020,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1258-5,
40 Seiten, EUR 21,00 [D],
DVE-Mitgliedspreis: EUR 18,00 [D]

Tel.: +49 6126 9320-13 | Fax: +49 6126 9320-50
bestellung@schulz-kirchner.de | www.skvshop.de

**Lieferung versandkostenfrei innerhalb Deutschlands**

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Das **Leitbild** der ergoscience sowie viele weitere Informationen finden Sie hier:
**www.ergoscience.de**


- **Herausgeberinnen**
  Jutta Berding, Osnabrück
  Cornelia Kocher Stalder, Winterthur (CH)
  Elke Kraus, Berlin
  Cosima Pinkowski, Hildesheim
  Helen Strebel, Heerlen (NL)
  Yvonne Treusch, Köln
  Julia Unger, Bad Gleichenberg (A)
  Bettina Weber, Heerlen (NL)
  Andrea Weise, Vättis (CH)

- **Gutachterinnen** dieser Ausgabe
  Jutta Berding
  Maria Feiler
  Elke Kraus
  Melanie Kriegseisen-Peruzzi
  Daniela Schlagel-Jaschky
  Kathrin Weiß

- **Wissenschaftlicher Beirat**
  Barbara Aegler, Zürich (CH)
  Andreas Bänziger, Zürich (CH)
  Ursula Costa, Innsbruck (A)
  Silke Dennhardt, Berlin
  Philipp Eschenbeck, Bochum
  Mieke le Granse, Heerlen (NL)
  Brigitte Gantschnig, Winterthur (CH)
  Marion Huber, Neftenbach (CH)
  Klaus D. Joswig, Osnabrück
  Ann Kennedy-Behr, Maroochydore (AUS)
  Marcel Konrad, Frankfurt
  Frank Kronenberg, Kapstadt (SA)
  Rainer Leonhart, Freiburg
  Ulrike Marotzki, Hildesheim
  Christiane Mentrup, Winterthur (CH)
  Susanne Mulzheim, Wien (A)
  Ulla Pott, Jülich
  Kathrin Reichel, Berlin
  Gabriele Schwarze, Bad Gleichenberg (A)
  Tanja Stamm, Wien (A)
  George Tomlin, Tacoma (USA)
  Sebastian Voigt-Radloff, Freiburg
  Roman Weigl, Wien (A)



- **Verlag**
  Schulz-Kirchner Verlag GmbH | Mollweg 2 | 65510 Idstein
  Tel. +49 6126 9320-0 | Fax +49 6126 9320-50
  ergoscience@schulz-kirchner.de
  www.schulz-kirchner.de


- **Förderer**

DVE Deutscher Verband Ergotherapie

ergotherapie austria

ergo Stiftung für Ergotherapie Zürich
www.ergo-stiftung.ch (Schweiz)

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Inhaltsverzeichnis

**ergoscience** | ISSN 1861-6348 · 71823 | 16. Jahrgang | März 2021 | 1-44
gelistet in: OTDBASE (www.otdbase.org/) | CINAHL Plus (www.ebscohost.com) | LISK/CareLit® (www.carelit.de)

1 **Gasteditorial: Innovationspreis Ergotherapie 2022**
Birte Hucke, Dr. Ullrich Schulz-Kirchner

2 **Editorial**
Cosima Pinkowski

**Originalarbeiten**

3 Lisa Birkner, Lale Menek, Corinna Eitel:
The way to play – Spielplatzentwurf für ein Klinik-Außengelände für Kinder zwischen 1,5 und 14 Jahren
The way to play – playground design for a clinic outdoor area for children between 1.5 and 14 years

12 Sarah Mohr:
Gemeinsam auf dem Weg – Eine qualitative Studie zur Implementierung modellgeleiteten Arbeitens in ambulanten Ergotherapiepraxen
Moving forward together – A qualitative study on the implementation of model-guided therapy in outpatient occupational therapy practices

21 Natalie Gätz, Bianca Schymura, Christina Theissen:
Live is Life – „Lebenselixier" Konzertbesuch – Eine qualitative Studie zur Meaning Construction
Live is Life – Attending concerts as "essence of living" – A qualitative study on meaning construction

31 **International News**

**Diskurs**

32 Claudia Trickes
„Dann sind das aber doch gar keine Patienten mehr!" Von Patient*innen, Klient*innen, selbstbestimmten Menschen und der Suche nach einem adäquaten Umgang mit diesen Termini in den Gesundheitsberufen

**Evidenzbasierte Praxis**

35 Jeanice Klemmt
Die Bedeutung der Freizeit für Kinder und Jugendliche mit signifikanten körperlichen Behinderungen: Implikationen für die Optimierung von Partizipation
Powrie, B., Copley, J., Turpin, M., Ziviani, J. & Kolehmainen, N. (2020). The meaning of leisure to children and young people with significant physical disabilities: Implications for optimising participation. British Journal of Occupational Therapy, 83(2), 67–77. b_powrie@hotmail.com. https://doi.org/10.1177/0308022619879077

37 Ramona Harms, Jennifer Beck
Studienzusammenfassung: Achtsamkeit und menschliche Betätigung – Ein Scoping-Review
Goodman, V., Wardrope, B., Myers, S., Cohen, S., McCorquodale, L. & Kinsella, E. A. (2019). Mindfulness and human occupation: A scoping review. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 26(3), 157-170. doi:10.1080/11038128.2018.1483422

39 Chiara Urban
Autismus-Spektrum-Störung: Wie können Ergotherapeut*innen Schulen unterstützen?
Marie Grandisson, Émilie Rajotte, Julie Godin, Myriam Chrétien-Vincent, Élise Milot, Chantal Desmarais (2020). Autism spectrum disorder: How can occupational therapists support schools? Canadian Journal of Occupational Therapy, 87 (1): 30-41, First published online August 11, 2019. doi:10.1177/0008417419838904

42 **Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft (e.V.)**

42 **Veranstaltungsbericht: 6. dOS-Treffen: Erprobung eines Journal Clubs zur Occupational Science**

43 **Veranstaltungskalender**

**Rezensionen**

43 Documentation Manual for Occupational Therapists – Writing SOAP Notes

44 Rehabilitation nach Krebserkrankung

**Impressum**
**Vorschau / Richtlinien für Autor*innen**

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de







**Birthe Hucke**
DVE-Vorstandsmitglied
für Standards und
Qualität

**Julia Schirmer**
DVE-Vorstandsmitglied
für Bildung und
Wissenschaft

**Dr. Ullrich Schulz-Kirchner**
Verleger
Schulz-Kirchner Verlag GmbH

**Innovationen geben der Zukunft eine Zukunft.**
*Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger*

# Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie haben in Ihrem ergotherapeutischen Arbeitsalltag spannende Projekte entwickelt und umgesetzt? Sie haben ein bedeutsames Thema in der Ergotherapie erforscht? Sie haben ein innovatives digitales Schulkonzept entwickelt? Sie engagieren sich in besonderer Weise in Ihrem Ausbildungskurs oder in Ihrer Studiengruppe?
Sie wollen auf jeden Fall dazu beitragen, die Ergotherapie weiterzuentwickeln?

Dann sollten Sie sich für den **Innovationspreis Ergotherapie 2022** bewerben!

Ergotherapie ist vielfältig. Für die Ergotherapie der Zukunft braucht es das Zusammenwirken von Bildung, Forschung und beruflicher Praxis. Gemeinsam tragen sie dazu bei, die Ergotherapie voranzubringen!
Aus diesem Grund haben wir die bisherigen Preise zum **Innovationspreis Ergotherapie** zusammengeführt.

Wir suchen jetzt innovative Beispiele aus der beruflichen Praxis, der Forschung und der Bildung, die einen Beitrag leisten können, die Ergotherapie noch weiter fortzuentwickeln und den Weg für andere zu erleichtern, indem sie zeigen, was alles möglich ist!

Gehen Sie also mit gutem Beispiel voran, bewerben Sie sich für den **Innovationspreis Ergotherapie** und gestalten Sie so die Ergotherapie der Zukunft aktiv mit.

Der Preis wird gemeinsam vom DVE und dem Schulz-Kirchner Verlag verliehen.

Wir freuen uns auf die Einsendung Ihres Beitrages bis zum 12. Dezember 2021.

Herzlichst

Birthe Hucke Julia Schirmer Dr. Ullrich Schulz-Kirchner

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



**Cosima Pinkowski**
Chefredakteurin

# Liebe Leser*innen; liebe Kolleg*innen; liebe an den Entwicklungen, dem Fortschritt, der Wissenschaft und Forschung in der Ergotherapie Interessierte und Mitwirkende!

Entwicklungen und Veränderungen gehören in alle Lebensbereiche und darüber können Sie in dieser Ausgabe der ergoscience lesen. Ja, es ist richtig, es handelt sich hier um die Ausgabe 1/2021 der ergoscience – im neuen Design! Seit 2011 blieben wir dem Erscheinungsbild treu bis auf z.B. ein verändertes Fotodesign außen und neue Rubriken innen. In der aktuellen Ausgabe setzen wir für Sie das veränderte Layout um mit einer komplett neu gestalteten Titelseite und aufgelockerten Innenseiten. Ebenso präsentieren wir den überarbeiteten und nun zweisprachigen Untertitel.
Nachdem wir das Leitbild der ergoscience fertiggestellt, die Webseite erneuert sowie die Hinweise für Autor*innen grundlegend aktualisiert haben, ist es uns ein Anliegen, die ergoscience auch optisch neu aufzustellen. Lesegewohnheiten haben sich verändert, neue Generationen von Ergotherapeut*innen beenden ihre Studiengänge und setzen sich für die Wissenschaft in der Ergotherapie ein. Wir möchten mit einer modernen, lesefreundlichen Gestaltung eine heterogene Leserschaft erreichen, die die Erkenntnisse aus Theorie und Forschung aktiv aufnimmt, diskutiert, umsetzt.
Unsere Profession entwickelt sich weiter, neue Rahmenbedingungen erfordern modifiziertes Handeln, das Wesen der Wissenschaft im Allgemeinen ist die Suche nach Erkenntnis. So wie sich stückweise und fließend diese Erkenntnisse in ein Ganzes oder in Bekanntes einfügen, vervollständigt sich das durchgehende (Jahres-)Motiv der Titelseite erst allmählich mit der jeweils 4. Ausgabe. Zur Einordnung im Jahresverlauf (und zur Vorfreude) finden Sie das komplette Motiv oberhalb des Inhaltsverzeichnisses.

In den Originalarbeiten können Sie Neues erfahren zu Veränderungen in der Betätigung Arbeit, in der Umwelt Spielplatz und dazu, wie unterschiedlich Menschen der Betätigung Konzertbesuch Bedeutung zuweisen.

Die Wechselbeziehungen zwischen Betätigung, Person und Umwelt beeinflussen die Gesundheit und relevante Outcomes, wie z.B. Betätigungsperformanz, Engagement an Betätigungen, Partizipation, Lebensqualität. Veränderungen der Konstrukte können sich daher vielfältig auswirken. Konzeptionelle Modelle helfen uns, Zusammenhänge zu durchdringen und in klientenzentiertes und betätigungsorientiertes Handeln zu übertragen. Die Umstellung auf modellgeleitetes Arbeiten in ergotherapeutischen Praxen haben Sara Mohr et al. in ihrer Untersuchung beleuchtet. Mittels leitfadengestützter Experteninterviews ermitteln sie Ressourcen und Barrieren auf der Makro-, Meso- und Mikro-Ebene und ordnen den komplexen Umstellungs- und Lernprozess in ein Change-Modell mit drei Hauptphasen ein: Mobilisieren, Verändern und Erhalten.

Kinder nutzen Spielplätze für Freizeitaktivitäten, Spiel und Lernen sowie für soziale Interaktionen, jedoch richten sich Zugang und Nutzbarkeit meist nicht an Kinder mit Gesundheitseinschränkungen. Lisa Birkner und Kolleginnen befragen Kinder im Krankenhaus, deren Eltern und Krankenhausmitarbeiter*innen und entwickeln das Konzept eines barrierefreien und inklusiven Spielplatzes unter Berücksichtigung des Universal Designs.

Die Bedeutung einer Betätigung ist relevant, um deren Anpassung, Aufgabe oder Aufrechterhaltung zu verstehen. Die Betätigungen selbst und ihre wahrgenommene Bedeutung verändern sich im Lebenslauf. Natalie Gätz und Kolleginnen stellen Meaning Construction in den Mittelpunkt und erfragen bei Personen ab 65 Jahren die Bedeutungszuweisung der Freizeitaktivität Konzertbesuch. Als Grundlage dient ein Modell, das den persönlich erfahrenen Wert und die Bedeutung einer Betätigung betont (ValMo-Modell).

Das Aufrechterhalten von Betätigungen trotz Veränderungen hat einen positiven Effekt auf die Gesundheit und stiftet Identität; wir kennen es im Kontext von gesundem Altern, bei Transitionen u.a. Dagegen sind Anpassungen an Veränderungen, ob durch äußere oder innere Einflüsse ausgelöst, herausfordernde Prozesse, die sich auf Betätigungen auswirken. Auch das erleben wir bei unseren Klient*innen und sehen es in der aktuellen Zeit, in der wir alle die Anforderungen einer durch eine Pandemie veränderten Umwelt bewältigen.

Bleiben wir dabei, bedeutungsvolle Betätigungen zu ermöglichen! Spielplatz? Konzertbesuch? Engagement an bedeutungsvollen Betätigungen bleibt aktuelles Ziel für unsere (vulnerablen) Klient*innen und für uns selber – auch unter den veränderten äußeren Bedingungen.

Für das Team der Herausgeberinnen
Cosima Pinkowski

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de




- **Autorinnen:** Lisa Birkner, Lale Menek, Corinna Eitel
- **Co-Autorin:** Cornelie Zillhardt
- **Institution:** Zuyd University of Applied Science, Heerlen (NL)

- **Korrespondenzanschrift:**
  Corinna Eitel | Orleansstr. 33 | 81667 München
  inklusiverspielplatz@gmail.com


**DOI** des Beitrags (www.doi.org):
10.2443/skv-s-2021-54020210101
ergoscience 2021, 16(1): 3-11
© Schulz-Kirchner, Idstein | ISSN 1861-6348

**Schlüsselwörter** Spielplatz | Ergotherapie | Kinder mit Behinderung | Partizipation | Inklusion
**Key Words** playground | occupational therapy | children with disabilities | participation | inclusion

# The way to play – Spielplatzentwurf für ein Klinik-Außengelände für Kinder zwischen 1,5 und 14 Jahren

The way to play – playground design for a clinic outdoor area for children between 1.5 and 14 years


## Zusammenfassung

**Einleitung**: Spielplätze sind Orte, an denen Kinder ihre Freizeit verbringen, Gleichaltrige treffen und spielen. Öffentliche Spielplätze bieten wenige Möglichkeiten für Kinder mit Behinderung, aktiv zu werden. Daher besteht der Bedarf für Kinder mit Behinderung, an einem barrierefreien Spiel mit anderen Kindern teilnehmen zu können. Entsprechend wurde ein Konzept für einen inklusiven Spielplatz für Kinder mit und ohne Behinderung im Alter von 1,5 bis 14 Jahren für das Außengelände der Schön Klinik Vogtareuth ausgearbeitet.
**Methode**: In der explorativen Studie wurden Interviews durchgeführt, bei denen 47 Teilnehmer*innen nach ihren Nutzungserfahrungen und Wünschen bezogen auf Spielplätze befragt wurden. In dieser Untersuchung wurden qualitative und quantitative Verfahren angewendet. Bei der Datenauswertung kamen die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring sowie Methoden der deskriptiven Statistik zum Einsatz.
**Ergebnisse**: Um auf Spielplätzen das selbstständige Spiel von Kindern mit Behinderung zu fördern, sind Anpassungen notwendig. Diese gehen aus den erhobenen Daten, der Literatur, fünf Expert*inneninterviews und Einschätzungen der Verfasserinnen hervor. Mit den herausgearbeiteten Anpassungen können die Zugänglichkeit, Erreichbarkeit und Nutzbarkeit für Kinder mit Behinderung auf dem Spielplatz erhöht werden.
**Schlussfolgerung**: Das Konzept beinhaltet präferierte Spielgeräte und -angebote und bietet Lösungsvorschläge zur Klärung der Forschungsfrage: Wie kann ein inklusiver, barrierefreier Spielplatz im Außengelände der Schön Klinik Vogtareuth in Anlehnung an das Design für Alle gestaltet werden, damit Kinder im Alter von 1,5 bis 14 Jahren mit und ohne Behinderung gemeinsam dort spielen können?

## Abstract

**Introduction**: Playgrounds are places where children spend their free time, meet and play with their peers. Public playgrounds offer limited opportunities for children with disabilities to be active. There is a need for children with disabilities to get into barrier-free play with other children. A concept for an inclusive playground for children with and without disabilities aged 1.5 to 14 years for the outdoor area of Schön Klinik Vogtareuth was developed.
**Method**: In the explorative study, interviews were conducted in which 47 participants were questioned about their experiences of use and wishes concerning playgrounds. Qualitative and quantitative methods were used within the study. Data evaluation was conducted using Mayring Summary Content Analysis and descriptive statistics methods.
**Results**: In order to promote independent play by children with disabilities, adjustments are necessary. Necessary adjustment were found based on the data collected, literature research, five interviews with experts and the authors' estimates. Thereby accessibility, reachability and usability for children with disabilities on playgrounds can be increased.
**Conclusion**: The playground concept includes preferred playground equipment and offers suggestions for solutions to answer the following research question: How can an inclusive, barrier-free playground in the outdoor area of Schön Klinik Vogtareuth be designed in line with the Design für Alle concept so that children aged 1.5 to 14 years with and without disabilities can play there together?


Ein Manuskript der Forschungsarbeit ist in der Buchreihe „Leben pur – Spielen" veröffentlicht: Lang, A., & Maier-Michalitsch, N. (Hrsg.) (2020). Spielen bei Menschen mit Komplexer Behinderung. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Originalarbeit

## Einleitung

In der Kindheit ist das Spiel die wesentliche Betätigung für das Lernen und Grundlage für den Entwicklungsprozess (Christiansen & Townsend, 2010). Die primäre Betätigung von Kindern ist das Spielen. Kinder entdecken die Welt durch spielerische Aktivitäten, erfahren Selbstwirksamkeit, sammeln Erfahrungen und erwerben notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten zur selbstständigen Bewältigung von Herausforderungen des Alltags (Ferland, 2005). Darüber hinaus empfinden Kinder im Spiel Freude.

Spielplätze dienen Kindern als Orte, an denen sie dem lustvollen und freien Spiel nachgehen. Spielplätze stellen für sie einen wesentlichen Ort zum Ausführen von Freizeitaktivitäten dar. Sie bieten Räume, um Zeit mit Freunden zu verbringen und anderen Kindern zu begegnen. Sie regen zum Spielen an und stecken voller Herausforderungen und Abenteuer (Prellwitz & Skär, 2007). Auf Spielplätzen können Kinder ihre motorischen Fähigkeiten weiterentwickeln (Ripat & Becker, 2012). Sie können mit Objekten experimentieren, um Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu verstehen und ihre Vorstellungskraft erweitern, um Probleme zu lösen. Sie können Risiken eingehen und Herausforderungen bewältigen und ihre sozialen Fähigkeiten im Spiel mit anderen verbessern (Jacoby-Garrett, 2018).

Für Kinder mit Behinderung ist der Zugang zu Spielplätzen oder die Nutzbarkeit von Spielgeräten aufgrund von physischen Barrieren jedoch häufig eingeschränkt oder gar nicht möglich (Prellwitz & Tamm, 2000; Prellwitz & Skär, 2007; Ripat & Becker, 2012; Moore & Lynch, 2015). Studien zeigen, dass dadurch auch das Spielverhalten der Kinder verändert ist: Kinder mit körperlicher Behinderung sind weniger aktiv und interagieren seltener mit Gleichaltrigen (Tamm & Skär, 2000).

Kindern mit Behinderung steht generell weniger Zeit zum Spielen zur Verfügung

im Vergleich zu Kindern ohne Beeinträchtigung. Ihre freie Zeit folgt oftmals einem festgelegten Tagesablauf, der bestimmt ist von Therapien, Pflege, Transportzeit und Arztterminen und somit wenig Raum lässt für eine freie Gestaltung. Dem leidenschaftlichen, eigenständigen und selbstbestimmten Spiel können die Kinder nicht ausreichend nachgehen (Graham, Nye, Mandy, Clarke & Morriss-Roberts, 2018). Kinder mit Behinderung erleben in ihrem Spiel mehr Einschränkungen. Sie haben weniger Spielmöglichkeiten, seltener Zugang zum Spiel und weniger Fähigkeiten im Vergleich zu anderen Kindern. Lynch & Moore (2018) betonen, dass die Einschränkungen auf die Umwelt der Kinder zurückzuführen sind. Sie benennen die physische, politische und soziokulturelle Umwelt als hemmende Faktoren.

> Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen mit Beeinträchtigung darin zu unterstützen, selbstbestimmt und partizipativ am Leben teilzuhaben.

Das Fachbuch "Guidelines for supporting children with disabilities play: Methodologies, tools and contexts" (Encarnacao, Ray-Kaeser & Bianquin, 2018) ist eines der Bücher, die auf die LUDI cost action zurückgehen. Die LUDI cost action ist ein Netzwerk, das die Schaffung eines neuartigen und autonomen Forschungs- und Interventionsfeldes zum Thema Spiel für Kinder mit Behinderungen bearbeitet.

Für Kinder, die aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung einen Krankenhausaufenthalt erleben, sind das Engagement im Spiel und soziale Interaktionen von ausschlaggebender Bedeutung für den Heilungsprozess (Davies, 2012). Die kontextuellen und umweltbezogenen Faktoren beeinflussen die Entwicklung und die Wiederherstellung von Fertigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Shepherd, 2012). Um Kinder zum Spielen zu befähigen, muss die Umwelt der Kinder adaptiert werden und es sind sinnvolle Strategien zu entwickeln. Spielplätze bieten die Möglichkeit, kompensatorische Lernerfahrungen bereitzustellen und können so die kindliche Entwicklung im Kontext der Erkrankung entscheidend unterstützen.

Aus dem aktuellen Forschungsstand geht hervor, dass physische Barrieren in der Umwelt einen Einfluss auf das Spielverhalten von Kindern mit Behinderungen haben. Physische Barrieren beziehen sich auf Eigenschaften wie Zugänglichkeit, Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Spielmaterialien. Diese Barrieren können eine Teilhabe am Spiel verhindern (Barron et al., 2017). Dazu gehören auch Einflüsse durch Lärm, Gedränge, Temperatur, Beleuchtung und Design. Prellwitz und Skär (2007) stellen heraus, dass Kinder mit eingeschränkter Mobilität, z.B. Kinder im Rollstuhl, Spielgeräte häufig nicht nutzen können, da diese zu klein sind. Weiterhin haben Kinder mit Sehbehinderung oft nur einen begrenzten Zugang zu Spielgeräten, da es einen Mangel an visuellen Markierungen gibt. Demzufolge hat nicht nur die natürliche Umwelt, sondern auch die geschaffene Umwelt einen Einfluss auf die Partizipation im Spiel von Kindern mit Behinderung.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) benennt Inklusion als Menschenrecht und meint damit die gleichberechtigte Partizipation aller Menschen am gesellschaftlichen Leben (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2018). Artikel 7 der UN-BRK fordert die Wahrung der Menschenrechte und Grundfreiheiten von Kindern mit Behinderung. Artikel 9 behandelt das Recht auf gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, für den in der Öffentlichkeit zu sorgen ist, und schließt die Beseitigung von Barrieren mit ein. Artikel 19 beschreibt das Recht auf eine unabhängige Lebensführung unter Einbeziehung in die Gemeinschaft, was auch gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit einschließt. Artikel 30 Absatz 5 behandelt das Recht von Kindern mit Behinderung auf gleichberechtigte Teilnahme an Spiel-, Erholungs-, Freizeit und Sportaktivitäten (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2018). Die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) ist ergänzend dazu ein Übereinkommen zu den Rechten von Kindern und 1990 völkerrechtlich in Kraft getreten. Darin werden Kinder als Träger von Menschenrechten anerkannt. Artikel 6 der UN-KRK beinhaltet das Recht, die Entwicklung des Kindes in größtmöglichem Umfang zu gewährleisten. Artikel 23 thematisiert die Förderung von Kindern mit Behinderung, darunter auch die aktive Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft. Artikel 31 fordert das Recht auf die Beteiligung an Freizeit, Spiel und altersgemäßer aktiver Erholung sowie die Bereitstellung hierfür geeigneter Möglichkeiten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014). Spielen ist damit ein Menschenrecht und im internationalen Recht verankert (Barron et al., 2017). Die gemeinsame Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung wird in der UN-BRK und UN-KRK gefordert, wozu auch das gemeinsame Spiel in geeigneten öffentlichen Spielräumen gehört. Um dieser Forderung nachzukommen, ist die barrierefreie Gestaltung von öffentlichen Plätzen und Gebäuden, z.B. öffentliche Spielanlagen, maßgebend. Die UN-BRK und UN-KRK schaffen damit die Grundlage für eine barrierefreie Gestaltung von Spielplätzen und ermöglichen das barrierefreie Spiel von Kindern mit und ohne Behinderung (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin, 2010). Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen mit Beeinträchtigung darin zu unterstützen, selbstbestimmt und partizipativ am Leben teilzuhaben. In der Ergotherapie werden die Betätigungen einer Person als einzigartig und komplex angesehen. Dabei haben Behinderungen Auswirkung auf die Performanz und das Engagement von Betätigungen und korrespondieren mit Veränderungen der Identität, des Wohlbefindens und der Partizipation in der Gesellschaft (Christiansen & Townsend, 2010). Hieraus ergibt sich die besondere Aufgabe und Relevanz der Ergotherapie, adaptierte Spielplät-

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



ze zu schaffen, die eine Verbesserung der Freizeitgestaltung und erhöhte Lebensqualität der Kinder ermöglichen. Der Aufbau von Spielräumen, die allen Kindern die Option bieten, mit Gleichaltrigen zu spielen und ihre Fähigkeiten zu entwickeln, ist unerlässlich (Tamm & Skär, 2000).

Menschen mit Behinderung haben die gleichen (Freizeit-)Bedürfnisse, erleben jedoch häufig Abhängigkeiten durch ihre Behinderung, Diskriminierungen und Ungleichbehandlungen, für die es nur bedingt einen Nachteilsausgleich gibt (Wüllenweber, Mühl & Theunissen, 2006; Ziemen 2017). Die Inklusion eröffnet die Perspektive auf ein gemeinsames Spiel, in dem es keine Ausgrenzung geben sollte. Um die Inklusion umzusetzen, müssen nach Erbring (2016) Barrieren abgebaut werden. Die Anpassung an die Heterogenität der Kinder muss auch in den jeweiligen Spielräumen berücksichtigt werden.

Öffentliche Kinderspielplätze sind meist für Kinder im Alter von 3 bis 14 Jahren geplant. Ab 14 Jahren beginnt der Eintritt in das Jugendalter, wodurch sich das Freizeitinteresse verändert (Verband für bürgernahe Verkehrspolitik e.V., 2018). Da die Schön Klinik Vogtareuth auch Kinder unter drei Jahren behandelt, werden die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe im Konzept berücksichtigt und der Spielplatz wird für Kinder ab 1,5 Jahren geplant. Aus diesen Aspekten ergibt sich die Altersspanne der geplanten Nutzer*innen.

Die Bundesregierung hat den Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK erstellt. Darin ist festgelegt, dass der öffentliche Raum und die dort verwendeten Produkte gemäß dem Konzept des *Designs für Alle* gestaltet werden sollen, damit Konzepte von Zugänglichkeit und Nutzbarkeit in die Gestaltung des öffentlichen Raumes mit einfließen (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin, 2010):

„*Design für Alle* ist ein Konzept für die Planung und Gestaltung von Produkten und Umgebungen (z.B. Gegenstände, Gebäude, öffentliche Wege, Straßen und Plätze, Anlagen und technische Einrichtungen), dass es allen Menschen erlaubt, diese Produkte und Umgebungen so weit wie möglich ohne individuelle Anpassung oder eine besondere Assistenz zu benutzen“ (BMAS, 2011, S. 78).

Dabei ist der Begriff *Design für Alle* ein verstärkt für Europa geltender Begriff. Ähnliche Konzepte sind das Universal Design (USA, Japan) und das Inclusive Design (UK). Das *Design für Alle* unterscheidet sich von anderen Konzepten, indem es den Entstehungsprozess, einschließlich der Orientierung und Einbindung der Nutzer*innen berücksichtigt und damit eine nachhaltige Entwicklung mit der Inklusion als Ziel verfolgt (EIDD-Design for All Europe, 2004; Sanford, 2012; BMWi, 2014; EDAD Design für Alle – Deutschland e.V., 2018).

Die zentralen Kriterien wurden vom Center of Universal Design (CUD) verfasst und werden als sieben Prinzipien des Universal Designs bezeichnet. Dabei definieren die Prinzipien die generellen Leistungen und Ziele und werden als Richtlinien weltweit verwendet und anerkannt. Auch wenn die Prinzipien sehr allgemein gehalten und schwer anzuwenden sind, stellen sie doch die maßgeblichen Kriterien dar (Sanford, 2012).

Die sieben Prinzipien des Center of Universal Design (1997) sind:

1. Breite Nutzbarkeit
2. Flexibilität in der Benutzung
3. Einfache und intuitive Benutzung
4. Sensorisch wahrnehmbare Information
5. Fehlertoleranz
6. Niedriger körperlicher Aufwand
7. Größe und Platz für Zugang und Benutzung

Eine Besonderheit beim *Design für Alle* ist die Einbeziehung der Wünsche der Nutzer*innen in die Planung. Dieser Aspekt ist auch im Sinne des Empowerments im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung festgehalten, um die Interessen von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen und zu stärken (BMWi, 2014). Nach Möglichkeit sollen alle Beteiligten in den gesamten Prozess der Gestaltung mit einbezogen werden, damit sie sich mit den gefundenen Lösungen identifizieren können (EDAD, 2013).

Es bietet eine benutzerfreundliche Anpassung bei der Verrichtung von Alltagshandlungen. Unterschiedliche Grade des Zugangs (Accessibility, Usability, Acceptibility, Joy of Use) werden unterschieden: Produkte und Umwelt sollen so gestaltet sein, dass sie möglichst allen Menschen gleichermaßen zugänglich sind (Accessibility). Des Weiteren sollen die Produkte gebrauchstauglich und nutzbar sein (Usability). Das *Design für Alle* schafft keine Sonderlösungen für bestimmte Personengruppen, sondern erleichtert die Nutzbarkeit für alle Menschen. Bei der Gestaltung spielt die Ästhetik ebenfalls eine große Rolle, da Lösungen nicht erkennen lassen sollen, dass sie eine spezielle Nutzung zulassen (Acceptibility) und bestenfalls auch gefallen sollen (Joy of Use). „Kinder und Jugendliche sollen im Sinne des *Design für Alle* gleichzeitig und miteinander spielen können, wobei die Teilnahme am Spiel chancengleich und auf die jeweiligen Fähigkeiten abgestimmt sein soll. Spielplätze müssen sowohl für betroffene Kinder als auch für betroffene Begleitpersonen (Eltern, Großeltern u.a.) barrierefrei zugänglich sein“ (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin, 2010, S. 25). Die Umsetzung des *Designs für Alle* auf einem Spielplatz ermöglicht den Kindern, ihrem Recht auf Spiel nachzugehen und sich mit Gleichaltrigen gemeinsam zu betätigen. Das Wissen über die Betätigungsbedürfnisse von Menschen mit und ohne Behinderung befähigt Ergotherapeut*innen, die sinnvolle Gestaltung der Umwelt in Kooperation mit anderen Fachkräften vorzunehmen. Durch dieses konkrete Handlungsfeld der Ergotherapie kann ein Beitrag zu einer gerechten und inklusiven Gesellschaft geleistet werden, in der alle Menschen ihren täglichen Betätigungen im Leben nachkommen können (Polatajko et al., 2007b), ihre Betätigungsbedürfnisse befriedigen und Menschen- und Kinderrechte umgesetzt werden (Moore & Lynch, 2015; Prellwitz & Skär, 2007).

## Methode

*Studiendesign*

Ein exploratives Untersuchungsverfahren wurde angewandt, um Erwartungen der Zielgruppe an einen inklusiven Spielplatz festzustellen. Dabei wurden Barrieren, Förderfaktoren und Bedürfnisse der Zielgruppe vor Ort erhoben. Für die Datenerhebung und -auswertung wurden qualitative und quantitative Methoden genutzt (Methodenmix).

*Stichprobe*

Für die Rekrutierung der Teilnehmer*innen wurden unterschiedliche Einschlusskriterien festgelegt:

- Kinder: Teilnehmer*innen sind Klienten der Neuropädiatrie oder Kinderorthopädie in einer fortgeschrittenen Rehabilitationsphase (B-Phase & C-Phase)
- Eltern: Teilnehmer*innen sind die Eltern der befragten Kinder, je ein Elternteil
- Mitarbeiter*innen: Teilnehmer*innen sind Angestellte der oben genannten Abteilungen der Klinik (Therapeut*innen, Erzieher*innen, Pflegekräfte)

Von allen Teilnehmer*innen werden im Rahmen der Studie Wünsche, Erwartungen und Ideen zum Thema Spielplatz mittels Fragebogen erhoben. Dabei wurden an die verschiedenen Gruppen (Kinder, Eltern, Mitarbeiter*innen) unterschiedliche Fragebögen ausgeteilt.

Originalarbeit



Abb.: © OpenIcons/Pixabay

Beispiele für offene Fragen aus den jeweiligen Fragebögen:
Kinder:
- Besuchst du gerne Spielplätze?
- Was spielst du gerne auf dem Spielplatz?
- Brauchst du dabei Hilfe?

Eltern:
- Welchen Herausforderungen begegnet Ihr Kind bei der Nutzung von Spielgeräten?
- Wie können diese Herausforderungen erfolgreich bewältigt werden?

Mitarbeiter*innen:
- Was spielen die in Behandlung stehenden Kinder und Geschwisterkinder am liebsten draußen?
- Was darf auf einem inklusiven, barrierefreien Spielplatz nicht fehlen?

Es wurden 17 Kinder und ihre Eltern rekrutiert. Die Kinder wurden von den behandelnden Therapeut*innen nach den Auswahlkriterien ausgewählt. Diese teilten auch den Fragebogen an die Kinder und Eltern aus. Der Rücklauf lag bei 17 von 17 Fragebögen, wobei ein/e Teilnehmer*in nicht den Kriterien entsprach, da aufgrund der akuten Erkrankung im frühen Kindesalter keine Vorerfahrungen gesammelt werden konnten. Dennoch wurden Aussagen zu den gestellten Fragen getroffen und diese in die Auswertung mit einbezogen, da sie für die Beantwortung der Forschungsfrage aufschlussreich waren.
Von den Klinikmitarbeiter*innen beteiligten sich sechs Ergotherapeut*innen, vier Physiotherapeut*innen sowie drei Erzieher*innen und Pflegekräfte an der Befragung. Die Mitarbeiter*innen der Klinik wurden in einer Teamsitzung über das Forschungsvorhaben informiert und nahmen anschließend freiwillig daran teil. Einschlusskriterien für die Teilnahme waren das feste Arbeitsverhältnis in der Klinik und die Arbeit mit den in Behandlung stehenden Kindern auf den Stationen B und C.
Der Rücklauf aller Fragebögen betrug 46 von 47, da ein/e Teilnehmer*in aufgrund von Krankheit längerfristig verhindert war.
Die Teilnehmer*innen dieser Forschung wurden durch Informationsschreiben über den Zweck und Inhalt der Studie informiert und es wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Zur Beantwortung der forschungsethischen Fragen wurde der Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (2017) herangezogen. Die Teilnehmer*innen und die Erziehungsberechtigten wurden darüber informiert, dass die Teilnahme am Forschungsprojekt freiwillig erfolgt und nicht verpflichtend ist. Des Weiteren wurden sie dazu informiert, dass die Befragung anonym erfolgt und die ausgewerteten Daten nicht mit den Teilnehmer*innen in Verbindung gebracht werden können. Die Prinzipien Informationspflicht, freiwillige Untersuchungsteilnahme und Wahrung der Anonymität wurden somit eingehalten. Auch die ethische Verantwortung gegenüber allen Teilnehmer*innen wurde gewahrt. Da die Kinder und Eltern vom Thema direkt betroffen waren, wurden die Fragen hier mit besonderer Sorgfalt ausgewählt, von Externen überprüft sowie im Pretest evaluiert. Seale und Barnard (1999) betonen, dass die Gefahr einer Belastung der Teilnehmenden bei einer Fragebogenumfrage gering ist und sehen in der Hinzuziehung eines Ethikkomitees hier keinen Bedarf.

*Messinstrumente*
Fragebogen: Für alle Personengruppen der Stichprobe wurde jeweils ein Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen erstellt. Geschlossene Fragen wurden zu Beginn genutzt, um demografische Daten der Stichprobe zu erhalten (Geschlecht, Alter). Alle weiteren Fragen wurden durch offene Fragestellungen gestellt. Die Themenschwerpunkte der Befragung waren
1. Einleitende Fragen, um demografische Daten zu erheben (Alter, Geschlecht der Kinder)
2. Allgemeine Erfahrungen auf Spielplätzen
3. Barrieren und Herausforderungen von Kindern mit Behinderung auf Spielplätzen
4. Bewältigung von Herausforderungen auf dem Spielplatz
5. Wunsch nach Spielmöglichkeiten
6. Spiel mit anderen Kindern
7. Umgang mit Gegenständen
8. Allgemeine Ergänzungen

Expert*inneninterviews:
Die gezielte Auswahl der Expert*innen zu den Themen Inklusion und Umsetzung von Inklusion erfolgte aufgrund der Empfehlungen von Dozentinnen der Hogeschool Zuyd sowie als Ergebnis der Literaturrecherche. Die Interviewleitfäden enthielten Themenfelder, die das Wissen über Spielgeräte, Erfahrungen und Visionen der Expert*innen erfragen sollten. Sie bestanden aus jeweils zwölf offenen Fragen und einer Frage nach weiterführenden Literaturhinweisen. Es wurden unter anderem Aspekte erfragt wie: „Welche Aktivitäten führen Kinder mit und ohne Behinderung gerne auf Spielplätzen aus?“ oder „Welche Kriterien müssen Spielgeräte oder Spielangebote erfüllen, damit Interaktion stattfindet?“ Die Interviews wurden weder standardisiert erhoben noch nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet und fließen somit nicht in die Datenauswertung mit ein. Sie dienten lediglich der erweiterten Literaturrecherche. Die ausgewählten Expert*innen besitzen u.a. Expertise im Bereich Landschaftsarchitektur, Architektur, therapeutische Kletterprojekte, Spiel von Kindern mit und ohne Behinderung, sowie inklusive Spielplatzprojekte.

