Ursula Walkenhorst

Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung

Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse

Wissenschaftliche Schriften
im Schulz-Kirchner Verlag

Reihe 13
Beiträge zur Gesundheits-
und Therapiewissenschaft
Band 2

Ursula Walkenhorst

Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung

Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse

Das Gesundheitsforum

Schulz-Kirchner Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Die Arbeit wurde im Jahr 2006 von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld als Dissertation angenommen.

1. Auflage 2008
ISBN 978-3-8248-0276-0
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2008
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner
Druck und Bindung:
Rosch Buch Druckerei GmbH, Bamberger Str. 15, 96110 Scheßlitz
Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von der Verfasserin und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasserin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

VORWORT……..9
1. Einleitung……11
1.1 Ergotherapeutische Versorgungsleistungen in der Gesundheits- und Krankenversorgung - Problemstellung und Erkenntnisinteresse……11
1.2 Fragestellungen und methodische Vorgehensweise……16
1.3 Aufbau der Arbeit……19

2. Anforderungen an Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen……23
2.1 Präsenz und Relevanz der Heil- und Hilfsmittel in der Gesundheits- und Krankenversorgung……23
2.2 Diskussionen in der Gesundheits- und Krankenversorgung.29
2.2.1 Veränderung der Versorgungsbedürfnisse……..30
2.2.2 Integrierte Versorgungskonzepte - von Partikularinteressen zu patientenorientierten Strukturen……...33
2.2.3 Patientenorientierung - von der paternalistischen zur partnerschaftlichen Interaktion……...36
2.2.4 Gesundheitsverständnis - von der pathogenen zur salutogenen Perspektive……39
2.2.5 Qualitätsaspekte in der Gesundheitsversorgung……....42
2.2.6 Evidenzbasierung in der Gesundheitsversorgung……..44
2.2.7 Gesundheitsförderung und Prävention……48
2.3 Zwischenresümee: Anforderungen an die Versorgungsleistung Ergotherapie……51

3. Berufsbild der Ergotherapie……55
3.1 Geschichtliche Entwicklung der Ergotherapie……55
3.1.1 Anfänge der Ergotherapie……..57
3.1.2 Von der Beschäftigungstherapie zur Ergotherapie……59
3.1.3 Merkmale der Ergotherapie aus der historischen Entwicklung……...61
3.2 Strukturelle Rahmenbedingungen ergotherapeutischer Leistungen……62
3.2.1 Gesetzliche Bestimmungen……63
3.2.2 Ergotherapeutische Indikationen und Finanzierungsgrundlagen……...64
3.2.3 Ergotherapeutische Leistungen im Versorgungssystem…...66
3.2.4 Qualitätsdiskussionen in der Ergotherapie……..71
3.2.4.1 Qualitätssicherung in der Ergotherapie……72
3.2.4.2 Wirksamkeit und Messbarkeit von Ergotherapie……73
3.2.4.3 Ergotherapie in der Integrierten Versorgung……76

3.2.5 Ergotherapie im multiprofessionellen Kontext……78
3.3 Konzeptionelle und theoretische Grundlagen der Ergotherapie……82
3.3.1 ‚Betätigung' - der ergotherapeutische Gegenstand……83
Exkurs: Handwerkliche und gestalterische Medien in der Ergotherapie……87
3.3.2 Klientenbild in der Ergotherapie……89
3.3.3 Ergotherapie als „interdisziplinäres" Berufsbild……..90
3.3.4 Bezugstheorien – Handlungstheorien und Systemtheorie…93
3.3.5 Konzeptionelle Modelle……...95
3.3.6 Clinical Reasoning……...97
3.3.7 Systematisierungsversuche der Ergotherapie……98
3.4 Qualifikationsgrundlagen……..102
3.4.1 Qualifizierungsmöglichkeiten in der Ergotherapie……102
3.4.2 Entwicklung von Forschung und Wissenschaft…… 106
3.4.3 Leitbild des ‚Reflektierenden Praktikers'……109
3.5 Zusammenfassung……111

4. Theoretische Grundlagen zum Verständnis von professionellem Handeln und Wissen 115
4.1 Professions- und Professionalisierungsdiskussionen in der Ergotherapie 116
4.2 Professionstheoretische Grundlagen und Begriffe 121
4.2.1 Profession……...121
4.2.2 Professionalisierung und Deprofessionalisierung……124
4.2.3 Professionalität……...126
4.2.4 Professionswissen……128
4.3 Professionstheoretische Entwicklungen - gestern und heute……..132
4.3.1 Grundlegende Entwicklungen und Theorien der Professions-soziologie…… 132
4.3.2 Diskussionsstränge innerhalb der neueren Professions-soziologie…… 139
4.3.2.1 ‚Krise des modernen Professionalismus'……140
4.3.2.2 Gemeinwohlorientierung und Pluralismus……..141
4.3.2.3 Organisations- und Kontextbezug……143
4.3.2.4 ‚Kompetenzdarstellungskompetenz'……143
4.4 Handlungslogisch und interaktionistisch orientierte Professionsansätze 145
4.4.1 Revidierte Professionstheorie nach Oevermann……146
4.4.2 Interaktionistische Professionstheorie nach Schütze……..150

