

BACHELORARBEIT

im Studiengang Ergotherapie

Jahrgang 2013

Vertiefung: Primäre Prävention

Deutsches Thema:

Erhebung von Präventionsangeboten ergotherapeutischer Praxen der
Hansestadt Rostock

Englisches Thema:

Statistical survey of prevention offers of occupational therapy practices of the
Hanseatic City of Rostock

Deutscher Titel:

Erhebung der Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote
ergotherapeutischer Praxen der Hansestadt Rostock

Betreuer:

Herr Prof. Dr. rer. med. habil. Haring

eingereicht von:

Frank Kewitz

aus Rostock

Matrikel-Nummer:

13830002

am 14.12.2018

ABSTRACT

Einleitung: Das neue Präventionsgesetz, zur Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung, ist am 25 Juli 2015 in Kraft getreten. Es stellt sich somit die Frage, ob ambulante Ergotherapiepraxen durch dieses neue Gesetz ihre Handlungsfelder mit Angeboten aus der Primärprävention erweitert haben. Daraus ergibt sich das Ziel dieser empirischen Arbeit, die Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote ergotherapeutischer Praxen in der Hansestadt Rostock zu erheben.

Methode: Um die Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote zu erheben, wurde ein quantitativer Fragebogen mit 13 Items entwickelt und an die Praxisinhaber oder stellvertretenden Praxisleitungen postalisch übermittelt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv über Microsoft Excel. Insgesamt haben 18 von 19 Probanden (mit 22 von 23 Praxisstandorten) an der Befragung teilgenommen.

Ergebnisse: 89% der Befragten sind der Meinung, dass primäre Prävention ein Handlungsfeld der Ergotherapie darstellt, wobei sich zum gegebenen Zeitpunkt weniger als die Hälfte mit dem neuen Präventionsgesetz oder dem Leitfaden Prävention auseinandergesetzt hat. Insgesamt bietet derzeit nur eine Praxis ein zertifiziertes primärpräventives Angebot an.

Fazit: Die Verankerung der Ergotherapie in der Kuration und Rehabilitation wird schon in der Ausbildung gesetzt, da im Durchschnitt weniger als 20 von insgesamt 2700 Stunden theoretischen Inhalts für Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehen werden. Nur durch die Novellierung des Ausbildungsgesetzes und der fortschreitenden Akademisierung, in der jeweils diesem Handlungsfeld eine wesentlich stärkere Gewichtung beigemessen wird, kann sich die Ergotherapie zukünftig auch in der Prävention und Gesundheitsförderung etablieren.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG.....	1
2	PRÄVENTION IN DER ERGOTHERAPIE	3
2.1	DEFINITIONEN VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT.....	3
2.2	GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE KONZEPTE	5
2.2.1	SALUTOGENESE.....	5
2.2.2	RESILIENZ	6
2.2.3	EMPOWERMENT.....	7
2.3	PRÄVENTION	8
2.3.1	DIFFERENZIERUNG VON PRIMÄR-, SEKUNDÄR- UND TERTIÄRPRÄVENTION	8
2.3.2	PRÄVENTIONSSTRATEGIEN	10
2.3.3	PRIMÄRPRÄVENTION IN ABGRENZUNG ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG	13
2.4	DAS PRÄVENTIONSGESETZ.....	13
2.5	LEITFADEN PRÄVENTION	17
3	FRAGESTELLUNGEN / HYPOTHESEN DER ARBEIT.....	21
4	METHODIK.....	22
4.1	PROBANDEN	22
4.2	POSTALISCHER FRAGEBOGEN	23
4.3	DURCHFÜHRUNG	25
4.4	AUSWERTUNG	26
5	ERGEBNISSE	27
6	DISKUSSION	33
7	FAZIT / AUSBLICK	36
8	LITERATURVERZEICHNIS	40
9	ANHANG	46
	EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG.....	54
	THEMENBESCHIED.....	55

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: NEUE ANBIETERQUALIFIKATIONEN FÜR AUTOGENES TRAINING	18
ABBILDUNG 2: VERTEILUNG DER TEILGENOMMENEN PROBANDEN	23
ABBILDUNG 3: EINSTELLUNG ZUR PRIMÄRPRÄVENTION ALS ERGOTHERAPEUTISCHES HANDLUNGSFELD	27
ABBILDUNG 4: KENNTNIS ÜBER DAS NEUE PRÄVG UND DEN LEITFADEN PRÄVENTION	27
ABBILDUNG 5: PRÄVENTIONSMAßNAHMEN/-KURSE IM ANGEBOT ODER IN ENTWICKLUNG	28
ABBILDUNG 6: STUDIENTEILNEHMER MIT PRIMÄRPRÄVENTIVEM ANGEBOT	31
ABBILDUNG 7: PRAXISSCHWERPUNKTE ERGOTHERAPEUTISCHER PRAXEN IN ROSTOCK	32
ABBILDUNG 8: IST-ZUSTAND DES VERSORGUNGSSYSTEMS IN DEUTSCHLAND	36
ABBILDUNG 9: IDEALZUSTAND DES GESUNDHEITSSYSTEMS	38