*Pretest*
Vor der Datenerhebung wurden die Fragebögen durch Pretests überprüft. Es wurde nach Umfang, Verständlichkeit, zeitlichem Aufwand und nach dem Design gefragt.
Die dafür ausgewählten Teilnehmer*innen entsprachen den Einschlusskriterien der Studie. Anhand eines Evaluationsbogens konnten die Teilnehmer*innen Änderungsvorschläge formulieren, die dann entsprechend berücksichtigt wurden.

*Datenauswertung*
Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte durch das Auswertungsverfahren der deskriptiven Statistik. Da offene und geschlossene Fragen in die Auswertung einbezogen wurden, mussten die offenen Antworten zunächst quantifizierbar gemacht werden. Dafür wurden genaue Kategorien gebildet und die Antworten den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Ein Beispiel für die Erstellung von Kategorien zeigt die → Tabelle ❶.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



**Tab. ❶**: Darstellung der Kategorienbildung für die Frage 11 des Kinder-Fragebogens: Stell dir vor, du hast drei Wünsche frei. Was wünschst du dir, auf dem Spielplatz spielen zu können/Was würdest du spielen wollen?

| TN | Antworten | Generalisierung | Kategorie |
|---|---|---|---|
| TN1 | Klettern – Klettergerüst, Trampolin, Große Rutsche (ohne Treppe bzw. Leiter) für Rollifahrer zugänglich | Klettergerüst, Rutsche und Zugänglichkeit | Klettern<br>Rutschen |
| TN2 | Wasserspiele, Trampolin hüpfen | Spiel mit Wasser und Trampolin hüpfen | Spiel mit Wasser<br>Trampolin springen |

**Tab. ❷**: Darstellung der Analyseschritte der Frage 9 des Kinder-Fragebogens

| TN | Antworten | Paraphrase (Z1) | Generalisierung (Z2) | Erste und zweite Reduktion (Z3 u. Z4) |
|---|---|---|---|---|
| T1 | Die wenigsten Spielgeräte sind für Rollstuhlfahrer geeignet | Wenige rollstuhlgeeignete Spielgeräte | Rollstuhlgeeignete Spielgeräte<br>Mangelnde Auswahl | Rollstuhlgeeignete Spielgeräte<br>Mangelnde Auswahl |
| T4 | Das Hinkommen zu den Geräten, das Runtersteigen | Hinkommen zu Spielgeräten<br>Absteigen von Spielgeräten | Erreichbarkeit der Spielgeräte<br>Transfer<br>Spielgeräte | Erreichbarkeit der Spielgeräte<br>Transfer<br>Spielgeräte |

Für die Auswertung der qualitativen Daten wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) verwendet. Offene Fragen wurden qualitativ und geschlossene Fragen wurden quantitativ analysiert. Offene Fragen wurden qualitativ ausgewertet, wenn sie eine mögliche Antwort auf die Forschungs- und Leitfragen skizzierten und komplementär zu den quantitativen Antworten ein verdichtetes Bild ergaben. Die Antworten der nachfolgenden Fragen wurden vollständig in die qualitative Analyse einbezogen:

Fragebogen für Kinder:
(Frage 9): Was bereitet dir Schwierigkeiten auf dem Spielplatz?
(Frage 10): Was würdest du auf dem Spielplatz verändern, wenn du zaubern könntest?

Fragebogen für Eltern:
(Frage 5): Wie können diese (Herausforderungen) erfolgreich bewältigt werden?
(Frage 9): In welchen Situationen auf dem Spielplatz tritt Ihr Kind in Kontakt mit anderen Kindern?
(Frage 6): Welchen Herausforderungen begegnet Ihr Kind bei der Nutzung von Spielgeräten?

Fragebogen für Klinikmitarbeiter*innen:
(Frage 4): Welchen Herausforderungen begegnen Kinder mit Behinderung auf Spielplätzen?
(Frage 6): Wie/Wodurch können Kinder mit und ohne Beeinträchtigungen auf dem Spielplatz in eine Interaktion gelangen?
(Frage 7): Wie können diese (Herausforderungen) erfolgreich bewältigt werden?
Zunächst wurden Textbestandteile der Antworten stichwortartig zusammengefasst und dabei ausschmückende Wörter gestrichen. Die ersten Paraphrasen orientierten sich dabei weiterhin an der ursprünglichen Textformulierung. Nach Durchlauf dieses Schrittes für inhaltsgleiche Fragen wurden die herausgeschriebenen Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt, insbesondere bei ähnlich beschriebenen Textstellen mit gleichem Inhalt, sodass Paraphrasen entstanden (Z1-Regel).
Daraufhin wurden die Paraphrasen generalisiert, sodass sie dem Abstraktionsniveau entsprechen. Aussagen, die bereits über dem Abstraktionsniveau lagen, wurden so belassen (Z2-Regel). Anschließend folgte die erste Reduktion (Z3-Regel), bei der bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen, also doppelte oder nicht inhaltstragende Begriffe aussortiert wurden. Die Paraphrasen wurden anschließend, wenn möglich integriert, falls die Aussagen zu einer Kategorie zusammengefasst werden konnten. Dies geschah im Rahmen der zweiten Reduktion (Z4-Regel) (Mayring, 2015).
Die Ergebnisse des Analyseprozesses für die aufgeführten Fragen waren verschiedene Kategorien zu unterschiedlichen Schwerpunkten, die in einem Kategoriensystem zusammengestellt wurden. → Tabelle ❷ stellt die Analyseschritte beispielhaft für die Frage 9 des Kinder-Fragebogens dar.
Zum Schluss wurde eine Rücküberprüfung der Ergebnisse anhand des Ausgangsmaterials vorgenommen.

## Ergebnisse

Demografische Daten der Stichprobe
Zu Beginn des Fragebogens wurden demografische Daten von den Kindern erhoben. Die befragten Kinder (n=17) sind zwischen zwei und 14 Jahre alt (→ Abb. ❶ und ❷). Der Altersdurchschnitt beträgt 6,9 Jahre. Insgesamt wurde in der Studie nur ein Junge befragt, da kein weiterer Junge zu dem Zeitpunkt der Erhebung die Einschlusskriterien erfüllte.

*Allgemeine Erfahrungen auf Spielplätzen*
Alle Kinder gaben an, dass sie gerne Spielplätze besuchen, was die Wichtigkeit des Themas für die Kinder verdeutlicht.
82% der Kinder sind beim Spielen auf dem Spielplatz auf Hilfe angewiesen. Die Personen, die den Kindern auf dem Spielplatz helfen, sind der → Abbildung ❸ zu entnehmen (laut Angaben der Kinder).

**Kategorie 1:** Barrieren und Herausforderungen von Kindern mit Behinderung auf Spielplätzen

1.1 Zugänglichkeit
Die Teilnehmer*innen beschreiben, dass der Zugang zu Spielgeräten eingeschränkt ist, dazu zählt auch das Hinaufkommen auf Spielgeräte. Als konkrete Barrieren werden Stufen und Steigungen, aber auch fehlender Platz zum Transfer genannt. „Irgendwo eine Leiter hochzukommen, um z.B. rutschen zu können" (TN13

Originalarbeit

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

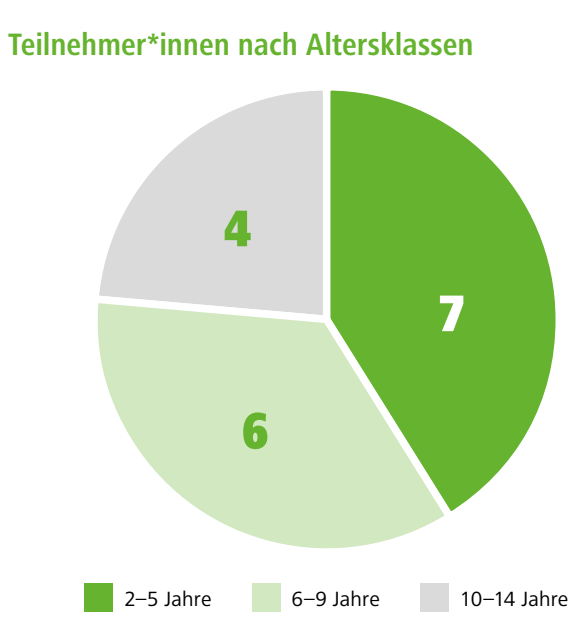



**Abb. ❶**: Teilnehmende Kinder nach Altersgruppen

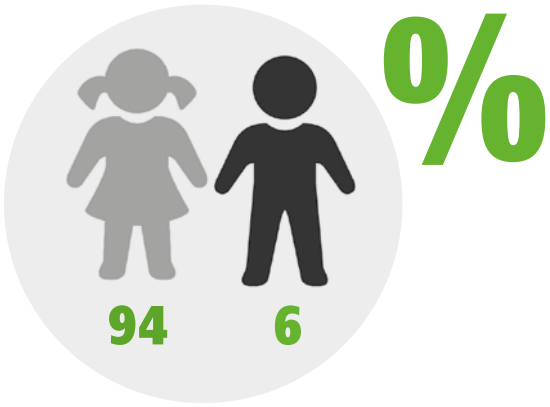



Abb.: © OKomate / Adobe Stock

**Abb. ❷**: Teilnehmende Kinder nach Geschlecht

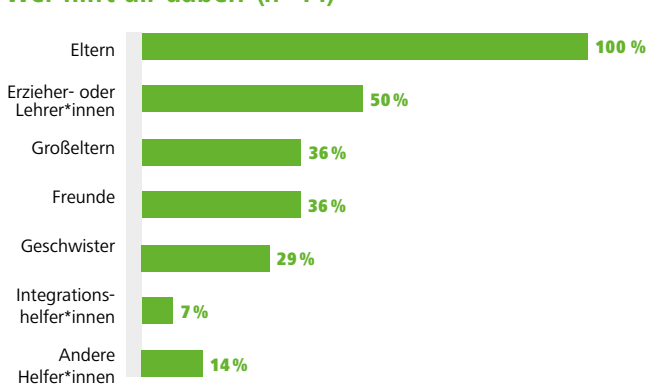



**Abb. ❸**: Übersicht über die Bezugspersonen, die den Kindern auf dem Spielplatz Hilfestellung geben

Kinder). Der große Abstand zwischen den Sprossen, die Breite der Sprossen, schmale Trittflächen bei Stufen und der steile Anstieg werden bemängelt.

1.2 Erreichbarkeit
Die Erreichbarkeit umfasst das Hinkommen zu den Geräten. Im Unterschied zum direkten Zugang geht es hier um die Umwelt auf dem Spielplatz. Benannt werden Unebenheiten in Form von Baumwurzeln, Schlaglöcher und Stolperfallen sowie die hilfsmittelungeeignete Bodenbeschaffenheit in Form von weichem, sandigen Boden und Steinen als Untergrund.

1.3 Nutzbarkeit
Die Nutzbarkeit umfasst die tatsächliche Benutzung und Anwendung der Spielgeräte. Die Spielgeräte sind laut Angaben der Teilnehmer*innen rollstuhlungeeignet und es besteht wenig Auswahl an Spielaktivitäten. Auch wird ein Mangel an Spielgeräten für Kleinkinder benannt. Konkrete Eigenschaften der Spielgeräte, die die Nutzbarkeit beeinträchtigen, sind nach den Aussagen der Teilnehmer*innen mangelnder Halt, etwa fehlender Seitenhalt auf der Rutsche, sowie wenige Möglichkeiten zum Festhalten.

**Kategorie 2:** Bewältigung von Herausforderungen auf dem Spielplatz

Zur Beantwortung der Frage, wie Kinder mit Behinderung die individuellen Herausforderungen auf Spielplätzen bewältigen, wurden Eltern und Klinikmitarbeiter*innen befragt. Die Antworten der Fragen wurden qualitativ ausgewertet, woraus drei Unterkategorien entstanden.

2.1 Anpassungen der Nutzbarkeit von Spielgeräten
Die Teilnehmer*innen geben an, dass Spielgeräte barrierefrei nutzbar sein sollen. Dazu zählt insbesondere die Nutzung für Rollstuhlfahrer. Auch altersgerechte Spielgeräte werden benannt, vor allem für Kleinkinder fehlen Spielangebote. Die Teilnehmer*innen wünschen Spielgeräte mit einer leichten und verständlichen Nutzung, insbesondere leichtgängige Spielgeräte ohne Widerstand und wenig Kraftaufwand. Eine variable Nutzung der Spielgeräte ermöglicht laut Aussagen der Teilnehmer*innen ein vielseitiges Spiel. So werden unterschiedliche Spielmöglichkeiten an einem Spielgerät realisiert, damit Kinder gemeinsam spielen können.
Sowohl die selbstständige als auch die gemeinsame Nutzung der Spielgeräte mit anderen Kindern ist für die Teilnehmer*innen von großer Relevanz. Als konkreter Anpassungsvorschlag wird das Anbringen von Haltesystemen benannt, z.B. über beidseitige Handläufe, mehr Haltegriffe, sowie Absturzsicherungen in Form von Halte- und Anschnallgurten an Spielgeräten. Weiterhin sollten für einen barrierefreien Spielplatz auch die Sitzflächen z.B. der Schaukel angepasst werden und Sitzhilfen, Polsterungen und Rückenlehnen bereitgestellt werden. Eine breite Fläche wird im Zusammenhang mit Sitzen und beim Klettergerüst benannt. Insbesondere Sand- und Wasserspiele sind auf unterschiedlichen Höhen einzusetzen, damit auch Kinder im Rollstuhl daran teilhaben können. Weiterhin wird mehr Platz bei den Spielgeräten angegeben, damit Hilfsmittel genutzt und auch ein Transfer selbstständig ausgeführt werden kann.

2.2 Anpassung der Zugänglichkeit
Die Befragten geben an, dass eine Anpassung der Zugänglichkeit erfolgen muss. Dazu zählt ein barrierefreier Zugang zu den Spielgeräten, beispielsweise eine befahrbare Schaukel oder eine Wippe für Rollstuhlfahrer*innen, oder eine „Aussparung z.B. am Sandkastenrand und kleine Rampen" (TN16 Eltern). Es sollen aber

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de




**Abb. ❹**: Übersicht über die Lieblingsspielgeräte der befragten Kinder

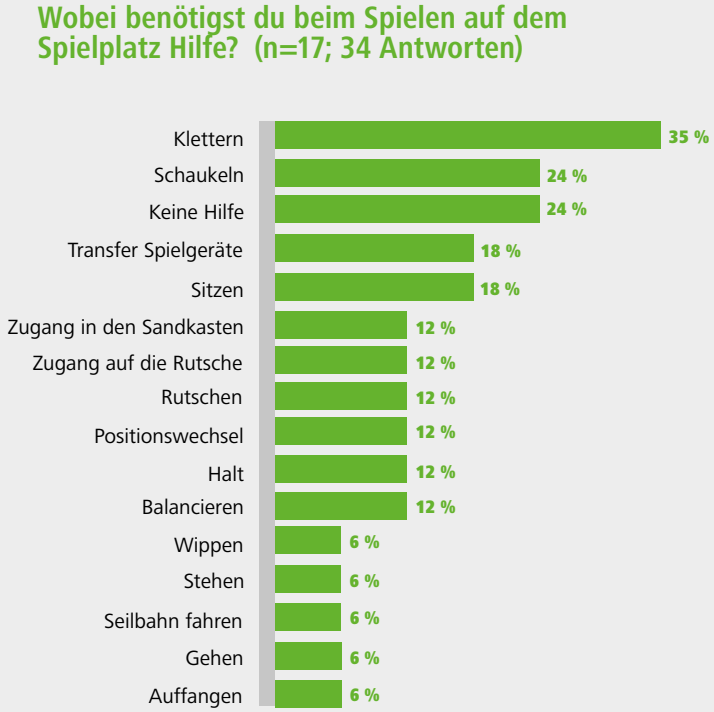



**Abb. ❺**: Wobei benötigen Kinder beim Spielen auf dem Spielplatz Hilfe?

alle Spielgeräte barrierefrei zugänglich sein. Dafür können unterschiedliche Zugänge genutzt werden, sodass Spielgeräte über Leitern, Rampen oder Netze zugänglich werden und so für unterschiedliche Fähigkeiten geeignet sind. Auch breite Zugänge etwa beim Einstieg unterstützen die bessere Zugänglichkeit. Rampen sollen vor allem flach ansteigen und vermehrt eingesetzt werden.

2.3 Umgebungsanpassungen

Innerhalb der Kategorie Umgebungsanpassungen wird von den Teilnehmer*innen der barrierefreie Untergrund genannt. Hierzu zählen ebener Bodenbelag, Fallschutzmatten, ein rollstuhlgeeigneter Untergrund, ein gut begehbarer und befahrbarer Boden. Weiterhin wird die Wiese als Untergrund anstelle von Sand oder Kieselsteinen als bedingt befahrbarer Untergrund benannt.

**Kategorie 3:** Wunsch nach Spielmöglichkeiten

Um zu erfahren, welche Spielgeräte die Zielgruppe auf dem Spielplatz in Vogtareuth nutzen möchte, wurden quantitative Frage-Items innerhalb des Fragebogens durch Kinder, Eltern und Klinikmitarbeiter*innen beantwortet. Die Lieblingsspielgeräte der Kinder sind in → Abbildung ❹ dargestellt. Die Antworten der erwachsenen Teilnehmer*innen decken sich mit den Antworten der Kinder und werden in der Abbildung nicht dargestellt

**Kategorie 4:** Selbstständiger Zugang

Der Hilfebedarf der Kinder wurde ebenfalls erfragt und wird in → Abbildung ❺ dargestellt. 35% der Kinder geben an, beim Klettern Hilfe zu brauchen. Weniger Hilfebedarf wird beim Schaukeln benötigt (24%). 18% der Kinder benötigen laut ihren eigenen Angaben Hilfe beim Transfer auf Spielgeräte sowie weitere 18% beim Sitzen. Laut den Aussagen der Eltern, die in der Abbildung nicht berücksichtigt sind, benötigen die Kinder Hilfestellung beim Transfer sowie auf dem Klettergerüst selbst (19%). Jeweils 13% der Eltern geben an, dass Hilfebedarf beim Schaukeln, beim Stabilisieren und beim Zugang auf die Rutsche besteht. Weitere 13% der Eltern geben an, dass ihre Kinder entweder keine Hilfe oder überall auf dem Spielplatz Hilfe brauchen. Weiterer Hilfebedarf besteht zu je 6% der befragten Eltern auf der Rutsche, bei der Fortbewegung, beim Karussell fahren, beim Klettern, beim Positionswechsel, beim Sitzen, in der Erreichbarkeit, der Nutzung und dem Zugang zu Spielgeräten.

Die Eltern wurden weiterhin gefragt, an welchen Spielgeräten ihr Kind aktiv spielen kann. 40% der Eltern geben an, dass ihr Kind beim Schaukeln aktiv wird und 33% der Eltern beschreiben, dass ihr Kind im Sandkasten aktiv wird. Das aktive Spiel bedeutet, dass Teilhandlungen von Kindern ausgeführt werden und sie aktiv ihre Umwelt manipulieren. Die Rutsche wurde von 27% der Eltern angegeben. Da auch Eltern befragt wurden, deren Kinder keine Hilfe auf dem Spielplatz benötigen, kann festgestellt werden, dass weitere 27% der Eltern angeben, dass ihr Kind auf allen Spielgeräten aktiv werden kann.

**Kategorie 5:** Spiel mit anderen Kindern

Um den Spielplatz so zu gestalten, dass Interaktionen zwischen den Kindern möglich sind, müssen Voraussetzungen in der Umwelt geschaffen werden, die von den erwachsenen Teilnehmer*innen (Kinder wurden diesbezüglich nicht befragt) genannt werden. Interaktionen treten an oder auf Spielgeräten sowie bei anderen Aktivitäten auf. Umgebungsanpassungen helfen bei der Interaktion und werden noch näher erläutert. Interaktionen treten im Sandkasten, auf der Schaukel, auf einer Wippe mit Plattformen, auf einem Klettergerüst mit einer Rampe, auf dem Trampolin oder im Spielhaus auf. Es sind Aktivitäten wie das Rutschen, das Klettern, das Spiel mit Wasser, das Verstecken spielen, das Toben und das Pläne schmieden, die zu  Kontakt zwischen den Kindern füh-

Originalarbeit

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

ren. Innerhalb der Aktivitäten ist die gemeinsame Nutzung von Spielgeräten relevant, sodass „Spielangebote, bei denen es nötig ist, zu zweit zu arbeiten" (TN2 Klinikmitarbeiterin), und „Spielmöglichkeiten, die von allen Kindern mehr oder weniger gleichermaßen genutzt werden können und bei denen sie weniger auf Hilfe durch Erwachsene angewiesen sind" (TN11 Klinikmitarbeiterin), zu Interaktionen führen. Teilweise findet Kontakt auch durch den Austausch von Spielzeug, das Beobachten, die Suche nach und das Geben von Hilfestellungen statt. Umgebungsvoraussetzungen, die den Kontakt ermöglichen, umfassen das Miteinander-Spielen auf Augenhöhe, also, „wenn es Angebote gibt, an denen alle teilnehmen können" (TN8 Klinikmitarbeiterin). Aber auch genügend Platz, damit die Kinder nebeneinander agieren können, ist Bedingung für ein interaktives Miteinander.

**Kategorie 6:** Umgang mit Gegenständen

Die Kinder antworten, dass sie vorrangig schaukeln (88%), rutschen (76%), im Sandkasten spielen (71%), klettern (59%) und wippen (35%). Außerdem spielen Kinder gerne mit Wasser (18%) und fahren mit dem Karussell (18%). Die Eltern wurden nach den Materialien befragt, mit denen ihre Kinder gerne auf dem Spielplatz spielen. Hier geben 94% an, dass ihr Kind am liebsten mit Wasser spielt, weitere 76% führen auf, dass ihr Kind auch gerne mit Sand spielt oder mit anderen Materialien wie Steinen (65%). Holz wird von 53% als bevorzugtes Material angegeben und Pflanzen bevorzugen 41%.

**Kategorie 7:** Allgemeine Ergänzungen

Die Klinikmitarbeiter*innen wurden gefragt, was auf einem inklusiven Spielplatz nicht fehlen darf. Die Hälfte der Befragten sprach sich für einen barrierefreien Sandkasten und 33% für eine Schaukel aus.

## Diskussion

Für Kinder mit Behinderung wurden Barrieren und Förderfaktoren auf dem Spielplatz erhoben, die Einfluss auf die Partizipation im Spielplatzkontext haben. Aus den erhobenen Daten wurden Kriterien für die Gestaltung eines Spielplatzes an der Schön Klinik Vogtareuth formuliert.

Diese umfassen Anpassungen der Spielgeräte und der Umgebung. Hinweise in der Literatur zeigen, dass ein barrierefreier Spielplatz anders als ein herkömmlicher Spielplatz konzipiert werden muss (Hörnle, Löffel & Trickes, 2007). Das entwickelte Konzept für das Außengelände der Schön Klinik Vogtareuth beinhaltet konkrete Lösungsvorschläge für die Gestaltung des inklusiven Spielplatzes. Konkrete Anpassungen der Zugänglichkeit, Erreichbarkeit und Nutzbarkeit sowie Umgebungsanpassungen (induktive Kategorien) müssen laut der Teilnehmer*innen für alle Spielgeräte erfolgen. Die vorgesehenen Anpassungen entsprechen den Prinzipien des *Designs für Alle*, sodass möglichst viele Kinder entsprechend ihrer Fähigkeiten die Anforderungen bewältigen können. Ein inklusives Spiel zwischen Kindern mit und ohne Behinderung wird somit ermöglicht, wobei die Lösungen nicht erkennen lassen, dass sie eine spezielle Nutzung zulassen. Dadurch wird Ausgrenzung und Stigmatisierung vorgebeugt und der Schritt hin zu einer fairen, inklusiven Gesellschaft getätigt (EIDD-Design for All Europe, 2004).

Durch eine erleichterte Nutzung und Strukturierung des Spielplatzes sollen Partizipationsmöglichkeiten, Spaß und Freude entstehen. Geeignet sind multifunktionale Geräte, die unterschiedlich genutzt werden können und das Spiel mit vielen Sinnen zulassen. Spielgeräte haben Anforderungen, die Kinder unterschiedlich erfahren. Je nach Fähigkeiten können Kinder unterschiedliche Schwierigkeitsstufen von Spielgeräten bewältigen und Herausforderungen erleben (Stiftung Denk an mich, 2013).

Die Umsetzung der sieben Prinzipien des Centers of Universal Design (1997) werden im Folgenden beispielhaft anhand einzelner Spielgeräte beschrieben.

Die Rutsche ermöglicht eine *breite Nutzbarkeit* für Kinder mit unterschiedlichen Fähigkeiten. Einige Kinder erhalten Unterstützung durch die installierten Seitenwände, andere Kinder können die Rutsche gemeinsam mit den Eltern nutzen oder den Einstieg zur Rutsche auf halber Höhe finden. Die Gestaltung entspricht dabei allen Nutzer*innen gleichermaßen und die Nutzung ist gleichwertig, wenn auch nicht identisch für alle Nutzer*innen möglich.

Die *Flexibilität* in der Benutzung der Wippe besteht durch die Möglichkeit, verschiedene Körperpositionen einzunehmen. Die Wippe kann von Kindern entsprechend ihrer Fähigkeiten im Sitzen mit viel Unterstützung im Schalensitz oder mit wenig Unterstützung auf der mittigen Plattform verwendet werden. Auch die Benutzung im Stand lässt die Wippe zu. Dadurch bestehen Wahlmöglichkeiten in der Nutzung.

Die Anpassungen der Schaukel durch beispielsweise einen erleichterten Einstieg führen zu einer *einfachen und intuitiven Handhabung*. Caprino und Stucci (2017) bezeichnen das Schaukeln als eine hilfreiche Aktivität, um ein Spielen mit Kindern mit Mehrfachbehinderung initiieren zu können. Der Einstieg auf die Schaukel wird durch im Boden verankerte Ketten erleichtert. Des Weiteren wurde eine Seilkonstruktion von oben herab geplant, um das selbstständige Anschaukeln zu ermöglichen.

Durch farblich strukturierte Spielbereiche und Bildtafeln können *Informationen sensorisch wahrgenommen* werden. Entlang der Wege müssen Handläufe installiert sein, damit Kinder mit motorischen Einschränkungen, aber auch Kinder mit Sehbehinderung Halt haben. Auch Tast- und Führungshilfen sind vorhanden, damit die Möglichkeit besteht, sich uneingeschränkt über das Gelände zu bewegen (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin, 2010).

Die *Fehlertoleranz* wird insofern berücksichtigt, als Spielgeräte für Kinder unterschiedlichen Alters und für verschiedene Fähigkeiten angepasst werden und indem die Kinder von ihren Eltern am Spielgerät durch geeignete Sitz- und Rückzugsmöglichkeiten beaufsichtigt werden. Bewegliche Elemente, wie sie die Wippe oder Schaukel aufweisen, benötigen entsprechend viel Platz. Durch die Anpassungen der Spielgeräte werden zufällige oder unbeabsichtigte Aktionen berücksichtigt, um den Kindern ein erfolgreiches Spiel zu ermöglichen.

Die Bedienbarkeit eines Karussells ist mit *geringem körperlichen Kraftaufwand* möglich. Ein rollstuhlgeeignetes Karussell bietet sowohl Sitzgelegenheiten als auch Platz für zwei Rollstühle. Das Karussell lässt eine Nutzung im Rollstuhl zu, weshalb es effizient und komfortabel genutzt werden kann. Ein Transfer aus dem Rollstuhl



Abb.: © FreePictures/Pixabay

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



auf das Karussell ist nicht notwendig. Die Bedienbarkeit ist leichtgängig, wodurch einem erhöhten Kraftaufwand entgegengewirkt wird.
Der Sandkasten auf unterschiedlichen Höhen mit unterfahrbaren Ebenen gewährleistet die *Erreichbarkeit und Zugänglichkeit* für alle Kinder. Damit können Kinder unabhängig von Alter und Mobilität im Sandkasten spielen. Die Transferpoints bieten angepasste Höhen und ausreichend Platz, um einen Transfer zu ermöglichen. Für das Spiel im Sandkasten sind Anlehnmöglichkeiten und mobile Rückenlehnen vorhanden, die die Nutzung in unterschiedlichen Positionen gewährleisten. Für Kleinkinder bieten sich Spielecken mit sensorischen Materialien an, wie z.B. Wasser und Sand. Hier sollte sich das Kind frei und selbstständig bewegen können (Caprino & Stucci, 2017).
Die Ergebnisse der Forschungsarbeit sind nicht generalisierbar. Sie gelten nur für die beschriebene Zielgruppe, die in Behandlung stehenden Kinder am Standort der Schön Klinik Vogtareuth. Der Bedarf sowie die Erfassung der Wünsche der Teilnehmer wurde erhoben, wodurch einem Non-Use des Spielplatzes nach der Errichtung entgegengewirkt wird.
Ein großes Anliegen stellt der Einbezug der Nutzer*innen dar und der partizipative Erarbeitungsprozess des Spielplatzkonzepts wird auf diese Weise umgesetzt. Laut Woolley (2013) ist der Einbezug der Zielgruppe, hier Menschen mit und ohne Behinderung, in die Bereitstellung, Planung und Gestaltung von inklusiven Spielräumen von entscheidender Bedeutung, um Barrieren aufzuheben. Die Anpassungen ermöglichen den Kindern, ihrem Recht auf Spiel nachzugehen und sich mit Gleichaltrigen gemeinsam zu betätigen.
Eine Stärke der Forschungsarbeit besteht in der Erhebung der individuellen und subjektiven Perspektiven von Kindern und Eltern sowie ihrer Nutzungserfahrungen auf Spielplätzen. Diese Perspektive wird durch die Aussagen der Klinikmitarbeiter*innen unterstützt. Eine Schwäche besteht in der Rekrutierung der Teilnehmer*innen. So wurde ein Kind und sein Elternteil befragt, die bisher noch keine Erfahrungen auf Spielplätzen gemacht haben. Unter den 17 befragten Kindern gab es nur einen Jungen. Dies verfälscht möglicherweise die Übertragbarkeit der Ergebnisse, denn ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Nutzung von Spielgeräten ist nicht auszuschließen. Dies wäre ein wichtiges Thema für weitere Studien. Der Spielplatz soll perspektivisch von Kindern mit und ohne Behinderung, also von den in Behandlung stehenden Kindern und ihren Geschwistern sowie auch von den ortsansässigen Kindern genutzt werden. Daher wäre die Befragung der Geschwisterkinder ebenfalls relevant gewesen, um ihre Erfahrungen und Wünsche zu berücksichtigen. Dies war jedoch aufgrund zeitlicher Vorgaben der Bachelorarbeit nicht möglich und wäre ein weiteres Thema für fortführende Studien.

## Schlussfolgerung

Die Ergebnisse können die Auswahl der Spielgeräte für den inklusiven Spielplatz der Schön Klinik Vogtareuth beeinflussen. Für Kinder mit Behinderung wurden Barrieren und Förderfaktoren auf dem Spielplatz erhoben, die Einfluss auf die Situation im Spielplatzkontext haben. Aus den erhobenen Daten wurden Kriterien für die Gestaltung des Spielplatzes formuliert. Dazu gehören die Zugänglichkeit, Erreichbarkeit, Nutzbarkeit sowie Umgebungsanpassungen. Die Anpassung der Spielgeräte ist Voraussetzung für ein inklusives Spiel zwischen Kindern mit und ohne Behinderung. Die Einarbeitung der Prinzipien des Centers of Universal Design (1997) ist anteilig erfolgt, da es nicht möglich war, bei allen Spielangeboten alle sieben Prinzipien umzusetzen.
Nach der Umsetzung des Spielplatzkonzepts sollte eine Überprüfung der Zielsetzungen der Studie stattfinden. Eine Möglichkeit hierfür ist die von Schulze (Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaft, 2017) entwickelte Checkliste zur Erhebung der Nutzererfahrungen von Kindern mit und ohne Behinderungen auf Spielplätzen, um die Nutzungsqualität zu erhöhen. Auch die Speeltuinbende (2015) (Spielplatzgruppe) aus den Niederlanden bietet mögliche Überprüfungen durch Spielplatzbegehungen zu Kriterien der Nutzbarkeit und Zufriedenheit an, die von einer Gruppe von Kindern mit und ohne Behinderung erhoben werden. Die Beurteilungskommission der Stiftung Denk an mich (2018) kann nachfolgend beratend die Anforderungen für hindernisfreie Spielplätze überprüfen. Eine Evaluation, in der die Zielgruppe der Arbeit sowie deren Geschwister und ortsansässige Kinder miteinbezogen werden, sodass alle zukünftigen Nutzer*innen berücksichtigt werden, ist denkbar.
Die Umsetzung des Konzeptes *Design für Alle* auf dem Spielplatz ermöglicht den Kindern, ihrem Recht auf Spiel nachzugehen und sich mit Gleichaltrigen gemeinsam zu betätigen.

**Quintessenz**



Um Kindern ein gemeinsames Spiel mit verschiedenen Anforderungen auf dem Spielplatz zu ermöglichen, müssen Anpassungen erfolgen, die die Erreichbarkeit, Nutzbarkeit und Zugänglichkeit berücksichtigen. Dadurch wird Kindern ermöglicht, Geräte und Umgebungen so weit wie möglich ohne individuelle Anpassung oder eine besondere Assistenz zu benutzen (BMAS, 2011). Menschen mit Behinderung können nicht ausreichend im Freizeitbereich partizipieren. Dabei haben Menschen mit Behinderung ein Recht auf Teilhabe am kulturellen Leben sowie auf Erholung, Freizeit und Sport. Ergotherapeut*innen können durch ihre ganzheitliche Sicht auf Klient*innen in diesem Bereich vielseitige Unterstützung anbieten, um Inklusion zu ermöglichen. Eine Aussicht bietet das inklusive Spielplatzkonzept, welches anhand der Wünsche und Bedürfnisse der Nutzer*innen vor Ort gestaltet wurde und eine individuelle Lösung für das Außengelände der Schön Klinik Vogtareuth aufzeigt.

Das **Quellenverzeichnis** zu diesem Beitrag finden Sie unter www.download.schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de




- **Autorinnen:** Sara Mohr[1,2], Sarah Bühler[1,2], Claudia Merklein de Freitas[1]
- **Institutionen**: [1]Zuyd Hogeschool, Heerlen, Niederlande
  [2]Ergo Unterwegs (www.ergo-unterwegs.de)

- **Korrespondenzanschrift:**
  Sara Mohr, staatlich anerkannte Ergotherapeutin, B.Sc. Ergotherapie (NL)
  info@ergo-unterwegs.de


**DOI** des Beitrags (www.doi.org):
10.2443/skv-s-2021-54020210102
ergoscience 2021, 16(1): 12-20
© Schulz-Kirchner, Idstein | ISSN 1861-6348

**Schlüsselwörter** Ergotherapie | ergotherapeutische Modelle | Change Management | Therapeutenteam | Wissenstransfer
**Key Words** occupational therapy | models of practice | change management | knowledge transfer | theory practice gap

# Gemeinsam auf dem Weg – Eine qualitative Studie zur Implementierung modellgeleiteten Arbeitens in ambulanten Ergotherapiepraxen

## Moving forward together – A qualitative study on the implementation of model-guided therapy in outpatient occupational therapy practices


### Zusammenfassung

**Einleitung**: Arbeiten nach ergotherapeutischen Praxismodellen verbessert nachweislich die Zufriedenheit der Therapeut*innen und Klient*innen sowie die Therapieergebnisse. Die Implementierung modellgeleiteter Vorgehensweisen in Deutschland erfolgt jedoch sehr zögerlich. Die vorliegende Arbeit untersucht, wie Ergotherapeut*innen in ambulanten Praxen die selbstgesteuerte Umstellung auf ein modellgeleitetes Vorgehen gestalten.
**Methode**: In einem qualitativen Studiendesign wurden fünf leitfadengestützte Expert*inneninterviews mit Ergotherapeut*innen geführt, die den Umstellungsprozess vollzogen haben. Die Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) ausgewertet.
**Ergebnisse**: Ergotherapeut*innen gestalten den Umstellungsprozess anhand eines gemeinsamen Lernprozesses, der sich durch etablierte Change-Modelle beschreiben lässt. Offene Kommunikation und gemeinsames Vorgehen stellen die Basis dar, um im Team Strategien zur Wissensimplementierung zu entwickeln. Auch nach Abschluss des Umstellungsprozesses werden diese Strategien zur Kompetenzerweiterung und Implementierung neuer Arbeitsweisen genutzt. Es konnten konkrete Ressourcen und Barrieren im Prozessverlauf sowie individuelle Lösungsstrategien identifiziert werden. Des Weiteren wurde die Kooperation mit der Klientel als relevanter Faktor identifiziert.
**Schlussfolgerung**: Die Ergebnisse bestätigen die Möglichkeit zur erfolgreichen Implementierung internationaler ergotherapeutischer Praxismodelle in Deutschland. Change-Modelle können Orientierung bieten, um selbstgesteuerte Umstellungsprozesse im Team gemeinschaftlich zu gestalten.

### Abstract

**Introduction**: Working according to occupational therapy practice models improves the satisfaction of the therapist and client as well as therapy outcomes. However, the implementation of model-guided procedures in Germany is hesitant. The present study examines factors influencing the self-directed change to model-guided procedures in outpatient practices.
**Methods**: A qualitative study design was chosen, and guided interviews were conducted with five occupational therapists who had completed the change process. Data was analysed using qualitative content analysis according to Gläser and Laudel (2010).
**Results**: Occupational therapists design the change process based on a joint learning process, which can be described using established change models. Open communication and a collaborative approach form the basis for developing strategies for knowledge implementation in a team. Even after the change process is complete, these strategies are still used to expand competencies and implement new ways of working. Specific resources and barriers during the process as well as individual solution strategies could be identified. Furthermore, the cooperation with the clients was identified as a relevant factor.
**Conclusion**: The results confirm the feasibility of successful implementation of international occupational therapy practice models in Germany. Change models can offer orientation to design self-directed change processes in a team.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



## Einleitung

In den ergotherapeutischen Modellen stellen die jeweiligen Autor*innen ihre grundlegenden Werte und Annahmen über das Arbeitsfeld der Ergotherapie und theoretische Zusammenhänge durch Inhaltsmodelle dar. Zugehörige Prozessmodelle ermöglichen den Transfer dieser Grundannahmen in die Praxis, indem sie eine Strukturierung des Therapieprozesses anbieten sowie eine reflektierte und transparente ergotherapeutische Praxis fördern. Die Anwendung von ergotherapeutischen Modellen unterstützt somit die Berufspraxis auf vielfältige Art und Weise. Dabei bezieht sich modellgeleitetes Arbeiten als Begriff auf die Ausrichtung des ergotherapeutischen Prozesses an individuell gewählten Inhalts- und/oder Prozessmodellen (Ikiugu & Smallfield, 2011). Pellegrini et al. (2018) konnten eine Verbesserung der Therapieergebnisse bei den Klient*innen sowie eine höhere Zufriedenheit und Selbstständigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens nach Implementierung des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E, Townsend & Polatajko, 2013) aufzeigen. Des Weiteren zeigen Therapeut*innen, die modellgeleitet arbeiten, ein größeres Gefühl der Zugehörigkeit zur Berufsgruppe und Berufsidentität (Estes & Pierce, 2012; Sirkka, Larsson-Lund & Zingmark, 2014). Ebenso ermöglicht modellgeleitetes Arbeiten die Etablierung einer gemeinsamen Terminologie und fördert somit die Außendarstellung der Profession (Ashby et al., 2013; Sirkka, Larsson-Lund & Zingmark, 2014). Wong und Fisher (2015) beschreiben zudem, dass die Nutzung von Prozessmodellen die konsequente Betätigungsfokussierung erleichtert.