4.4.3 Reflexionstheoretische Professionstheorie nach Dewe und Otto……153
4.5 Zusammenfassung der professionstheoretischen Grundlagen und deren Konsequenzen für eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse der Ergotherapie 158

5. Untersuchungsteil 163
5.1 Methodologische Einordnung der Daten.....164
5.2 Entwicklung und Durchführung einer Delphi-Studie 167
5.2.1 ‚Expertinnen' in der empirischen Sozialforschung……167
5.2.2 Delphi-Studie als wissenschaftliche Methodik……..170
5.2.3 Entwicklung des Fragebogens……173
5.2.4 Expertinnenauswahl und Durchführung der Befragung…..175
5.3 Vorgehensweise der Datenauswertung 179
5.3.1 Deduktive theoriegeleitete Kategorienbildung……..179
5.3.2 Definitionen der Hauptkategorien……183
5.3.3 Definition der Systemebenen……...185
5.3.4 Definitionen der Kategorien auf der Mikro-, Meso- und Makroebene……186
5.4 Reflexion der methodischen Vorgehensweise.....195

6. Darstellung der Ergebnisse 199
6.1 Soziodemografische Daten.....199
6.2 Ergotherapeutisches Wissen und Handeln im Klienten-system - Mikroebene 203
6.2.1 Klienten- / Akteursbezug – Mikroebene……203
6.2.2 Problemdefinition – Mikroebene……..204
6.2.3 Kontextualität – Mikroebene……206
6.2.4 Wissen – Mikroebene……207
6.2.5 Darstellungskompetenz – Mikroebene……...208
6.2.6 Aushandlungsprozesse – Mikroebene……...208
6.3 Ergotherapeutisches Wissen und Handeln im Organisationssystem - Mesoebene.....213
6.3.1 Klienten- / Akteursbezug – Mesoebene……213
6.3.2 Problemdefinition – Mesoebene……..214
6.3.3 Kontextualität – Mesoebene……217
6.3.4 Wissen – Mesoebene……218
6.3.5 Darstellungskompetenz – Mesoebene……...220
6.3.6 Aushandlungsprozesse – Mesoebene……...222
6.4 Ergotherapeutisches Wissen und Handeln im Funktionssystem Gesundheit - Makroebene.....225
6.4.1 Klienten- / Akteursbezug – Makroebene……225

6.4.2 Problemdefinition – Makroebene……226
6.4.3 Kontextualität – Makroebene……..228
6.4.4 Wissen – Makroebene……..230
6.4.5 Darstellungskompetenz – Makroebene…… 231
6.4.6 Aushandlungsprozesse – Makroebene…… 233

7. Potenziale der Ergotherapie im Gesundheitswesen 235
7.1 Anforderungen und Aufgaben der Ergotherapie aus der Perspektive der Praktikerinnen - Gesamteindruck 235
7.2 Strukturelle Potenziale der Ergotherapie 237
7.2.1 Ergotherapie als Bestandteil des Versorgungsprozesses .. 237
7.2.2 Beteiligung an Konzepten der Integrierten Versorgung ….. 240
7.2.3 Qualitätssicherung und –management…….. 242
7.2.4. Potenziale zur Erfassung der Wirksamkeit und Relevanz im Versorgungsgeschehen.…… 244
7.2.5 Potenziale für veränderte Versorgungsbedürfnisse……247
7.3 Konzeptionelle und theoretische Potenziale der Ergotherapie 250
7.3.1 Klienten- / Patienten- / Nutzerperspektive……250
7.3.2 Gesundheitsverständnis……...253
7.3.3 Potenziale des Gegenstandes ‚Betätigung'……...255
7.3.4 Potenziale für Aushandlungsprozesse……...258
7.3.5 Kompetenzdarstellung der Ergotherapie ……260
7.4 Qualifizierungs- und Wissenspotenziale der Ergotherapie. 263
7.4.1 Qualifikations- und Kompetenzerwerb ……264
7.4.2 Wissenschaftliches Wissen.……..266
7.4.3 Praktisches und implizites Wissen.……..269
7.5 Fazit..... 273

8. Perspektiven der Ergotherapie im Gesundheitswesen - Ausblick 275
8.1 Bedeutung der Ergotherapie innerhalb Public Health 275
8.2 Forschung und Wissenschaft in der Ergotherapie..... 279
8.3 Akademisierung und Qualifizierung Ergotherapie 282
8.4 Berufspraxis und ergotherapeutische Verbände..... 284
8.5 Professionalisierungsentwicklungen..... 287

Literaturverzeichnis 289

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur der Arbeit..... 18

Abbildung 2: Professionelles Handeln in Anlehnung an Oevermann (1999) und Dewe / Otto (2002) 159