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: KLASSIFIKATION VON PRÄVENTIONSMAßNAHMEN	9
TABELLE 2: ZIELE, ZIELGRUPPEN UND HANDLUNGSFELDER DER NPK UND BEISPIELE AUS DER ERGOTHERAPIE	16
TABELLE 3: ÜBERSICHT ÜBER DIE PRÄVENTIONSANGEBOTE DER PROBANDEN	29
TABELLE 4: ANTWORTÜBERSICHT DER PROBANDEN	30

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
bspw.	beispielsweise
BVPG	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
dh.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ebd.	ebenda
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
et al.	et alii
etc.	et cetera
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GF	Gesundheitsförderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
griech.	griechisch
HEDE	Health Ease/Dis Ease
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
k.A.	keine Angaben
Kita	Kindertagesstätte
KddR	Konföderation der deutschen Rückenschulen
lat.	lateinisch
M	Mittelwert

MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
NPK	Nationale Präventionskonferenz
P.	Prävention
PrävG	Präventionsgesetz
Prof.	Professor
RV	Rentenversicherung
S.	Seite
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände
sog.	sogenannte
SGB	Sozialgesetzbuch
SOC	Sense of Coherence
sog.	Sogenannte
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
uvm.	und vielen mehr
vgl.	vergleich(e)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel
ZPP	Zentrale Prüfstelle Prävention
z.T.	zum Teil

1 EINLEITUNG

Das neue Präventionsgesetz (PrävG), welches am 25.07.2015 verabschiedet worden ist (BMG, 2017), bietet laut Schiewack (2016) „eine Möglichkeit, ergotherapeutische Arbeitsfelder zu erweitern“ (S.9). Basis dafür sind die festgelegten Ziele der nationalen Präventionskonferenz (bestehend u.a. aus Pflege-, Renten-, Kranken- und Unfallversicherung), welche das gesunde Aufwachsen, gesunde Leben und Arbeiten und die Gesundheit im Alter in den Fokus stellen, die zudem „systematisch in die Prozesse und Strukturen der Lebenswelt integriert werden sollen“ (Schiewack, 2016, S.9-10). Die „Maßnahmen der Primärprävention sollen Gesundheit fördern, erhalten, das Entstehen von Krankheit vermeiden“, wobei „gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, Entspannungsmethodik und Vermeidungsstrategien [...] beispielsweise Themen [...] sein“ können (Scheepers, 2011, S. 230). Für die Umsetzung der oben genannten Ziele des Präventionsgesetzes bzw. der nationalen Präventionskonferenz, werden „als besonders förderliche Faktoren [...] die Partizipation der Klienten, ein kompetenzzentriertes und evidenzbasiertes Vorgehen und die Stärkung von persönlichen gesundheitsbezogener Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung gesehen“ (Schiewack, 2016, S.9). Laut Berufsdefinition der Ergotherapie des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) e. V. (2007) steht „die Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität“ neben dem Ziel der Stärkung des Menschen bei der „Durchführung von bedeutungsvollen Betätigungen“, in Zentrum des ergotherapeutischen Alltags. Hinzu kommt die Evidenzbasierung des beruflichen Handelns, durch die fortschreitende Akademisierung der Ergotherapie. Auch nach dem Leitfaden Prävention, werden mehrere Bereiche aufgezählt, in den Ergotherapeuten förderungsfähige Leistungen anbieten dürfen. Dazu zählen z.B. die „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 64) oder die „Förderung von Entspannung“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 79).

Diese Bachelorarbeit geht somit der Frage nach, inwieweit primärpräventive Angebote bereits Einzug in ergotherapeutischen Praxen gehalten haben. Dafür führt der Autor eine empirische Erhebung der Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote ergotherapeutischer Praxen in der Hansestadt Rostock durch. Ziel ist es eine Aussage zu treffen, inwieweit die Praxisinhaber oder die leitenden Angestellten sich mit dem neuen Präventionsgesetz und dem Leitfaden Prävention auseinandergesetzt haben und welche primärpräventiven Interventionsmaßnahmen angeboten werden. Im theoretischen Hintergrund werden neben der Klärung von themenzentrierten Begrifflichkeiten, wie

z.B. Gesundheit und Krankheit oder Prävention in Abgrenzung zur Gesundheitsförderung, auch gesundheitswissenschaftliche Konzepte, wie z.B. Salutogenese, Resilienz und Empowerment, erarbeitet und der Zusammenhang zur Ergotherapie dargestellt. Des Weiteren findet die Auseinandersetzung mit dem neuen Präventionsgesetz und dem Leitfaden Prävention statt und welche Handlungsfelder sich daraus für die Ergotherapie ergeben. Als Datenerhebungstechnik wurde eine postalische schriftliche Befragung in Form eines quantitativen Fragebogens gewählt und mittels Microsoft Excel deskriptiv ausgewertet. In der Diskussion wird der Zusammenhang zwischen den Ergebnissen und dem aktuellen Stand der Prävention und Gesundheitsförderung in der Ergotherapie aufgezeigt. Abschließend skizziert der Autor einen Ausblick auf den Idealzustand des Gesundheitssystems, in dem Prävention und Gesundheitsförderung nicht mehr getrennt von Kuration, Rehabilitation und Pflege betrachtet, sondern „als integralen Bestandteil des gesamten Versorgungssystems“ (Hurrelmann, Klotz & Allen, 2014, S. 21) gesehen werden.