Dennoch findet die Umsetzung modellgeleiteten Arbeitens in Deutschland verlangsamt und unzureichend statt (Brandt, 2017; Merklein de Freitas et al., 2015). Der mangelnde Transfer von theoretischem Wissen in die Praxis (meaning gap) kann in fehlender beruflicher Identifikation und Unzufriedenheit der Therapeut*innen resultieren (Aiken, Fourt, Cheng & Polatajko, 2011; Hinojosa, Kramer & Royeen, 2017). Nationale Studien zu Ursachen des zögerlichen Wandels fehlen jedoch. International werden Hindernisse für die Umsetzung modellgeleiteten Arbeitens ausgehend von den Klient*innen, Therapeut*innen und/oder der Praxisinstitution bzw. dem Gesundheitssystem beschrieben (Townsend & Polatajko, 2013, S. 100). Auf der Makroebene können Reglementierungen durch Kostenträger, rechtliche Bestimmungen und finanzielle Ressourcen einschränkend wirken (Duggan, 2005). Weiterhin benennen Therapeut*innen auf der Mesoebene vor allem den Mangel an Zeit und (Alltags-)materialien, sowie die geringe interdisziplinäre Zusammenarbeit als Barriere ( Sirkka, Larsson-Lund & Zingmark, 2014). Auf der Mikroebene erweist sich die Fähigkeit der Klient*innen bzw. der erweiterten Klientel, Verantwortung zu übernehmen, als limitierend für den Einsatz klientenzentrierter und betätigungsorientierter Praxismodelle (Enemark Larsen et al., 2019; Estes & Pierce, 2012). Die Implementierung theoretischer ergotherapeutischer Modelle in die Berufspraxis ist somit von komplexen Faktoren auf verschiedenen Ebenen abhängig. Welche dieser Faktoren in welchem Maße auf die deutsche Praxis übertragbar sind, bleibt fraglich. Für das Überwinden der Theorie-Praxis-Lücke in Bezug auf modellgeleitetes Arbeiten konnten bisher keine konkreten Strategien identifiziert werden (Knutzen, 2017; Menon, et al., 2009; Merklein de Freitas, 2015).

Um die Gestaltung des Umstellungsprozesses zu modellgeleitetem Arbeiten in ambulanten Ergotherapiepraxen in Deutschland zu untersuchen, orientierte sich die vorliegende Studie daher an zwei Hauptthemen:

- Welche Ressourcen und Barrieren beeinflussen die Umstellung hin zu modellgeleitetem Arbeiten?
- Wie läuft der selbstgesteuerte Umstellungsprozess innerhalb ambulanter Ergotherapiepraxen ab?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen wurde ein qualitatives Forschungsdesign nach Gläser und Laudel (2010) gewählt und in diesem Rahmen auf Basis einer ausführlichen Literaturrecherche ein hypothetisches Modell erstellt (→ Abb. ❶). Dieses Modell bildete die Basis für den weiteren Forschungsprozess und ermöglichte die übersichtliche Darstellung des aus der Literaturrecherche gewonnenen Wissens. Es verdeutlichte des Weiteren die vermuteten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen und visualisierte mögliche Einflussfaktoren (ebd.). Dabei zeigte sich, dass sich die Variable „Prozess" nicht eindeutig der Makro-, Meso- oder Mikroebene zuordnen ließ, sondern in vielfältigen Wechselwirkungen stand. Auf diese Differenzierung wird im Rahmen der Methodik weiter eingegangen. Die relevanten Variablen des hypothetischen Modells werden im Folgenden in ihrem Zusammenhang beschrieben.

### *Makroebene: Paradigmenwechsel und Herausforderungen für die Profession*

Paradigmenwechsel stellen hohe Ansprüche an alle Professionsangehörigen. In deren Verlauf sind ergotherapeutische Grundwerte, der Umfang, Wert und Zweck der ergotherapeutischen Arbeit immer wieder Wandlungen unterworfen (Kielhofner, 2009, S. 10). In Deutschland entwickelte sich zu Beginn der 2000er Jahre das aktuelle *Paradigma der Partizipation* (Mentrup, 2014). Kennzeichen sind ein holistisches Menschenbild und die Rückbesinnung auf Betätigungsorientierung sowie Klient*innenzentrierung und gesellschaftliche Partizipation (Kielhofner, 2009, S. 49; Mentrup, 2014). Kielhofner (2009, S. 12) beschreibt Antriebskräfte für Paradigmenwechsel, die sowohl von innerhalb als auch außerhalb der Profession kommen. Äußere Ansprüche können dabei beispielsweise Änderungen im Gesundheitssystem, in der Gesellschaft oder Erwartungen anderer Berufsgruppen an die Ergotherapie sein. Die Unzufriedenheit der Therapeut*innen mit der aktuellen Arbeitsweise oder ein Identitätsverlust stellen hingegen innere Prozesse dar, die einen Wandel begründen können (Aiken et al., 2011). Wie auch die American Occupational Therapy Association (AOTA, 2017) legte der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE, 2012) in seinen Visionen bzw. Perspektiven für die Zukunft des Berufs den Fokus nicht nur auf das Wohlbefinden und die Partizipation des Individuums, sondern auch darauf, dieses Ziel mit effizienten und evidenzbasierten Mitteln zu erreichen. Diesen Anforderungen kann durch konzeptionelle Modelle entsprochen werden, deren stetige Weiterentwicklung auf Forschung und wissenschaftlicher Evidenz basiert (Kielhofner, 2009, S. 12; Lee, 2010). Tatsächlich fällt die Entstehung vieler Praxismodelle in den 1980er und 1990er Jahren zeitlich zusammen mit dem Paradigmenwechsel in den USA. Daher lassen sich Modelle, wie beispielsweise das Model of Human Occupation (MOHO) (Taylor & Kielhofner, 2017), das Canadian Model of Occupational Perfomance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2013) oder das Occupational Performance Model (OPM) (Jurkowitsch & Ranka, 2002) als eine Antwort auf die Herausforderungen des Paradigmenwechsels und eine Möglichkeit für den Theorie-Praxis-Transfer verstehen (Cole & Tufano, 2008). Seit 1999 ist die Vermittlung konzeptioneller Modelle als Ausbildungsinhalt in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeut*innen in Deutschland festgeschrieben (ErgThAPrV, 1999). Ab diesem Zeitpunkt kann also theoretisch von einem sukzessiven Übertrag in die Praxis ausgegangen werden. Dass jedoch weiterhin eine Lücke im Theorie-Praxis-Transfer besteht, zeigen sowohl die rege Diskussion in Fachzeitschriften (Merklein de Freitas et al., 2015; Rohloff,

> „Paradigmenwechsel stellen hohe Ansprüche an alle Professionsangehörigen."

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



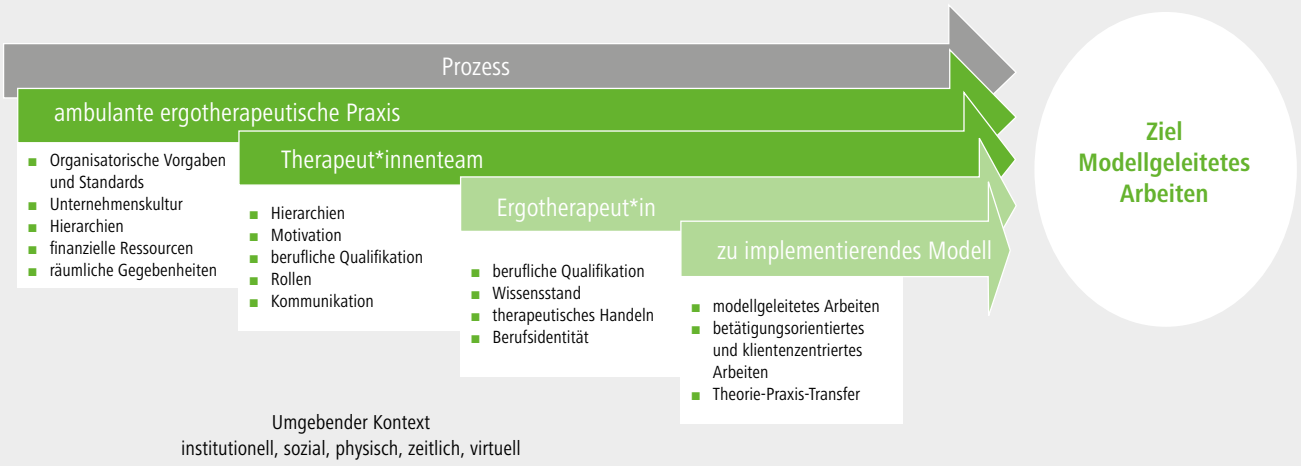



**Abb. 1**: Hypothetisches Modell zur Implementierung modellgeleiteten Arbeitens in ergotherapeutischen Praxen in Deutschland. Hellgrau: Makroebene, grün: Mesoebene, hellgrün: Mikroebene, dunkelgrau: Prozess

2015; Salata, 2017) als auch externe Barrieren, die den genannten Antriebskräften gegenüberstehen. Kievelitz (2014) benennt hier beispielsweise den medizinischen Fokus des Gesundheitssystems und die begrenzte Anerkennung der Ergotherapie in Deutschland, wodurch Ergotherapeut*innen Einschränkungen in den Gestaltungsmöglichkeiten ihrer Arbeit erfahren.

*Mesoebene: Veränderungen in ambulanten Ergotherapiepraxen*
Etwa die Hälfte der deutschen Ergotherapeut*innen ist im ambulanten Sektor tätig, wobei die Heilmittelleistungen gesetzlich versicherter Klient*innen den überwiegenden Teil der Umsätze ausmachen (DVE, 2017; Reinhard et al., 2017, S. 8). Dies verdeutlicht die Abhängigkeit der Praxen von versorgungspolitischen Regelungen wie dem Verordnungsverhalten der Ärzt*innen und den Preisvereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen. Steigender Fachkräftemangel, sinkende Auszubildendenzahlen auf der einen und ein Trend zur Akademisierung sowie Möglichkeiten zur Anpassung der Leistungsvergütung (TSVG, 2019) auf der anderen Seite verdeutlichen dabei die Gesamtheit an Veränderungen der deutschen Ergotherapielandschaft (Kuhnert & Gross, 2019).
Diese Veränderungen zu meistern ist auch Aufgabe der Teams in den Praxen, die sich meist bezüglich Berufserfahrung, Fort- und Weiterbildungen, Alter und Ausbildung (Fachschulabschluss oder Studium) sehr heterogen gestalten (Kuhnert & Gross, 2019). In Deutschland beschäftigen die meisten ergotherapeutischen Praxen zwei bis drei Mitarbeiter*innen, dabei arbeiten lediglich 20% der Angestellten in Vollzeit (ebd.). Zwischen einem guten Teamklima und der Anwendung modellgeleiteten Arbeitens können dabei wechselseitige Zusammenhänge vermutet werden, da nach Grol et al. das soziale Setting wesentlichen Einfluss auf die Implementierung von Innovationen hat (2013, S. 53). Gemeinsame Wertgrundlagen und eine hohe Übereinstimmung im intradisziplinären Team können einerseits sinnstiftend und positiv auf die ergotherapeutische Arbeit wirken (Aiken et al., 2011), bergen aber auch die Gefahr, Neuerungen gegenüber weniger offen zu sein. So wirkt sich beispielsweise eine Arbeitsplatzkultur nach dem motorischen Paradigma negativ auf die betätigungsorientierte Therapie bei Berufsanfänger*innen aus (Di Tommaso et al., 2016). Dass die Anwendung von Modellen innerhalb der Ergotherapie zur Erleichterung des Theorie-Praxis-Transfers und zur Bewältigung des Paradigmenwechsels beiträgt (siehe Makroebene), beantwortet noch nicht die Frage, wie die Modelle selbst in die Praxis implementiert werden. Sirkka, Larrson-Lund et al. (2014, S. 91) konstatieren, dass sich die bisherige Forschung zur Implementierung von modellgeleitetem Arbeiten in der Ergotherapie hauptsächlich auf organisatorische Strukturen, Leitungsfunktionen und Rollenverteilung fokussierte, ohne das Erleben der Ergotherapeut*innen zu erfassen. Zur Darstellung und Gestaltung dieses komplexen Prozesses können Change-Modelle genutzt werden. Diese Theorien, ursprünglich entwickelt in Bereichen der Bildungswissenschaften, der Organisationspsychologie oder der Managementwissenschaften, haben sich in den vergangenen Jahren zu wichtigen Werkzeugen entwickelt, um die Umsetzung von theoretischem Wissen in die gesundheitsbezogene Praxis zu gewährleisten. Hier soll zunächst zwischen dem Change Management als aktive Steuerung eines Veränderungsprozesses (Schewe, 2018) und dem Change, also dem Veränderungsprozess an sich unterschieden werden. Die vorliegende Studie fokussiert letzteren Begriff, da der Prozess der selbstgesteuerten Umstellung untersucht wurde, also ein Wandlungsprozess, der ohne externe Steuerung ablief. Change-Modelle beschreiben den Ablauf des Wandlungsprozesses zumeist in verschiedenen Phasen, die dynamisch und iterativ ablaufen können. Lewin (1953) entwickelte in den 1940er Jahren ein Drei-Phasen-Modell zur Beschreibung von Veränderungsabläufen in Unternehmensgruppen. Ursprünglich ausgelegt auf Unternehmen mit starren Hierarchien, linearer Kommunikation und wenig Eigeninitiative der Mitarbeiter*innen, wurde es in den vergangenen Jahrzehnten kritisiert, erweitert und in verschiedenen Kontexten angepasst, um der komplexen, diskontinuierlichen und mehrdimensionalen Realität von Umstellungsprozessen besser gerecht zu werden (Bhagwati, 2011; Grol et al., 2013; Lubberding & Lievers, 2009; Manchester et al., 2014). Balogun et al. (2016) entwickelten schließlich auf Basis des Drei-Phasen-Modells und der Transition-Curve (Adams et al., 1976) ein Modell, das sowohl Veränderungen auf Unternehmensebene als auch individuelle Phasen darstellt, die einzelne Teammitglieder während des Wandels durchlaufen. Eine Beschreibung der Phasen erfolgt im Rahmen der Darstellung der Ergebnisse dieser Studie.

*Mikroebene: ergotherapeutische Berufskompetenzen*
Ergotherapeut*innen verfügen laut dem deutschen Kompetenzprofil über ausreichende Fähigkeiten, um „für die Ergotherapie relevante Entwicklungen" zu erkennen und diese „auf die eigene ergotherapeutische Tätigkeit" zu übertragen (DVE, 2019, S. 13). Ob diese Fähigkeiten in Form von gezielten Methoden bei Wandlungsprozessen in der ergotherapeutischen Praxis explizit genutzt

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



werden, ist jedoch ungewiss (Merklein de Freitas, 2015; Rüther, 2019). Die Kompetenz des sogenannten Change Agents, wie sie im kanadischen ergotherapeutischen Berufsprofil definiert ist, wird im deutschen Kontext nicht isoliert abgebildet (CAOT, 2012; DVE, 2019).

## Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um die Wirkzusammenhänge dieses komplexen Prozesses zu identifizieren sowie eine Betrachtung sowohl institutioneller Faktoren als auch persönlicher Erfahrungen der Therapeut*innen zu ermöglichen (Gläser & Laudel, 2010). Es wurden leitfadengestützte Expert*inneninterviews anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) ausgewertet. Dabei ermöglicht speziell dieses analytische Vorgehen durch das Erarbeiten neuer Variablen während der Untersuchungsdurchführung das Erweitern der bisherigen Erkenntnisse. Dies erscheint aufgrund der bisher wenig vorhandenen Literatur daher ein passender Ansatz, um neues Wissen zu generieren.

Die im hypothetischen Modell (→ Abb. ❶) dargestellten, vermuteten Wirkzusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen bildeten den Ausgangspunkt für die Festlegung der Einschlusskriterien (→ Abb. ❷) . Ebenso wurde basierend auf den Variablen eine Fragensammlung erstellt. Im Anschluss wurde diese „unter den Aspekten des Vorwissens und der Offenheit", aber auch „unter Aspekten der methodischen Eignung" durchgearbeitet (Helfferich, 2011, S. 163). Außerdem identifizierten die Autorinnen für den Leitfaden folgende Hauptthemen: „Verlauf des Umstellungsprozesses", „Erfahrungen der einzelnen Ergotherapeut*in", „Erfahrungen im Praxisteam" und „Rückschau auf den Prozess". Der finale Interviewleitfaden wurde in einem Pilotinterview getestet und entsprechend angepasst. Der Leitfaden kann bei der korrespondierenden Autorin angefragt werden.

Die Akquise der Teilnehmenden erfolgte über das Schneeballverfahren mit einem Aufruf zur Teilnahme über die Homepage des DVE sowie über soziale Netzwerke (Facebook, WhatsApp, ergoXchange). Vorab wurden die Teilnehmenden in einer informierenden Einverständniserklärung über die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Wahrung der Anonymität aufgeklärt. Die aufgenommenen Interviewinhalte wurden im Anschluss an die Gespräche transkribiert und zum Member-Check zur Verfügung gestellt (Dresing & Pehl, 2017; Gläser & Laudel, 2010). Zur Transkription und Analyse der Daten wurde das Computerprogramm F4-Analyse genutzt (Dresing & Pehl, 2017). Die Codierung der Daten erfolgte individuell durch die Autorinnen unter der Anwendung festgelegter Extraktionsregeln (Gläser & Laudel, 2010). Bei Unstimmigkeiten wurde ein Konsens durch Diskussion herbeigeführt.

Der Umstellungsprozess zu modellgeleitetem Arbeiten wurde selbstgesteuert innerhalb der Praxis durchlaufen

+

mindestens *einer* der folgenden Aspekte wurde umgesetzt:

- der Therapieprozess wurde nach einem ergotherapeutischen Modell ausgerichtet
- Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung wurde zur Grundlage des Therapiegeschehens gemacht
- ein Top-down-Ansatz wurde für die Therapiegestaltung verwendet
- bedeutungsvolle Betätigungen der Klient*innen werden konsequent zum Therapieinhalt gemacht

**Abb. ❷**: Einschlusskriterien

Die Analyse der transkribierten Daten erfolgte in zwei separaten Projekten (Analyseprojekt I und II) zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen. Die separate Untersuchung der Variable „Prozess" ergab sich dabei einerseits aus der Komplexität (im Gegensatz zu Barrieren und Ressourcen lässt sich der Prozess nicht selektiv der Makro-, Meso- oder Mikroebene zuordnen) sowie aus dem differierenden Kategoriensystem. Gläser und Laudel (2010, S. 205) betonen, dass das Kategoriensystem „nicht ausschließlich durch die theoretischen Vorüberlegungen, sondern auch durch die im Material enthaltenen Informationen strukturiert wird." Die Entscheidung für das zusätzliche Analyseprojekt II wurde auch durch den Informationsgehalt der Interviewdaten bestätigt. Hier fanden sich sowohl zu inhaltlichen Aspekten des Umstellungsprozesses als auch zum zeitlichen Ablauf ausreichend detaillierte Informationen, die die Struktur mit zwei Analysen ermöglichten. Dabei basierte Analyseprojekt I auf den Kategorien des hypothetischen Modells, um Ressourcen und Barrieren auf der Makro-, Meso und Mikroebene zu identifizieren (Fragestellung 1). Analyseprojekt II legte das Change-Modell nach Balogun et al. (2016) zugrunde, um den Verlauf des Umstellungsprozesses zu untersuchen (Fragestellung 2).

Um individuelle Wirkzusammenhänge genauer zu analysieren, wurden Aussagen zu Kausalmechanismen identifiziert und tabellarisch geordnet (Analyseprojekt I). Anhand dieser Tabellen konnten von den Interviewten benannte Ressourcen, Barrieren sowie genutzte Maßnahmen thematisch geordnet und so Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Vorgehen der Teilnehmenden herausgearbeitet werden. Gläser und Laudel (2010, S. 238) empfehlen für das Aufbereiten narrativer Interviews die Darstellung des zeitlichen Ablaufs (Analyseprojekt II). Entsprechend wurden die einzelnen Prozessabläufe der Expert*innen bildlich dargestellt und den Phasen nach Balogun et al. (2016) zugeordnet. Abschließend wurden die einzelnen Abläufe der Umstellungsprozesse in einer Abbildung zusammengefasst, um gemeinsame Themenfelder abzuleiten (→ Abb. ❸). In der Zusammenführung von Analyseprojekt I und II ergab sich so eine zeitliche Zuordnung der Ressourcen, Barrieren und genutzten Maßnahmen im Prozessverlauf (→ Tab. ❷).

## Ergebnisse

Innerhalb des Akquisezeitraums meldeten sich zwölf Ergotherapeut*innen per E-Mail. Nach Überprüfung der Einschlusskriterien (→ Abb. ❷) wurden mit fünf Therapeut*innen Interviewtermine per Skype oder Telefon, je nach persönlicher Präferenz der Teilnehmenden, vereinbart. Die Gesprächsdauer variierte zwischen 37 und 58 Minuten. Die Charakteristika der Teilnehmenden können → Tabelle ❶ entnommen werden.

**Tab. ❶**: Beschreibung der 5 Teilnehmenden (TN)

| | |
|---|---|
| Alter | 23-56 Jahre |
| Geschlecht | 4 weiblich, 1 männlich |
| Berufsfachschulausbildung | alle |
| Zusatzqualifikation | B.Sc. Ergotherapie (1 TN)<br>Anderweitiges berufsbegleitendes Studium (1 TN) |
| Arbeitsverhältnis | Angestellt (2 TN)<br>Praxisleitung (3 TN) |
| Berufserfahrung | 3-27 Jahre |
| Teamgröße | 1-15 Mitarbeiter*innen |

Originalarbeit

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Im Folgenden werden Zitate der Expert*innen zur Untermauerung der Ergebnisse genutzt, die Benennung erfolgt dabei anhand willkürlich gewählter Pseudonyme (B, C, D, E, F).

- Welche Ressourcen und Barrieren beeinflussen die Umstellung hin zu modellgeleitetem Arbeiten?

Durch die qualitative Inhaltsanalyse konnten Elemente auf der Makro-, Meso- und Mikroebene als beeinflussende Faktoren identifiziert werden. Gleichzeitig werden aktive Strategien – vor allem auf der Mesoebene – beschrieben, um Ressourcen zu nutzen und Barrieren zu überwinden.

Auf der Makroebene werden Vorgaben im deutschen Gesundheitssystem als Barrieren zur Umsetzung modellgeleiteten Arbeitens in der Praxis beschrieben. Die Umsetzung der Grundwerte des kontemporären Paradigmas erscheint aktuell im deutschen Gesundheitssystem erschwert.

> *„(…) zum Beispiel wenn wir mit Klienten die Praxis verlassen und im Umfeld der Praxis Busfahren üben, Einkaufen gehen (…). Das sind bisher immer noch so Grauzonen, die aber eben eine betätigungsbasierte Ergotherapie benötigt." (Interview D, Absatz 73)*

> *„Wenn da sensomotorisch-perzeptiv auf der Verordnung steht, wird mir auch sofort suggeriert ‚Arbeite auf der Körperfunktionsebene'." (Interview C, Absatz 73)*

Auf der Mesoebene bilden die Unterstützung der Vorgesetzten und die Zusammenarbeit im Team die relevantesten Faktoren, um modellgeleitetes Arbeiten gelingend in der Praxis umzusetzen. Dabei wurden die ideelle Unterstützung durch die Vorgesetzten und das Bereitstellen von finanziellen und zeitlichen Ressourcen als grundlegend für den Prozess bewertet.

> *„Und wir haben natürlich auch von der Chefin (…) Unterstützung bekommen, dass wir die Möglichkeit hatten diese ganzen Inhouse-Schulungen zu machen."* (Interview C, Absatz 84)

Die Kommunikation und der gemeinsame Wissenserwerb im Team bilden den Kern des Umstellungsprozesses und kristallisierten sich als kritischer Faktor aus der Analyse heraus. Die Teilnehmenden sahen sich wiederholt mit Widerständen und Ängsten der Kolleg*innen bezüglich des Wandels konfrontiert. Es wurde Wert darauf gelegt, die Gründe der Teammitglieder für ihre Ängste zu verstehen, hier spielten Deprofessionalisierungsängste eine große Rolle.

> *„Teilweise waren das ja auch echte Existenzängste. ‚Oh Gott, ist das denn noch die Ergotherapie, die ich eigentlich machen wollte?' oder ‚Ist das das, warum ich mir eigentlich damals den Beruf ausgesucht habe?'"* (Interview B, Absatz 74)

Alle Teilnehmenden benannten die offene Gesprächskultur innerhalb des Teams, um mit unterschiedlichen Haltungen umzugehen und einen gemeinsamen Prozess zu kreieren, als relevante Ressource.

> *„(…) diese Ängste zu nehmen, dass wir jetzt vollkommen anders arbeiten als sie womöglich gelernt haben (…), dass das NICHT der Fall ist, sondern, dass wir unseren Blickwinkel erweitern, erneuern oder verändern. (…) Es braucht so etwas, wie eine Kultur der Offenheit, man darf sagen, wo es schwierig ist."* (Interview F, Absatz 88-97)

Die bestehende Heterogenität im Team, eine positive Grundstimmung und etablierte Möglichkeiten zum informellen und formellen Gespräch wurden als Ressourcen für die „Kultur der Offenheit" identifiziert. Konkrete Strategien zur Umsetzung des Wandels waren feste Teamzeiten, Fallbesprechungen, Supervision und Arbeitskreise für aktuelle Themen der Umstellung.

Der Umstellungsprozess wurde auf Teamebene als gemeinsamer Lernprozess gestaltet. In Form eines vierschrittigen Kreislaufs wurde theoretisches Wissen konsequent erprobt, angepasst und in die Praxis implementiert (→ Abb. ❹).

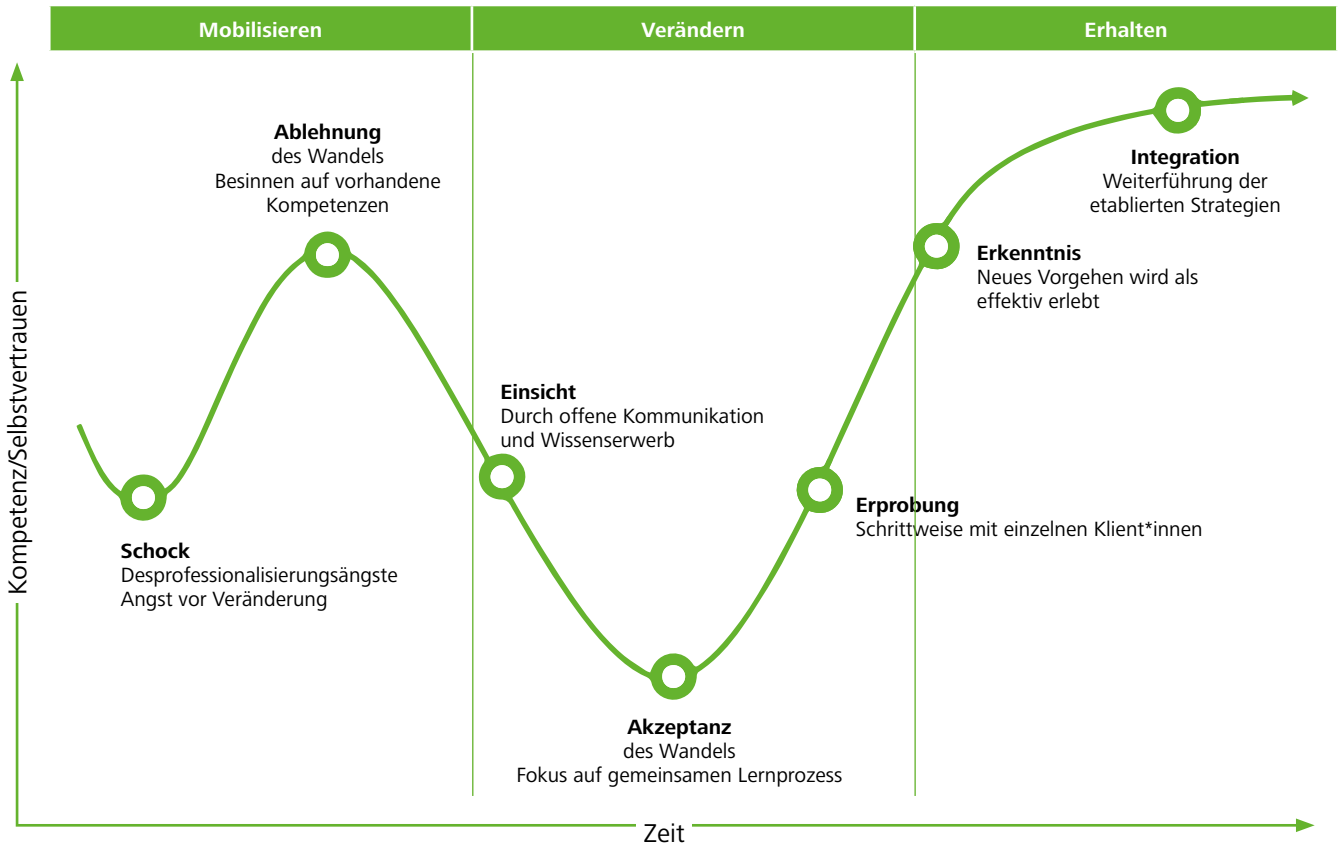



**Abb. ❸**: Ablauf des Umstellungsprozesses zu modellgeleitetem Arbeiten, angelehnt an Balogun et al. (2016)

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Konkrete Strategien zum Wissenstransfer im Team bildeten unter anderem gemeinsame Fortbildungen, Inhouse-Schulungen zu modellspezifischen Themen und die gemeinsame Entscheidungsfindung. Dieses Vorgehen stärkte die Nutzung einer einheitlichen Terminologie und das Zusammengehörigkeitsgefühl.

> *„Und der Zusammenhalt vom Team ist enorm. Weil diese Weiterbildungen, Workshops und Fortbildungstage, die wir miteinander haben, haben natürlich auch als Team zusammengeschweißt."* (Interview C, Absatz 75)

Auf der Mikroebene ergab sich die Klientel als neue Variable, die im erweiterten hypothetischen Modell ergänzt wurde (→ Abb. ❺). Insbesondere die Kommunikation und Zusammenarbeit mit Klient*innen wurde als relevanter Faktor für den Umstellungsprozess wahrgenommen. Die adäquate Kommunikation der veränderten Arbeitsweise gegenüber den Klient*innen bedingt dabei, ob diese als Ressource oder Barriere auf den Prozess einwirken. Die Teilnehmenden nutzten persönliche Gespräche, Flyer und Abbildungen des Prozessmodells, um die veränderte Arbeitsweise zu erläutern. Gelang es, die Klient*innen über den Veränderungsprozess aufzuklären und „mitzunehmen", wurden diese als motivierende Ressource wahrgenommen. Besonders betont wurden Therapieerfolge auch bei der Klientel, die als „Langzeitpatient*innen" nach dem motorischen Paradigma behandelt wurde und wo sich zunächst Widerstände zeigen konnten (Interview E, Absatz 54).

> *„(…) bei Leuten, die schon ein bisschen länger kommen, da nochmal den Sprung in die Alltagsbetätigung zu machen. (…) da hat man gemerkt, diese Therapiefortschritte waren doch nochmal in einer anderen Form, auch die Kommunikation hat sich da verändert mit den Klienten und das hilft sehr."* (Interview F, Absatz 48)

- Wie läuft der selbstgesteuerte Umstellungsprozess innerhalb ambulanter Ergotherapiepraxen ab?

Im Einklang mit dem Change-Modell nach Balogun et al. (2016) zeigen die Analyseergebnisse einen dynamischen Prozessverlauf. → Abbildung ❸ stellt den Verlauf des Prozesses in drei Hauptphasen und sieben Teilschritten dar, ergänzt durch die Kernthemen der Analyse. Da die Teammitglieder diesen Ablauf im eigenen Tempo durchleben und Phasen mehrfach durchlaufen werden können, lag der Fokus der Teilnehmenden vor allem darauf, einen gemeinsamen Lernprozess auf der Mesoebene zu gewährleisten. Hierzu wurden die genutzten Strategien stetig an die aktuelle Prozessphase angepasst, um mit Herausforderungen angemessen umzugehen. Die in der jeweiligen Phase durch die Teilnehmenden genutzten Strategien sind in → Tabelle ❷ dargestellt.

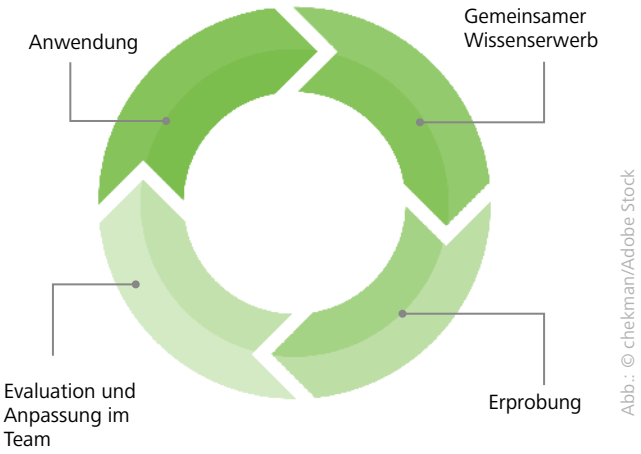



Abb.: © chekman/Adobe Stock

**Abb. ❹**: Kreislauf des Wissenstransfers

*Phase 1: Mobilisieren*

In der Phase des Mobilisierens spiegelten sich Widerstände und Deprofessionalisierungsängste im Team in den Teilschritten Schock und Ablehnung wider.

> *„Also, wer in einer Praxis arbeitet, zehn Klienten vielleicht direkt hintereinander terminiert hat, ist nicht ganz unanstrengend und dann soll er noch zusätzlich was Neues machen, oder etwas, was anders* geht?" (Interview D, Absatz 75)

Die initiale Ablehnung des Wandels führte zu einem kurzfristigen Anstieg des Selbstbewusstseins und Kompetenzgefühls, konnte jedoch durch die beschriebenen Ressourcen wie beispielsweise die offene Kommunikation im Team und den wertschätzenden Umgang miteinander überwunden werden.

Die Initiatoren des Prozesses – Therapeut*innen mit Wissen über modellgeleitetes Arbeiten, entweder aus der Ausbildung im Paradigma der Partizipation, dem Studium der Ergotherapie oder spezifischen Fortbildungen – stellen in dieser ersten Phase auch die primäre Wissensquelle für die Teammitglieder dar. Das Formulieren einer Vision und das Ausarbeiten eines Plans, um das Vorgehen zu strukturieren, führten zu einer Stärkung des Wir-Gefühls und mehr Sicherheit. Feste Zeitvorgaben wurden dabei kontrovers beschrieben, da sie einerseits Struktur bieten, andererseits aber auch Druck erzeugen können.

> *„Es war nicht klar, und nächste Woche muss der nächste Schritt sein, sondern wenn das eine sich gefestigt hatte, dann konnte der nächste Schritt kommen. (…) man hätte es*

**Tab. ❷**: Genutzte Strategien der Teilnehmenden zur Umstellung auf modellgeleitetes Arbeiten

| Mobilisieren | Verändern | Erhalten |
|---|---|---|
| ■ Vision formulieren<br>■ Gemeinsame Entscheidungsfindung und Planung<br>■ Unterstützung durch Vorgesetzte (ideell, finanziell, zeitlich)<br>■ Offene Gesprächskultur<br>■ Gemeinsame Wissensgrundlage schaffen | ■ Anpassen organisatorischer Abläufe (Dokumentation, Berichtsschemata etc.)<br>■ Verankerung der Konzepte im QM<br>■ Verschriftlichen des Vorgehens<br>■ Räumliche Umgestaltung<br>■ Kommunikation nach außen (Klientel, angrenzende Berufsgruppen) | ■ Regelmäßige Konzepttage, Fortbildungen etc.<br>■ Weitergabe der Strategien (z.B. an neue Mitarbeiter*innen) |

*Kreislauf des Wissenstransfers*
- Teamsitzungen und Fallbesprechungen
- Gemeinsame Fortbildungen und Inhouse-Schulungen
- Arbeitskreise zu modellspezifischen Themen
- Reflexion und Evaluation im Team

Originalarbeit

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

*vielleicht auch in einer kürzeren Zeit schaffen können. Aber es ist die Frage, wie hätten sich dann die Kollegen angenommen gefühlt."* (Interview B, Absatz 79)

*Phase 2: Verändern*

Die zweite Phase „Verändern" ist gekennzeichnet durch Anpassungen auf räumlicher, organisatorischer und therapeutischer Ebene. Es etablierten sich zunehmend Strategien, um Wissen über ergotherapeutische Modelle konsequent in die Praxis zu übertragen (Kreislauf des Wissenstransfers → Abb. ❹). Dies ermöglichte gemeinsame Entscheidungsprozesse zur Anpassung und Veränderung der Praxisorganisation (Dokumentation, Arztberichte etc.), der genutzten Therapiematerialien und der Räumlichkeiten.

*„(…) das Handwerk ist ziemlich ausgezogen aus unserer Praxis. Wir haben Abschied gefeiert von Peddigrohr (…). Dafür ist aber viel mehr Alltag in unsere Praxis eingezogen. Also eine große Küche, ein Bügelbrett (…) und alles, was man so im Alltag findet."* (Interview D, Absatz 53-55)

Der stetige Wissenszuwachs und die Auseinandersetzung mit den konkreten Inhalten der ergotherapeutischen Modelle ermöglichen es den Ergotherapeut*innen, kognitive Einsicht und emotionale Akzeptanz für den Wandel zu entwickeln und ihre therapeutische Vorgehensweise zu verändern. Hierzu werden in der Phase „Erprobung" neue Methoden kontinuierlich erprobt und reflektiert. Das Selbstbewusstsein und das Kompetenzerleben wird in dieser Phase daher wieder gesteigert.

*„Nach diesen drei Monaten wird evaluiert, wieder im Team. Was ist gut gegangen, was war nicht so gut, wo müssen wir anpassen und erst dann zu sagen ‚Okay, ab jetzt wird das Betätigungsprofil bei jedem neuen Klienten angewandt'."* (Interview D, Absatz 105)

*Phase 3: Erhalten*

Die Phase des „Erhaltens" zeigte sich in der Analyse gekennzeichnet durch konsequente Implementierung neuer Behandlungsmöglichkeiten. Die Teilnehmenden erlebten ihre Arbeitsweise nun als transparenter und strukturierter. Durch den zunehmenden Alltagsbezug und die Betätigungsorientierung innerhalb des modellgeleiteten Vorgehens seien Therapieinhalte *„schlüssig"* und *„machen mehr Sinn"* (Interview C, Absatz 43), klare Zielformulierungen führen zu messbaren Therapieergebnissen. Die neue Struktur biete somit insbesondere Berufsanfänger*innen mehr Sicherheit.