Abbildung 3: Verlauf der Delphi-Studie "Forschungsbedarf in der ergotherapeutischen Praxis“ 178

Abbildung 4: Mikroebene - Klientensystem 202

Abbildung 5: Mesoebene - Organisationssystem.....212

Abbildung 6: Makroebene - Funktionssystem 224

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Systematisierungsmodelle in der deutschen Ergotherapie 101

Tabelle 2: Modelle der Einteilung des Verberuflichungs- bzw. Professionalisierungsprozesses in der Ergotherapie 120

Tabelle 3: Kategoriensystem / Matrix zur Auswertung der qualitativen Daten.....182

Tabelle 4: Forschungsperspektiven.....277

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living
AG MFA	Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fach- und Assistenzberufe
AG MTG	Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in Therapie und Geburtshilfe
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOTA	American Occupational Therapy Association
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BeArbThG	Berufsgesetz der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten
BeArbThAPrO	Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten
BBW	Berufliches Bildungswerk
BfA	Bundesanstalt für Angestellte
Bfw	Berufsförderungswerk
BHV	Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DMP	Disease Management Program
DNBGF	Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
DRG	Diagnosis Related Groups
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
EBP	evidence based practice
EBM	Evidence Based Medicine
ECOTROS	European Cooperation in Occupational Therapy Research and Occupational Science
EFQM	European Foundation of Quality Management
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
ErgThAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeuten
ET	Ergotherapie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IRENA	Intensivierte Reha-Nachsorge

IQH	Institut für Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HMR	Heilmittel-Richtlinien
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
RCT	Randomised Control Trial
SchwbAV	Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
StaBA	Statistisches Bundesamt
StVllzG	Strafvollzugsgesetz
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
TQM	Total Quality Management
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization
Wido	Wissenschaftliches Institut der AOK
WFOT	World Federation of Occupational Therapy

VORWORT

Die Gesundheitsfachberufe entwickeln sich in Deutschland in zunehmend rasanter Form. Dies bezieht sich zunächst einmal auf den Aufbau der Studiengänge im Fachhochschulbereich, aber auch auf den immer noch stetigen Ausbau der Berufsfachschulen. Neben dieser beobachtbaren bildungspolitischen Entwicklung stellt sich parallel ein Wandel im Gesundheitswesen dar, der die Leistungen der Gesundheitsfachberufe vor neue Herausforderungen stellt. Hierzu gehören u.a. die Erbringung wissenschaftlicher Nachweise zur Wirksamkeit des Versorgungsangebotes, die Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren, eine eindeutig patienten- bzw. nutzerorientierte Perspektive sowie ein salutogenes Gesundheitsverständnis gehören. Für diese veränderten Anforderungen halten die einzelnen Gesundheitsfachberufe unterschiedliche Potenziale vor.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird dabei das Berufsbild der Ergotherapie im Hinblick auf die ihr zugrunde liegenden Potenziale untersucht. Ein in der heutigen Zeit qualitativ hochwertiges und adäquates Versorgungsangebot vorzuhalten erfordert Voraussetzungen in den strukturellen Gegebenheiten eines Berufsbildes, dessen Integration in das Gesundheitsversorgungssystem, konzeptionelle Grundlagen, die die inhaltliche Ausgestaltung der Versorgungsleistung theoretisch begründen sowie Möglichkeiten zur Qualifizierung, die modernen wissenschaftlichen Ansprüchen genügen. Hier zeigen sich im Rahmen einer Analyse der Ergotherapie sowohl wichtige Potenziale als auch anstehende Entwicklungsaufgaben für den Fortbestand des Berufsbildes im Gesundheitswesen.

In dieser Arbeit wird dabei grundlegend auf aktuelle Diskussionen und theoretische Hintergründe der Gesundheitswissenschaften zurückgegriffen. Diese wissenschaftliche Perspektive ermöglicht es, eine differenzierte Analyse der Versorgungsleistung Ergotherapie aus der Perspektive der Gesundheits- und Krankenversorgung vorzunehmen. Darüber hinaus tragen die Ergebnisse dazu bei, die Bedeutung der Ergotherapie im Gesundheitswesen erkennbar zu machen und in zukünftigen Public Health Diskussionen stärker zu berücksichtigen.
Die vorliegende Arbeit unterstützt damit den Professionalisierungsprozess in der Ergotherapie und zeigt Perspektiven für deren Weiterentwicklung auf.

1. Einleitung

1.1 Ergotherapeutische Versorgungsleistungen in der Gesundheits- und Krankenversorgung - Problemstellung und Erkenntnisinteresse

Das Gesundheitswesen befindet sich in einem tief greifenden Wandel. Dieser Wandel zeichnet sich durch ein schnelles Wachstum von Leistungsangeboten, durch die Entstehung neuer Gesundheitsberufe sowie die Reorganisation von Versorgungseinrichtungen aus. Eine Konsequenz daraus ist ein hohes Maß an Intransparenz für die Anbieter und Versicherten. So ergibt sich die Notwendigkeit, die einzelnen Leistungsangebote sowie deren Kosten und Qualität im Hinblick auf die Notwendigkeit und den Nutzen zu untersuchen. Aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive steht dabei im Vordergrund wie sich einerseits weitere Verbesserungen der Gesundheit erreichen lassen und wie andererseits vorhandene Ressourcen effizient genutzt werden können, um die vorhandenen Kosten gesundheitswissenschaftlich verantwortbar reduzieren zu können (vgl. Schwartz, 2003, 3).
Ergotherapeutische Leistungen gehören als Heilmittel zu den aktuell vorgehaltenen Leistungsangeboten im Gesundheitswesen. Mit einem Ausgabevolumen von 8,4% der Gesamtausgaben innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) standen die Heil- und Hilfsmittel im Jahre 2003 nach den Krankenhauskosten (32,2%), den Arztkosten (15,8%) und den Arzneimittelkosten (15,7%) an vierter Stelle der Leistungsausgaben und nehmen damit einen erkennbar wichtigen Bestandteil der Kosten im Gesundheitswesen ein (BMGS, 2005). Die Anforderungen nach Transparenz und der Nachweis der Relevanz der Leistungen richten sich somit auch an die Berufsgruppe der Ergotherapeutinnen.

Die Berufsgruppe der Ergotherapeutinnen[1], die seit nunmehr fast einhundert Jahren zu den Anbietern im Gesundheitswesen zählt und seit ca. fünfzig Jahren einen staatlich anerkannten Ausbildungsberuf darstellt, erfährt ähnlich den angrenzenden Berufsbildern in der Physiotherapie und der Logopädie vor dem Hintergrund der Entwicklungen im Gesundheitswesen eine zunehmende Beachtung in gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Diskussionen. Dies resultiert zum einen aus einem gestiegenen Ausgabevolumen für Hilfsmittel zwischen 1991 und 2002 um mehr als 75% und für Heilmittel um ca. 95%. Zum anderen ist die Zahl der Berufsangehörigen in den letzten Jahren zunehmend gestiegen (Gmünder Ersatzkasse, 2004, 12). So lässt sich in der Ergotherapie in der Zeit von 1997 bis 2002 ein Zuwachs von ca.

[1] In dieser Arbeit wird vorrangig die weibliche Form bei der Benennung der Berufsangehörigen verwendet, da der Beruf von ca. 85% von Frauen erlernt und ausgeübt wird.

65% bei den beschäftigten Ergotherapeutinnen sowie ein Zuwachs an niedergelassenen Praxen von ca. 59% verzeichnen (Burchert, 2005, 32). Korrespondierend hierzu wuchs die Zahl der Ausbildungseinrichtungen von 1995 bis 2004 um ca. 75% (Marquardt, 2004, 223). Durch beide Entwicklungen nimmt die Berufsgruppe der Ergotherapeutinnen sowohl gesundheitspolitisch als auch beschäftigungspolitisch eine bedeutsame Rolle ein. Gesamtgesellschaftlich wird davon ausgegangen, dass der Gesundheits- und Sozialbereich und damit auch der Arbeitsmarkt für Gesundheitsfachberufe wie den der Ergotherapie, als sekundärer Dienstleistungssektor zukünftig weitere Wachstumsperspektiven hat (vgl. Schwartz und Klein-Lange, 2003, 271; Kälble und Reschauer, 2002). Gleichzeitig ist allerdings zu berücksichtigen, dass die zu verteilenden Mittel im Gesundheitsbereich abnehmen, sodass einerseits von einer expandierenden Situation gesprochen werden kann, andererseits ein „Wettbewerb um den Wert ‚Gesundheit'" (Krüger-Brand, 2004) und um die zu verteilenden Ressourcen beginnt.
Die dargestellten Zahlen zeigen bereits die Komplexität und Vielfalt der Perspektiven, die die Analyse einer konkreten Versorgungsleistung beinhaltet. Dies macht es erforderlich, eine Versorgungsleistung vor dem Hintergrund der Berufsgruppe und deren Entwicklung zu betrachten und in Beziehung zu den Entwicklungen des Gesundheitswesens zu setzen. Diese Betrachtungsweise bildet eine zentrale Grundlage für die vorliegende Arbeit, die sich damit zwar zunächst einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive zuordnen lässt, sich aber in einem zweiten Schritt, wie im Weiteren aufgezeigt wird, auch einer professionssoziologischen Betrachtung anschließt.

Mit ca. 35.000 Berufsangehörigen bildet die Ergotherapie eine vergleichsweise kleine Berufsgruppe (StaBA, 2004a). Hier liegt eine mögliche Erklärung dafür, dass das Berufsbild in bisherigen gesundheitswissenschaftlichen Publikationen wenig Berücksichtigung gefunden hat. So gibt es beispielsweise keine Untersuchung, die sich bisher mit dem Versorgungsangebot ‚Ergotherapie' aus einer Public-Health-Perspektive differenziert beschäftigt hat. Eine zentrale Begründung stellt die bisher rudimentäre Datenlage zur Versorgungsleistung Ergotherapie Ebene dar. Diese Daten wurden bisher weder auf berufpolitischer Ebene noch auf gesundheitspolitischer Ebene erbracht.