*„(…), dass das Feedback von den Klienten sehr positiv ist und sie wesentlich zufriedener sind mit dem Prozess wie er jetzt ist. (…) Sie fühlen sich besser verstanden und haben das Gefühl etwas zu machen, was einen Sinn hat, statt einfach nur dazusitzen und den Arm hoch und runter zu bewegen."* (Interview E, Absatz 65)

Eine klarere Berufsidentität erleichtert in dieser Phase intra- und interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit. Die Therapeut*innen erweitern ihre Kompetenz zur Außendarstellung der Profession und Kommunikation der Veränderung. Diese positive Außendarstellung wurde auch als Qualitätsmerkmal der Praxis erlebt.

*„Die Idee war letztendlich die tiefe Sehnsucht nach der Berufsidentifikation. (…) Das hat ganz gewiss auch mit der äußeren Anerkennung zu tun. Also wir arbeiten mit Logos, mit Physios zusammen, die haben sich natürlich auch immer gefragt ‚Was machen die Ergos eigentlich?' Und ganz selbstkritisch: Wir konnten es nie auf den Punkt bringen, was wir machen. JETZT können wir es."* (Interview D, Absatz 38)

Die etablierten Strategien zum Wissenstransfer werden weiterhin eingesetzt, um die ergotherapeutische Praxis zunehmend an evidenzbasierten Theorien auszurichten. Die stetige Integration dieser Werkzeuge in den Alltag führt dazu, dass der Prozess als nicht endend erlebt wird. Es ist also weiterhin Energieaufwand nötig, um neue Gewohnheiten zu etablieren und alte Muster abzulegen.

*„Also ich glaube, das ist ein Prozess. (…) Und das muss man sich immer wieder vor Augen führen und das muss einem klar sein. Wenn ich jetzt starte, und sage ‚Okay, ich mache diese Implementierung' auch den Weg zu gehen oder den Gedanken zu haben ‚Ich bin nie damit fertig'."* (Interview C, Absatz 91)

Zusammenfassend gelang es den teilnehmenden Ergotherapeut*innen auf Basis eines gemeinsamen Lernprozesses im Team bestehende Barrieren zu überwinden und ihre Praxis hin zu modellgeleitetem Arbeiten umzustellen. Die dabei entwickelten Strategien stellen Ressourcen dar, die auch über den Prozess hinaus positive Wirkung auf Berufsidentität und Außendarstellung der Profession zeigen.

## Diskussion

Die in dieser Studie untersuchten Fragestellungen

- Welche Ressourcen und Barrieren beeinflussen die Umstellung hin zu modellgeleitetem Arbeiten?
- Wie läuft der selbstgesteuerte Umstellungsprozess innerhalb ambulanter Ergotherapiepraxen ab?

konnten auf Basis von leitfadengestützten Expert*inneninterviews und einer qualitativen Interviewanalyse nach Gläser und Laudel (2010) betrachtet werden. Zur übersichtlichen Darstellung des Endergebnisses wurde das hypothetische Modell durch die neuen Erkenntnisse erweitert (→ Abb. ❺). Die neue Kategorie „Klient*in" wurde ergänzt, um sie als relevanten Faktor zu integrieren. Dabei stellt die Größe der Pfeile keine Hierarchie, sondern die individuell erfolgende Entwicklung innerhalb des Prozesses dar. Der Prozess als grauer Pfeil bildet den Hintergrund und gilt somit den Veränderungen auf den vielfältigen Ebenen. Die ineinander greifenden Kreise verdeutlichen die individuellen Strategien zur Wissensimplementierung, die in Form eines Zyklus ablaufen. Das modellgeleitete Arbeiten ist nicht mehr als Ziel und somit Endpunkt des Prozesses dargestellt, da die Teilnehmenden die Fortsetzung und dauerhafte Implementierung der Strategien in die Praxis beschrieben. Zudem soll dieses „offene Ende" der flexiblen Dauer und Relevanz des zeitlichen Aspekts des Umstellungsprozesses Rechnung tragen.

Erfolgreich vollzogene Umstellungsprozesse in der deutschen Ergotherapie hin zu modellgeleitetem Arbeiten bieten Möglichkeiten für ein vertiefendes Verständnis komplexer Veränderungsprozesse sowie Motivation und Anleitung für Praktiker*innen. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigen konkrete Strategien auf, um den Umstellungsprozess der ergotherapeutischen Praxis auf modellgeleitetes Arbeiten erfolgreich gestalten zu können. Auf Makro-, Meso- und Mikroebene sind dabei verschiedene Faktoren und deren Einflussnahme zu berücksichtigen.

*Makroebene: Zeit und Kontext*

Der Einfluss des Kontextes, vor allem durch Vorgaben des Gesundheitssystems, die betätigungsorientiertes und modellgeleitetes Arbeiten erschweren, wird ebenfalls von anderen Autoren beschrieben (Kievelitz, 2014; Mulligan et al., 2014). Diese Einschränkungen scheinen sich nicht speziell auf das deutsche Gesundheitssystem zu beziehen, sondern international zu bestehen (Gupta & Taff, 2015; Owen et al., 2014). Die zögerliche Implementierung modellgeleiteten Arbeitens in Deutschland lässt sich somit nicht durch die Inkompatibilität internationaler Modelle mit dem deutschen Gesundheitssystem erklären. Daher sind weitere Studien notwendig, die die Möglichkeit der Implementierung ergotherapeutischer Modelle in verschiedenen Gesundheitssyste-

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



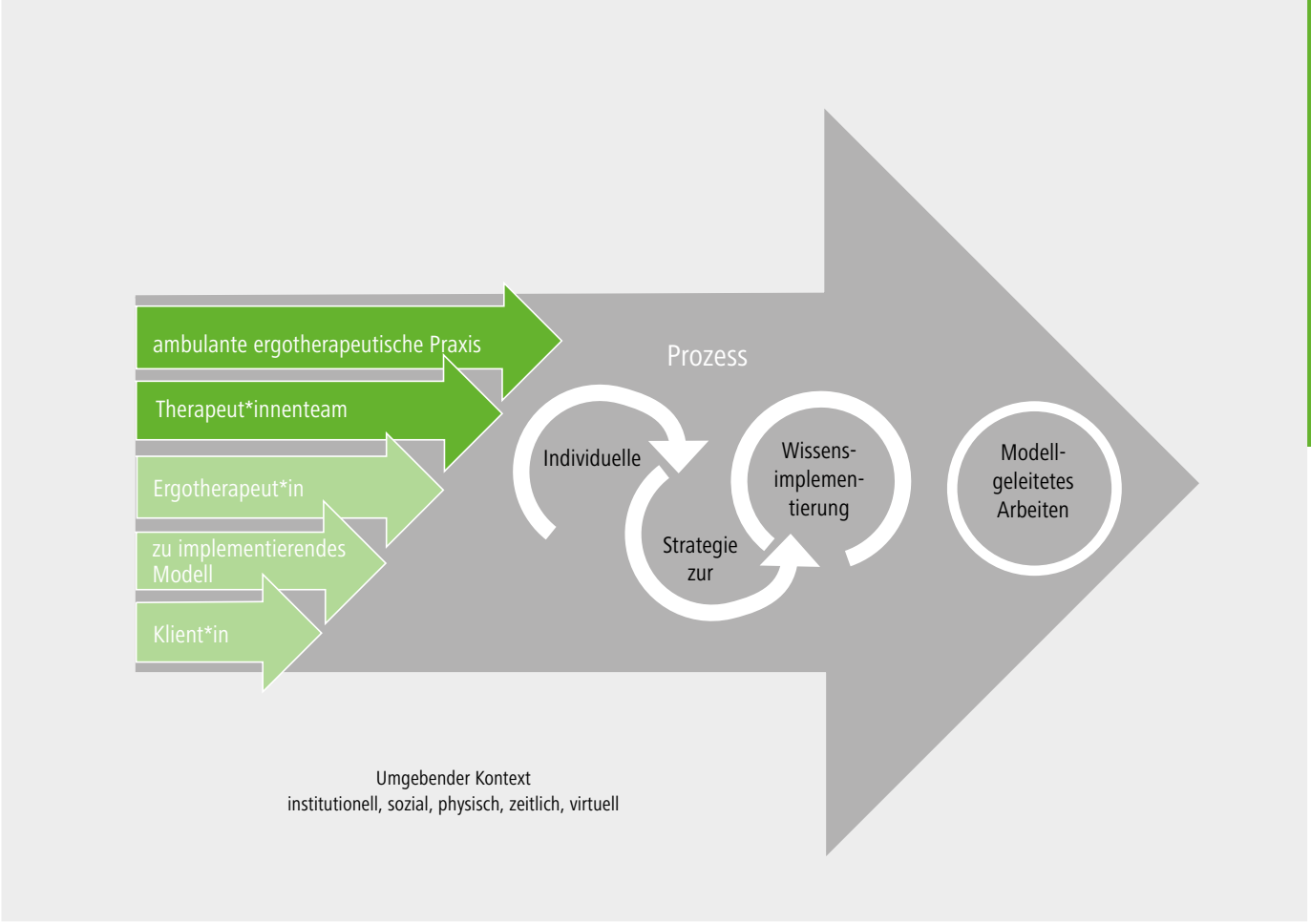



**Abb. 5**: Erweitertes hypothetisches Modell. Hellgrau: Makroebene, grün: Mesoebene, hellgrün: Mikroebene, dunkelgrau: Prozess

men untersuchen.
Zeitliche Ressourcen als zentraler Faktor für die erfolgreiche Durchführung von Umstellungsprozessen wurden sowohl von den Teilnehmenden als auch in weiteren Studien identifiziert (Aiken et al., 2011; Ashby et al., 2013; Daud et al., 2015; Enemark Larsen et al., 2019; Mulligan et al., 2014). Boniface et al. (2008) und Sirkka, Zingmark und Larsson-Lund (2014) geben die Dauer solcher Veränderungsprozesse mit mehreren Jahren als realistisch und notwendig an, um Druck und Ängste zu vermeiden und eine tiefergehende Auseinandersetzung mit dem Modell zu ermöglichen. Denkbar erscheint daher eine konsequentere und effizientere Prozessgestaltung durch die frühzeitige Auseinandersetzung mit Wissen zu Wandlungsprozessen und Change-Modellen bereits in Ausbildung und Studium der Ergotherapie.

*Mesoebene: Wissensimplementierung durch Teamprozesse*
Zur Gestaltung eines gemeinsamen Lernprozesses konnten konkrete Förderfaktoren und Strategien identifiziert werden. Übereinstimmend mit anderen Studien erwiesen sich insbesondere eine offene Kommunikationskultur, Möglichkeiten der individuellen Supervision und ein gemeinsamer Wissenserwerb als relevant zur Verbesserung der therapeutischen Arbeitsweise (Leclair et al., 2013; Parkinson et al., 2010; Sirkka, Larsson-Lund & Zingmark, 2014; Wimpenny et al., 2010). Vor allem ein gemeinsamer Lernprozess erlaubt es dabei, als Team voranzuschreiten und modellspezifisches Wissen zu erwerben. Dies wird durch Forschungsergebnisse anderer Autor*innen unterstrichen, die verdeutlichen, dass mangelndes Wissen der einzelnen Ergotherapeut*innen die Implementierung von innovativen Arbeitsweisen limitiert (Daud et al., 2015; Duggan, 2005; Lee et al., 2009; Restall et al., 2003). Vermehrtes Hintergrundwissen, beispielsweise durch eine Ausbildung im Paradigma der Partizipation oder ein Studium der Ergotherapie, erhöht die Bereitschaft, sich auf Neuerungen einzulassen (Grol et al., 2013) und ergotherapeutische Praxismodelle anzuwenden (Owen et al., 2014). Verschiedene Studien heben zusätzlich den Einfluss der Peers als Vorbilder hervor, da es die Veränderung der eigenen Arbeitsweise erleichtert, wenn die Kolleg*innen einheitlich modellgeleitet vorgehen (Aiken et al., 2011; Lee et al., 2009; Wilding et al., 2012). Wir konnten zeigen, dass der Kreislauf des Wissenstransfers ein grundlegendes Werkzeug darstellt, um die Theorie-Praxis-Lücke kontinuierlich zu verkleinern. Ähnliche Kreisläufe aus Aktion und Reflexion werden ebenfalls durch Wimpenny et al. als Teil des Participatory Change Process (PCP, 2010, S. 509) und durch Leclair et al. im Theory Advancement Process (TAP, 2013) beschrieben. Diese Prozessmodelle könnten somit auch für deutsche Ergotherapiepraxen relevant sein, um den Umstellungsprozess hin zu modellgeleitetem Arbeiten zu strukturieren.

*Mikroebene: ergotherapeutische Berufskompetenzen und Einfluss der Klientel*
Der Einfluss der Klientel auf Umstellungsprozesse und auf die Veränderung der Arbeitsweise wird in der Literatur zumeist als negativ beschrieben. Wie diese Studien zeigen, wirken Klient*innen vor allem durch Unverständnis und mangelnde Motivation gegenüber neuen Arbeitsweisen hemmend auf Innovationen (Daud et al., 2015; Enemark Larsen et al., 2019; Kjellberg et al., 2012). Im Kontrast hierzu zeigen unsere Ergebnisse, dass die Klient*innen ein motivierender und positiver Faktor bei der Implementierung sein können. Wichtig erscheint die passende Kommunikation des Umstellungsprozesses gegenüber den Klient*innen. Daher ist besonders im Bereich der Kommunikation eine Kompetenzerweiterung der Therapeut*innen notwendig, um die Klient*innen adäquat aufzuklären und neue Arbeitsweisen einzuführen. Die nötige Erweiterung dieser und anderer Fähigkeiten in Umstellungsprozessen wird auch in der Literatur beschrieben (Aiken et al., 2011; Daud et al., 2015; Duggan, 2005; Leclair et al., 2013; Merklein de Freitas et al., 2015). Brian et al. (2015) konnten zeigen, dass Ergotherapeut*innen aufgrund ihrer berufsspezifischen Kompetenzen gut geeignet sind, Umstellungsprozesse als Change

Originalarbeit

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Agents zu begleiten und zu steuern. Unsere Ergebnisse lassen vermuten, dass die ergotherapeutischen Berufskompetenzen Lernen, Kommunikation, Zusammenarbeit und Management (DVE, 2019) vertieft und erweitert werden müssen, um ergotherapeutische Modelle in der Praxis umzusetzen.

Im Zuge der Etablierung modellgeleiteten Arbeitens berichteten unsere Teilnehmenden über eine Stärkung ihrer Berufsidentität. Im Einklang mit bestehender Literatur kann dies als ein indirekter Zusammenhang betrachtet werden. Das modellgeleitete Arbeiten trägt zu einer Reduktion der subjektiv empfundenen „meaning gap", also der Diskrepanz zwischen innerer Einstellung und praktischer Tätigkeit bei. Dies ist einer der Faktoren, die zu einer positiven Berufsidentität führen (Dutton et al., 2010; Merklein de Freitas, 2015). Wir konnten weitere Faktoren identifizieren, auf denen sowohl modellgeleitete Arbeitsweisen als auch eine positive Berufsidentität basieren: modellspezifisches Wissen und die genaue Definition des Gegenstandsfeldes der Ergotherapie (Ashby et al., 2016), die gemeinsame Terminologie und erleichterte inter- und intradisziplinäre Kommunikation (Sirkka, Larsson-Lund & Zingmark, 2014; Wilding & Whiteford, 2007; Wimpenny et al., 2010), gemeinsame Lernprozesse und eine gemeinsame Wertebasis im Team (Böckenförde et al., 2015; Dutton et al., 2010; Wilding & Whiteford, 2007). Da sich diese Faktoren und Prozesse entscheidend im Rahmen von modellgeleitetem Arbeiten entfalten, ist eine positive Auswirkung auf die Berufsidentität denkbar.

> Vor allem ein gemeinsamer Lernprozess erlaubt es dabei, als Team voranzuschreiten und modellspezifisches Wissen zu erwerben.

Diese Studie weist Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. Zunächst ist das qualitative Studiendesign hier vornehmlich auf die tiefgehende Untersuchung möglichst diverser Umstellungsprozesse ausgelegt. Dies soll die Bandbreite und Variabilität der Wandlungsprozesse darstellen. Eine Generalisierbarkeit der Resultate ist im Rahmen des qualitativen Forschungsdesigns nicht vorgesehen, die Triangulation mit nationaler und internationaler Forschungsliteratur zeigt jedoch auf, dass die erhaltenen Ergebnisse auch durch weitere Studien bestätigt werden konnten. Im Rahmen der Einschlusskriterien wurde kein spezifisches ergotherapeutisches Modell als Ziel des Umstellungsprozesses festgelegt, um eine ausreichende Zahl an Teilnehmenden zu rekrutieren. Dies schränkt in der Folge die Aussagekraft über eventuell differierende Prozessverläufe aufgrund unterschiedlicher Modellwahl der Teilnehmenden ein. Des Weiteren wurden lediglich Teilnehmende aus ambulanten Praxen eingeschlossen. Somit ist zwar die größte Berufsgruppe innerhalb der Ergotherapie repräsentiert, aber die Ergebnisse lassen sich nur eingeschränkt auf andere Kontexte übertragen. Die Autorinnen nutzten Methoden wie den Member-Check, um eine größtmögliche Glaubwürdigkeit und Authentizität der Ergebnisse zu gewährleisten (Birt et al., 2016). Im Bereich der Datenanalyse wäre es wünschenswert gewesen, nicht nur die Transkripte, sondern auch deren Interpretation durch die Teilnehmenden im Sinne einer Triangulation verifizieren zu lassen. Hierauf wurde aus zeitlichen Gründen und da es bereits beim ersten Member-Check kaum Rückmeldungen gab, verzichtet.

## Schlussfolgerung

Die Resultate der vorliegenden Studie zeigen anhand von fünf Expert*inneninterviews, dass die Umstellung hin zu modellgeleitetem Arbeiten in der deutschen Ergotherapie gelingen kann. Dabei nutzen die Teilnehmenden erfolgreich Strategien auf Makro-, Meso-, und Mikroebene, die zu Handlungsempfehlungen zusammengefasst werden können. So gehört es zu den grundlegenden ergotherapeutischen Kompetenzen, Menschen bei Wandlungsprozessen zu begleiten, zu befähigen und sie mittels eines partizipativen Ansatzes über sich hinauswachsen zu lassen (DVE, 2019; Townsend & Polatajko, 2013, S. 101). Im Falle des Umstellungsprozesses zu modellgeleitetem Arbeiten ist es nun notwendig, diese Kompetenzen auf die eigene Berufsgruppe anzuwenden. Dabei gilt es für die ganze Profession, auch Veränderungen auf der Makroebene anzustreben. Politisches Engagement, Mitarbeit im Berufsverband und Beiträge zur evidenzbasierten Praxis können dazu beitragen, hier Veränderungen zu bewirken. Durch partizipatives, klientenzentriertes und betätigungsorientiertes Vorgehen können relevante Schritte auf der Mikroebene vollzogen werden. Dabei liegen allerdings – wie diese Arbeit zeigen konnte – besonders viele Ressourcen in der Mesoebene. Ein gemeinsamer Weg kann nur unter Einbezug der Klientel, durch die Zusammenarbeit im Team, mit einer offenen Kommunikation und dem mutigen Ausprobieren und Anpassen neuer Inhalte gegangen werden. Ergotherapeut*innen nutzen ihre vorhandenen Kompetenzen, um in der Zusammenarbeit im Team ihre Berufsidentität, ihr Selbstbewusstsein und ihre Expertise zu erweitern. Modellgeleitetes Arbeiten sehen die Autorinnen dabei auch als Grundlage für eine fortschreitende Professionalisierung und notwendige Evidenzbasierung. Die Autorinnen möchten die Empfehlungen der interviewten Expert*innen für Ergotherapeut*innen, die sich mit dem Umstellungsprozess hin zu modellgeleitetem Arbeiten beschäftigen, folgendermaßen zusammenfassen:

Macht euch gemeinsam auf den Weg! Das bedeutet:

- Formuliert eine gemeinsame Vision!
- Nutzt Möglichkeiten zur partizipativen Entscheidungsfindung!
- Sucht Gleichgesinnte, nutzt externe Wissensquellen und reflektiert diese im Team!
- Beteiligt eure Klient*innen!
- Seid euch eurer vielfältigen ergotherapeutischen Kompetenzen bewusst und seid offen für deren Erweiterung!
- Teilt Erfolgs- und Misserfolgserlebnisse in einer offenen, wertschätzenden Kommunikation!
- Nutzt Prozessmodelle nicht nur innerhalb der Therapie, sondern auch als „Fahrplan" für den eigenen Prozess!
- Traut Euch!

Für die Zukunft der Ergotherapie in Deutschland wünschen sich die Autorinnen, das modellgeleitete Arbeiten nicht nur im Curriculum der Ausbildung und des Studiums, sondern auch als Standard im beruflichen Alltag wiederzufinden.

> *„Also, wenn man glaubt, irgendwann fertig zu sein, dann hat man irgendwann aufgehört zu denken."* (Interview B, Absatz 52)

**Quintessenz**



Die Umstellung auf modellgeleitetes Arbeiten in ambulanten Ergotherapiepraxen kann durch Ressourcen auf der Teamebene bewältigt werden. Hauptressourcen für den Umstellungsprozess sind die Unterstützung durch Vorgesetzte, der gemeinsame Wissenserwerb im Team und die Erweiterung ergotherapeutischer Berufskompetenzen. Eine adäquate Kommunikation des Wandels gegenüber der Klientel ermöglicht es, diese als Ressource zu nutzen. Ergotherapeutische Teams nutzen den Kreislauf des Wissenstransfers, um Innovationen in die Praxis zu implementieren.

Das **Quellenverzeichnis** zu diesem Beitrag finden Sie unter www.download.schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de




- **Autorinnen:** Natalie Gätz, Bianca Schymura, Christina Theissen
- **Co-Autorin:** Esther Wendel
- **Institution**: Zuyd Hogeschool, Heerlen (NL)

- **Korrespondenzanschrift:**
  Natalie Gätz | Ergotherapeutin, BSc (NL) | natalie.gaetz@web.de
  Bianca Schymura | Ergotherapeutin, BSc (NL) | bianca.schymura@gmx.de
  Christina Theissen | Ergotherapeutin, BSc (NL) | christina-theissen@hotmail.com


**DOI** des Beitrags (www.doi.org):
10.2443/skv-s-2021-54020210103
ergoscience 2021, 16(1): 21-30
© Schulz-Kirchner, Idstein | ISSN 1861-6348

**Schlüsselwörter** Ergotherapie | meaning construction | ältere Menschen | Freizeit | ValMO-Modell
**Key Words** occupational therapy | meaning construction | elderly | leisure | ValMO-Model

# Live is Life – „Lebenselixier" Konzertbesuch – Eine qualitative Studie zur Meaning Construction

Live is Life – Attending concerts as "essence of living" – A qualitative study on meaning construction


## Zusammenfassung

**Einleitung**: Betätigungsorientierte, klientenzentrierte und evidenzbasierte ergotherapeutische Arbeit setzt ein tiefes Verständnis über Betätigungen voraus und darüber, was diese zu bedeutungsvollen Betätigungen macht. Die vorliegende Studie untersucht den Prozess von Meaning Construction bei Menschen ab 65 Jahren am Beispiel des Besuchs von Musikveranstaltungen.
**Methode**: Zur Datenerhebung wurden semi-strukturierte Einzelinterviews mit zehn Teilnehmer*innen durchgeführt. Anschließend wurden die Daten anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, 2016) ausgewertet. Als theoretische Basis dient das Value and Meaning in Occupation Modell (ValMO), um den Prozess von Meaning Construction zu verdeutlichen.
**Ergebnisse**: Die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichen, dass der Prozess von Meaning Construction ein höchst individueller Vorgang ist, der sich entsprechend unterschiedlich gestaltet. Grundlegend ist, dass der individuelle Wert, der einer Betätigung zugemessen wird, ihre Bedeutsamkeit bestimmt. Dabei spielen emotionale Verknüpfungen mit Erlebnissen und Erinnerungen eine tragende Rolle.
**Schlussfolgerung**: Die Betätigung „Konzertbesuch" wird als Verschmelzung vieler verschiedener Betätigungen erlebt, die nicht einzeln wahrgenommen und identifiziert werden. Der erfahrene Wert einer Betätigung wirkt sich auf die Erfahrung von Bedeutung aus und beeinflusst, welche Betätigungen (wie oft) durchgeführt werden. Der Besuch von Musikveranstaltungen generiert Erinnerungen, die an ein emotionales Erlebnis geknüpft sind und (auch in der Reminiszenz) eine hohe Bedeutung für das Wohlbefinden haben.

## Abstract

**Introduction**: Occupation-centered, client-centered and evidence-based practice in occupational therapy calls for a deep understanding of occupation and of what makes occupations meaningful. This article examines the process of meaning construction of elderly people (> 65 years) looking at the occupation of „visiting musical events".
**Method**: Semi-structured interviews with ten participants were conducted. Data analysis was executed following the principles of content summary analysis according to Mayring (2015, 2016). Furthermore, the Swedish Value and Meaning in Occupation Model (ValMO) was used to substantiate the theoretical background.
**Results**: Outcomes show that meaning construction is a highly individual process which is shaped differently by individuals. However, all participants describe that individual value in a particular occupation determines its meaning. The emotional connection between experiences and memories plays a decisive role in this process.
**Conclusion**: "Visiting musical events" is experienced as a fusion of many different occupations which should be regarded as a whole experience. The experienced value effects the perception of meaning and which occupations are performed and how often. „Visiting musical events" generates memories that are linked to emotional experience and – also through reminiscence have a high significance for well-being.

Originalarbeit

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

## Einleitung

*„The voice of occupation can be heard in both the everyday and the dramatic aspects of our lives – in the pincushions and thimbles, while watering the flowers and while making cookies […]. All of the days of our lives occupation speaks."* (Hasselkus, 2011, S. 187)

Betätigung ist im Leben von Menschen allgegenwärtig. Die Ergotherapie betrachtet die Teilhabe an bedeutungsvollen Betätigungen als ihr Herausstellungsmerkmal in der Behandlung und Begleitung von Klient*innen (Cohn, Kowalsky & Swarbrick, 2017). Zentral ist immer das Individuum mit seinem Anliegen, persönlich bedeutungsvolle Betätigungen (wieder) ausführen zu können. Um Interventionen dieser Entwicklung anzupassen und für die Praxis einsetzbar zu machen, ist ein fundiertes Wissen über Betätigung notwendig. Dazu gehört zwingend auch die Untersuchung von Bedeutung und des Prozesses der Konstruktion von Bedeutung für Betätigungen (Meaning Construction). Die Erforschung von Meaning Construction anhand alltäglicher Betätigungen ist Gegenstand aktueller betätigungswissenschaftlicher Forschung und konnte bereits solides Wissen generieren. Aufgrund der hohen Individualität dieser Prozesse und Mechanismen, die hierbei eine Rolle spielen, ist es jedoch notwendig, dieses Gebiet der ergotherapeutischen Forschung weiter zu untersuchen und vielschichtige und zahlreiche Betätigungen zu beleuchten. Die vorliegende Untersuchung greift diese Forderung auf und betrachtet den Prozess von Meaning Construction während des Besuchs von Konzerten bei Menschen ab 65 Jahren.




**Abb. ❶**: Funktionen von Musik (Lonsdale & North, 2011, S.120ff)

Menschen jeden Lebensalters partizipieren in Betätigungen für ihre persönliche Lebensfreude und um eine große Bandbreite an persönlichen Bedürfnissen abzudecken (Olson, 2009). Mit dem Eintritt in die Rentenphase verändern sich viele Aspekte im Leben eines Menschen, er erfährt dann eine einschneidende Veränderung der Tagesstruktur und Zeitverwendung. So verliert der Mensch Rollen, kann die bestehenden aber auch verändern oder neue Rollen übernehmen. Zudem kommt es zu einer Veränderung von Gewohnheiten (Cook, Polatajko & Rudman, 1997). Wenn Menschen in die Rente eintreten, haben sie neue Möglichkeiten, ihre Interessen zu beleuchten und sich damit auseinanderzusetzen, wer sie im Verlaufe des bisherigen Lebens gewesen sind und wer sie nun sein möchten (Olson, 2009). Laut einer aktuellen Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung gehört in Deutschland der Bereich Freizeit mit 67% an dritter Stelle hinter guter Gesundheit und finanzieller Sicherheit zu den fünf am höchsten bewerteten Kriterien für ein gutes Leben (GfK, 2017). Typischerweise bestimmen frühere Freizeitaktivitäten, wie die Freizeit ab dem Rentenalter gestaltet und welchen Betätigungen dabei eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird (Olson, 2009). In der aktuellen betätigungswissenschaftlichen und ergotherapeutischen Forschung findet der Aspekt des „gesunden Alterns" – sicherlich auch aufgrund des demografischen Wandels und der stetig alternden Gesellschaft – eine hohe Beachtung. Mehrere Autor*innen betonen die Relevanz des Themas Betätigung im Alter und den Zusammenhang zwischen bedeutungsvoller Betätigung und Gesundheit (Fisher, & Lindhilm, Zingmark, & Nilson, 2015, Liu & Lou, 2016; Molineux & Whiteford, 2011; Olson, 2009; Pallauf, Seeberger & Stellwag, 2010).
Die Autorinnen der vorliegenden qualitativen Studie „Live is Life – eine qualitative Studie über Meaning Construction am Beispiel ‚Besuch von Musikveranstaltungen'" (Gätz, Schymura, & Theissen, 2019) stellen die Verbindungen zwischen Betätigung und ihrer Veränderung im Alter, Emotionen, Erinnerungen, Bedeutungszuweisungen und Wohlbefinden dar. Damit verknüpfen sie diese verschiedenen Schwerpunkte ergotherapeutischer Forschung und Sozialforschung zu einer insgesamt zu betrachtenden Einheit.

*Musik und Ergotherapie*

Musik kann als ein Mittel zur Steigerung der Beteiligung an bedeutungsvollen Betätigungen genutzt werden. Menschen führen musikalische Aktivitäten aus, um damit direkt ihre Partizipation in für sie bedeutungsvollen Betätigungen zufriedenstellender zu gestalten (Craig, 2008). Musik ist also ein Thema, das in der Ergotherapie durchaus präsent ist – die Untersuchung des Betätigungsaspektes ist dabei aber noch wenig erfolgt (Craig, 2008; Kohn, Kowalski & Swarbrick, 2017). Eine dreiteilige Studie mit quantitativen und qualitativen Untersuchungsmethoden von Lonsdale und North (2011) konnte zeigen, dass sich die Funktion von Musik stark auf die emotionale Ebene bezieht und Einfluss auf Lebensqualität und Wohlbefinden hat und berührt somit ein Kernthema der Ergotherapie. Die Studie stellt insgesamt sieben Hauptfunktionen von Musik heraus (→ Abb. ❶).
Einhergehend mit den oben beschriebenen Funktionen von Musik laufen körperliche, biochemische Prozesse beim Hören von Musik ab, die Einfluss auf Emotionen und Wohlbefinden haben. Stellwag et al. (2010) beschreiben das Phänomen der „episodi-

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



schen Assoziation". Hierbei verknüpft das Gehirn bestimmte Erinnerungen mit Musik. Aufgrund dieser Verbindung wird durch erneutes Hören dieser Musik das sogenannte Glückshormon Dopamin ausgeschüttet. Lamont (2012) beschreibt eine enge Verbindung von Emotion, Erinnerung und Bedeutung mit Musik. Verknüpfte Erinnerungen und die Gelegenheit zur Reminiszenz führen laut Habron, Butterly, Gordon und Roebuck (2013) zur Identifikation mit der eigenen Identität, dem „sense of self", einem der Kernaspekte für Wohlbefinden (Christiansen, 1999; Hasselkus, 2011; Reed, 2010). Eine schwedische Langzeitstudie stellt fest, dass sich der Besuch von Kulturveranstaltungen wie der Besuch von Konzerten, Theaterstücken oder Museen die Mortalität des Menschen senkt (Konlaan, Bygren & Johansson, 2000).

*Meaning und Meaning Construction*

Die ergotherapeutische Perspektive betrachtet den Nutzen von Betätigung für das Erfüllen von Bedürfnissen (needs), Wünschen (wants) und Verpflichtungen (obligations) (Wilcock, 2006).

Mit den Veränderungen im Lebenslauf verändern sich auch Bedürfnisse, Wünsche und Verpflichtungen und das Betätigungsspektrum verändert und erweitert sich (Persson et al., 2001). Die Voraussetzung für die Ausführung von Betätigung und damit für das Sammeln von Erfahrungen zur Anpassung des Betätigungsspektrums besteht darin, dass der Mensch überhaupt in der körperlichen und mentalen Verfassung ist, um Betätigungen durchzuführen, zu überwachen und auch anzupassen (Hocking, 2009). Diese Anpassungsfähigkeit bildet die Voraussetzung, um mit den Herausforderungen des täglichen Lebens umgehen zu können (Clausnitzer, 2008). Die Zusammenhänge zwischen der Ausführung von Betätigungen und Gesundheit und Wohlbefinden sind vielfach untersucht und belegt worden (Christiansen, 1999; Rudmann et al., 1997; Wilcock, 2006). Soziale Aktivitäten, also Aktivitäten in der Gemeinschaft, stehen in direkter Verbindung mit Wohlbefinden (Rudmann et al., 1997). Je nachdem, ob die Aktivität das Individuum physisch, psychisch oder mental fordert, werden unterschiedliche Bedürfnisse erfüllt, die für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Person von zentraler Bedeutung sind (Rudmann et al., 1997; Wilcock, 2006; Persson et al., 2001). „Occupation is a natural user of time that provides a sense of purpose, and without which humans are apt to be bored, depressed and sometimes destructive" (Wilcock, 2006, S. 9). Betätigungen, die Zeit in Anspruch nehmen und dabei das Verschwenden von Zeit verhindern oder unterbinden, werden von älteren Menschen als wertvoll empfunden und tragen zum Wohlbefinden bei (Lonsdale & North, 2011; Rudman et al., 1997).

Betätigung erhält nicht nur durch das „Tun" Bedeutung oder wird dadurch bedeutungsvoll, sondern Bedeutung kann sich auch durch die Wahrnehmung und Erfahrung während sowie durch die Bearbeitung nach der Ausführung entwickeln: „occupation as experience is occupation as it is perceived through our senses, as it is lived, as it is experienced" (Hasselkus, 2011, S. XI). Durch die Zunahme von Erfahrungen verändert und erweitert sich das Konzept von Bedeutung (Persson et al., 2001), denn nicht nur die Betätigungen selbst, sondern auch deren wahrgenommene Bedeutungen folgen der steten Entwicklung im Lebenslauf. Veränderungen im Lebensstil und spezifische Erinnerungen beeinflussen die persönlich wahrgenommene Bedeutung der Betätigung (Hannam, 1997). Der Prozess der Meaning Construction wird zudem auch durch die soziale und kulturelle Umwelt beeinflusst (ebd.).

*Das Value and Meaning in Occupation Modell (ValMo-Modell)*

Das ValMO-Modell ist in Deutschland bisher eher unbekannt, eine deutsche Übersetzung existiert zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Im skandinavischen Raum wird stetig an der Weiterentwicklung und Forschung zum Modell gearbeitet. In der folgenden Vorstellung des Modells werden die Definitionen aus den Schriften zum ValMO-Modell zum besseren Verständnis durch deutsche Begriffe ergänzt, in den Grafiken und Beschreibungen im Text werden aber die ursprünglichen Begrifflichkeiten verwendet, um einer Verfälschung des Inhaltes vorzubeugen.

Betätigungen greifen ineinander und bilden ein Gewebe, indem ihnen durch die Erfahrungen der Person in einem steten, aktiven Zusammenspiel von Person, Aufgabe und Umwelt Bedeutung zugewiesen wird (Persson et al., 2001). Meaning Construction beschreibt also den Vorgang, in dem Menschen Betätigungen in ihrem alltäglichen Leben Bedeutung zuweisen, in dem bestimmte Elemente der Betätigung diese zu einer bedeutungsvollen Betätigung für den Menschen werden lassen. Das von Persson et al. (2001) in Schweden entwickelte Value and Meaning in Occupation Model (ValMO-Modell zu Wert und Bedeutung in Betätigung) betrachtet menschliche Betätigung mit dem Fokus auf Wert (value) und Bedeutung (meaning). Zugrunde liegen diesem Modell systemtheoretische Überlegungen und eine holistische Sichtweise. Im ValMO-Modell werden alle Betätigungen dann als bedeutungsvoll gekennzeichnet, wenn sie in den kontinuierlichen Ablauf des „occupational repertoires" (Bestand, Gesamtheit von Betätigungen) der Person integriert sind (Persson et al., 2001). Betätigungen müssen also nicht zwingend funktional zielgerichtet sein, um bedeutungsvoll zu sein. Das „occupational repertoire" wird als Sammlung von Betätigungen verstanden, die sich im Lebenslauf durch zunehmende Erfahrungen erweitert und verändert. Der Schwerpunkt der Betrachtung von (bedeutungsvoller) Betätigung liegt auf dem persönlich erfahrenen Wert und der damit verbundenen persönlichen Kategorisierung der Betätigung. Das ValMo-Modell stellt die Zusammenhänge zwischen Wert und Bedeutung für Betätigungen in den Fokus und wird aus diesem Grund der vorliegenden Studie zugrunde gelegt.

Das ValMo-Modell spricht von sogenannten „triads" (Triaden oder Dreiheiten), die miteinander in Interaktion treten und damit Betätigungen und dem Leben Bedeutung verleihen (→ Abb. ❷). Die einzelnen „triads" werden im Folgenden genauer erläutert.