Weitere mögliche Begründungen stellen folgende Aspekte dar (vgl. Kälble und Reschauer, 2002, 2):

(1) Es mangelt an einer differenzierten Erfassung der einzelnen Gesundheitsberufe. Hier zeigen sich statistische Defizite sowohl bei der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit als auch in den Statistiken

des Statistischen Bundesamtes[2]. Diese Lücke wird auch von den Berufsverbänden nicht differenziert geschlossen[3].

(2) Eine konsensfähige Definition des Berufsfeldes Gesundheit liegt nicht vor (vgl. Meifort, 2004).

(3) Die Abgrenzung der einzelnen Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsberufe wird nicht eindeutig vorgenommen und ist auch nicht gesetzlich definiert. Dies erschwert eine differenzierte Analyse.

(4) Die Berufsgesetze der therapeutischen Gesundheitsfachberufe beinhalten lediglich einen Schutz der Berufsbezeichnung, aber keinen Tätigkeitsschutz, sodass es zum Teil zu berufsgruppenübergreifenden Tätigkeiten kommt (vgl. Schränkler, 2004, 56).

Diese Rahmenbedingungen tragen dazu bei, dass es eine große Unwissenheit über das Berufsbild der Ergotherapie und dessen Potenziale für die Gesundheits- und Krankenversorgung gibt (vgl. SVR, 2005). Eine grundlegende Analyse der Versorgungsleistung Ergotherapie ist allerdings vor dem Hintergrund der derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitswesen und insbesondere im Hinblick auf die Anforderungen an eine Versorgungsleistung unabdingbar geworden.

Die begonnene Akademisierung der Ergotherapie seit Ende der neunziger Jahre fördert dabei die Möglichkeiten, das Berufsbild wissenschaftlich zu untersuchen. Die Akademisierung stellt gleichzeitig einen Teil der angestrebten Professionalisierung dar. Die damit verbundene Platzierung neben den akademisch etablierten Berufsgruppen, insbesondere der Medizin, lässt sich allerdings nicht problemlos verwirklichen. Dem Wunsch nach einer Zusammenarbeit mit qualifizierten Partnern aus den therapeutischen Gesundheitsfachberufen steht die Angst der traditionellen Professionen gegenüber, die Strukturen innerhalb der Versorgung und der Hierarchien neu überdenken und verteilen zu müssen.

---

[2] Der Sektor der Gesundheitsberufe hält keine soliden Daten für eine klare Berufsstruktur in diesem Bereich vor. Je nach Zuordnung der Berufsgruppen ergeben sich unterschiedliche Angaben über die Anzahl und die Berufe im Gesundheitswesen (vgl. StaBA, 2004a; Kälble und Reschauer, 2002).

[3] Zu bemerken ist an dieser Stelle, dass das Statistische Bundesamt die der Physiotherapie angehörenden Berufe einzeln auflistet bzw. zusammenfasst (Physiotherapie / Masseure / medizinische Bademeister), währenddessen sich die Berufsgruppen der Ergotherapie und Logopädie unter der Rubrik ‚sonstige Gesundheitsfachberufe' unspezifisch und damit auch nicht mit konkreten Zahlen belegbar, wieder finden lassen.

> „Die tradierte Ausrichtung des Gesundheitswesens auf einen zentralen akademischen Heilberuf - den des Arztes - und die Unterordnung aller übrigen gesundheitsbezogenen Tätigkeiten im Sinne von Heilhilfsfunktionen steht zur Disposition“ (Göpel, 2003, 1).

Der Vorschlag Freidsons (1975) an die Medizin, einen Teil der Arbeitslast sowie der Verantwortung und Autonomie an andere Berufsgruppen im Gesundheitssystem abzutreten, liefert dazu bereits eine erste Empfehlung, die jedoch strukturell nicht aufgegriffen wurde. Der derzeitige Wandel des Gesundheitswesens stellt damit sowohl die bereits in der Praxis tätigen Akteure als auch die „neuen akademischen Gesundheitsfachberufe“ vor eine doppelte Aufgabe: einerseits müssen sie in der Gesundheits- und Krankenversorgung wissenschaftlich nachweisen, dass ihre Leistungen für das Versorgungssystem von Nutzen sind und Relevanz haben und andererseits müssen sie nachweisen, dass sie über ein entsprechendes Potenzial verfügen, um sich neben den bereits bestehenden Professionen und Berufsgruppen zu positionieren. Sie müssen belegen, inwieweit die von ihnen angestrebten beruflichen Entwicklungen

> „…gerechtfertigt sind, was sie leisten und welche Entwicklungen sie erwarten lassen, wem sie nutzen (oder schaden) und wie sie umgesetzt werden können“ (Mühlum et al., 1997, 19).