Das ValMo-Modell beschreibt drei „value dimensions" (Wert-Di-

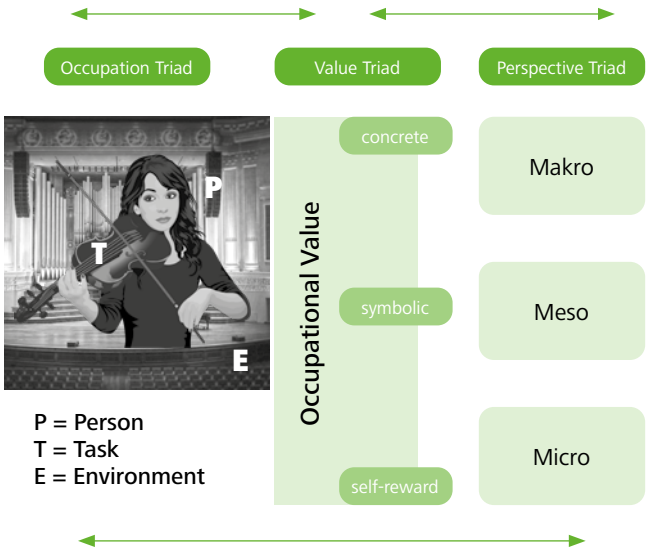
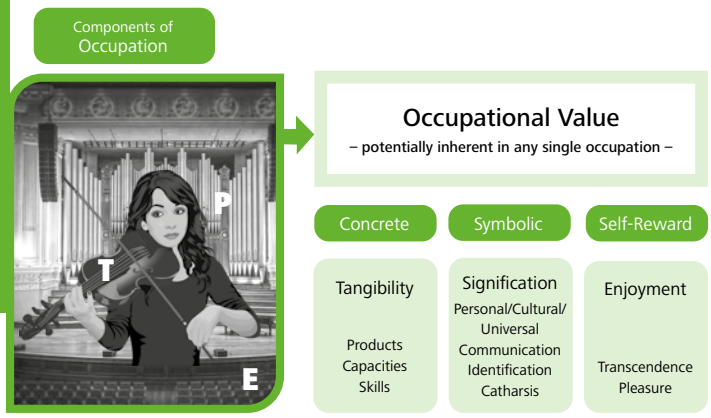



**Abb. ❷**: Triads des ValMo-Modells
(erstellt in Anlehnung an Persson & Erlandsson, 2010, S. 35)

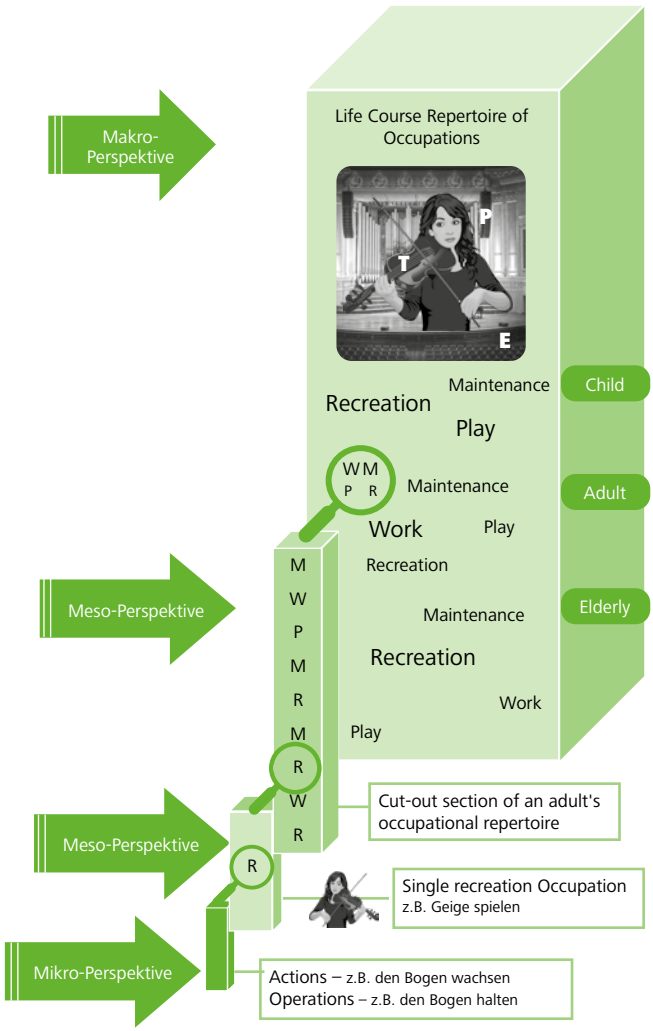
Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Originalarbeit




P = Person
T = Task
E = Environment

**Abb. ❸**: Value Dimensions des ValMo-Modells
(erstellt in Anlehnung an Persson & Erlandsson, 2010, S. 36)




W = Work P = Play R = Recreation

**Abb. ❹**: Perspektiven des ValMo-Modells
(erstellt in Anlehnung an Persson et al., 2001, S. 11)

mensionen): „concrete", „symbolic" und „self-reward" (→ Abb. ❸).

- „Concrete Value" (Konkreter Wert)

In dieser Dimension geht es um konkrete, sicht- und erfassbare Anteile von „occupational value". Hierbei könnte es sich zum Beispiel um ein konkretes Produkt handeln, das der Person oder auch anderen Personen Zufriedenheit gibt (Persson et al., 2001).

- „Symbolic Value" (Symbolischer Wert)

Der symbolische Wert ist weniger offensichtlich, denn es geht um die Frage, welchen Sinn und welche symbolische Bedeutung die Betätigung in der persönlichen Wahrnehmung der Person hat (Persson et al., 2001).

- „Self-Reward Value" (Selbst-Belohnung)

Die Betätigung wird ausgewählt, weil man sie einfach gerne ausführt, sie selbst wird als eine direkte Belohnung durch die Person wahrgenommen. Solche Betätigungen dienen auch dazu, die Zeit und sich selbst vergessen (Persson et al., 2001).

Im Idealfall erfährt eine Person durch eine Betätigung alle drei Wert-Dimensionen. Die Ausführung einzelner Betätigungen mit ihren Wert-Dimensionen bilden die Voraussetzungen, um die Bedeutung des persönlichen Repertoires als Ganzes zu entdecken (Persson et al., 2001; Persson & Erlandsson, 2010).
Im ValMO-Modell werden drei miteinander interagierende Zeit-Perspektiven beschrieben: die Makro-, Meso- und Mikro-Perspektive (→ Abb. ❹). Die Makro-Perspektive beinhaltet das „occupational repertoire" über den Lebenslauf. Die Meso-Ebene betrachtet Betätigungen für einen bestimmten (Zeit)abschnitt. In der Mikro-Perspektive werden einzelne Komponenten der Betätigung skizziert (Persson et al., 2001). Betätigungen werden im ValMO-Modell in vier Kategorien unterteilt: „maintenance" (Betätigungen zum Erhalt des Lebens, zur Erfüllung von Grundbedürfnissen), „work" (bezahlte und unbezahlte Arbeit zum Er-

Wörtliche Übersetzung der Begriffe des ValMO-Modells zur vereinfachten Verständlichkeit:

| | |
|---|---|
| Capacities | Fähigkeiten, Kapazitäten |
| Catharsis | Entspannung |
| Communication | Kommunikation |
| Components | Bestandteile |
| Concrete Value | konkreter Wert |
| Cultural | kulturell |
| Enjoyment | Genuss |
| Environment | Umwelt |
| Identification | Identifikation |
| Occupation Triad | Betätigungstriade |
| Occupational Value | Wert von Betätigung |
| Person | Person |
| Personal | persönlich |
| Perspective Triad | Perspektivische Triade (bezogen auf Zeit) |

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



| Kategorien | |
|---|---|
| *Maintenance (Erhalt des Lebens, Erfüllung von Grundbedürfnissen)*<br>Unter diesem Punkt werden Betätigungen gefasst, die zur Erfüllung der Grundbedürfnisse benötigt werden. In dieser Kategorie dominieren in der Regel „concrete value" und „symbolic value". | |
| *Work (Bezahlte und unbezahlte Arbeit, Sicherung des Lebensstandards)*<br>Der Bereich der Work-Occupations umfasst Betätigungen, die für die (finanzielle) Sicherheit ausgeführt werden (müssen), um den Lebensstandard/Stil zu sichern. Auch Hausarbeit und Bildung fallen in diese Kategorie. „Concrete value" und „symbolic value" dominieren diese Kategorie. | |
| *Play (Spiel)*<br>Freudebringende und zufrieden machende Betätigungen werden zu der Kategorie Play zugeordnet. Sie bieten die Möglichkeit, zeitweise gesellschaftliche Regeln zur Seite zu schieben und bieten Raum für Fantasie und Rollenverschiebungen, dominierend sind hier „self-reward" und „symbolic value". | |
| *Recreation (Erholung)*<br>Betätigungen in der Kategorie Recreation werden in der Regel als erholend/entspannend wahrgenommen (einfach „sein" können) und ausgeführt, weil man sie mag oder gerade tun möchte. Hier geht es meist um „self-reward value" und „symbolic value". | |

**Tab. ❶**: Kategorien von Betätigung im ValMO-Modell (Persson et al., 2001)

halt des Lebensstandards), „play" (Spiel) und „recreation" (Erholung) (Persson et al., 2001, Persson & Erlandsson, 2010; → Tab. ❶).

Dieselbe Betätigung kann zu jeder der vier Kategorien gehören, abhängig vom Individuum, das sie ausführt. In ihrer Untersuchung zu den Zusammenhängen zwischen Wert, wahrgenommener Bedeutung und subjektivem Gesundheitsempfinden konnten Persson et al. (2011) zeigen, dass es signifikante Verbindungen zwischen diesen Komponenten gibt.

| | |
|---|---|
| Pleasure | Freude, Vergnügen |
| „potentially inherent in any single occupation" | potenziell in jeder einzelnen Betätigung vorhanden |
| Products | Produkte |
| Self-Reward Value | Selbstbelohnungswert |
| Signification | Signifikanz |
| Skills | Fertigkeiten |
| Symbolic Value | symbolischer Wert |
| Tangibility | Greifbarkeit |
| Task | Aufgabe |
| Transcendence | Erhabenheit |
| Universal | Universal, global |
| Value Triad | Werte-Triade |

## Methode

Für die nachfolgend dargestellte Studie, die auf der Bachelorarbeit der Autorinnen basiert, wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, um die persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse der Studienteilnehmer*innen zu erfassen und darzustellen.

*Forschungsfrage*

Die zentrale Forschungsfrage lautete:

- „Wodurch wird der Besuch von Musikveranstaltungen zu einer bedeutungsvollen Betätigung für Menschen ab 65 Jahren?"

Anhand dieser Frage entwickelten die Autorinnen folgende Leitfragen:

1. Welche Gründe geben Menschen ab 65 Jahren für den Besuch von Musikveranstaltungen an?
2. Aus welchen Betätigungen besteht der individuelle Prozess von Menschen ab 65 Jahren vor, während und nach dem Besuch einer Musikveranstaltung?
3. Wie beschreiben Menschen ab 65 Jahren den persönlichen Wert des Besuchs von Musikveranstaltungen?
4. Welche Auswirkung hat der persönlich wahrgenommene Wert auf die Bedeutung (Meaning) des Besuchs von Musikveranstaltungen für Menschen ab 65 Jahren?

Die Leitfragen wurden anhand des ValMO-Modells ausgearbeitet. Die Wert-Dimensionen (→ Abb. ❸) wurden hierbei ebenso berücksichtigt wie die Zusammensetzung der Betätigung „Besuch von Musikveranstaltungen" auf Makro-, Meso- und Mikroebene (→ Abb. ❹). Die individuelle Sicht auf Bedeutung und Werte für Betätigungen, die im ValMO-Modell im Vordergrund steht, leitete den Prozess der Datenerhebung.

*Studiendesign*

Da sich das zu untersuchende Thema stark mit dem Erleben und Erfahren von Menschen auseinandersetzt, erfolgte die Datenanalyse und Datenauswertung anhand der qualitativen Inhaltsanalyse (Inhaltszusammenfassung) nach Mayring (2015, 2016). Dies ermöglichte, durch induktive Kategorienbildung alle Aussagen der Teilnehmer*innen miteinzubeziehen und die Kernaussagen zusammenzufassen.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



| Teilnehmer-*innen | Geschlecht | Alter in Jahren | Beruf | Ehemaliger Beruf | Musikgenre | Anzahl MV/Jahr |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TN1 | W | 65 | Küchenhilfe (KITA) | Arzthelferin | Rock/Jazz | 3–4 |
| TN2 | M | 71 | Rentner | Maschinenarbeiter | Rock/Jazz | 3–4 |
| TN3 | W | 69 | Rentnerin | Studiendirektorin | Oper/Klassik | 100+ |
| TN4 | M | 78 | Rentner | Bankangestellter | Oper/Klassik | 20+ |
| TN5 | W | 75 | Rentnerin | Tourismuskauffrau | Oper/Klassik | 20+ |
| TN6 | M | 66 | Rentner | Lehrer | Rock/Pop | 2–3 |
| TN7 | W | 76 | Rentnerin | Hausfrau | Blasmusik | 5–10 |
| TN8 | W | 88 | Rentnerin | Kaufmännische Angestellte | Klassik/Chormusik | 5–10 |
| TN9 | W | 69 | Rentnerin | Lehrerin | Musicals/Blasmusik | 8–10 |
| TN10 | M | 68 | Rentner | Elektriker | Klassik | 1–2 |

Legende: M: Männlich, W: Weiblich, MV: Musikveranstaltungen

**Tab. ❷**: Teilnehmer*innen der Studie von Gätz, Schymura & Theissen (2018)

*Literaturrecherche*
Die Autorinnen suchten über die Online-Plattformen Google Scholar und CINAHL nach aktueller Literatur. Diese wurde anschließend nach den LAW-Kriterien von Letts et al. (2007, 1998) kritisch bewertet und nach Borgetto und Tomlin (2011) in die Research-Pyramide eingeordnet. Die berücksichtigte Literatur war mehrheitlich nicht älter als zehn Jahre. Das Evidenzlevel der verwendeten Literatur war breit gefächert, jedoch wurden hauptsächlich qualitative Studien (überwiegend Group Studies with less rigor) verwendet. Auch Literature Reviews und vereinzelt auch Metaanalysen sowie Case Studies wurden bei der Erarbeitung des theoretischen Hintergrundes hinzugezogen.

*Datenerhebung*
Die Datenerhebung erfolgte durch semi-strukturierte Interviews, die leitfadengestützt durch die Autorinnen geführt wurden. Nach zwei Pilotinterviews wurde der Interviewleitfaden durch Erweiterung und Reformulierung angepasst. Bei den Fragen, die sich auf die Werte-Dimensionen bezogen, wurde die Definition der einzelnen Dimensionen des ValMO-Modells anhand der Literatur zugrunde gelegt. Bei der Datenerhebung waren immer zwei Autorinnen anwesend, eine Interviewerin und eine Beobachterin. Die Interviews wurden mittels zweier Smartphones aufgenommen und anschließend wortwörtlich nach Dresing und Pehl (2017) transkribiert. Die Interviews hatten jeweils eine Dauer von 30 bis 90 Minuten und wurden ausnahmslos bei den Interviewteilnehmer*innen zuhause durchgeführt. Dies ermöglichte eine entspannte und störungsfreie Atmosphäre.

*Teilnehmer*innen*
Die Teilnehmer*innen wurden hauptsächlich über Mund-Propaganda gefunden, indem sie von der Studie gehört hatten und sich selbst bei den Autorinnen meldeten. Zur Vermeidung von indirekter oder direkter Selektierung wurden die Interviews in der Reihenfolge der Anmeldungen bearbeitet. Die ersten beiden Interessent*innen wurden nach ihrer Zustimmung zur Teilnahme demzufolge für die Pilotinterviews befragt. Es wurde keine Vorauswahl aufgrund von gegebenen Informationen vorgenommen, lediglich die Erfüllung der Einschlusskriterien wurde bei der Auswahl berücksichtigt. Die Einschlusskriterien für die Interviewteilnehmer waren ein Mindestalter von 65 Jahren sowie der Besuch von mindestens ein bis zwei Musikveranstaltungen im Jahr. Weitere Faktoren, wie beispielsweise körperliche Einschränkungen, spielten keine Rolle. Alle Daten wurden anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf die Teilnehmer*innen gezogen werden können.

*Datenauswertung*
Die transkribierten Interviews wurden mithilfe des inhaltsanalytischen Ablauf-Modells nach Mayring (2015) analysiert, wobei mithilfe von Karteikarten und unterschiedlichen Farben induktiv Kategorien gebildet wurden. Die Gütekriterien qualitativer Forschung wurden während des gesamten Prozesses beachtet und angewandt.

*Ethische Aspekte*
Der Forschungsgegenstand und die methodische Vorgehensweise wurden mit der begleitenden Dozentin der Zuyd Hogeschool abgestimmt. Die Teilnehmer*innen der Studie nahmen freiwillig teil und meldeten sich selbst aufgrund ihres Interesses. Die Rahmenbedingungen, die Verwertung der Daten, der Zweck der Studie und die Vorgehensweise der Autorinnen wurden im Vorfeld der Interviews besprochen. Die Teilnehmer*innen unterzeichneten eine Einverständniserklärung und wurden darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme sowie die Zustimmung zur Verwertung der erhobenen Daten jederzeit widerrufen und beendet werden kann.

## Resultate

Die Ergebnisse der Interviews wurden in fünf Kategorien und mehrere Subkategorien unterteilt, die im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

*Veränderung der Freizeitgestaltung*
Der Zugewinn an freier Zeit durch den Wegfall der Arbeit führt bei den Teilnehmer*innen zu einer (zeitlichen) Intensivierung der bereits vorher ausgeführten Hobbys und Freizeitaktivitäten. Inhaltlich wurde eher beschrieben, dass Anpassungen aufgrund äußerer Umstände (z.B. Umzug in ein betreutes Wohnen, gesundheitliche Einschränkungen, Tod des Partners) vorgenommen wurden. Diese Anpassungen beinhalten auch den Besuch von Konzerten nur noch im näheren Wohnumfeld oder mit einer (oder mehreren) neuen Begleitperson(en). Einfluss auf die inhaltliche und zeitliche Freizeitgestaltung nehmen laut den Interviewpartner*innen auch die Betreuung von Enkelkindern oder breit gefächerte Angebote in der Gemeinde, die nun wahrgenommen werden.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

*Kriterien für den Besuch von Musikveranstaltungen*

Die Gründe, eine Musikveranstaltung zu besuchen, sind sehr individuell und mit den eigenen Erfahrungen im Leben und den eigenen Bedürfnissen verknüpft. Eine große Rolle spielen die Entspannung und der Genuss einer Musikveranstaltung. Die Liebe zur Musik und dem Live-Erlebnis stellen ebenfalls Gründe dar, ein Konzert zu besuchen.

> *„Ganz klar. Entspannung und Genuss. Und wenn es nur das Radio ist, dann ist das schon Entspannung und Genuss."* (TN 4, Z 314-315)

> *„Und beim Konzert natürlich noch stärker."* (TN 5, Z. 316)

Jedoch stellt auch der finanzielle Aspekt einen zentralen Punkt für die Teilnehmer dar. Diese Frage wurde im Interviewleitfaden nicht direkt gestellt, jedoch wurde dieser Aspekt von allen Teilnehmenden aufgegriffen. Die Zunahme der Kosten für Eintrittskarten wird als mögliches Ausschlusskriterium beschrieben, auch das in der Rente geringere Einkommen nimmt Einfluss auf die Möglichkeit, ein Konzert zu besuchen. Eine besonders kostengünstige Methode, eine Oper zu besuchen, beschreibt TN 3: Stehplätze könnten für zwei bis vier Euro erworben werden:

> *„[…] Das Anstehen ist das Längste dafür (…). Samson und Dalila, fünf Stunden vorher müssen Sie stehen, bevor die Oper anfängt, damit Sie einen Stehplatz kriegen in Wien, ja? Ich rede jetzt von wegen Netrebko, müssen Sie morgens um acht sich anstellen, damit Sie abends reinkommen. […] Ich bin ja kein Millionär."* (TN 3, Z. 580-599)

Für alle Teilnehmer*innen bestehen deutliche Unterschiede, ob die Musik live erlebt oder auf Tonträgern (im häuslichen Umfeld) angehört wird. Die Atmosphäre spielt hierbei eine entscheidende Rolle, sie wird bei einer Live-Veranstaltung intensiver wahrgenommen. Ein Teilnehmer beschreibt, dass er sich so voll und ganz auf die Musik konzentrieren könne.

> *„[…] Live is Live. Wir haben zwar auch die DVDs und CDs. Aber wenn man sich das live anhört, ist das doch schon etwas anderes, als wenn man sich irgendeine CD anhört."* (TN 2, Z. 112-114)

*Betätigungen im Prozess des Besuches von Musikveranstaltungen*

Diese Kategorie untergliedert sich in vier Abschnitte: Planung/Vorbereitung, Tag der Musikveranstaltung, die Musikveranstaltung selbst und nach der Musikveranstaltung.

Der Prozess des Konzertbesuchs beginnt in der Regel mehrere Monate oder Wochen zuvor mit der Entscheidungsfindung, welche Veranstaltung besucht werden soll oder besucht werden kann. Die Entscheidung zu treffen, eine Musikveranstaltung zu besuchen, hängt dabei dann stark vom Zeitpunkt der Veranstaltung ab, also auch ob es bereits andere bestehende Termine oder Pläne gibt.

> *„Zu den Vorbereitungen gehört, dass man informiert ist und dass man sich informiert über die Veranstaltung […]."* (TN 5, Z. 818-819)

Zur Vorbereitung des Besuchs, nachdem die Entscheidung gefallen ist und die Veranstaltung näherrückt, zählen die Klärung der Begleitung, der Ticketkauf und das intensivierte Anhören der Musik des Künstlers oder der Künstlerin.

> *„Die CD rauf und runter laufen lassen, damit man wieder reinkommt und alle Lieder kennt."* (TN1, Z.168-169)

Die Begleitung zu der Musikveranstaltung wird nicht von allen Teilnehmer*innen als entscheidend wahrgenommen, Konzerte werden auch alleine besucht.

> *„[…] die Begleitung ist nicht entscheidend, das Werk ist entscheidend."* (TN 3, Z. 112)

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Zeit nach dem Konzert vorwiegend der Verarbeitung des Erlebten dient. Den Abend ausklingen zu lassen und nicht sofort nach Hause zu fahren, gehört für manche Teilnehmenden zu einem gelungenen Besuch einer Musikveranstaltung dazu. Für andere Teilnehmer*innen ist es jedoch wichtig, sofort nach Hause zu fahren, um dort die Veranstaltung zu verarbeiten. Auch der Zeitraum (Tage/Wochen/Monate) nach dem Erlebnis gehört vereinzelt noch zu der Verarbeitung dazu. Hierbei werden verschiedene Methoden eingesetzt, so das wiederholte Hören der Musik, das Verfassen einer Kritik, die Katalogisierung von Werken der jeweiligen Künstler*innen sowie das Sammeln von Tickets und/oder Zeitungsberichten.

*Erfahrung von Bedeutung*

Die Erfahrung von Bedeutung wird von den Teilnehmer*innen vordergründig anhand von emotionalen Erlebnissen bei vergangenen Musikveranstaltungen verdeutlicht. Sie beschreiben, dass der Besuch von Musikveranstaltungen sowohl positive als auch negative emotionale Wirkungen haben kann. In dieser Kategorie nennen die Teilnehmer*innen vor allem, was sie während der Konzertbesuche erlebt haben und welche emotionalen Anteile dies hatte. Erholung vom Alltag und Abbau von Stress werden beim Besuch von Musikveranstaltungen geschildert. Besondere Erlebnisse während eines Konzertbesuches werden teilweise auch nach Jahrzehnten noch mit positiven Emotionen verbunden. Die Emotionen, die bei der Musikveranstaltung auftreten, können vor, während und auch nach dem Konzert wahrgenommen werden. Die Vorfreude ist auch ein wichtiger Aspekt der positiven emotionalen Behaftung des Besuches von Musikveranstaltungen.

> *„Ich zieh da eh Freude einmal raus. Und ich kann abspannen. Stress weg. Und eigentlich ist das schon genug."* (TN 10, Z. 131-132)

Es werden aber nicht nur positive Erfahrungen von den Teilnehmern beschrieben. Negative Erfahrungen beziehen sich überwiegend auf Fahrtzeiten, sich gestört fühlen durch andere Besucher der Veranstaltung oder eine enttäuschende Darbietung.



Abb.: © Clker-Free-Vector-Images/Pixabay

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de


*„Da stand eine Gruppe Jugendlicher, die stand vor mir. Die gequatscht haben die ganze Zeit. Das habe ich mir dann eine Viertelstunde angehört und dann habe ich gesagt: ‚Hey, hier ist ein Konzert.' Und habe ich gemerkt, dass da noch Jugendliche neben mir standen, ach gut, das mal zu sagen. Die haben sich dann etwas rübergestellt und weiter gequatscht. Ich weiß nicht, warum die das Konzert besucht haben. Mir geht es um die Musik."* (TN6, Z. 153-158)

Die Enttäuschung von Erwartungen kann sich einerseits auf Vorwissen und Vorerfahrung beziehen, die Leistung der Musiker*innen oder die Qualität der Darbietung wird mit vorherigen Aufführungen desselben Werkes verglichen (TN 3, TN 4, TN 5, TN 10). Enttäuschung stellt sich ein, wenn in der Vergangenheit das Werk oder die Darbietung als von besserer Qualität erlebt wurde. Erwartungen können andererseits enttäuscht werden, wenn die Darbietung einer innerlich aufgebauten Vorstellung, Spannung und Vorfreude nicht entspricht (TN 1, TN 2, TN 6, TN 9). Die negativen Erlebnisse und Emotionen führen dann aber nicht zu einer generellen Abneigung, diese Veranstaltungen zu besuchen, sondern werden durch die positiven Erfahrungen überlagert.

Sich so sehr in das Konzert zu vertiefen, dass der Alltag nebensächlich wird, man Zeit- und Raumgefühl verliert, beschreiben die Teilnehmer*innen als Höhepunkt auf emotionaler Ebene. Hier benennen sie, dass es sich vor allem um das Vergessen der Zeit handelt und dass die Stunden *„sehr schnell vorbeigehen bei tollen Konzerten"*. Nach der Bedeutung des Besuchs von Musikveranstaltungen befragt schildern sie zudem überwiegend den emotionalen Benefit, den sie daraus ziehen können. Dieser bleibe auch noch über eine gewisse Zeit präsent und werde genutzt, um den Alltag zu bereichern.

*„[…] ist dann praktisch so ein kurzer Urlaub. Da denkt man an keine Sorgen oder Probleme oder… Das ist dann weg."* (TN 9, Z. 234-235)

*Verknüpfung von Wahrnehmung und Erinnerung*

Die Teilnehmer*innen stellen die Wahrnehmung und Verarbeitung des Besuchs von Musikveranstaltungen anhand des Stellenwertes von verschiedenen, an Erinnerungen geknüpfte Erfahrungen, dar. Erinnerungen an besondere Erlebnisse und besonders gelungene Veranstaltungen sind eher mit der Musik und dem Live-Erlebnis verknüpft als mit Gegenständen.

*„Ja, da habe ich eine Reihe von Dingen aufgezeichnet. Aber ich guck mir die nur ganz ganz selten an. […] Da erinnere ich mich lieber an die Sache, die ich live erfahren habe."* (TN 6, Z. 193-195)

Andere Teilnehmer*innen berichten von aufbewahrten Tickets, Tassen und anderen Souvenirs oder von der Katalogisierung von Musikveranstaltungen mit Kritiken zu Dirigent und Darbietungen, wie TN 3 schildert:

*„Ich schreibe hinter jeder Aufführung eine Kritik. Für mich persönlich. Jedes Konzert wird katalogisiert, jeder Sänger kriegt bei mir eine Karteikarte, jedes Musikstück hat eine Karteikarte, jeder Dirigent hat eine Karteikarte. […] So wird es für mich intensiver und ich habe einen Vergleich."* (TN3, Z. 402-406)

## Diskussion

Geleitet wurde der Forschungsprozess durch die Frage, wodurch der Besuch von Musikveranstaltungen zu einer bedeutungsvollen Betätigung für Menschen ab 65 Jahren wird. Anhand der Ergebnisse aus der Datenerhebung und -analyse lässt sich dieser Prozess von Meaning Construction darstellen und den Leitfragen folgend diskutieren.

*Gründe für den Besuch von Musikveranstaltungen*

Bei der Untersuchung von Meaning Construction ist es wichtig, die Gründe für die Ausführung der Betätigung zu erfassen, denn die Bedeutung wird häufig über die beschriebenen Gründe sichtbar (Hannam, 1997). Die Gründe, ein Konzert zu besuchen, sind sehr individuell und gestützt auf die Erfahrungen und Erlebnisse des Lebens. Der Besuch von Musikveranstaltungen gehört zu den kulturellen Betätigungen, die Menschen hauptsächlich in ihrer Freizeit durchführen (Liersch, 2017; Olson, 2009; Persson et al., 2001) und die nicht im häuslichen Umfeld stattfinden. Freizeitbetätigungen nehmen bei Menschen über 65 Jahren etwa 11% der Zeitverwendung im Tagesverlauf ein (Chilvers et al., 2010). Die vorliegende Studie zeigt, dass den früheren Hobbys und Interessen weiterhin nachgegangen wird, dass aber durch die größere zeitliche Flexibilität die Ausführung intensiver und selbstbestimmter erfolgt. Lebensereignisse können zu einer Veränderung der inhaltlichen und zeitlichen Freizeitgestaltung und damit einhergehend in gewissem Maße zum Verlust der vollständigen Selbstbestimmung führen und das „occupational repertoire" im Alter beeinflussen (Olson, 2009; Persson et al., 2001). In der vorliegenden Studie wurden hierzu die Aspekte Krankheit (der Person selbst oder von Partner/Angehörigen), der Verlust des Ehepartners und altersbedingte physische, psychische und kognitive Veränderungen als Gründe angegeben, um Betätigungen anzupassen. TN 8 schildert hierzu, dass sie aufgrund körperlicher Einschränkungen keine weiten Fußstrecken zurücklegen kann und dass dadurch die Auswahl der Veranstaltung stark von der Spielstätte abhängt. Pragmatische Entscheidungen stünden aber dem Genuss nicht im Wege. Weitere Gründe, die Teilnehmer*innen der Studie im Zusammenhang mit Konzertbesuchen schildern, bilden die wissenschaftlich beschriebenen Funktionen und Wirkungen von Musik ab: „mood management", Verarbeitung der eigenen Vergangenheit bzw. biografische Funktionen, freudebringendes Erlebnis und Ablenkung (Lonsdale & North, 2011). Die hauptsächliche Funktion von Musik ist nach Lonsdale und North (2011) die Aktivierung der emotionalen Ebene. Die Teilnehmer*innen der Studie begründen ihr Streben nach dem Besuch von Musikveranstaltungen primär mit dem Erleben von Entspannung und Genuss. Häufig beschrieben wurden ebenfalls Aspekte sozialer Interaktion und Partizipation, da der Konzertbesuch Gelegenheit bietet, die eigene Leidenschaft für Musik mit sinnvoller Betätigung und sozialen Kontakten zu verbinden. Craig (2008) beschreibt potenzielle Effekte von Musik unter anderem auf das kulturelle und soziale Leben, aber auch auf die persönliche Bedeutung und Motivation des Menschen. Das Gefühl für die eigene Identität und die Selbstwahrnehmung (being) können durch soziale Interaktion verstärkt werden (Hitch et al., 2014). Bezogen auf die soziale Interaktion schildern die Teilnehmer*innen die geteilte Leidenschaft und das Interesse an der Musikrichtung, den Künstler*innen oder Komponist*innen als Basis für das Knüpfen von Kontakten und Gesprächen. Auch wenn es sich dabei um fremde Menschen handelt, wird doch eine gemeinsame Verbindung, eine gemeinsame „Wellenlänge" (TN 4) erlebt. Hierzu schildern die Teilnehmer*innen, dass diese Gemeinsamkeit ein sinnstiftender Aspekt der Betätigung „Besuch von Musikveranstaltungen" ist:

*„Aber ich kann sagen, wenn ich auf so ein Konzert gehe mit den ganzen Leuten fühlt man sich wohl. In einer Gesellschaft, das ist auch viel wichtiger. […] Ich kenne die Leute zwar alle nicht. Aber das ist egal, irgendwo ist eine Welle. Ja. Die uns verbindet und deshalb ist es schön, in so ein Konzert zu gehen."* (TN 4, Z. 1127-1132)

*Der Konzertbesuch als Betätigungs-Prozess*

Eine bedeutungsvolle Betätigung wird häufig definiert als eine Konstruktion von mehreren einzelnen Handlungen und Aktivitä-

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



ten, die in einem konkreten Kontext zielgerichtet ablaufen (Stadler-Grillmaier, 2007). Im Widerspruch dazu steht die Definition von bedeutungsvoller Betätigung des ValMO-Modells: Jede Betätigung, die kontinuierlich in das „occupational repertoire" integriert ist, ist bedeutungsvoll (Persson et al., 2001).

Die Betätigung „Besuch von Musikveranstaltungen" besteht aus vielen verschiedenen einzelnen Handlungen, die über einen längeren zeitlichen Prozess hinweg ablaufen. Um diese zu erfassen und zu beschreiben, wurden die Teilnehmer*innen zu den Betätigungen vor, während und nach der Musikveranstaltung befragt. Zur Vereinfachung der Beschreibung von Betätigungen im Prozess des Besuchs von Musikveranstaltungen wurde dieser, wie oben beschrieben, durch die Autorinnen im Vorfeld in die vier Abschnitte Entscheidungsfindung, Vorbereitungen, Tag der Musikveranstaltung und nach der Musikveranstaltung unterteilt. Betrachtet man die Aussagen der Studienteilnehmer*innen, so zeigt sich, dass bei der konkret untersuchten Betätigung die einzelnen Handlungen im Prozess nicht vordergründig als sinnstiftend empfunden werden. Der Fokus liegt vorrangig auf der emotionalen Ebene, weniger auf der Handlungsebene. Grundsätzlich folgt bei den Teilnehmer*innen der Studie der Prozess aber ähnlichen, wiederkehrenden Schritten: Überlegungen und Auswahl, Organisation der Eintrittskarten, Auseinandersetzung mit der Musik, Vorbereitungen am Veranstaltungstag und Anreise, Besuch der Veranstaltung, Verarbeitung des Erlebten. In allen Prozessschritten schildern die Teilnehmer*innen eher die emotionalen Aspekte, die Handlungen selbst werden eher aufgezählt. Wie Hasselkus (2011) herausstellt, sind Bedeutung und Betätigung komplexe und vielschichtige Phänomene. Sie sind untrennbar miteinander verbunden und bedingen sich gegenseitig: Einerseits kann Betätigung Bedeutung generieren, genauso kann aber auch umgekehrt Bedeutung die Betätigung beeinflussen (Hasselkus, 2011). Folgt man diesem Gedankengang der Interdependenz, lässt sich feststellen, dass sich die Beschreibung, was Betätigungen bedeutungsvoll macht, nicht generalisieren lässt.

> Der Fokus liegt vorrangig auf der emotionalen Ebene, weniger auf der Handlungsebene.

*Wert und Bedeutung*

> *„Man steckt sich gegenseitig an, man sieht auch die Freude von den Nachbarinnen. Und wenn dann geklatscht wird […] Es kommt Freude auf. Alle. Es steckt alle an.*" (TN 8, Z. 135-137)

Der Besuch von Musikveranstaltungen wird als bedeutungsvoll empfunden und tiefergehend auch als „*lebensnotwendig*" (TN 3) und „*Lebenselixier*" (TN 8), also zum alltäglichen Leben dazugehörend beschrieben (TN 3, TN 4, TN 5, TN 7, TN 8, TN 10). Die Erfahrung von Bedeutung im Zusammenhang mit Betätigung beeinflusst, wie und wie oft Betätigungen ausgeführt werden, wie sie die Identität nach außen zeigen und die Selbstwahrnehmung nach innen informieren. Die Anpassung und Entwicklung von (Lebens)zielen und Wünschen wird ebenfalls durch die Bedeutung aktiviert, die einer Betätigung beigemessen wird. Die Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie beschreiben, nach der Bedeutung des Besuches von Musikveranstaltungen befragt, zwar unterschiedliche Gegebenheiten, jedoch kann festgestellt werden, dass der emotionale Benefit zentral ist, der sich auch im Alltag im Nachgang der Veranstaltung noch erfahren lässt. Diese grundsätzliche Gemeinsamkeit suggeriert, dass bei aller Individualität gemeinsame Faktoren zugrunde liegen müssen. Hierzu ist es nützlich, die Zielsetzung von Betätigung und bedeutungsvoller Betätigung für den Menschen als handelndes Wesen zu betrachten. Christiansen (1999) beschreibt hierzu das Bestreben des Individuums, über (bedeutungsvolle) Betätigung die Identität zu schaffen und zu erhalten.

Ähnlich miteinander verwoben wie Betätigung und Bedeutung basiert der Besuch von Konzerten auf einer grundsätzlichen Liebe zur Musik. Umgekehrt wird durch den Besuch von Musikveranstaltungen auch die Liebe zur Musik gestärkt. Stellwag et al. (2010) bezeichnen diese Wechselwirkung als Phänomen der „episodischen Assoziation". Im Gehirn werden bestimmte Erinnerungen mit Musik verknüpft. Biochemische Prozesse laufen bei wiederholtem Hören der Musik ab und führen zu einer Ausschüttung von Dopamin. Die Erinnerung an die verknüpften Erlebnisse wird intensiver. Es gibt ein unwillkürliches Zusammenspiel von Emotionen und Erinnerungen, wie Reinhardt (2006) beschreibt. In einer Studie von Lamont (2012) konnte herausgearbeitet werden, dass Bedeutung, Emotion und Erinnerung eng mit Musik verbunden werden können. Diese Reminiszenz hat zusätzlich einen hohen Stellenwert für die Festigung des „sense of self" und trägt damit auch zu einer stärkeren Identifikation mit der eigenen Identität bei, ein wichtiger Aspekt für Wohlbefinden (TN 2, TN 8, TN 10; Christiansen, 1999; Habron, Butterly, Gordon & Roebuck, 2013; Hasselkus, 2011; Reed et al., 2010). Eine der von Lonsdale und North (2011) beschriebenen Funktionen der Musik ist die Möglichkeit, sich durch das Hören von Musik mit der eigenen Vergangenheit auseinanderzusetzen. Dabei werden Emotionen freigesetzt, die sowohl positiv als auch negativ sein können. Die Teilnehmer*innen dieser Studie beschreiben einen ähnlichen Effekt allein durch das Erzählen über die musikalischen Erlebnisse. In der Reflexion der Interviews für diese Studie wurde durch die Teilnehmer*innen mehrfach angegeben, dass diese intensive Auseinandersetzung mit Erinnerung, Emotionen und Erlebnissen eine „Tiefenwirkung" (TN 4) und das Erzählen und Berichten Freude bereitet habe (TN 3, TN 7, TN 8). Hieraus schließen die Autorinnen, dass ebenfalls ein emotionaler Benefit aus der Reminiszenz über diese Ereignisse gewonnen werden kann.

> *„Einfach Glücksempfinden, was auch ein bisschen anhält. Das geht immer noch nach, man beschäftigt sich damit und fühlt zurück. Und das hält dann auch immer noch so an."* (TN 5, Z. 1065-1067)

*Wert und Bedeutung – aus der ValMO-Perspektive*

Den individuell wahrgenommenen Wert zu beschreiben oder mit anderen Personen zu besprechen fällt häufig schwer, da es sich hierbei um emotionale, meist unbewusst ablaufende Prozesse handelt und sich diese tiefe Emotionalität schlecht in Worte fassen lässt. Um eine Aussage zu diesem Bereich treffen zu können, wurden im Interview Fragen gestellt, welche die „value dimensions" des ValMO-Modells abbilden und die Beschreibung dieser inneren Prozesse unterstützen und erleichtern sollten.

Der „concrete value" ist definiert durch ein „Produkt", das Zufriedenheit stiftet, ein erfassbarer Gegenstand, der immer wieder angesehen und angefasst werden kann. Während von den Teilnehmer*innen selten tatsächliche Erinnerungsstücke wie Souvenirs oder Merchandise auf den Veranstaltungen gekauft werden, so werden doch andere Gegenstände aufbewahrt, gesammelt oder hergestellt und auch angesehen. Hierzu zählen Programmhefte, die katalogisiert oder an einer bestimmten Stelle aufbewahrt werden, Zeitungsausschnitte, Tickets und Ähnliches. Eine zentrale Rolle in der Konstruktion von Bedeutung kann für den „concrete value" in dieser Studie aber nicht nachgewiesen werden. Zwar werden bei Einsatz von Souvenirs als Alltagsgegenstände (Becher, Schals) Erinnerungen an die Veranstaltung geweckt, diese haben aber nach Angaben der Teilnehmer*innen keine tatsächlich sinnstiftende Funktion.

Originalarbeit

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Eine höhere Bedeutung kommt dem „symbolic value" zu. Verdeutlichen lässt sich dieser in der Betätigung des Besuchs von Musikveranstaltungen insbesondere auf dem persönlichen und kulturellen Level. Kulturell erfahrener „symbolic value" ist der Austausch mit Partner*innen, Freund*innen und Gleichgesinnten während und nach dem Konzert, ein Aspekt, der in den einzelnen Betätigungen des Konzertbesuches eine große Rolle einnimmt. Auch die Feststellung, dass alle Besucher*innen der Veranstaltung eine gemeinsame Leidenschaft oder ein gemeinsames Interesse an der Musikrichtung, den jeweiligen Künstler*innen oder Komponist*innen teilen, wird dem kulturellen „symbolic value" zugeordnet. Persönlich wahrgenommener „symbolic value" kann die Erfahrung der Freisetzung von Emotionen sein, wie sie auf Musikveranstaltungen häufig erlebt wird.

Stark positive Reaktionen wurden bei den Teilnehmer*innen durch die Auseinandersetzung mit dem „self-reward value" hervorgerufen. Seine Definition als Auswahl einer Betätigung „weil man sie einfach gerne tut" (Persson et al., 2001) ist gleichzeitig auch der am häufigsten genannte Grund für den Besuch von Musikveranstaltungen bezogen auf die Bedeutung. Zeit und Raum vergessen zu können, sich in den Moment vertiefen („Flow Experience"), wird von allen Teilnehmer*innen als besonders positiv und bedeutungsvoll geschildert. Hieraus schließen die Autorinnen, dass der „self-reward value" bei der Konstruktion von Bedeutung für diese spezielle Betätigung eine zentrale Rolle spielt.

In der Theorie des ValMO-Modells werden im Optimalfall durch eine Betätigung alle drei „value dimensions" erlebt. Je höher diese „values" eingeschätzt werden, desto größer die Bedeutung der Betätigung (Persson et al. 2001). Aus den Ergebnissen dieser Studie kann geschlossen werden, dass der Besuch von Konzerten alle drei „value dimensions" in hohem Maße beinhaltet und dass der Betätigung von den Teilnehmer*innen dadurch eine hohe Bedeutung zugewiesen wird.

*Limitationen der Studie*

Das ValMO-Modell stellt den Zusammenhang her zwischen dem erfahrenen Wert einer Betätigung und der Bedeutung, die dieser Betätigung beigemessen wird. Kritisch betrachtet konnte mit dem gewählten Forschungsdesign dieser spezifische Zusammenhang nicht konkret erfasst werden. Über eine Anpassung der Fragestellung und des Forschungsdesigns, beispielsweise über narrative Methoden oder zeit-geografische Designs, wäre dies eher möglich gewesen. Weitere Studien sind notwendig, um die Theorien und Grundannahmen des Modells zu belegen und auszubauen. Die Durchführung des Member Checking bei der Zielgruppe dieser Studie gestaltete sich aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen und mangelnder technischer Voraussetzungen (ein Teil der Teilnehmer*innen hatte keinen Zugang zu Internet und E-Mail-Programmen) als schwierig. Aufgrund des Zeitrahmens der Studie war es nicht möglich, die Transkripte auf dem Postweg zu versenden und auf Antwort zu warten. Vollständige Transkripte wurden Teilnehmer*innen mit E-Mail-Adressen zugesandt. Alle Teilnehmer*innen hatten die Möglichkeit, die Autorinnen auf verschiedenen Wegen zu kontaktieren und wurden dazu auch ermutigt. Erfreulich fanden die Autorinnen, dass zwei Teilnehmer*innen die Möglichkeit genutzt haben, weiterführende Gedanken und Korrekturen/Anpassungen ihrer Aussagen mitzuteilen. Bei Unklarheiten in der Interpretation nahmen die Autorinnen selbst Kontakt zu den Teilnehmer*innen auf. Diese notwendigen Anpassungen im Member Checking stellen eine Schwäche der Studie dar und hätten durch eine günstigere Zeitplanung vermieden werden können. Eine gewisse Voreingenommenheit der Autorinnen aufgrund eigener Erfahrungen mit Konzertbesuchen und altersbezogener Unterschiede kann nicht ausgeschlossen werden.

## Schlussfolgerung

Die Frage, wodurch der Besuch von Musikveranstaltungen zu einer bedeutungsvollen Betätigung für Menschen über 65 Jahre wird, kann zusammenfassend dahingehend beantwortet werden, dass es verschiedenste Gesichtspunkte gibt, wie Menschen für diese spezifische Betätigung Bedeutung konstruieren. Wie der Besuch von Konzerten gestaltet wird, ist dabei individuell verschieden. Auch wie die Erinnerung an das Erlebnis erhalten und hervorgerufen wird, wird unterschiedlich gestaltet. Die Auseinandersetzung mit Meaning Construction und Werten für Betätigungen kann für Ergotherapeut*innen in der Praxis hilfreich sein. Ein Verständnis dafür zu entwickeln, warum welche Betätigung wie oft ausgeführt wird, oder auch, warum eine spezielle Betätigung eine so hohe Bedeutung für die Klient*innen hat, ist eine hilfreiche Stütze im Zielfindungs- und Therapieprozess. Die vorliegende Studie zeigt auch, welchen Stellenwert die emotionale Komponente haben kann. Allen Teilnehmer*innen dieser Studie gemeinsam ist die erlebte Freude und Zufriedenheit, die den Besuch von Konzerten zu einer bedeutungsvollen Betätigung werden lassen, also der emotionale Benefit – auch noch Monate und teilweise Jahre später. Musik und Partizipation an Musikveranstaltungen im kulturellen und sozialen Kontext stellt für die Teilnehmer*innen einen wichtigen Aspekt ihres alltäglichen Lebens dar, der zu Gesundheit und Wohlbefinden beiträgt.

**Quintessenz**



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Meaning Construction anhand von verschiedenen Betätigungen aus verschiedenen Blickwinkeln gesehen werden kann. Betrachtet man eine Betätigung mit dem Fokus auf Wert und Bedeutung, so lässt sich am Beispiel der vorliegenden Studie feststellen, dass es zwar hochindividuelle innere Prozesse sind, die der Betätigung ‚Besuch von Musikveranstaltungen' Bedeutung geben. Aber auf der emotionalen Ebene gibt es viele Parallelen und es kann ein großer emotionaler Benefit daraus gezogen werden, wie auch TN 10 (Z. 105) formuliert:

*„[lacht] Live ist eben live. Oder sogar life?"*

Das **Quellenverzeichnis** zu diesem Beitrag finden Sie unter www.download.schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



## Allgemeines

AOTA Inspire 2021 bietet neu ein vielfältiges Online-Programm für Ergotherapeut*innen an, bei dem man von überall auf der Welt teilnehmen kann. Das Online-Programm beinhaltet vielfältige Vorlesungen, Diskussionen und Kurse. Die Startwoche beginnt am 6. April 2021.
**https://www.aota.org/Conference-Events/inspire.aspx**

CAOT entwickelt laufend neue Netzwerke. Das Ziel ist, dass sich Kerngruppen und Mitglieder mit ähnlichen Interessen zusammenschließen und dadurch ein Forum bilden können, um in einem bestimmten Feld die Fertigkeiten zu erweitern. Einige Beispiele sind: Netzwerke für Studierende und Berufsanfänger*innen, Technologie für Betätigung und Partizipation, Occupational Therapy and Global Health Practice, Occupational Justice for Newcomers, Occupational Therapists and Sensory Processing, Occupational Therapists Working in Dementia Care, Occupational Therapy in Vision Rehabilitation, Palliative and End-of-Life Care Practice. Schauen Sie vorbei und lassen Sie sich inspirieren!
**https://www.caot.ca/site/pd/otn?nav=sidebar**

Der australische Verband otaus stellt auf seiner Homepage neue Guidelines, Checklisten und Einwilligungsformulare zu Telehealth zum kostenlosen Download zur Verfügung.
**https://www.otaus.com.au/member-resources/covid-19/telehealth**

Die World Health Organisation (WHO) hat eine Health Equity Monitor-Datenbank eingerichtet zur Überwachung der Gesundheitsgerechtigkeit. Sie ist eine der weltweit größten Gesundheitsdatenbanken mit über 30 Indikatoren für die Gesundheit aus Umfragen, die von 1991 bis 2018 in 115 Ländern durchgeführt wurden. In diesem Rahmen wurde auch das Health Equity Assessment Toolkit (HEAT) entwickelt, eine Softwareanwendung, die die Bewertung von gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb eines Landes erleichtert.
**https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2021/health-equity-monitoring**

## Tagungen und Kongresse

Der WFOT-Kongress findet vom 27.-30. März 2022 in Paris statt. Abstracts können noch bis zum 21. März eingereicht werden.
**https://wfotcongress2022.org/**

Occuaptional Science Europe (OSE) wird am 17. November 2021 seine nächste Konferenz ausrichten. Abstracts können demnächst eingereicht werden.
**https://occupationalscienceeurope.wordpress.com/ose-conference-2021-looking-for-a-host/**

Der 2. COTEC-ENOTHE-Kongress wird vom 15.-18. September 2021 in Prag virtuell abgehalten werden. Das Kongressthema „Occupational Therapy Europe – builiding resilience in individuals, communities and countries" wird beibehalten. Virtuelle Formate werden so gestaltet, dass auch ein Austausch in der internationalen Audienz ermöglicht wird.
**https://enothe.eu/wp-content/uploads/2021/01/header-4.jpg**

Aufgrund der weltweiten Pandemie mit COVID-19 haben wir uns vor allem fokussiert auf Unterlagen, welche Ihnen in dieser Zeit frei zugänglich sind. Folgende Homepages haben wir für Sie abgesucht:
**https://www.aota.org/; https://www.caot.ca/; https://dve.info/; https://www.ergotherapie.ch/startseite; https://www.ergotherapie.at/; https://www.otaus.com.au/; https://www.wfot.org/; https://enothe.eu/; https://os-europe.org/; https://www.coteceurope.eu/; http://www.who.int/**

Teilen Sie uns gerne mit, inwieweit diese Vorgehensweise für Sie hilfreich ist.




**Einer für alle – für die Vielfalt der Ergotherapie.**

Ergotherapie ist vielfältig. Für die Ergotherapie der Zukunft braucht es das Zusammenwirken von Bildung, Forschung und beruflicher Praxis. Gemeinsam tragen sie dazu bei, die Ergotherapie voranzubringen!

INNOVATIONSPREIS **ERGOTHERAPIE | 2022**
Der Preis ist mit 5.000 Euro dotiert und wird vom Deutschen Verband Ergotherapie e.V. (DVE) in Kooperation mit der Schulz-Kirchner Verlags GmbH vergeben.

Einsendeschluss ist der 12.12.2021 per Mail an innovation@dve.email.

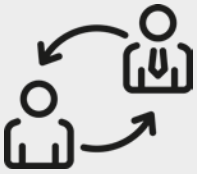
Mehr erfahren Sie unter
**www.dve.info/innovationspreis-ergotherapie**

Diskurs
Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

- **Erst-Autorin:** Claudia Trickes[1]
- **Co-Autorinnen:** Annika Wendler[1], Michael Adams[2], Brigitte Fleitz[1]
- **Institutionen**: [1]SRH Hochschule Heidelberg, Fakultät für Therapiewissenschaften, 69123 Heidelberg
  [2]Universität Heidelberg, Netzwerk Alternsforschung, 69115 Heidelberg

- **Korrespondenzanschrift:**
  Claudia Trickes, Ergotherapeutin (D), Bachelor of Health (NL), Master of Science Ergotherapie (D)
  Claudia.Trickes@srh.de

Ein Diskursbeitrag ist auch dazu gedacht, in den Austausch zu kommen. Schreiben Sie uns gern dazu an ergoscience@schulz-kirchner.de.



**DOI** des Beitrags (www.doi.org):
10.2443/skv-s-2021-54020210104
ergoscience 2021, 16(1): 32-34
© Schulz-Kirchner, Idstein | ISSN 1861-6348

# „Dann sind das aber doch gar keine Patienten mehr!" Von Patient*innen, Klient*innen, selbstbestimmten Menschen und der Suche nach einem adäquaten Umgang mit diesen Termini in den Gesundheitsberufen

„But then they're not patients at all!" About patients, clients, self-reliant people, and the search for an adequate handling of these terms in the health care professions.

## Problemstellung

Es scheint die klarste Sache der Welt zu sein: Im Zentrum der Therapie steht …. ja, wer eigentlich?

Die im Titel zitierte Aussage brachte die hier zu lesende Diskussion abschließend ins Rollen. Gefallen war der Satz im Rahmen eines Seminars zu den Grundlagen partizipativer Forschung. Ein Studierender meinte in diesem Zusammenhang, dass die befragten Personen keine Patient*innen mehr seien, da sie Leistungen nicht passiv in Anspruch nähmen und Verantwortung für ihr eigenes Handeln übernähmen. Dies wirft die Frage auf: Wer oder was sind überhaupt „Patient*innen"? Und ehe wir uns versehen, sind wir schon in medias res.

Die Verwendung des Patient*innenbegriffs erscheint im ersten Moment vielleicht wie eine Selbstverständlichkeit und die Diskussion von Alternativen überflüssig (Neuberger & Tallis, 1999). Gleichwohl haben wir, die Autor*innen, festgestellt, dass uns die Verwendung des Begriffes *Patient*in* im Jahr 2021 nachdenklich stimmt. Diesen Umstand wollten wir genauer ergründen.

Zunächst verschafften wir uns einen Überblick über eine scheinbar schier ausufernde Anzahl an Termini, welche die Personen, die ergotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, unterschiedlich beschreiben. Diese Personen bezeichnen wir als vermeintliche Patient*innen. Der zunehmende Eindruck einer scheinbar unreflektierten Verwendung der Bezeichnungen im klinischen Alltag führte uns schließlich zu der Frage: Liefern einzelne Begriffe – hierunter der vielverwendete Terminus Patient*in – nicht bereits einen starken Hinweis darauf, dass eine bio-psycho-soziale Betrachtung nur augenscheinlich vorliegt, aber die Realität nicht widerspiegelt?

Warum und wie wir diese Idee vertreten, wollen wir nachfolgend darlegen. Mittels der Beschreibung gängiger Bezeichnungen leiten wir zu Überlegungen hinsichtlich einer Auseinandersetzung mit Termini für die therapeutische Haltung über und schließen mit einem Vorschlag für die Praxis.

Eine Frage mögen wir Ihnen als Leser*innen mit auf den Weg geben: Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie im Gespräch mit anderen Personen im Gesundheitswesen gemacht, wenn Ihre Begrifflichkeit von der Ihres Gegenübers abweicht?

## Von Paradigmen und Ansprache

Eingangs unserer Diskussion stellten wir uns die Frage, in welchen Situationen die Nutzung einer Begrifflichkeit von Relevanz sein kann. Unserer Ansicht nach gilt es, zwei Situationen zu unterscheiden: zum einen die Verwendung im Binnenverhältnis – d.h. *innerhalb* der therapieeigenen Situation – und im Außenverhältnis, in welcher der/die Therapeut*in mit weiteren Personen in und außerhalb des Gesundheitswesens im Kontakt steht, um *über* die Therapiesituation und die vermeintlichen Patient*innen zu kommunizieren.

Betrachtet man das Binnenverhältnis, scheint der Einsatz von Begrifflichkeiten von nachrangiger Bedeutung zu sein, da die Ansprache innerhalb der Therapiesituation üblicherweise mittels Vor- oder Zuname erfolgt. Dennoch ist dieses Verhältnis für diesen Diskurs von Bedeutung, da der gewählte Terminus im Außenverhältnis idealerweise ein Zeugnis des Verhaltens im Binnenverhältnis darstellt. Dies kann folgendermaßen begründet werden: Unsere Denkweise und unser Verhalten beeinflussen die Art, wie wir über Menschen sprechen, sowie unsere Einstellung zu ihnen (Brown, 2013). Da sich die Einstellungen und Werte im Laufe der Zeit verändern (Möller, 2017a), sollten auch die Bezeichnungen für die vermeintlichen Patient*innen entsprechend angepasst werden.

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit unterlag in den vergangenen Jahrzehnten einem stetigen Wandel (Möller, 2017a; Kinébanian, 2019).

So dominierte noch in den 1960er Jahren eine „Patient*innenrolle", bei der Entscheidungen ausschließlich von Ärzt*innen getroffen wurden (Wiesemann, 2001) und davon ausgegangen wurde, dass das Leiden ausschließlich von Angehörigen einer Profession im Gesundheitswesen gelindert werden kann (Neuberger & Tallis, 1999). An diesem Rollenverständnis wird zunehmend Kritik geäußert, da die Rolle unter anderem mit Paternalismus und Passivität einhergeht (ebd.) und ein Denken entsprechend des biomedizinischen Modells repräsentiert (Nies, 2020). Stattdessen werden die Stimmen lauter, die einen Wandel dieses Rollenverhältnisses fordern. Von vermeintlichen Patient*innen wird eine stärkere Verantwortungsübernahme und laut § 62 Abs. 1 SGB V ein „therapiegerechtes Verhalten" gefordert. Therapeut*innen sind laut § 135a (SGB) V zur „Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer erbrachten Leistungen" verpflichtet. Nimmt man Bezug auf die

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

aktuelle Gesundheits-Definition der Weltgesundheitsorganisation als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens" (Verfassung der WHO, 1948) mit einer bio-psycho-sozialen Betrachtung, so kann diese als Qualitätsstandard angesehen werden. Mit Blick auf die Rolle der vermeintlichen Patient*innen findet eine Veränderung statt, ohne dass die Notwendigkeit einer Anpassung der Terminologie entsprechend mitgearbeitet wird. So wurden beispielsweise *Decision Aids* (Durand et al., 2014) entwickelt, die das Empowerment der vermeintlichen Patient*innen fördern. Dies ist jedoch nicht kompatibel mit einer fortdauernden sprachlichen Existenz der traditionellen Patient*innenrolle bzw. der sick role nach Parsons (1975), die durch einen benevolenten Paternalismus in der Arzt-Patient-Beziehung gekennzeichnet ist (Borgetto & Siegel, 2009). Die Rückständigkeit hinsichtlich der Terminologie zeigt sich beispielhaft an dem Widerspruch innerhalb der Bezeichnungen im Patientenrechtegesetz (BGB I). Zudem wurde erst vor wenigen Jahren, in denen die oben genannten Erklärungen bereits bekannt waren, der Begriff „arbeitender Patient" (Hoefert & Klotter, 2011, S. 23) geschaffen. Im Hinblick auf die sick role kann dieser Terminus als Widerspruch in sich aufgefasst werden.

> Dies setzt voraus, Bedingungen zu schaffen, unter denen vermeintliche Patient*innen Verantwortung übernehmen können …

Der britische Ergotherapeut Ted Brown sprach sich bereits 2013 für die egalitäre Bezeichnung person-centred statt client-centred practice aus (Brown, 2013). Das zeugt davon, dass es sich bei dieser Diskussion um einen stetigen Prozess handelt. Dieser begann schon vor einigen Jahrzehnten im internationalen Raum (Reilly, 1984) und wird „je nach Kontexten und bevorzugter epistemologischer Sichtweise" geführt (Möller, 2017a, S. 76). Bis dato konnte unserer Kenntnis nach noch keine Einigung erzielt werden.

## Eine „Landkarte" der Begrifflichkeiten

Derzeit werden unserer Recherche nach vornehmlich folgende Bezeichnungen diskutiert (alphabetisch sortiert): *arbeitender/arbeitende Patient*in* (Hoefert & Klottner, 2011), *coachee* (Landreville et al., 2019), *expert by experience* (McLaughlin, 2009), *health consumer* (Allsop & Baggott, 2004), *Klient*in* (Sumsion, 2002), *Kund*in* (Mazurenko, Zemke & Lefforge, 2016), *Nutzer*in der Ergotherapie* (Möller, 2017b), *Patient*in* (Neuberger & Talllis, 1999), *Partner*in* (Deber et al., 2005), *person-centred practice* (Brown, 2013), *selbstbestimmter Mensch* (Möller, 2017a), *service user* (Christmas & Sweeney, 2016), *survivor* (Deber et al., 2005), sowie *therapieaufsuchende/ratsuchende Person* (Boeger, 2018).

Im Folgenden werden wir die Bezeichnungen Patient*in und Klient*in kurz umschreiben.

Die Bezeichnung *Patient*in* leitet sich vom lateinischen Wort pati ab. Dies bedeutet unter anderem leiden und geschehen lassen (Navigium, 2021b). Damit werden eine negative Krankheitserfahrung sowie ein hohes Maß an Passivität impliziert (Deber et al., 2005). „Patient*in zu sein" ist dabei nicht dasselbe wie „krank zu sein". Patient*in wird man, sobald man von Verbraucherseite mit Einrichtungen des Gesundheitswesens in Kontakt tritt (Wiesemann, 2001). Demnach ist „Patient*in" ein sozialer Status, der einer Person zwangsläufig zufällt, sobald sie medizinische Dienstleistungen in Anspruch nimmt. Diese Terminologie zeichnet das Bild eines Menschen, der geduldig darauf wartet, von einer heilenden Person behandelt zu werden.

Dagegen wird ein „Klient" im Duden folgendermaßen definiert: „jemand, der [gegen Bezahlung] Rat, Hilfe bei jemandem sucht, der jemanden beauftragt, seine Interessen wahrzunehmen" (Duden, 2021). Diese Definition geht im Unterschied zur Definition des Patient*in über die rein passive Empfängerrolle hinaus. Ein/eine Klient*in erwartet vielmehr, dass ein/eine Therapeut*in ihm/ihr auf dem Weg der Genesung benötigte Informationen bietet und bei Entscheidungen unterstützt (Sumsion, 2002). Gleichzeitig leitet sich die Bezeichnung vom lateinischen Wort cliens ab, was unter anderem mit Schützling übersetzt werden kann (Navigium, 2021a).

Weitere Bezeichnungen und deren Erklärung finden Sie im Downloadbereich ⬇.

Bereits an dieser Stelle könnten wir den Diskurs theoretisch beenden. Definitionen der Begrifflichkeiten stehen fest, ihre Verknüpfungen zu Zeitepochen und daraus resultierende Kompatibilitätsprobleme – vor allem in der für uns unbedacht scheinenden Begriffszusammenstellung beispielsweise in dem Begriff Patientenrechtegesetz – haben wir benannt. Zu unserer eingangs gestellten Frage, *ob der Begriff Patient*in nicht bereits einen starken Hinweis darauf liefert, dass eine bio-psycho-soziale Betrachtung nur augenscheinlich vorliegt, aber in der Realität gar nicht stattfinden kann*, können wir zusammenfassend mit Möllers Worten feststellen: „Wer ihn [den Begriff Patient*in] verwendet, befindet sich aber, von heute aus gesehen – und provozierend gesagt – quasi automatisch in einer anderen Zeitspanne" (Möller, 2017a, S. 77). Die Verwendung des Begriffs Patient*in ist aus unserer Sicht nicht kompatibel mit dem bio-psycho-sozialen Modell.

Ergänzend möchten wir daher auf weitere Aspekte eingehen.

Die beschriebene Bedeutung der Begriffe Patient*in und Klient*in zeigt einen Zusammenhang zwischen der gewählten Terminologie und dem Ausmaß der Partizipation von vermeintlichen Patient*innen innerhalb der Therapie. Das Patientenrechtegesetz fördert das Recht auf Partizipation an der Therapieplanung und sollte demnach zu einer Stärkung des shared decision making (SDM) beitragen. So wird gesetzlich festgelegt, dass den vermeintlichen Patient*innen auf Augenhöhe begegnet werden sollte und diese stark in das Behandlungsgeschehen einbezogen sowie umfassend über die Behandlung informiert und aufgeklärt werden müssen. Die gemeinsame Entscheidungsfindung wird jedoch nicht explizit erwähnt.

In einer Untersuchung gaben etwa zwei Drittel aller befragten Patient*innen an, dass sie noch nie SDM erlebt hätten (Härter, 2018). Dies ist brisant, da Durand und Kolleg*innen (2014) aufzeigen konnten, dass Maßnahmen zur Stärkung von SDM zu einer besseren Gesundheitsversorgung – vor allem benachteiligter Menschen in der Gesellschaft – beitragen. Daher sollte allen vermeintlichen Patient*innen ein möglichst hohes Maß an Partizipation ermöglicht werden.

Gleichwohl scheint die Verantwortungsübernahme einige Menschen zu überfordern, sodass ihrerseits die Anwendung von SDM nicht erwünscht ist (Coulter, 1999). In diesem Fall sehen wir die Therapeut*innen in der Verantwortung, die vermeintlichen Patient*innen zu stärken. Dies setzt seitens der Therapeut*innen voraus, Bedingungen zu schaffen, unter denen die vermeintlichen Patient*innen in der Lage sind, für sich Verantwortung zu übernehmen und letztlich gemeinsam mit den Therapeut*innen auf Augenhöhe eine Entscheidung zu treffen. Inwiefern hierfür eine Reflexion des Patient*innenbegriffs notwendig ist, kann nur von den Therapeut*innen selbst entschieden werden.

## Vorschlag für die Praxis

Die Vielzahl der zu beachtenden Faktoren legt nahe, dass jeder Terminus in bestimmten Situationen geeignet sein kann. So ist nachvollziehbar, dass ein Mensch mit einer akut lebensbedrohlichen Erkrankung aufgrund seiner Hilfsbedürftigkeit und Unfähigkeit zur aktiven Entscheidungsfällung als Patient*in bezeichnet wird (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015). In einer solchen Situation kann ein gewisses Maß an Paternalismus eine

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

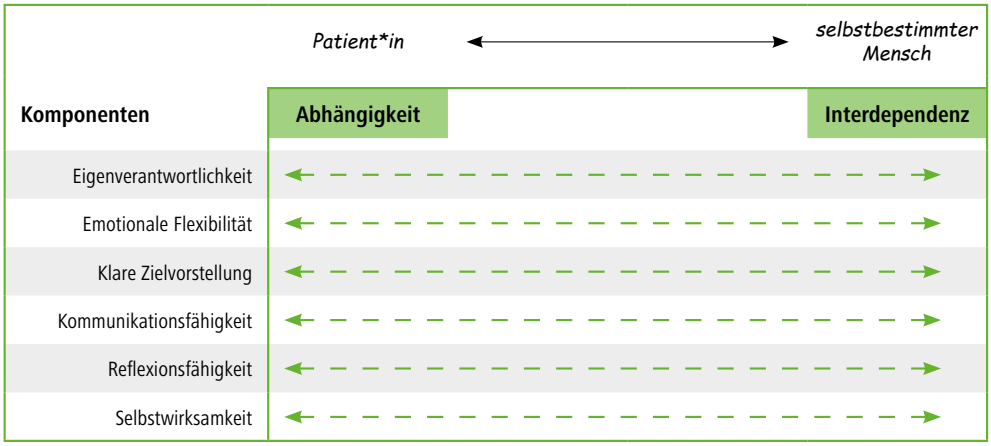



**Abb. 1**: Abhängigkeits-Interdependenz-Kontinuum für Gesundheitsberufe (eigener Entwurf in Anlehnung an Roper, Logan & Tierney, zit. nach Williams, 2017)

Ressource sein (Wing, 1997), was es in der Planung der angestrebten therapeutischen Beziehung zu berücksichtigen gilt.

Im Bereich der Pflegewissenschaften dient das Framework „The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing" als Basis, um die Alltagsperformanz der vermeintlichen Patient*innen im Kontext der Lebensspanne, des Abhängigkeitsgrades und anderer einflussreicher Faktoren zu beurteilen (Williams, 2017). Zur Unterstützung der Reflexion zur Bezeichnung der vermeintlichen Patient*innen haben wir auf dieser Grundlage ein Instrument entwickelt, mit dem verschiedene Komponenten der therapeutischen Beziehung betrachtet werden können (vgl. Abb. 1). Diese umfassen beispielsweise Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit und emotionale Flexibilität. Die Termini Patient*in bzw. selbstbestimmter Mensch repräsentieren die beiden Pole entsprechend dem unterschiedlichen Grad der Abhängigkeit und Interdependenz. Dieser Entwurf hat noch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die bisher beschriebenen Aspekte können der erste Schritt eines mehrteiligen Vorgehens sein, das sich aus unserer Sicht anbietet, um sich mit dem Thema vertieft auseinanderzusetzen. Zu Beginn dieses Prozesses sollte man sich als Therapeut*in selbst über die Bedeutung der unterschiedlichen Termini klar werden. Dies erfordert eine bewusste Reflexion, z.B. mittels des vorgeschlagenen Kontinuums. Daher ist es sinnvoll, die Entscheidung für eine Bezeichnung an die jeweiligen Personen und die Situation anzupassen. Hierbei müssen Faktoren wie beispielsweise die eingenommene Rolle und gegebenenfalls die Rehabilitationsphase berücksichtigt werden.

Daraufhin kann im Gespräch mit den vermeintlichen Patient*innen bestimmt werden, wie die therapeutische Beziehung gestaltet werden soll. Unter anderem kann geklärt werden, inwieweit sie für eine aktive Teilnahme an der Entscheidungsfindung und zur Verantwortungsübernahme bereit sind (Coulter, 1999) bzw. welche Form von Maßnahmen dabei unterstützend wirken können. Den Einbezug des sozialen Umfeldes gilt es bei Bedarf zu bedenken. Diese collaborative practice ist ein zentraler Ansatz in der Ergotherapie (Hooper & Wood, 2014). Auf dieser Grundlage kann reflektiert werden, welcher Terminus adäquat für die Kommunikation im Außenverhältnis erscheint.

An dieser Stelle möchten wir auf die eingangs gestellte Frage zu Ihrer persönlichen Erfahrung Bezug nehmen. Vielleicht wurden sie bereits „schräg angesehen", wenn Sie von Klient*innen sprachen und Ihr Gesprächspartner von Patient*innen. Eine Erfahrung dieser Art zeigt, dass im Gespräch grundsätzlich gewährleistet werden sollte, dass sowohl in der therapeutischen Beziehung als auch im therapeutischen Team ein gleiches Verständnis zu den Termini vorliegt. Es kann erforderlich sein, der Diskussion Informationen zu dieser Thematik zur Verfügung zu stellen, sodass alle Beteiligten ein gemeinsames Verständnis erlangen können.

Unterstützend wäre es hierbei, wenn Mitarbeiter*innen einer Institution Leitbilder formulieren, welche auch die entsprechende Bezeichnung thematisieren. Andernfalls müssen diese zunächst im Arbeitsteam herausgestellt werden.

In der praktischen Umsetzung dieses Prozesses kann ein/eine Therapeut*in aus unterschiedlichen Gründen Widerstand vonseiten ihres Umfeldes erfahren. So könnte eine verminderte Bereitschaft bestehen, eine lang verwendete Bezeichnung zu ändern, zumal die betreffende Person diese Veränderung meist nicht direkt erfährt.

In einem privaten Gespräch wurde von einer Frau hinterfragt, ob es denn relevant sei, sich damit auseinanderzusetzen, ob man jetzt „Patient-Klienten" [sic] oder „Palienten" [sic] behandle. Es sei doch viel wichtiger, dass man sich mit anderen Herausforderungen im Gesundheitssystem auseinandersetze. Tatsächlich ist davon auszugehen, dass der bloße Gebrauch eines Begriffs nicht unmittelbar alle Schwierigkeiten beseitigt. Doch die Überlegungen zu einem nützlichen Terminus sind aus unserer Sicht nicht das Ende, sondern der Beginn einer Diskussion, in der die ständige Reflexion über die therapeutische Beziehung im Binnen- und Außenverhältnis im Vordergrund steht.

Langfristig könnte diese Reflexion zu einer Steigerung der Therapieeffizienz beitragen; laut Kelley und Kolleg*innen (2014) gibt es eine vorsichtige Vermutung, dass sich die therapeutische Beziehung auf die Therapie-Outcomes positiv auswirkt.

In Bezug auf das gesamte Thema gilt es daher, sich bewusst zu werden, dass es keinen Terminus gibt, der jede therapeutische Beziehung treffend beschreibt (Costa et al., 2019). Weiter kann angenommen werden, dass einige Menschen eine Vielzahl an Termini akzeptieren (Mueser et al., 1996). Da zudem die Entscheidung für eine Bezeichnung einer zeitlichen Entwicklung unterliegt, kann die überlegte Verwendung einer vermeintlich veralteten Bezeichnung dennoch situationsabhängig notwendig sein, und „auch heute noch – je nach Kontext – ihre Relevanz haben" (Möller, 2017a, S. 77).

Ziel dieses Artikels war es, eine Übersicht zu geben, um den Einstieg in den Reflexionsprozess der eigenen Beziehungsgestaltung zu erleichtern. Eine konstruktive Kritik und Diskussion sehen wir weiterführend als relevant an und blicken ihr mit Interesse entgegen. Abschließend möchten wir nochmals auf die Frage hinweisen, die diesen Artikel einleitet. Die Überlegung, wann wer im Zentrum der Therapie stehen sollte, ist nur oberflächlich gesehen ein sprachliches Dilemma. Vielmehr geht es darum, welche therapeutische Beziehung Sie und Ihr Gegenüber sich wünschen.

Das **Quellenverzeichnis** sowie das Supplement **Begrifflichkeiten** zu diesem Beitrag finden Sie unter www.download.schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



**DOI** des Beitrags (www.doi.org): 10.2443/skv-s-2021-54020210105
ergoscience 2021, 16(1): 35-37, © Schulz-Kirchner, Idstein – ISSN 1861-6348

■ **Kontakt:** Jeanice Klemmt | Zuyd Hogeschool, Heerlen | j.klemmt@ymail.com

*Powrie, B., Copley, J., Turpin, M., Ziviani, J. & Kolehmainen, N. (2020). The meaning of leisure to children and young people with significant physical disabilities: Implications for optimising participation. British Journal of Occupational Therapy, 83(2), 67–77. b_powrie@hotmail.com. https://doi.org/10.1177/0308022619879077*

# Die Bedeutung der Freizeit für Kinder und Jugendliche mit signifikanten körperlichen Behinderungen: Implikationen für die Optimierung von Partizipation

## Was ist das Problem und was ist bisher darüber bekannt?

Im Berufsbild der Ergotherapie gilt die Freizeit schon immer als eine für die Gesundheit wichtige und zentrale Betätigung (Suto, 1998). Die Freizeit leistet einen erheblichen Beitrag zur Lebensqualität, sowohl für die Allgemeinbevölkerung (Lapa, 2013) als auch für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen (Dahan-Oliel et al., 2012). Die Gestaltung der Freizeit trägt maßgeblich zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bei (Caldwell & Witt, 2011), wobei in der Kindheit und Jugend gefestigte Präferenzen ein Leben lang die individuelle Freizeitgestaltung beeinflussen können. Es ist eher unwahrscheinlich, dass im Alter neue Interessen aufgenommen werden (Roberts, 2012). Für Kinder und Jugendliche mit Behinderung und ihre Familien gilt eine Freizeitgestaltung, die sicher, akzeptierend, zugänglich und integrativ ist, als gemeinsames Bedürfnis (Woodgate et al., 2012). Dabei wird die Freizeit als Beitrag zur sozialen und gemeinschaftlichen Verbundenheit gesehen (Allard et al., 2014). Für beeinträchtigte junge Menschen stellt die Zugänglichkeit von Freizeitprogrammen aufgrund ihrer geringeren Möglichkeiten eine Herausforderung dar (Bedell et al., 2013). Die Literaturrecherche für diese Studie ergab, dass ein höheres Ausmaß an funktioneller Beeinträchtigung mit einer geringeren Partizipation an Freizeitaktivitäten einhergeht. Dies betrifft insbesondere Freizeitaktivitäten in Gruppen, da viele Kinder und Jugendliche mit Behinderung weniger Freunde und weniger soziale Kontakte haben (Anaby et al., 2014; Bult et al., 2011; Schreuer et al., 2014). Um subjektive Erfahrungen der Partizipation an Freizeitaktivitäten verstehen zu können, sind die Notwendigkeit der Partizipation und des Einbezogenwerdens als Schlüsselbegriffe der Partizipation näher zu betrachten (Imms et al., 2016). Systematische Reviews zur Teilhabe an bedeutungsvollen Freizeitaktivitäten für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen haben folgende Schlüsselelemente der Freizeit identifiziert: Spaß, Erfüllung bzw. Erfolg, Freundschaft bzw. Zugehörigkeit und Freiheit im Sinne von Selbstbestimmung (Powrie et al., 2015; Willis et al., 2017). Die Recherche hat dabei ergeben, dass die Ansichten von Kindern und Jugendlichen mit kognitiven Beeinträchtigungen weitestgehend von der Datenerhebung ausgeschlossen wurden. Dies wurde mit der Einschränkung im Bereich der kommunikativen Fähigkeiten und der damit einhergehenden Herausforderung begründet, ihre Aussagen und Ansichten inhaltlich zu erfassen (Bailey et al., 2015; Powrie et al., 2015). Es besteht ein deutlicher Unterschied in der Partizipation an Freizeitaktivitäten von Kindern und Jugendlichen mit körperlichen und kommunikativen Beeinträchtigungen und Menschen ohne oder mit geringen Beeinträchtigungen. Menschen mit gravierenden Beeinträchtigungen benötigen ein höheres Maß an Unterstützung, um körperlich und kognitiv eingebunden zu sein, und erleben mehr Hürden, wenn sie die Qualität ihrer Erfahrungen kommunizieren möchten. Um ihren Zugang zum Freizeiterleben zu optimieren, ist das Verständnis der Elemente von Teilhabe entscheidend, die speziell für diese Bevölkerungsgruppe bedeutsam sind.

## Was wurde in dieser Studie untersucht?

In der vorliegenden Studie wurde zwei zentralen Fragestellungen nachgegangen:

- Welche Bedeutung hat Freizeit für Kinder und Jugendliche mit komplexen körperlichen und kommunikativen Einschränkungen?
- Wie erleben diese Kinder und Jugendliche ihre Freizeit?