Damit sind zunächst Anfragen an den Bedarf, die Inanspruchnahme und die Nachfrage einer Versorgungsleistung gestellt. Diese werden innerhalb dieser Arbeit aus der Perspektive der Gesundheitssystemforschung zu beantworten sein. Aus einer professionssoziologischen Perspektive heraus stellt sich mit der Forderung „…wie sie umgesetzt werden können“ (ebd.) andererseits die Frage nach den Handlungslogiken und -strukturen der Berufsgruppe der Ergotherapeutinnen. Hierbei wird implizit von der Annahme ausgegangen, dass sich neben den Anforderungen an eine Versorgungsleistung aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive gleichfalls Ansprüche an ein (selbst) reflektiertes professionelles Handeln stellen, um nicht nur kurzfristig auf Entwicklungen zu reagieren, sondern auch langfristige Perspektiven zu entfalten. Auf diese Weise gewinnt die professionssoziologische Perspektive parallel eine Bedeutung für die Ergotherapie, der in dieser Arbeit konkret nachgegangen wird.

Inwieweit eine Berufsgruppe beiden Anforderungen nachkommen kann, hängt von ihrer Eingebundenheit in bestehende gesundheitspolitische und gesellschaftliche *Strukturen*, ihren zugrunde liegenden theoretischen und praktischen *Konzepten* und ihren *Qualifizierungsmöglichkeiten* ab. Diese drei

Aspekte sollen die Analyse in dieser Arbeit leiten sowohl bei der grundsätzlichen Betrachtung einer Versorgungsleistung als auch bei der konkreten Analyse der Potenziale des Leistungsanbieters Ergotherapie.
Den Bezugsrahmen zur Ermittlung der Anforderungen an eine ergotherapeutische Versorgungsleistung bildet die Gesundheitssystemforschung und konkret die Versorgungsforschung. Die Gesundheitssystemforschung richtet ihren Blick zunächst grundsätzlich auf den Bedarf, die Inanspruchnahme, Strukturen, Ressourcen, Prozesse und Ergebnisse ganzer Gesundheitssysteme bzw. größerer Institutionen (Schwartz und Busse, 2003, 518). Die Versorgungsforschung beschäftigt sich hingegen mit der Mikroebene des Gesundheitssystems wie z.B. mit Krankenhäusern, Arztpraxen und Gesundheitstechnologien (ebd.). Die Versorgungsforschung versteht sich dabei als anwendungsbezogener Bereich der Gesundheitssystemforschung, der Ressourcen, Prozesse und Strukturen des Versorgungsgeschehens unter Alltagsbedingungen und besonders aus der Perspektive der professionellen Akteure in den Blick nimmt (vgl. Schwartz und Busse, 2003; Pfaff, 2003; Badura et al., 2001; Rosenbrock, 2004). Hier stehen Versorgungskonzepte sowie die Wirksamkeit von Versorgungsangeboten im Mittelpunkt.

Versorgung an sich soll hier definiert werden als die „Zurverfügungstellung und Anwendung von gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen für einzelne Personen und die Bevölkerung“ (Pfaff, 2005, 3). Dabei unterscheidet die Versorgungsforschung zwischen Kranken- und Gesundheitsversorgung. Während sich die Krankenversorgung um die medizinische und psychosoziale Betreuung, Pflege, Therapie etc. eines kranken Menschen kümmert, bezieht sich der Begriff Gesundheitsversorgung auf alle Formen individuumsbezogener und populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung (ebd., 5). Im Mittelpunkt des Versorgungsinteresses steht aus einer wissenschaftlichen Perspektive die Stärkung der Patientenorientierung, die Evidenzbasierung medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Verfahren, die Implementierung von Qualitätsmanagement sowie die Reorganisation von Versorgungsprozessen. Zentrale Fragen, die sich hieraus direkt für die Versorgungsleistung Ergotherapie ableiten lassen, sind:

- Wie ist die ergotherapeutische Versorgungsleistung in das Gesundheitssystem strukturell eingebunden? *(Strukturebene)*
- Welches Leistungsprofil und welche Kernprozesse hält die Ergotherapie für die Versorgung vor? *(Struktur- und Konzeptebene)*
- Wie sieht der Inhalt ihrer Leistung aus? *(Konzeptebene)*
- Welche Qualifikationen und Konzepte bilden die Basis des Handelns? *(Qualifikations- und Konzeptebene)*

- Welche Prämissen leiten die Gestaltung der Interaktionen zu den Patienten und den übrigen Akteuren im Gesundheitswesen? *(Konzeptebene)*

Zukünftig werden Berufe Bestand haben, so soll hier als Hypothese formuliert werden, deren Leistungsangebote sich an dem Versorgungsbedarf der Gesellschaft sowie den Versorgungsbedürfnissen der Patienten orientieren und deren Qualität nachweisbar ist. Aktuell wird von einer ‚Krise der Versorgungssituation' gesprochen und es ist demnach erforderlich, sowohl die Strukturen und Prozesse innerhalb der Versorgung zu untersuchen als auch die konkreten Versorgungsleistungen der unterschiedlichen Akteure, die letztendlich die Handlungsebene im Versorgungssystem gestalten wie die Berufsgruppe der Ergotherapeutinnen (vgl. Badura und Iseringhausen, 2005).