## Wer wurde in dieser Studie untersucht?

In dieser Studie wurden drei weibliche und drei männliche Teilnehmer*innen im Alter zwischen 9 bis 19 Jahren mit einer primär diagnostizierten Zerebralparese interviewt. Die sechs Teilnehmer*innen waren weißer britischer Abstammung und hatten mindestens ein Geschwister.

## Wie wurde diese Studie durchgeführt?

Es wurde ein hermeneutisch phänomenologischer Ansatz gewählt. Die Daten wurden mit dem Kind oder dem/der Jugendlichen selbst erhoben. 24 Personen im Alter zwischen 8 bis 19 Jahren wurden ursprünglich von einem örtlichen Dienst für Kinderphysiotherapie und Ergotherapie als für diese Studie geeignete Teilnehmende identifiziert und eingeladen. Die ersten sechs Personen, die zu einer Teilnahme bereit waren, wurden für diese Studie angenommen. Die Teilnehmer*innen wurden insgesamt dreimal in einem Zeitraum von vier bis sechs Monaten interviewt. Dies erfolgte mithilfe eines halbstrukturierten Interviews auf der Grundlage eines Fragebogens mit einem offenen Ende. Für die Kommunikation zwischen Interviewer*in und Teilnehmer*in wurden Hilfsmittel wie „photo elicitation" (Hurworth et al., 2005) und „Talking Mats" (Allard et al., 2014; Murphy et al., 2018) eingesetzt. Die Interviews wurden auf die individuellen Kommunikationsbedürfnisse der Teilnehmer*innen abgestimmt. In drei Fällen bedurfte es hierfür der Anwesenheit eines Elternteils oder Betreuers. Die Interviews wurden aufgezeichnet, Aussagen, die unter Nutzung von Kommunikationshilfen zustande kamen, wurden wörtlich aufgeschrieben und von dem/der Interviewer*in laut wiederholt. „Talking Mats" wurden fotografiert.

## Was haben die Forscher*innen herausgefunden?

Es stellte sich heraus, dass Freizeit im Kontext einer bestimmten Aktivität erlebt und durch ihre jeweilige Umgebung beeinflusst wird. Die Aussagen der Teilnehmer*innen wurden von den Forscher*innen vier größeren Kategorien zugeordnet, die als Schlüsselbedeutungen von Freizeit betrachtet wurden: Flucht, Austausch, Ausdruck und Erkundung.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Das Gefühl von Entspannung, Loslassen und der Flucht (aus dem sozialen Miteinander) bedeutet für die Teilnehmer*innen, ihre Sorgen beiseite zu legen und sie selbst zu sein. Dazu gehören auch „einsame" Aktivitäten, bei denen sie die Zeit alleine, also ohne andere verbringen und den eigenen Vorlieben nachgehen, ohne sich damit zu beschäftigen, was andere darüber denken könnten. Diese private Zeit wird dazu genutzt, um Emotionen rauszulassen und Spannungen abzubauen, um die eigene Stimmung zu heben. Durch den Austausch und die Verbindung mit anderen fühlen sich die Teilnehmer*innen in Freizeitaktivitäten einbezogen und wertgeschätzt. Dies kann sowohl z.B. online als auch in der persönlichen Begegnung vor Ort geschehen. Die Interaktion mit anderen kann dabei locker und spaßig, aber auch intensiv und emotional ernst sein. Freizeit bedeutet hier, Teil von etwas Größerem zu sein, wie einer Familie oder einer Gemeinschaft. Ein besonderes Element ist die gegenseitige Wertschätzung. Sie hilft auch dabei, negative Emotionen zu überwinden. Durch den gegenseitigen Austausch kommt es zur Integration.

Sich selbst auszudrücken und etwas zu erschaffen hilft nach Aussagen der Teilnehmer*innen dabei, sich selbst der Außenwelt zu zeigen und sich mitzuteilen. Dies beinhaltet die Freude an Schöpfungen, an einem Imaginationsprozess, an Ausdruck und Selbstfindung, die als Aspekte der Freizeit betrachtet werden. Gemeinsame Interessen und besondere Anlässe stellen wichtige Gelegenheiten dar, um sich auszudrücken, und dienen der Identitätsbildung. Daneben könnten auch Kleidung, die Nutzung sozialer Medien oder auch Dekorationsartikel als Ausdrucksmedium dienen. Zudem sagten die Teilnehmer*innen, dass es aufregend sei und Freude bringe, die eigenen Talente und Kreativität zu zeigen.

Erkundungen, etwas zu erfahren und zu erreichen wurden ebenfalls als Freizeit bezeichnet. Es sei aufregend und begeisternd, die eigenen Grenzen zu erforschen, Mut und Belastbarkeit zu erproben, neue Fähigkeiten zu entwickeln, mit andern zu konkurrieren und sich neuen Herausforderungen zu stellen. Durch das Erleben und Erfahren in und mit der Welt, so bekundeten die Teilnehmer*innen, lernten sie mehr über sich selbst und ihre Gemeinschaft. Dieser Aspekt der Freizeit helfe ihnen dabei, eine Aussage über ihren Platz in der Welt zu treffen.

Durch diese Studie zeigte sich, dass die Funktion der Freizeit für die Teilnehmer*innen breit gefächert ist. Dazu gehören die Wiederherstellung durch Entspannung und Stressabbau, Schutz durch verbesserte Widerstandsfähigkeit und Bewältigung, Aufbau von Selbstwirksamkeit und Selbstbefähigung, Reflexion über Entwicklung von Identität sowie die verstärkte Verbindung mit anderen und der Welt um sie herum. Eine ausgewogene Freizeiterfahrung ist ihnen wichtig für den Zugang zum gesamten Spektrum der Freizeitgestaltung. Zugleich wurde auch hier deutlich, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen einen erhöhten Bedarf an Unterstützung haben und dass sich ihnen umweltbedingte Herausforderungen in der Freizeitgestaltung stellen. Sie möchten ihre eigene Autonomie bewahren und von ihren Betreuer*innen und Unterstützer*innen in der Lebensgestaltung gefragt und beteiligt werden, um dann ihre eigenen Entscheidungen zu treffen. Aufgrund der ihnen bekannten Schulstrukturen, die auf Pflege und Unterstützung ausgerichtet sind, ist es für sie oft schwieriger, mit anderen zu interagieren. Denn durch die in Anspruch genommene Pflege und Unterstützung haben sie weniger Zeit, mit anderen in Kontakt zu treten und sind somit schnell ausgeschlossen und isoliert. Oft haben sie auch negative Pausenerfahrungen, da sie sich von ihren Betreuern*innen stark beobachtet fühlen. Dies verschlechtert wiederum ihre Chancen auf soziale Interaktion, denn auch die anderen Schüler*innen fühlen sich unter ständiger Beobachtung unwohl. Mangelnde Interaktion begünstigt Isolation und negative Erfahrungen. Die Teilnehmer*innen identifizierten Gelegenheiten, sich frei zu bewegen, in ihrer Freizeitgestaltung als besonders wichtig. Dies umfasst insbesondere das Tanzen und Schwimmen, das eine besondere Anziehungskraft auf die Teilnehmer*innen hat. Es ist nach ihren Aussagen aufregend, denn frei zu sein und zu schweben mache sie glücklich. Die Forscher*innen formulierten die Hypothese, dass die Freizeit für das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen eine wesentlichere größere Rolle spielt als für die Allgemeinbevölkerung.

## Was sind die Stärken und Schwächen dieser Studie?

*Stärken*

1. Erstmalige Erfassung der subjektiven Freizeitwahrnehmungen und -empfindungen dieser vulnerablen Gruppe und damit verbunden das Aufzeigen der bestehenden Schwierigkeiten und Herausforderungen in Freizeitsituationen.
2. Das Interviewskript von allen drei Interviewdurchgängen wurde im Anhang der Studie detailliert aufgeführt.
3. Die Ergebnisse der Studie wurden mit Inhalten veröffentlichter Autobiografien von Menschen mit ähnlichen Behinderungen wie die der Teilnehmer*innen abgeglichen und auf Gemeinsamkeiten untersucht. Hierfür wurden sowohl ältere als auch aktuellere Autobiografien genutzt (1954-2016).

*Schwächen*

1. Aufgrund des kleinen Samples von nur sechs Teilnehmer*innen ist die Studie nicht repräsentativ.
2. Die Interviewteilnehmer*innen konnten aufgrund ihrer Diagnose nicht frei kommunizieren, sodass für die Durchführung Kommunikationshilfen genutzt wurden. Daher konnten sie nicht frei über das eigene Leben erzählen, sondern z.B. nur vorgegebenes Bildmaterial nutzen (Hurworth et al., 2005).
3. Die Studie ist in der Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) dem Evidenzlevel vier (geringe Evidenz) zuzuordnen.

## Welche Bedeutung hat die Studie für die Praxis?

Die Partizipation an bedeutungsvollen Freizeitaktivitäten sollte für alle Ergotherapeut*innen Priorität haben und als Ziel und als Mittel der Therapie gelten (Lynch et al., 2018). Diese Studie verdeutlicht die Bedeutung von Freizeit für das subjektive Wohlbefinden und die kognitive und körperliche Entwicklung. Denn Freizeit hilft dabei, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verbessern, Beziehungen zu entwickeln und bereitet auf das Erwachsenenleben vor. Die Autor*innen identifizierten vier therapeutische Möglichkeiten, die zur Verbesserung der Freizeiterfahrung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung führen.

1. Förderung der Bedeutung von Freizeit:
   Ergotherapeut*innen können die Unterstützungsmöglichkeiten schaffen und Barrieren der bestehenden Umwelt abbauen (Anaby et al., 2014), indem die einzelnen Komponenten der Tagesstruktur (Pausenzeiten und der Zugang zu Spiel und Freizeit) gemeinsam eingeschätzt und priorisiert werden (Sterman et al., 2018). Schulpersonal kann von Ergotherapeut*innen bei der Evaluierung der Prioritäten und bei dem Verstehen der Bedeutung von Freizeit für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen unterstützt werden. Dies kann dazu beitragen, neue Denkprozesse anzustoßen und Veränderungen im Schulsystem herbeizuführen. Den Fokus auf ein ganzes Schulsystem zu legen, kann eine viel breitere Auswirkung auf die Qualität der Freizeit haben, als die Arbeit mit Individuen.
2. Verbesserung der Kontrolle über Freizeit durch das Eintreten für die eigenen Bedürfnisse und durch die individuelle Unterstützung seitens der persönlichen Betreuer*innen:

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



Die Art der Hilfe und der Mitwirkung persönlicher Assistent*innen hat einen erheblichen Einfluss auf das Freizeiterleben der jungen Menschen. Viele Kinder und Jugendliche mit Behinderung haben ein vergleichsweise geringes Selbstbewusstsein und trauen sich nicht, den Assistent*innen ihre Wünsche und Anliegen mitzuteilen (Mitchell et al., 2017). Für eine vereinfachte Hilfestellung in der Praxis wäre es eine Möglichkeit, die jungen Menschen in das Training der persönlichen Assistent*innen einzubeziehen. Der Einbezug und das gemeinsame Arbeiten führen zum Aufbau von Vertrauen (Asbjornslett & Hemmingsson, 2008) und vermitteln den Betroffenen das Gefühl der Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit.

3. Sozialen Kontakt zu Gleichaltrigen steigern, um den Freizeitaustausch zu fördern:
   Die Unterstützung zur Entwicklung von Freundschaften durch die Schaffung von Gelegenheiten zu sozialer Partizipation sollte ein vorrangiger Bereich in der Forschung und Praxis sein (Rossetti & Keenan, 2017). Auch Integrationsmaßnahmen auf Gemeindeebene können die Beteiligung und Partizipation fördern.
4. Unterstützung von Bewegung als Vergnügen:
   Positive Bewegungserfahrungen werden von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung der Freizeit zugeordnet. Sie genießen das freie Bewegen in Betätigungen wie dem Schwimmen oder Tanzen und können dabei ihren eigenen Körper „erleben" (Park Lala & Kinsella, 2011). Für Ergotherapeut*innen bietet sich hier ein Raum der Betätigung für die Wertschätzung, die Förderung und Ermöglichung angenehmer körperlicher Erfahrungen im Zusammenhang mit Freizeit. Hier besteht ein physischer Raum, der das Gefühl von Akzeptanz des ganzen körperlichen Selbst der Betroffenen vermittelt, in dem die Person wertvoll ist und geschätzt wird.

Einige Kinder und Jugendliche gaben an, dass sie nicht nur positive Freizeiterfahrungen haben, sondern durchaus auch negative. Auch an diesem Punkt der negativen Erfahrungen können Ergotherapeut*innen ansetzen. Gemeinsam mit ihren Klient*innen kann überlegt werden, was zu der negativen Erfahrung geführt hat. Ziel sollte es sein, an diesen negativen Faktoren zu arbeiten, um ein mögliches erneutes negatives Empfinden zu verringern oder zu verhindern. Beispielsweise kann gemeinsam überlegt werden, welche körperlichen, assistiven und adaptiven Möglichkeiten es gibt, damit der/die Klient*in gemeinsam mit anderen Kindern spielen kann. Wichtig ist das Reflektieren der individuellen Situation des Kindes oder Jugendlichen, um die Therapie individuell angepasst und im Sinne des/der Klienten*in durchzuführen.

Das **Quellenverzeichnis** zu diesem Beitrag finden Sie unter www.download.schulz-kirchner.de

**DOI** des Beitrags (www.doi.org): 10.2443/skv-s-2021-54020210106
ergoscience 2021, 16(1): 37-38, © Schulz-Kirchner, Idstein – ISSN 1861-6348

**Kontakt:** Ramona Harms, Jennifer Beck | Hochschule Osnabrück, Osnabrück | jennifer.beck.1@gmx.de

*Goodman, V., Wardrope, B., Myers, S., Cohen, S., McCorquodale, L. & Kinsella, E. A. (2019). Mindfulness and human occupation: A scoping review. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 26(3), 157-170. doi:10.1080/11038128.2018.1483422*

## Studienzusammenfassung: Achtsamkeit und menschliche Betätigung – Ein Scoping-Review

### Was ist das Problem und was ist dazu bekannt?

Erste Achtsamkeitspraktiken entstanden vor etwa zweitausend Jahren und stammten aus östlichen buddhistischen Traditionen als spirituelle Praxis. Nach Kabat-Zinn (2013) ist Achtsamkeit eine bestimmte Form der Aufmerksamkeit, die sich auf den gegenwärtigen Moment bezieht, absichtsvoll und nicht wertend ist. Dies beinhaltet verschiedene Grundhaltungen wie z.B. nicht zu urteilen, Geduld, Anfängergeist, Vertrauen, nichts zu erzwingen, Akzeptanz und Loslassen (ebd.). Siegel (2007) beschreibt ferner die Grundhaltungen von Neugier, Offenheit, Akzeptanz und Liebe als weitere integrale Bestandteile der Achtsamkeit. Untersuchungen zur Achtsamkeit zeigen signifikante Ergebnisse in Bezug auf die akute und langfristige Verbesserung der emotionalen Gesundheit, der körperlichen Gesundheit und der Fähigkeit zur Bewältigung von Stress, Schmerzen und Leiden bei Menschen mit verschiedenen Gesundheitszuständen (Asuero et al., 2014; Grossman et al., 2004). Aufgrund der zunehmenden wissenschaftlichen Datenlage, welche die positiven Auswirkungen von Achtsamkeit verdeutlichen, werden Achtsamkeitspraktiken in verschiedenen Gesundheits- und Sozialkontexten wie z.B. in Schulen, Unternehmen, Kliniken, Krankenhäusern, Gefängnissen und öffentlichen Diensten eingesetzt (Davidson et al., 2003; Williams & Kabat-Zinn, 2013; Kabat-Zinn, 2003).

Ansätze der Achtsamkeit werden ebenfalls als relevant für die menschliche Betätigung angesehen. Das Konzept der Achtsamkeit hält zunehmend Einzug in die Literatur der betätigungsbasierten Disziplinen. Dies kann Auswirkungen darauf haben, wie wir alle Arten menschlicher Betätigung sowohl auf individueller als auch auf soziokultureller Ebene erfahren, verstehen und anvisieren (Elliot, 2011; Martin & Doswell, 2012; Martin, Sadlo & Stew, 2019; Reid, 2009). Trotz guter Studienlage aus anderen Disziplinen ist jedoch wenig darüber bekannt, wie Achtsamkeit

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

angewendet wird und welche Möglichkeiten sie in Bezug auf die menschliche Betätigung eröffnet. Dies deutet darauf hin, dass es noch unerforschte Dimensionen und Aspekte in Bezug auf unser Verständnis von Achtsamkeit und menschlicher Betätigung gibt. Somit könnte Achtsamkeit eine unerforschte, aber grundlegende Verbindung zur Betätigung haben.

### Was wurde in der Studie untersucht?

Die Studie zielt darauf ab, relevante Literatur zur Achtsamkeit (unabhängig vom Studiendesign) zu identifizieren und deren Beziehung zur menschlichen Betätigung zu evaluieren. Dabei sollen Lücken in der Literatur aufgezeigt und die Zusammenhänge zwischen der Achtsamkeit und der menschlichen Betätigung für betätigungsbasierte Disziplinen beschrieben und zusammengefasst werden.

### Wie wurde die Studie durchgeführt?

Um ein möglichst umfassendes Verständnis zur Achtsamkeit und deren Bezug zur menschlichen Betätigung zu erhalten, wurde ein Scoping Review durchgeführt. Zur Strukturierung der Recherche wurde der Rechercheprozess in fünf Schritte untereilt und das Framework von Arksey und O'Malley (2005) genutzt. Die leitende Recherchefrage lautet: „Wie ist der aktuelle Wissensstand in Bezug auf Achtsamkeit und menschliche Betätigung in den betätigungsbasierten Disziplinen Ergotherapie und Occupational Science?" In Zusammenarbeit mit einem/einer Bibliothekar*in für Gesundheitswissenschaften wurden das Suchprotokoll entwickelt und folgende Schlüsselwörter identifiziert: 'mindfulness' or 'meditation' or 'yoga', and 'occupational therapy' or 'occupational science' or 'human occupation' or 'occupation'. Die Recherche erfolgte in den Datenbanken: Scopus, Pubmed, CINAHL, PsychInfo, Proquest Allied Health & Nursing, and Embase. Eingeschlossen wurden sowohl Peer-Review- als auch graue Literatur, publiziert im Zeitraum von 2006 bis 2016 in englischer Sprache. Die Suchergebnisse wurden im Team paarweise überprüft und dokumentiert. Nach Löschung doppelter Datensätze wurden 929 Datensätze identifiziert und einem weiteren Screening unterzogen. Die verbleibenden Artikel wurden von zwei unabhängigen Gutachter*innen mittels einer Relevanzskala bewertet und von einem/einer dritten unabhängigen Gutachter*in auf Diskrepanzen bei der Artikelbewertung überprüft. 20 Artikel erfüllten die Einschlusskriterien und wurden in den endgültigen Datensatz aufgenommen. Die deskriptiven Merkmale der Studien wurden zusammengestellt und mittels einer thematischen Analyse mithilfe eines Mind-Mapping-Prozesses qualitativ analysiert. Die Teammitglieder trafen sich mehrfach, um Mind-Maps zu vergleichen und die thematischen Kategorien zu konsolidieren. Die Forscher*innen diskutierten aufkommende Themen, kombinierten und integrierten Ideen und entwickelten eine thematische Karte der Ergebnisse. Hierbei wurden ein übergreifendes Thema und fünf Unterthemen identifiziert und vereinbart.

### Was haben die Forscher*innen herausgefunden?

Die Forscher*innen identifizierten insgesamt 20 relevante Artikel (14 Peer-Review-Artikel und sechs Beiträge der grauen Literatur). Die thematische Analyse identifizierte ein übergeordnetes Thema, das als „achtsame Betätigung" (mindful occupation) bezeichnet wurde. Bezogen auf die Qualitäten der „achtsamen Betätigung" konnten fünf Unterthemen ermittelt werden: Betätigungspräsenz (occupational presence), Betätigungsbewusstsein (occupational awareness), Betätigungsteilnahme (occupational engagement), Betätigungswohlbefinden (occupational well-being) und Betätigungserfüllung (occupational fulfillment). Die Betätigungspräsenz wird als ein Bewusstseinszustand im Hier und Jetzt mit sich selbst, aber auch mit anderen Personen und der Umwelt definiert. Es meint selbstbewusstes Handeln, während man Betätigungen aller Art ausübt, gleich ob strukturiert oder unstrukturiert (Reid, 2008). Das Betätigungsbewusstsein ist das Bewusstsein, das die Qualität der Betätigung unterstreicht. Es unterstützt die Reflexion über die Gedanken, Gefühle und Emotionen. Die Betätigungsteilnahme schafft ein tieferes Bewusstsein für die Betätigungen, was zur Folge haben kann, dass sich z.B. Ängste reduzieren. Betätigungswohlbefinden wirkt sich positiv auf die emotionale Balance und das Stressempfinden aus durch die Reduktion von kognitiven Veränderungsprozessen als positives Ergebnis der Durchführung von Achtsamkeit. Die Betätigungserfüllung führt dazu, dass sich die Lebensqualität verbessert, hier insbesondere in den Aspekten Vergnügen/Freude, Anerkennung und Erfüllung bei der Durchführung von Betätigungen. All diese Strukturen bilden die achtsame Betätigung (Goodman, 2018).

### Was sind Stärken und Schwächen der Studie?

Eine wesentliche Stärke dieser Studie ist die Umsetzung eines strengen und systematischen methodischen Ansatzes. Durch die Beseitigung einer erheblichen Lücke in der Literatur kann diese Studie zu künftigen Entwicklungen in Theorie, Praxis, Bildung und Forschung innerhalb der betätigungsbasierten Disziplinen beitragen.

Im Rahmen des Scoping-Reviews wurden Studien, die nicht in englischer Sprache veröffentlicht wurden und die den Begriff Betätigung in Zusammenhang mit Arbeit und Arbeitsplätzen verwendeten, nicht aufgenommen. Der Einbezug von grauer Literatur wurde als notwendig erachtet, um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten und um darzustellen, was derzeit in Bezug auf praxisrelevantes Wissen in diesem Bereich diskutiert wird.

### Welche Bedeutung hat die Studie für die Praxis?

Die Forschung und Theorie der achtsamen menschlichen Betätigung steckt noch in den Anfängen. Dieses Scoping-Rewiev vermittelt eine Übersicht über die aktuelle Anwendung der Achtsamkeit in den betätigungsbasierten Disziplinen und bietet eine Grundlage, um die menschliche Betätigung aus der Perspektive der Achtsamkeit zu diskutieren. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Durchführung von Achtsamkeit bei alltäglichen Betätigungen das Potenzial hat, die Art und Weise, wie Menschen über ihre Betätigung denken und sich engagieren, zu verändern und beispielsweise Wohlbefinden, Präsenz und Bewusstsein zu fördern. Somit zeigt der Artikel zukünftige Einsatzmöglichkeiten der Achtsamkeit im Rahmen der ergotherapeutischen Praxis auf. Zudem werden Perspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten für die Bildung, Theorie und Forschung präsentiert.

Das **Quellenverzeichnis** zu diesem Beitrag finden Sie unter www.download.schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



**DOI** des Beitrags (www.doi.org): 10.2443/skv-s-2021-54020210107
ergoscience 2021, 16(1): 39-41, © Schulz-Kirchner, Idstein – ISSN 1861-6348

■ **Kontakt:** Chiara Urban | ZUYD Hogeschool Heerlen | chiaraurban@web.de

*Marie Grandisson, Émilie Rajotte, Julie Godin, Myriam Chrétien-Vincent, Élise Milot, Chantal Desmarais (2020). Autism spectrum disorder: How can occupational therapists support schools? Canadian Journal of Occupational Therapy, 87 (1): 30-41, First published online August 11, 2019. doi:10.1177/0008417419838904*

# Autismus-Spektrum-Störung: Wie können Ergotherapeut*innen Schulen unterstützen?

## Was ist das Problem und was ist bisher darüber bekannt?

Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASD) stehen in der Schule vor vielfältigen Herausforderungen. Die Mitarbeiter*innen der Schulen benötigen daher zusätzliche Unterstützung, um die Partizipation der Kinder mit ASD zu verbessern. In Québec, Kanada, machen die betroffenen Schüler*innen ca. ein Drittel aller Schüler*innen mit einer Behinderung aus und die Zahl steigt stetig an (Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur, 2015; Ministère de la santé et des services sociaux, 2017). Viele Kinder mit ASD haben Schwierigkeiten in der Kommunikation und in der sozialen Interaktion, zeigen stereotypische Verhaltensmuster und weisen wenige Interessen auf (APA, 2013; Jasmin et al., 2009). Daraus resultieren für die Kinder Schwierigkeiten, sowohl in ihrer Teilhabe an Alltagsaktivitäten als auch in der Schule (APA, 2013; CAOT, 2015; Ismael, 2016; Jasmin et al., 2009). Im Schulsetting erleben sie häufig Angst, ausgelöst durch Verständnisprobleme bei Anweisungen oder beim Managen von Veränderungen (Able, Sreckovic, Schultz, Garwood & Sherman, 2015; Lindsay, Proulx, Thomson & Scott, 2013). Lehrer*innen haben häufig Schwierigkeiten, die Kinder in den Unterricht zu integrieren (Lindsay et al., 2013). Dies resultiert vor allem aus dem festgestellten Mangel an Wissen bezüglich des Krankheitsbildes ASD und den damit einhergehenden Problematiken im Umgang mit Betroffenen (Corkum et al., 2014; Lindsay et al., 2013). Die ansteigende Zahl von ASD bei Kindern hat zum einen immer längere Wartelisten bei z.B. ergotherapeutischen Dienstleistungen und zum anderen einen hohen Druck bei der Arbeit und der Betreuung von Kindern mit ASD zur Folge. (Ministère de la santé et des services sociaux, 2017). Das Wissen der Lehrer*innen über ASD und ihr Kompetenzgefühl in Bezug auf geeignete Strategien bei der Arbeit mit Kindern mit ASD haben einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden der Lehrer*innen und die Bildungserfolge von Kindern mit ASD (Boujut et al., 2017; Cappe et al., 2016). Daher ist es relevant, die Lehrer*innen ergotherapeutisch zu unterstützen. Ergotherapeut*innen sind zum Krankheitsbild ASD fachlich geschult und wissen um die besonderen Anforderungen an die persönliche Umwelt und die aktivitätsbezogenen Bedarfe von Kindern mit ASD (Clark & Polichino, 2013; Hui, Snider & Couture, 2016; Missiuna, Pollock, Campbell, DeCola, et al., 2017; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016; Rens & Joosten, 2014; Villeneuve & Shulha, 2012). Die Erhebung erfolgte in der Region Québec City (Kanada) zwischen 2016 und 2017. Das Forschungsteam konnte mehrere Gründe herausarbeiten, die zur Inanspruchnahme ergotherapeutischer Dienstleistungen durch Kinder mit ASD führten, vor allem sensorische, motorische und emotionale Schwierigkeiten bei den ASD-Klient*innen. Wenn Ergotherapeut*innen mitwirkten, wurden die Kinder mit ASD neuen Klassenräumen zugewiesen und ihre Partizipation im Schulsetting nahm häufig ab.

Es stellte sich heraus, dass Ergotherapeut*innen sehr wenig über die Schulkultur, die Aufgaben des schulischen Personals und die Unterrichtsabläufe wissen. Dies verleitet sie offenbar dazu, den Pädagog*innen vorschnelle Empfehlungen im Umgang mit Kindern mit ASD zu geben. Oft erfolgte nur eine einmalige Intervention von Ergotherapeut*innen in Schulen, was dem Best-Practice-Prinzip widerspricht (Clark & Polichino, 2013; Missiuna et al., 2015; Wilson & Harris, 2018). Um die Qualität von ergotherapeutischen Interventionen zu optimieren, ist Rücksichtnahme auf die gesamte Klasse erforderlich und nicht nur auf das zu behandelnde Kind mit ASD (Bazyk & Cahill, 2014; Clark & Polichino, 2013; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016). Daher wird der „Response-to-Intervention" (RTI) Ansatz empfohlen (Bazyk et al., 2012; Bazyk et al., 2009; Chu, 2017; Hutton, Tuppeny & Hasselbusch, 2016; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016). Bei dem RTI-Ansatz sollen professionelle Interventionen in erster Linie unterstützt werden, um das Schulpersonal mit Strategien zu fördern, eine anregende Lernumgebung für alle Kinder zu schaffen und die Teilhabe für Kinder mit Förderbedarf zu erleichtern (Bazyk et al., 2012; Bazyk & Cahill, 2014; Cahill, McGuire, Krumdick & Lee, 2014; Clark & Polichino, 2013; Lévesque, 2017).

Der RTI basiert auf drei Förderebenen: Auf Ebene eins werden allgemeine Maßnahmen umgesetzt, um die Teilhabe aller Schüler*innen zu fördern, und es werden diejenigen identifiziert, die Schwierigkeiten bei Schulaufgaben haben. Auf der Ebene zwei werden die Schüler*innen mit Schwierigkeiten durch differenzierte Maßnahmen oder Gruppenangebote unterstützt. Auf Ebene drei wird die Unterstützung für Schüler*innen mit Schwierigkeiten auf ihre individuellen Bedürfnisse angepasst, falls die vorherigen Interventionen sich als unzureichend erwiesen haben (Bazyk et al., 2012; Clark & Polichino, 2013; Lévesque, 2017).

## Was wurde in der Studie untersucht?

Ziele der Studie waren (a) die Anliegen des Schulpersonals bezüglich der Partizipation von Kindern mit ASD zu verstehen und (b) Empfehlungen zu identifizieren, die bei der Umsetzung eines RTI-basierten Praxismodells helfen können.

## Wer wurde untersucht?

Für die Durchführung der Studie wurden Schulmitarbeiter*innen und Ergotherapeut*innen, die mit Kindern mit ASD arbeiten, rekrutiert. Daraus resultierten 14 Teilnehmer*innen, die in zwei Diskussionsgruppen aufgeteilt wurden. Acht der Teilnehmer*innen arbeiteten in Schulen, in denen Kinder mit ASD in den regulären Unterricht integriert sind, sechs waren in Schulen tätig, in de-

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

nen Kinder mit ASD entweder in Förderklassen geschult werden oder in reguläre Klassen integriert sind. Von diesen 14 Teilnehmer*innen waren sechs Lehrer*innen, zwei Psychoedukator*innen, zwei Sprachpatholog*innen, zwei Bildungstechniker*innen und ein Kindheitspädagoge. Sie arbeiteten mit Schüler*innen von der Vorschule bis zur Grundschule der dritten Klasse und hatten durchschnittlich ca. sechs Jahre Berufserfahrung. Es wurde zusätzlich eine dritte Gruppe rekrutiert mit zehn Ergotherapeut*innen, die mit Klient*innen mit ASD arbeiteten (Québec, Canada). Sie hatten durchschnittlich 13 Jahre Erfahrung in dieser Arbeit in verschiedenen Einrichtungen (Rehabilitationszentrum, Krankenhaus, Privatklinik und Schule).

## Wie wurde die Studie durchgeführt?

Für die Studie wurde ein qualitatives deskriptives Studiendesign (Fortin & Gagnon, 2016) verwendet, um die Anliegen des Schulpersonals bezüglich der Partizipation von Kindern mit ASD zu verstehen. Unter einem Mixed-Method-Ansatz (Creswell, 2014) wurden qualitative und quantitative Methoden miteinander kombiniert, um Empfehlungen zu identifizieren, die bei der Umsetzung eines RTI-basierten Praxismodells helfen könnten. Die ethische Genehmigung der Studie wurde von dem Comité d'éthique sectoriel de la recherche en réadaptation et intégration sociale at the CIUSSS of the Capitale-Nationale eingeholt. Es wurden drei Diskussionsgruppen durchgeführt. Vor Beginn füllten die Teilnehmer*innen eine Einverständniserklärung und einen Bogen zu soziodemografischen Angaben aus. Die Gruppen wurde von einem Forscher mit Erfahrung in der Moderation von Diskussionsgruppen geleitet, der von einem Mitglied des Forschungsteams unterstützt wurde. Für die Zielsetzung (a) wurde eine Liste von zehn Möglichkeiten erstellt, um die Anliegen des Schulpersonals zu verstehen. Diese Liste war aus der Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs von Kindern mit ASD hinsichtlich der Teilhabe in der Schule entwickelt worden. Das Schulpersonal war aufgefordert, fünf Aktivitäten auszuwählen, welche die Teilhabe der Kinder einschränken. Dies lieferte einen ersten Überblick über die Anliegen der Teilnehmer*innen (hier auch als Stakeholder*innen bezeichnet), die Kinder mit ASD in ihren schulischen Aktivitäten unterstützten. Während der anschließenden Gruppendiskussionen sollten die Teilnehmer*innen ihre getroffene Auswahl erklären und ihre Erfahrungen wie etwa Bedenken teilen. Für die Zielsetzung (b) wurde eine „Sabotage activity" (Chevalier et al., 2013) durchgeführt, um zu identifizieren, was getan werden muss, um das geplante RTI-basierte Praxismodell erfolgreich umzusetzen, und welche Hindernisse es dabei geben könnte. Anschließend wurden die Ergotherapeut*innen aufgefordert, ein ideales RTI-basiertes Übungsmodell zu beschreiben, das die Partizipation von Kindern mit ASD fördern könnte. Die Diskussionen wurden aufgezeichnet, die Ergebnisse transkribiert. Die Diskussionsrunde mit den Schulmitarbeiter*innen dauerte zwei Stunden und die Diskussionsrunde mit den Ergotherapeut*innen dauerte drei Stunden.

## Was haben die Forscher*innen herausgefunden?

Um die Ergebnisse der Diskussionsgruppen für die erste Zielsetzung zu ordnen, wurde das Person-Environment-Occupation (PEO)-Modell (Law et al., 1996) verwendet.

*P= Merkmale von Kindern mit ASD*

Es stellten sich bestimmte Merkmale heraus, welche die Teilhabe von Kindern mit ASD in der Schule beeinträchtigen. Es wurden z.B. Angst, geringe motorische, soziale und kommunikative Fähigkeiten, begrenzte Interessen und sensorische Einschränkungen genannt. Die Ergebnisse zeigen auf, dass Angst, den Anforderungen in der Schule nicht gerecht zu werden, sehr häufig zu bestehen scheint. Die Schulmitarbeiter*innen stellten einen Zusammenhang zwischen Angst und Verständnisschwierigkeiten fest. So beschrieb eine Lehrerin, dass, sobald ein Missverständnis zwischen ihr und dem Kind mit ASD entstehe, das Kind schnell in Panik gerate. Auch das Spielen und die sonstige Interaktion mit anderen Kindern stellt demnach eine Herausforderung dar. Kinder mit ASD möchten mit ihren Klassenkamerad*innen spielen, wissen aber oft nicht, wie dies geht, sie zeigen sich ungeschickt und werden dann von ihren Zielen abgelenkt. Hier kommen nach Aussagen der Teilnehmer*innen auch schlechte motorische Fähigkeiten bei Kindern mit ASD zum Tragen.

*E= Merkmale des schulischen Umfelds*

Die Schulmitarbeiter*innen berichteten, dass eine überstimulierende physische Umgebung, die mangelnde Ausbildung der Schulmitarbeiter*innen, die mangelnde Zusammenarbeit und eine verschiedene Auffassung von Toleranz und Akzeptanz durch Peers Kinder mit ASD in ihrer Partizipation einschränkten. Bei vielen Aktivitäten sei das Schulumfeld durch viel Lärm und Bewegung geprägt. Hierbei stellen die Sporthalle, die Mensa und die Korridore eine große Herausforderung für Kinder mit ASD dar. Außerdem wurde festgestellt, dass es nicht genügend Schulpersonal gibt, um den Bedürfnissen der Kinder gerecht zu werden, was auch die Schüler-Lehrer-Beziehungen beeinflusst.

*O= Merkmale von Aktivitäten*

Bestimmte Merkmale von schulischen Aktivitäten hindern Kinder mit ASD bei der Partizipation. Gruppenarbeiten, Aufgaben mit einem hohen Schwierigkeitsgrad, begrenzte Zeit und mangelnde Struktur tragen dazu bei, dass Kinder mit ASD einen Mangel an der schulischen Teilhabe erfahren. Hier stellte sich heraus, dass für sie vermehrte Unterstützung und zusätzliche Anweisungen erforderlich sind. Ebenso resultierte aus den Ergebnissen eine mangelnde Flexibilität von Schulmitarbeiter*innen, wodurch sich die Anpassung an Kinder mit ASD oft als schwierig erweist. Ein häufiger Verlust der Selbstkontrolle, geringe Selbstständigkeit, geringe Motivation und Angst bei vielen Aktivitäten stellten Herausforderungen hinsichtlich der Teilhabe von Kindern mit ASD im Setting der Schule dar.

Für die Ergebnisse der zweiten Zielsetzung wurden die empfohlenen Maßnahmen für die Implementierung des RTI-basierten Übungsmodells in sieben Aktionen (Hauptthemen) unterteilt.

*Aktion 1 = Sorgfältige Wahl der Ergotherapeut*innen*

Als wichtigste Fähigkeit des/der Ergotherapeut*in wurde das Interesse an dem Projekt benannt und die praktische Weiterentwicklung in Bezug darauf. Außerdem solle der/die Ergotherapeut*in anpassungsfähig sein, gute zwischenmenschliche Kompetenzen, Kreativität und Erfahrung in der Arbeit mit Klient*innen mit ASD haben.

*Aktion 2 = Sorgfältige Wahl der Schule*

Für eine erfolgreiche Implementierung des Praxismodells zeigen die Ergebnisse die Wichtigkeit an, dass die Schule Interesse und eine Offenheit gegenüber dem Projekt haben muss. So sollten die Schulmitarbeiter*innen (also sämtliche Stakeholder*innen) Bereitschaft zur Implementierung des Modells haben. Zudem wäre es vom Vorteil, eine Schule auszuwählen, die viele Kinder mit ASD besuchen.

*Aktion 3 = Förderung eines optimalen und realistischen Angebots*

Eine weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung des RTI-basierten Übungsmodells betrifft die Intensität des Angebots. Sowohl die Ergotherapeut*innen als auch die Schul-

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

mitarbeiter*innen betonen eine direkte und regelmäßige Anwesenheit in der Schule und im Klassenzimmer z.B. an zwei Tagen pro Woche.

*Aktion 4 = Verfolgung eines strukturierten und iterativen Ansatzes*
Die Transkripte der drei Diskussionsgruppen lassen hier vier entscheidende Schritte erkennen: 1. Schulpersonal und Eltern über die Rolle und Arbeit des/der Ergotherapeut*in aufklären. 2. Die Bedürfnisse der Beteiligten durch Dokumentationen des/der Ergotherapeut*in und regelmäßige Teamsitzungen evaluieren. 3. Erstellung und Implementierung eines Aktionsplans, welcher verschiedene Skills beinhaltet in Form von z.B. Videos, Schulungen oder Toolkits und Interventionsansätzen. 4. Durchführung von Weiterbildungen.

*Aktion 5 = Eine gute Zusammenarbeit gewährleisten.*
Um eine gute Zusammenarbeit zu gewährleisten, gelten das Teilen von Verantwortungen, gegenseitige Unterstützung und eine klare Kommunikation als wichtige Komponenten.

*Aktion 6 = Austausch mit anderen Schulen*
Die Teilnehmer*innen bezeichneten es als wertvoll, die gemachten Erfahrungen und durch das Übungsmodell entwickelten Strategien mit anderen Schulen zu teilen, z.B. durch Workshops.

*Aktion 7 = Unterstützung der Ergotherapeut*innen* durch verschiedene Tools, um die Kultur der Schule verständlicher zu machen und die Wertschätzung gegenüber den Ergotherapeut*innen zum Ausdruck zu bringen.

Die Ergebnisse der Aktionspunkte halfen bei der Entwicklung einer ersten Version des ASD-Übungmodells für Ergotherapeut*innen an inklusiven Schulen, um Kinder mit ASD in ihrem Schulalltag besser unterstützen zu können.

## Was sind Stärken und Schwächen dieser Studie?

*Stärken*

- Die Expert*innen für die Studie wurden genau rekrutiert, sie hatten alle mindestens sechs Jahre Berufserfahrung und die Ergotherapeut*innen mindestens 13 Jahre Berufserfahrung in der Arbeit mit Kindern mit ASD.
- Die Studie half bei der Entwicklung einer ersten Version des RTI-basierten Übungsmodells für Kinder mit ASD und bietet somit eine klare Struktur, um das Modell in der Praxis erfolgreich umsetzen zu können.
- Die Studie ist in der Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) dem Level drei zuzuordnen und daher geeignet für eine Anwendung in der EBP (Tomlin & Borgetto, 2011).
- Die Autor*innen ziehen relevante und aktuelle Literatur zum Thema hinzu, welche die Fragestellung und das Ziel der Forschung gut begründen.
- Die Methodik ist transparent und nachvollziehbar erläutert und der Forschungsprozess verständlich dargestellt.

*Schwächen*

- Rekrutierung der Teilnehmer*innen war örtlich begrenzt, sie kamen aus nur einer Stadt und deren Umgebung (Québec, Kanada).
- Bei dem Ansatz des RTI-basierten Übungsmodells wurden nur Schüler*innen mit ASD berücksichtigt. Die Ergebnisse können nicht auf Schüler*innen mit anderen physischen oder psychischen Diagnosen übertragen werden.
- In der Studie wurden nur die Aktivitäten im schulischen Umfeld erforscht, jedoch ergaben die Ergebnisse, dass auch die Aktivitäten im privaten Umfeld relevant für die Teilhabe im Schulsetting von Kindern mit ASD sind.
- Das Forschungsteam und sein Bezug zum Thema wurde nicht transparent dargestellt.

## Welche Bedeutung hat die Studie für die Praxis?

Die Studie hat die Teilnehmer*innen hinsichtlich der Teilhabe von Kindern mit ASD sehr betätigungsorientiert und eng fokussiert befragt. Die Komponenten der ergotherapeutischen Arbeit werden somit gut berücksichtigt und die schulbasierte Ergotherapie wird als ein innovatives Arbeitsfeld für Ergotherapeut*innen dargestellt. Die Studie verdeutlicht zudem die Wichtigkeit der interdisziplinären Arbeit, um den Bedürfnissen der Klient*innen langfristig gerecht zu werden und ihre Teilhabe gewährleisten zu können. Anhand des beschriebenen RTI-basierten Übungsmodells wird die schulbasierte Ergotherapie sehr gut veranschaulicht. Durch die Ergebnisse der Studie wird Ergotherapeut*innen eine klare Struktur geboten, um das Modell in der Praxis erfolgreich umsetzen zu können. Die in den Ergebnissen dargestellten Aktionspunkte können in der ergotherapeutischen Praxis auf das Canadian Practice Process Framework (CPPF; Davis, Craik, & Polatajko, 2013) übertragen werden. Die aus der Studie hervorgehenden relevanten Betätigungen von Kindern mit ASD (Spielen mit Gleichaltrigen, Essen, Unterrichtsroutinen, Hygiene, Musik, Sport, Handwerk und der Schultransport) gehen laut dieser Studienergebnisse über das Setting der Schule hinaus. So kann das RTI-basierte Übungsmodell durch die Mitwirkung von Ergotherapeut*innen auch über den Schulkontext hinausgehen, um die Kinder ganzheitlicher zu erfassen. So können die Kinder in allen Bereichen in ihren Ressourcen gefördert werden, um fortlaufend eine ganzheitliche Partizipation zu ermöglichen.

Das **Quellenverzeichnis** zu diesem Beitrag finden Sie unter www.download.schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

# Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaften (e.V.)

DGEW
Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft e.V.

### Teilnahme an Verbändeanhörung des BMG

Die Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft e.V. (DGEW) nahm am 19.11.2020 an der Verbändeanhörung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung teil. Hintergrund war ein entsprechender Referentenentwurf, in dem das BMG die aktuelle Laufzeit der Modellklausel in der Ausbildung der Ergotherapie in § 10 des Ergotherapeutengesetzes vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246) von „2021" bis „2026" verlängern möchte.

In der Anhörung brachte die DGEW zum Ausdruck, dass sich die DGEW gegen eine unverhältnismäßige Verlängerung der Modellklausel ausspricht und der Transformationsprozess zur Vollakademisierung voranzutreiben ist. Die ebenfalls schriftlich eingereichte Stellungnahme kann unter DGEW.info eingesehen werden.

## 6. dOS-Treffen: Erprobung eines Journal Clubs zur Occupational Science

Am 23.02.21 fand das 6. Treffen der Arbeitsgruppe deutsche Occupational Science (dOS) statt. Erstmals wurde ein virtuelles Format erprobt. Einerseits war es so nicht möglich, auch zwischen den Arbeitsphasen anregende Gespräche beim gemeinsamen Mittagessen zu führen. Andererseits konnten auf virtuellem Wege auch Kolleg*innen aus einem weiten geografischen Radius entspannt teilnehmen, vor allem aus Süddeutschland, aber auch aus Österreich und der Schweiz. Insgesamt trafen sich 23 Personen.



© Mykyta /Adobe Stock

Es gab viel zu berichten, weil das letzte Treffen ungefähr ein Jahr zurücklag und inzwischen Ergebnisse aus einer vorausgehenden Arbeitsphase vorlagen. So konnte eine umfangreiche, von allen dOS-Mitgliedern erstellte Leseliste zu OS-Literatur, vornehmlich Artikel aus dem Journal of Occupational Science, vorgestellt werden. Den einzelnen, überwiegend englischsprachigen Literaturangaben wurden kurze Inhaltsangaben und Kommentierungen hinzugefügt, die einen Verwendungszweck und den Grund der Empfehlung deutlich machen. Ziel der Leseliste ist, sie für OS-Interessierte bereitzustellen und damit den Einstieg und eine intensive Einarbeitung zu unterstützen.

Schwerpunkt des 6. dOS-Treffens bildete die Durchführung eines Journal Clubs. Dieses Format beinhaltet die vertiefende Auseinandersetzung mit empirischen Studien und theoretischen Texten. Neben dem Nachvollzug der ausgewählten Studie oder des Textes und der Rekonstruktion von Methoden und vorgebrachen Argumenten geht es um eine kritische und kontroverse Auseinandersetzung mit dem Text und auch der Perspektive des/der Autor*in sowie um eine gemeinsame Wissenserweiterung.

Mit dem Journal Club konnte die dOS-Arbeitsgruppe gleich mehrere Zielstellungen verfolgen: über die Inhalte des Artikels etwas über die Occupational Science hinzulernen, durch die Diskussion das gemeinsame Verständnis der OS entwickeln und Themen identifizieren, die in der Gruppe unterschiedlich gesehen werden. Auch für das allgemeine Ziel der dOS-Arbeitsgruppe, den Zugang zu englischsprachiger OS Literatur in Deutschland zu erleichtern, war dieses Format hilfreich.

Grundlage des Journal Clubs bildete der vorab gelesene Artikel: Calhoun, A. D. (2020). The development and future of occupational science: A budding occupational scientist's reflections and assertions about the discipline. Journal of Occupational Science, 1–15.

Die Autorin, die sich selbst als Newcomerin in der OS bezeichnet, nahm das 30-jährige Bestehen der OS zum Anlass, anhand von ihr ausgewählter Literatur über die Entstehung, Internationalität, Interdisziplinarität und schließlich das Verhältnis zwischen Ergotherapie und Occupational Science zu reflektieren. In dem Journal Club widmete sich jedem dieser Themen eine Diskussionsgruppe von vier bis sechs Personen. Diese rekonstruierten jeweils die Aspekte und Argumente der Autorin und erarbeiteten eine würdigende und kritische Einschätzung.

Es zeigte sich im anschließenden Plenum, dass sich die Gruppen sehr differenziert mit den Positionen der Autorin auseinandergesetzt und interessante Diskussionen geführt hatten. In der abschließenden Runde bestand ein Konsens darüber, dass bereits ein beachtliches Wissen zur OS in der dOS-Gruppe besteht. Dies ist umso bemerkenswerter, wenn man die kurze Zeit von knapp vier Jahren bedenkt, seit der die dOS-Arbeitsgruppe existiert. In dieser Zeit ist eine feste Gruppe von ca. 20 aktiven dOS Mitgliedern entstanden, die an den regelmäßigen Arbeitstreffen teilnehmen.

Interessierte an dieser Gruppe und dem 7. Arbeitstreffen können sich an folgende Kontakt-E-Mail wenden: osdeutsch@gmail.com.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

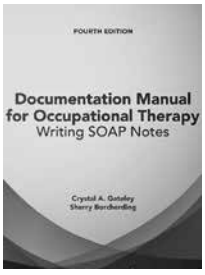


Alle Termine vorbehaltlich Änderungen aufgrund der Corona-Situation

| Termin/Ort | Veranstaltung | Information |
|---|---|---|
| 08.-10.04.2021 Wien (A) | **Frühjahrstagung der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO)** | https://www.onconovum.academy/veranstaltungen/archiv/fruehjahrstagung-2020.html |
| 11.-23.04.2021 Lindau | **Lindauer Psychotherapiewochen 2021** | https://www.lptw.de/ |
| 12.-16.04.2021 Wiesbaden | **138. Deutscher Chirurgen Kongress** | https://dck-digital.de/ |
| 21.-24.04.2021 Magdeburg | **37. Deutscher Kongress für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie** | www.dgkjp.de |
| 04.-07.05.2021 Rostock | **124. Deutscher Ärztetag** | https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/124-deutschen-aerztetag-2021/organisation/ |
| 06.-08.05.2021 Rheinstetten | **REHAB 2021 – Fachmesse für Rehabilitation, Therapie, Pflege und Inklusion** | https://www.rehab-karlsruhe.com/de/ |
| 17.-20.05.2021 Gmunden (A) | **37. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)** | https://www.oeghmp.at/ |
| 27.-29.05.2021 Schladming (A) | **Austrian Health Forum 2021** | https://www.austrianhealthforum.at/ |
| 01.-05.06.2021 Glasgow (UK) | **14th European Paediatric Neurology Society Congress 2021** | https://epns-congress.com/ |
| 02.-05.06.2021 Leipzig | **61. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.** | https://www.pneumologie-kongress.de/ |
| 16.-19.06.2021 Bochum | **34. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie e.V** | https://www.dmgp-kongress.de/ |
| 18.-19.06.2021 Berlin | **Fast-Track Endoprothetik – 1. Berliner Kongress** | https://www.fast-track-berlin.de/ |
| 09.-11.09.2021 Würzburg | **Ergotherapie-Kongress 2021** | https://dve.info/kongress |

**Kostenlose Kongressankündigungen schicken Sie bitte an: ergoscience@schulz-kirchner.de**
**Verlag und Redaktion behalten sich vor, zielgruppenrelevante Veranstaltungen auszuwählen.**

Crystal A. Gateley, Sherry Bocherding
**Documentation Manual for Occupational Therapists – Writing SOAP Notes**
257 Seiten, Taschenbuch, ca. 60 €
ISBN: 978-1-63091-231-4
Thorofare, NJ: Slack Incorporated 2017




*„Professional documentation is a skill, and like any skill, it can be learned. Learning a new skill requires two things: instruction and practice."* (Gateley & Borcherding, 2017, S. 1)

Mit ihrem Buch „Documentation Manual for Occupational Therapists – Writing SOAP Notes" richten sich die Autorinnen an alle Ergotherapeut*innen, egal ob Studierende oder Praktizierende. Wesentlicher Inhalt des Buches ist das Verfassen einer SOAP-Notiz zur Dokumentation der ergotherapeutischen Leistung. Hierbei wird ein problemorientierter Ansatz verfolgt. Bei „SOAP" handelt es sich um ein Akronym. Das **„S" („Subjektiv")** meint die subjektiven Informationen, die der/die Klient*in innerhalb einer Therapieeinheit geäußert hat. Sie können innerhalb der Therapieeinheit weder verifiziert noch gemessen werden wie z.B:

- „Ich brauche keine Therapie."
- Der Heimbewohner berichtet von Schmerzen in der rechten Schulter bei dem Versuch, sich die Haare zu kämmen.

Die Autorinnen betonen, dass die dokumentierten Aussagen der Klient*innen in „S" stets Bezug zur Behandlung haben soll. Dokumentiert man ein Erstgespräch, fallen alle Aussagen der Klient*innen unter „S".

Unter **„O" („Objektiv")** werden Daten subsumiert, die während der Therapie messbar, quantifizierbar und beobachtbar sind. Die Autorinnen gehen beim Verfassen dieses Abschnitts wie folgt vor:

- Sie beginnen mit einer Beschreibung der Therapiedauer, des Settings und des Zwecks der Therapieeinheit.
- Sie schaffen einen kurzen Überblick über die wichtigsten Defizite, die die Performanz der/des Klient*in beeinflussen.
- Sie fassen im Anschluss ihre Beobachtungen innerhalb der Therapie zusammen.
- Hierbei sind sie so professionell, prägnant und spezifisch wie möglich.

Die Inhalte des „O" können hierbei chronologisch, also in der Reihenfolge der Therapieeinheit oder in Kategorien wiedergegeben werden (z.B. Betätigungsbereiche, Klient*innenfaktoren, Performanzfertigkeiten). Wichtig hierbei ist es, die Betätigung im Fokus zu haben, die Reaktion der Klient*innen auf die Therapie und die Inhalte der Therapie wiederzugeben, spezifische Aussagen über die therapeutische Unterstützung zu treffen, die Klient*innen nicht zu beurteilen, sondern zu beschreiben und sich als Ergotherapeut*in als aktive Beobachtende einzubringen. Die ergotherapeutische Expertise muss hier deutlich werden.

Das **„A" („Assessment")** steht für den Abschnitt der Dokumentation, in dem das Professionelle Reasoning demonstriert wird, denn hier sind die in „S" und „O" gewonnenen

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de



Daten zu interpretieren. Laut den Autorinnen soll dieser Abschnitt Probleme, Fortschritte (Progress) und Potenziale (3Ps) beschreiben. Beispiele sind wie folgt:

Probleme:

- Der Versuch, ohne festgestellte Rollstuhlbremsen aufzustehen, sorgt für Sicherheitsbedenken und birgt Sturzgefahr bei der Ausführung verschiedener ADL-Transfers.

Fortschritte:

- Die spontane Teilnahme des Klienten an der Gruppendiskussion zeigt einen positiven Fortschritt im Hinblick auf die Entwicklung von sozialen-interaktionellen Fertigkeiten.

Potenzial:

- Die vorhandenen kognitiven Fähigkeiten des Klienten zeigen gutes Potenzial für das Erlernen von kompensierenden Strategien für ADLs und IADLs.

Die Autorinnen betonen, dass in diesem Abschnitt begründet werden muss, warum ein Klient weitere Therapie benötigt.

Im letzten Abschnitt **„P" („Plan")** wird schließlich die Frequenz und Dauer sowie die spezifische Behandlung erläutert, um den Klienten bei der Erreichung seiner Ziele zu unterstützen.

- Der Säugling erhält für die Dauer von zwei Monaten zweimal pro Woche Therapie, um Fütterungsfähigkeiten zu verbessern. Die Behandlung umfasst orale Desensibilisierung und Betreuer-Training zum Gebrauch von adaptiven Flaschen.

Mit ihrem Buch unterstützen die Autorinnen das Professionalisierungsbestreben der Ergotherapie, indem sie eine standardisierte Methode für die ergotherapeutische Dokumentation aufzeigen, die auch international Anwendung finden kann.

Die Kapitel bauen aufeinander auf und führen Schritt für Schritt an das Verfassen einer SOAP-Notiz heran. Bemerkenswert sind die zahlreichen Beispiele für die einzelnen Abschnitte der SOAP-Notiz. Dadurch wird schnell deutlich, was in den jeweiligen Abschnitt gehört. Die Tatsache, dass die Beispiele verschiedenen Fachbereichen entnommen sind, erleichtert die Anwendbarkeit der SOAP-Notiz auf den eigenen Fachbereich. Besonders hilfreich sind die Arbeitsblätter mit Übungen zu den jeweiligen Kapiteln. Hier lässt sich das Gelernte direkt umsetzen. Lösungen finden sich am Ende des Buches. Eine abschließende Checkliste am Ende des Buchs dient zur Evaluierung der eigenen SOAP-Notes.

- **Kontakt:**

Daniel Schmidt | schmidt.daniel@posteo.de

ergoscience 2021, 16(1): 43-44 | © Schulz-Kirchner, Idstein – ISSN 1861-634

Brent Braveman, Elizabeth G. Hunter

**Rehabilitation nach Krebserkrankung**

(Leitlinien der Ergotherapie Band 13),
Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Mieke le Granse, 155 Seiten, 34,95 Euro
ISBN: 978-3-456-85861-6
Bern, Hogrefe-Verlag, 2019




Die aus dem Amerikanischen übersetzte Leitlinie richtet sich an praktizierende Ergotherapeut*innen im Bereich Onkologie sowie an Lehrende, Schüler*innen und Studierende der Ergotherapie. Das Buch wurde als Leitlinie des amerikanischen Berufsverbandes der Ergotherapeuten verfasst und soll die Qualität der ergotherapeutischen Arbeit verbessern. Insbesondere Ergotherapeut*innen, die noch nicht in der Onkologie arbeiten, werden großen Gewinn aus diesem Buch ziehen und sich für diesen Arbeitsbereich qualifizieren können. Weitere Professionen wie Ärzt*innen oder Mitarbeiter*innen der Kostenträger lernen den ergotherapeutischen Prozess bei der Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen kennen, erfahren viel über die standardisierten Abläufe und über die Wirksamkeit der jeweiligen ergotherapeutischen Interventionen. Letzteres gilt auch für Patient*innen, die sich hier darüber informieren können, was die Ergotherapie für sie zu bieten hat. Die Leitlinie lässt die Interessierten tief in die Materie des onkologischen Rehabilitationsprozesses eintauchen, speziell in die schwierige Situation des an Krebs erkrankten Menschen. Das Buch beginnt mit einer kurzen Beschreibung über Zweck und Ziel der Leitlinie und umreißt in Kapitel 2 knapp den Gegenstandsbereich und den ergotherapeutischen Prozess.

In Kapitel 3 werden die komplexen körperlichen Schäden erfasst, die bei Krebserkrankungen und bei deren Behandlung auch als Sekundärfolgen entstehen können. Die Symptome sind sehr differenziert aufgeführt (oft auch in ihrer statistischen Häufigkeit dargestellt) und es wird herausgearbeitet, dass therapeutische Interventionen spezielle Kenntnisse in der Onkologie benötigen. Auch mögliche psychosoziale Probleme werden erfasst. Die Beschreibung der Symptome bezieht immer die spezielle Betrachtung aus ergotherapeutischer Perspektive mit ein, sodass die konkreten Vorgehensweisen direkt abgeleitet werden. Die aufgeführten Stadien und Settings der Therapie verdeutlichen den Tätigkeitsbereich, in dem Ergotherapeut*innen aktiv werden können, und zwar von der Akutphase bis hin zur Palliativversorgung.

Drei Fallstudien von Patient*innen mit verschiedenen Krebserkrankungen liefern eine beispielhafte Darstellung des ergotherapeutischen Prozesses. Kapitel 4 enthält eine Übersicht ausgewählter Assessments für diesen Fachbereich und damit eine Fundgrube, um auch im Bereich der Assessments das eigene Wissen erweitern zu können.

In diesem Kapitel wird außerdem der ergotherapeutische Prozess in seinen speziellen Schritten und Begriffen anschaulich dargestellt. Durch die gute Struktur, die Gliederung in kurze Abschnitte und die definitionsartige Beschreibung der zentralen Begriffe findet man sich als Leser*in schnell zurecht. Kapitel 5 gilt der Evidenz der jeweiligen Interventionen. Sehr interessant ist auch die Erfassung komplementärer Gesundheitsansätze und alternativer Heilmethoden im Rahmen dieser Auflistung. Im Anhang befindet sich eine Zusammenfassung aller Studien, die für die Bestimmung des Evidenzgrades verwendet wurden.

Das Buch schließt mit Folgerungen für die praktische Arbeit der Ergotherapeut*innen sowie mit Empfehlungen für den Bereich der Ausbildung und der Forschung.

Anzumerken ist, dass in den USA die Ausbildung und der Rahmen, in denen Ergotherapeut*innen dort arbeiten, nicht deckungsgleich sind mit den Gegebenheiten in Deutschland, das wird eingangs auch erwähnt. Für andere Fachgruppen könnte das irritierend sein, weshalb eine kurze Darstellung der Gegebenheiten im deutschsprachigen Raum von Vorteil gewesen wäre. Im Glossar werden gerade für diese fachfremden Leser*innen spezielle Begriffe der Ergotherapie erläutert. Manche der hier aufgeführten Interventionen werden in Deutschland klassischerweise von Physiotherapeut*innen durchgeführt. Diese Besonderheiten, die auf den Ursprung der Leitlinie zurückzuführen sind, schmälern aber nicht Wert des Buches, sondern können den Horizont erweitern. In Deutschland gibt es seit 2008 das Leitlinienprogramm Onkologie. Die dort erarbeiteten bisherigen Leitlinien in der Rehabilitation von Krebspatient*innen beziehen sich auf bestimmte Krebsarten. Keine dieser Leitlinien bezieht sich ausschließlich auf die Wirksamkeit der Ergotherapie im Rehabilitationsprozess und beschreibt unser komplexes Fachgebiet so praxisnah für den Bereich der Onkologie. Das Buch „Rehabilitation nach Krebserkrankung" bündelt somit das von Ergotherapeut*innen für ihre Arbeit in diesem Fachgebiet benötigte komplexe medizinische Wissen über die Krankheit Krebs und stellt den ergotherapeutischen Prozess eindrücklich im Rehabilitationsrahmen evidenzbasiert dar. Für die Sicherung der Qualität der Interventionen und nicht zuletzt für die Akademisierung des Berufes bildet es ein wichtiges Standardwerk.

- **Kontakt:**

Katrin Rottloff | praxis.rottloff@gmx.de

ergoscience 2021, 16(1): 44 | © Schulz-Kirchner, Idstein – ISSN 1861-634

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

**Chefredakteurinnen:**
Ausgabe 1 + 2/2021: Cosima Pinkowski
Ausgabe 3 + 4/2021: Jutta Berding
**Chef vom Dienst**: Thomas Leidag

**Verlag**
Schulz-Kirchner Verlag GmbH
Mollweg 2 · 65510 Idstein
Tel. +49 6126 9320-0
Fax +49 6126 9320-50
E-Mail: info@schulz-kirchner.de
Internet: www.schulz-kirchner.de
Vertretungsberechtigte Geschäftsführer*innen: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner
Gemäß § 5 Abs. 2 HPresseG lauten die Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse wie folgt: Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Mollweg 2, 65510 Idstein. Handelsregister Wiesbaden HRB 19404, Sitz der Gesellschaft: Idstein, Gesellschafter: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner

**Kundenservice**
Norina Dietzel-Fritsch
Tel. +49 6126 9320-11
Fax +49 6126 9320-50
E-Mail: adressen@schulz-kirchner.de

**Anzeigenabteilung**
Laura Schönborn
Tel. +49 6126 9320-26
Fax +49 6126 9320-50
E-Mail: anzeigen@schulz-kirchner.de

**Layout**: Petra Jeck
**Titelfoto**: © striZh / Adobe Stock
**Rubrikenillustrationen/Icons**: © ylivdesign, © stas111 (Adobe Stock)
**Druck und Bindung**: PLUMP Druck und Medien GmbH, Rheinbreitbach
**Printed in Germany**

**Manuskripte**
Alle Manuskripte direkt an:
Schulz-Kirchner Verlag GmbH · Petra Jeck
Mollweg 2 · 65510 Idstein
E-Mail: ergoscience@schulz-kirchner.de
Aus Copyrightgründen werden grundsätzlich nur solche Arbeiten angenommen, die vorher weder im Inland noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Die Manuskripte dürfen auch nicht gleichzeitig anderen Publikationen zum Abdruck angeboten werden.
Mit der Annahme des Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrHG) die ausschließliche Befugnis zur Wahrnehmung der Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15ff. des Urheberrechtsgesetzes, insbesondere auch das Recht der Übersetzung, der Vervielfältigung durch Fotokopie oder ähnliche Verfahren und der EDV-mäßigen Verwertung. Von dieser Regelung sind Beiträge freier Journalist*innen ausgenommen.

**Copyright**
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechtes geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

**Fotokopien**
Fotokopien für den persönlichen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

**Kooperation**
ergoscience kooperiert mit der niederländischen Ergotherapiezeitschrift „Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie“, die 4mal pro Jahr als Teil der Zeitschrift „Ergotherapie Magazine“ des niederländischen Berufsverbands „ergotherapie nederland“ erscheint, sowie mit dem EVS ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz in Bern. Ausgewählte Artikel werden für die jeweiligen Fachzeitschriften in die niederländische bzw. französische Sprache übersetzt, wenn die Zustimmung der jeweiligen Verbände und Autor*innen vorliegt.

**Erscheinungshinweise**
Die Zeitschrift erscheint mit 4 Ausgaben pro Jahr am 30. März, 30. Juni, 30. September und 30. Dezember. Das Abonnement wird zum Abonnementbeginn berechnet und zur Zahlung fällig. Alle Preise sind unverbindlich empfohlene Preise:

| Abo- oder Bezugsart 2021 | |
|---|---|
| **Jahresabonnement** (Versandkosten [D] enthalten) | |
| Privat (print) | 103,50 € |
| Privat (digital) | 88,50 € |
| Lernende (Fach-/Hochschulen) (print) | 71,00 € |
| Lernende (Fach-/Hochschulen) (digital) | 63,50 € |
| Hochschulen, Kliniken (print) | ab 160,00 € |
| Hochschulen, Kliniken (Lizenz* – digital) | ab 147,00 € |
| **Probeabonnement** (Versandkosten [D] enthalten) | |
| 2 Ausgaben (nur print) | 62,00 € |
| **Einzelheft** | |
| print oder digital | 38,00 € |

jeweils inkl. MwSt. und Versandkosten [D] bei print; zzgl. 15,00 € Versandkosten bei Auslandsversand

* Bitte nehmen Sie für einen Lizenzvertrag Kontakt mit dem Schulz-Kirchner Verlag auf: info@schulz-kirchner.de

*Jahresabonnement*: Mindestbezug 4 Ausgaben in Folge. Das Abonnement verlängert sich automatisch um weitere 4 Ausgaben, wenn die Kündigung dem Verlag nicht in Textform mit einer Frist von 3 Monaten vor Ablauf des Bezugszeitraums vorliegt. Der Bezugszeitraum endet am Monatsletzten des jeweiligen Monats, in dem das Heft erscheint.
*Probeabonnement*: Bezug 2 Ausgaben in Folge. Das Abonnement verlängert sich nicht automatisch. Eine Änderung auf ein Jahresabonnement muss dem Verlag schriftlich mitgeteilt werden.
*Abonnement für Lernende (Fach-/Hochschule)*: nur für die Dauer der Ausbildung/des Studiums und gegen Vorlage einer Bescheinigung! Das Abonnement geht nach der Ausbildung/dem Studium automatisch in ein Jahresabonnement Privat über.
Bitte beachten Sie auch unsere AGB und das Widerrufsrecht unter www.skvshop.de → Widerruf.
*Adressänderungen, Neubestellungen* und *Abbestellungen* von Abonnements müssen dem Schulz-Kirchner Verlag möglichst umgehend mitgeteilt werden. Bei nicht rechtzeitiger Adressänderungs-Mitteilung besteht kein Anspruch auf kostenlose Heftnachlieferung! Nachsendeanträge bei der Post gelten nicht für Zeitschriften!

**Online**
Die wissenschaftlichen Arbeiten der Zeitschrift stehen ab der Ausgabe 1/2011 auf den Webseiten des Verlages online. Über Zugangsmöglichkeiten und Lizenzen für Hochschulen und Kliniken informiert Sie gerne unser Kundenservice.

**Hinweis für unsere Leser**
Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.
Das für diese Zeitschrift verwendete Papier stammt aus nachhaltiger Forstwirtschaft.

ergoscience · ISSN 1861-6348
© Schulz-Kirchner Verlag, Idstein

**Wichtiger Hinweis:** Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der/die Leser*in zwar darauf vertrauen, dass Autor*innen, Herausgeberinnen und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitschrift entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jede/r Benutzer*in ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation einer Spezialistin/eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr der Benutzerin/des Benutzers.** Autor*innen und Verlag appellieren an jede/n Benutzer*in, etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

# Vorschau

Die nächste Ausgabe der ergoscience erscheint am **30. Juni 2021 (Heft 2/2021)**. Geplante Themen unter anderem:

- Rebecca Lang
  **Betätigungsprobleme von Klient*innen im klinisch-psychiatrischen Kontext und daraus resultierende Interventionsstrategien – Ergebnis einer Erhebung anhand zweier Gelegenheitsstichproben**
  Occupational problems of clients in a clinical-psychiatric context and resulting intervention strategies – result of a survey based on two convenience samples.
- Felicia Bertschi, Nina Schaufelberger, Franziska Heigl, Brigitte Gantschnig
  **Betätigungsfokussierte Gruppenedukation bei Menschen mit chronischen Schmerzen**
  Occupation-focused group education for persons with chronic pain
- Anna Flurina Hartmann, Julia Andrea Sanchez Camacho, Marion Huber
  **Langzeitfolgen eines Schädelhirntraumas - Sichtweisen von Betroffenen und deren Angehörigen**
  Long-term outcomes of Traumatic Brain Injury – Perspectives of affected German speaking people and their relatives

## Richtlinien für Autor*innen

Geeignete Artikel sind Originalarbeiten wie Bachelor-, Master- oder Doktorarbeiten, Literaturstudien, klinische Studien, Single Case Studien, Kurzbeiträge zu einem wissenschaftlichen Thema, Kommentare zu Artikeln aus anderen Fachzeitschriften, Buchbesprechungen, Berichte von Veranstaltungen, kurze Vorstellung von Forschungsprojekten oder Arbeitsgruppen. Die Artikel sollen für die Entwicklung der Ergotherapie relevant sein und Bezug zur Betätigung als Kernelement ergotherapeutischen Handelns haben. Grundsätzlich werden auch Arbeiten aus dem Ausland angenommen; allerdings übernimmt der Verlag keine Übersetzungskosten.
Die Arbeiten dürfen vorher weder im Inland noch im Ausland veröffentlicht worden sein. Sie dürfen auch nicht gleichzeitig anderen Zeitschriften oder weiteren Publikationsmedien angeboten werden. Bei Originalarbeiten wird nach Eingang des Manuskriptes ein Begutachtungsverfahren initiiert (verblindetes Peer-Review-Verfahren).
Die ergoscience orientiert sich an den Richtlinien für medizinische Fachzeitschriften des International Commitee of Medical Journal Editors (ICMJE): http://www.icmje.org/index.html.

**Gliederung der Manuskripte**

- Originalarbeiten: Zusammenfassung/Abstract, Schlüsselwörter/Keywords, Praxisrelevante Zusammenfassung, Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion, Schlussfolgerung, Quintessenz
- Andere Arbeiten: Gliederungen ergeben sich aus dem gestellten Thema. Wenn möglich soll die Gliederung den Originalarbeiten entsprechen.

**Art und Umfang der Manuskripte**

- Originalarbeiten: max. 7,5 Druckseiten, das entspricht etwa 37.500 Zeichen (inkl. Leerzeichen)
- Diskurs: max. 3 Druckseiten, das entspricht etwa 18.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)
- Aus Forschung und Lehre: max. 4 Druckseiten, das entspricht etwa 24.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)
- Berichte über Forschungsprojekte: max. 2 Druckseiten, das entspricht etwa 12.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)
- Evidenzbasierte Praxis – Studienzusammenfassungen: max. 2 Druckseiten, das entspricht etwa 12.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)
- Veranstaltungsberichte, Kurzmitteilungen, Hinweise: max. 1 Druckseite, das entspricht mindestens 3.000 und maximal 6.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)
- Buchbesprechungen: max. 3/4 Druckseite, das entspricht mindestens 3.000 und maximal 4.500 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Alle Angaben verstehen sich einschließlich Zusammenfassungen, Tabellen und Abbildungen etc. Die Titelseite und das Literaturverzeichnis (Zitierweise nach APA 7[1]) sind nicht im Zeichenumfang enthalten.

**Rubrik „Evidenzbasierte Praxis – Studienzusammenfassungen"**

In der Rubrik „Evidenzbasierte Praxis – Studienzusammenfassungen" sollen Studien zusammengefasst werden, die ergotherapeutische Interventionen auf ihre Wirksamkeit untersuchen. Zu dem jeweiligen Themenbereich sollen die Studien ausgewählt werden, die auf der höchsten zur Verfügung stehenden Evidenzstufe durchgeführt wurden. Die Evidenzstufe soll in der Darstellung begründet angegeben werden. Das Ziel der Studienzusammenfassungen ist der Wissenstransfer in die Praxis und zu den Klient*innen.
Gliederungsüberschriften der Beiträge:

- Was ist das Problem und was ist dazu bisher bekannt?
- Was wurde in der Studie untersucht? Wer wurde untersucht?
- Wie wurde die Studie durchgeführt?
- Was haben die Forscher*innen herausgefunden? Was sind die Stärken und Schwächen der Studie?
- Welche Bedeutung hat die Studie für die Praxis?

**Urheberrechte**

Bei Übersendung der Manuskripte erklärt der/die Autor*in automatisch, dass die von ihr/ihm übersandten Manuskripte frei sind von Rechten Dritter, dass er/sie das Urheberrecht besitzt und dass er/sie von seinen/ihren Mit-Autor*innen die Genehmigung zur Veröffentlichung hat. Dies gilt für den Text, Zeichnungen, Fotos etc. Mit der Übersendung des Manuskripts überträgt der/die Autor*in die Urheberrechte auf den Verlag. Mit der Annahme des eingereichten Beitrags überträgt der/die Autor*in dem Schulz-Kirchner Verlag für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das exklusive, räumlich und zeitlich unbeschränkte Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung in körperlicher Form, das Recht zur öffentlichen Wiedergabe und Zugänglichmachung, das Recht zur Aufnahme in Datenbanken, das Recht zur Speicherung auf elektronischen Datenträgern und das Recht zu deren Verbreitung und Vervielfältigung sowie das Recht zur sonstigen Verwertung in elektronischer Form (z.B. open access). Hierzu zählen auch heute noch nicht bekannte Nutzungsformen. Nach Ablauf eines Jahres kann der/die Autor*in seinen/ihren Beitrag unter den in § 38 Abs. 1 S. 2 und Abs. 2 UrhG genannten Voraussetzungen unter Hinweis auf die Erstveröffentlichung anderweitig veröffentlichen. Das Recht zur Vergabe von Nebenrechten verbleibt beim Verlag.

**Herausgeberinnen und Schriftleitung**

Für jeweils zwei Ausgaben der ergoscience ist immer eine der Herausgeberinnen als Chefredakteurin verantwortlich für die Zusammenstellung der Beiträge in der Zeitschrift. Die Herausgeberinnen wechseln ebenfalls in einem festgelegten Rhythmus die Schriftleitung. Diese hat die Aufgabe, für jeweils drei Originalartikel das Peer-Review-Verfahren abzuwickeln und die erforderlichen Kontakte zu den Autor*innen zu pflegen.

**Manuskripte bitte einsenden an:**
Schulz-Kirchner GmbH | Petra Jeck
Mollweg 2 | 65510 Idstein | Tel.: +49 6126 9320-17
ergoscience@schulz-kirchner.de

1 Die ausführlichen Hinweise für Autor*innen finden Sie unter **www.ergoscience.de**

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

EUROPEAN MASTER of SCIENCE in OCCUPATIONAL THERAPY

Truly international

Study with colleagues from all around the world at five European universities. Enrolment for studies beginning in autumn 2021 ist now open!

www.ot-euromaster.eu

Apply now!



Five partners – one Master programme

Amsterdam University of Applied Sciences Amsterdam, the Netherlands
University of Brighton Eastbourne, United Kingdom
Karolinska Institutet Stockholm, Sweden
University College Absalon, Næstved, Denmark
Zurich University of Applied Sciences Winterthur, Switzerland

## Ansprechpartnerin
### in der Anzeigenabteilung



**Laura Schönborn**

Tel.: +49 6126 9320-26
Fax: +49 6126 9320-50
l.schoenborn@schulz-kirchner.de

**... immer gerne für Sie da!**

**Aktuelle Mediadaten/ Preise finden Sie hier:**

Schulz-Kirchner Verlag

## Fachpublikationen | Arbeitsmaterialien | Fachzeitschriften






EDITION VITA ACTIVA,
Gabriele Woick, 1. Auflage 2020,
Spiratlbindung: ISBN 978-3-8248-1269-1,
72 Seiten, EUR 31,00 [D]
für DVE-Mitglieder EUR 27,00 [D]

## „Lebe dein Leben gut"

### Ein Reflexionsinstrument zur Gesundheitsförderung in Anlehnung an das kanadische Do-Live-Well Framework

Dieses Instrument zur Gesundheitsförderung soll Personen befähigen, anhand von Fotos das eigene Tun zu reflektieren und dabei zu erkennen, welchen Einfluss ihr Tun auf Gesundheit und Wohlbefinden hat. Ziel ist es, Personen darin zu bestärken, verantwortungsbewusste Entscheidungen bezüglich ihres alltäglichen Tuns und dessen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden zu treffen.

Tel.: +49 6126 9320-13 | Fax: +49 6126 9320-50
bestellung@schulz-kirchner.de | www.skvshop.de
**Lieferung versandkostenfrei innerhalb Deutschlands**

Schulz-Kirchner Verlag

ergoscience
ISSN 1861-6348 | 71823 | 16. Jahrgang | März 2021



Foto: © dundanim / Adobe Stock

**Fachpublikationen**
**Arbeitsmaterialien**
**Fachzeitschriften**

# www.skvshop.de




Tel.: +49 6126 9320-13 | Fax: +49 6126 9320-50
bestellung@schulz-kirchner.de | www.skvshop.de

**Lieferung versandkostenfrei innerhalb Deutschlands**

Schulz-Kirchner Verlag