Das Ziel dieser Arbeit ist es somit, vor dem Hintergrund der Anforderungen an eine Versorgungsleistung die Potenziale der Berufsgruppe der Ergotherapeutinnen durch eine systematische Analyse der Strukturen, Konzepte und Qualifikationen des Berufsstandes zu ermitteln und Perspektiven für ihren derzeitigen und zukünftigen Beitrag zum Versorgungsgeschehen zu entwickeln. Hierbei soll auch betrachtet werden, welche Chancen die Ergotherapie für die Gesundheits- und Krankenversorgung bietet. Dazu wird der theoretische Rahmen der handlungsorientierten professionssoziologischen Ansätze genutzt.

1.2 Fragestellungen und methodische Vorgehensweise

Die grundsätzliche gesundheitswissenschaftliche Relevanz der Thematik ist in den vorhergehenden Anschnitten dargelegt worden. Nunmehr soll beschrieben werden in welcher Weise der Zielsetzung der Arbeit nachgegangen wird.

Zunächst werden zentrale Themen innerhalb der Gesundheits- und Krankenversorgung, die aus der Veränderung der Gesellschaft und des Gesundheitswesens resultieren, aufgegriffen und diskutiert. Hierzu gehören insbesondere die Identifizierung veränderter Versorgungsbedürfnisse der Patienten u.a. vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, ein verändertes Gesundheitsverständnis, eine stärker am Patienten orientierte Versorgungsperspektive, die Entwicklung berufs- und sektorenübergreifender Versorgungskonzepte sowie Ansprüche an den Nachweis der Qualität und der Relevanz einer Versorgungsleistung. Aus den dargelegten Entwicklungen werden abschließend Untersuchungskriterien für die Analyse des Berufsbildes der Ergotherapie abgeleitet. Diese orientieren sich an den Dimensionen:

Strukturen, Konzepte und Qualifikationen. Wenn im folgenden der Begriff ‚Potenzialanalyse' verwendet wird, meint er die Potenziale in diesen definierten Dimensionen.

a) Unter die Dimension *‚Strukturen'* sollen alle gesetzlichen Rahmenbedingungen, qualitätssichernden Maßnahmen, nachweisbare Beteiligungen am Versorgungsprozess sowie mögliche Kernprozesse gefasst werden.
b) Unter die Dimension *‚Konzepte'* sollen die eigentlichen Inhalte der Tätigkeit, grundlegende theoretische Annahmen zu Gesundheit und Krankheit, fachwissenschaftliche theoretische Grundlagen sowie Hinweise auf Interaktions- und Handlungsmuster gefasst werden.
c) Unter die Dimension *‚Qualifikationen'* werden sowohl die originären Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten gefasst als auch der Stand der Entwicklung zu Wissenschaft und Forschung.

Die Darstellung des Berufsbildes der Ergotherapie im zweiten Teil der Arbeit zeigt die bisherigen Entwicklungen und das derzeitige Profil des Berufsbildes. Hierbei werden die oben definierten Dimensionen zugrunde gelegt. Im Rahmen der strukturellen Darstellung der Ergotherapie wird eine Expertenbefragung von Leistungsträgern zur Wahrnehmung und Umsetzung ergotherapeutischer Behandlungstätigkeit ergänzend hinzugezogen (Brasseit und Walter, 2005). Dies ermöglicht es, eine Kosten-und-Nutzen Perspektive ergotherapeutischer Versorgungsleistungen aus der Perspektive der Kostenträger mit zu berücksichtigen. Die Darstellung des Berufsbildes stellt die erste Analyseebene in der Arbeit dar, indem sie die aktuellen Rahmenbedingungen und theoretischen Diskussionen erläutert.

Eine zweite Analyseebene stellt die empirische Untersuchung praktisch tätiger Ergotherapeutinnen im Rahmen einer Delphi-Studie dar. Hieran nahmen 117 Ergotherapeutinnen teil. Im Zentrum der Befragung stehen die Benennung aktueller ergotherapeutischer Fragestellungen aus dem Arbeitsalltag sowie die Einschätzung zukünftiger Aufgaben der Ergotherapie aus der Perspektive der Praktikerinnen. Damit wird beabsichtigt, die Vertreterinnen der derzeitigen Praxis mit ihrer Wahrnehmung derzeitiger und künftiger Aufgaben einzubeziehen und die theoretischen Grundlagen des Berufsbildes um die Praxisperspektive zu erweitern. Die Delphi-Studie wurde grundständig zur Entwicklung einer ergotherapeutischen Forschungssystematik an der Fachhochschule Bielefeld unter Beteiligung der Verfasserin durchgeführt. Für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit werden aus den drei durchgeführten Befragungsrunden der Delphi-Studie die qualitativ erhobenen

Daten der ersten Befragungsrunde zugrunde gelegt. Damit handelt es sich um eine Re-Analyse von Daten. Die Daten werden mit Hilfe einer für die hier vorliegende Fragestellung entwickelten handlungsorientierten professionssoziologischen Matrix ausgewertet. Dies geschieht vor dem Hintergrund des gewählten professionssoziologischen Theorierahmens. Dazu wird eine strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Die Analyse und Diskussion der Daten zur Einschätzung der Potenziale und Perspektiven der Ergotherapie folgt in seiner Struktur der Grundlage der in dem ersten Teil der Arbeit ausgearbeiteten gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungskriterien.

Zum Verständnis der verschiedenen Ebenen und Strukturen in dieser Arbeit dient die folgende Übersicht:

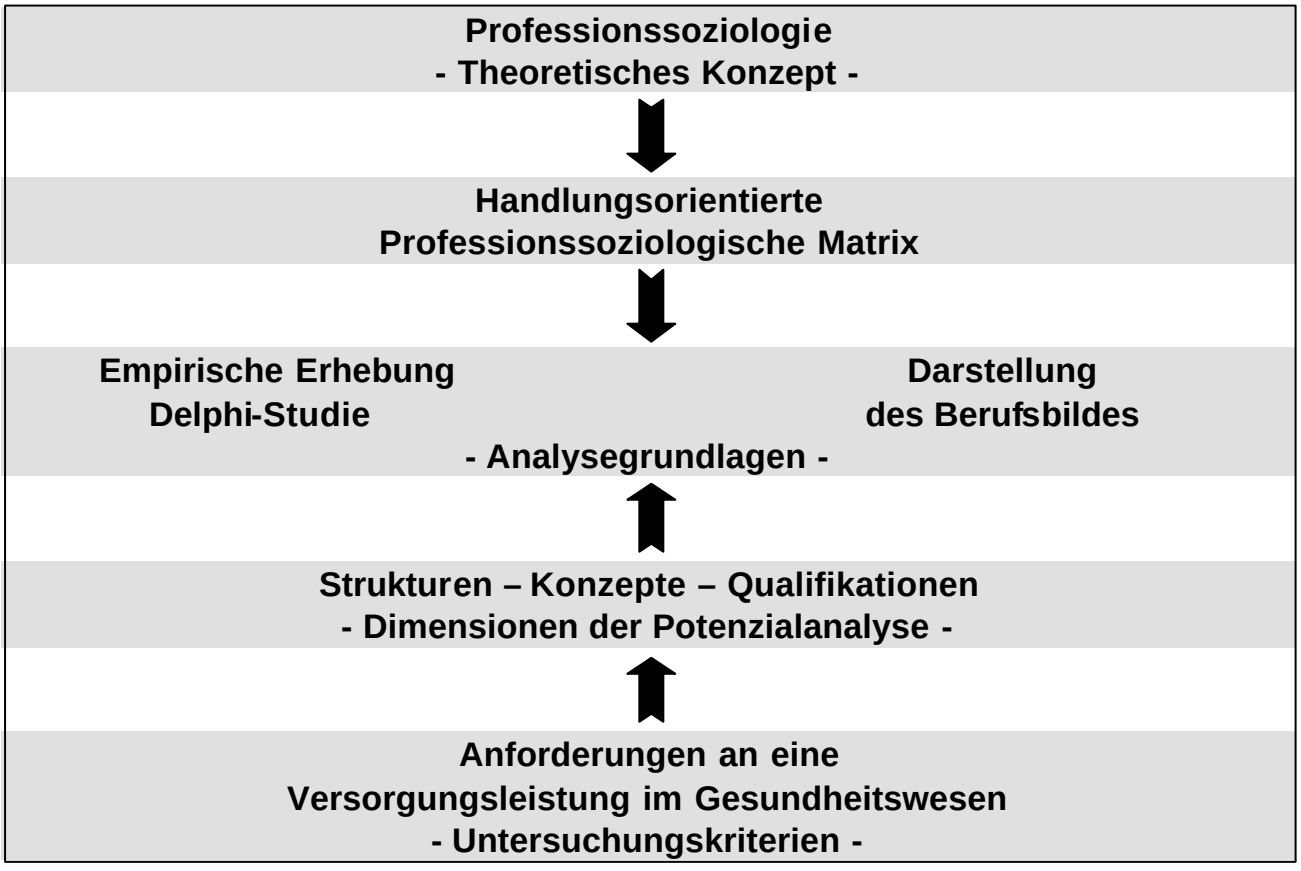

Abbildung 1: Struktur der Arbeit