2 PRÄVENTION IN DER ERGOTHERAPIE

Die Ergotherapie bewegt sich wie Prävention und Gesundheitsförderung an der „Schnittstelle zwischen Medizin und Sozialwissenschaft“ (Rottenecker & Thapa-Görder, 2010, S.76). Ergotherapeuten richten den Blick vermehrt auf die Ressourcen der Klienten und helfen ihnen diese bis hin zu einer Lebenskompetenz zu entwickeln. Dabei sind sie in der Lage, die soziale und physische Umwelt eines Menschen in ihren Interventionsmaßnahmen mit einzubeziehen und kennen die Bedeutung von Betätigungen, um in der Umwelt zu partizipieren. Des Weiteren verfügen Ergotherapeuten (zur Vereinfachung und leichteren Lesbarkeit wird im fortlaufenden Text nur die männliche Form verwendet) über ein fundiertes Wissen bezüglich des Entstehungsprozesses, als auch der Behandlung von Krankheiten. Dies bildet eine gute Grundlage, um in der Prävention und Gesundheitsförderung aktiv zu werden (Rottenecker & Thapa-Görder, 2010). Dennoch ist aktuell der Großteil ergotherapeutischer Leistungen in der Kuration und Rehabilitation zu finden (Braz, 2013, WIdO, 2017). Inwieweit das neue Präventionsgesetz und die damit in Zusammenhang stehenden gesundheitswissenschaftlichen Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung Möglichkeiten für Ergotherapeuten bieten, soll in den folgenden Kapiteln geklärt werden.

2.1 Definitionen von Gesundheit und Krankheit

Der primäre Zweck unseres Gesundheitssystems ist die Wiederherstellung, Bewahrung und Verbesserung unserer Gesundheit, die zugleich als Grundrecht in der Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen niedergeschrieben steht (Schwarz et al., 2012). Deswegen benötigen laut Fischer (2011) alle, die in einem Gesundheitsberuf tätig sind, auch ein tiefes Verständnis von Gesundheit. Dennoch gibt es bisher noch „keine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit“ (Schwarz et al., 2012, S. 38). Frau Prof. Franke (2012) bezeichnet den Begriff deshalb als „komplexes Phänomen“ (S. 38). Laut ihrer Aussage ist, trotz der durchgehenden Kritik, die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 „diejenige [...], auf die sich weltweit die größte Expertengruppe hat jemals verständigen und einigen können“ (Franke, 2012, S. 40). Die WHO (2018) hat diesen Begriff wie folgt definiert: „The state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity“ („Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (BMGF, 2018)). „Mit dieser Definition löste die WHO Gesundheit aus einer rein biomedizinischen Sichtweise und aus den engen Bezügen des professionellen Krankheitssys-

tems“ (BMGF, 2018). Hier knüpft das 2001 erstmals veröffentlichte biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO mit der Erweiterung der sog. „funktionalen Gesundheit“ (DIMDI, 2005, S.4) an und dient gleichzeitig als dessen Grundlage (Fischer, 2011).

Demnach ist eine Person „funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren – 1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen), 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen)“ (DIMDI, 2005, S 4).

Die Ergotherapie arbeitet zur interdisziplinären Kommunikation und als „wissenschaftlich fundierte und praktische Hilfe für die Begutachtung von Zuständen der Funktionsfähigkeit, ihrem Verständnis sowie ihrer Beschreibung“ (Fischer, 2011, S. 97) unter anderem mit der Klassifikation der ICF, da durch die Definition der funktionalen Gesundheit, neben den Körperstrukturen und -funktionen, auch die Aktivität und Partizipation sowie die Kontextfaktoren mit einbezogen werden. Des Weiteren „wird berücksichtigt, dass neben objektivierbaren Körperfunktionen und individuellen Einstellungen die Erwartungen anderer Menschen desselben Kulturkreises an Aktivität und Einbezogenheit in Lebenssituationen eine Rolle spielen“ (Fischer, 2011, S. 97).

Auch für Krankheit gibt es bisher noch keine „allgemein anerkannte Definition“ (Franke, 2012, S.60). Laut Pschyrembel und Dornblüth (2017) ist Krankheit eine medizinische „Bezeichnung für eine definierbare Einheit ätiologisch, morphologisch, symptomatisch und nosologisch beschreibbarer Erscheinung“ (S.992). Nach Meinung von Prof. Franke (2012) sollte „die Diskussion um den Begriff und die Definition von Krankheit“ (S.60) neben der medizinischen, mindestens noch die „psychologische, soziologische und juristische“ (S.60) Ebene berücksichtigen. Resultierend aus Ihren Ausarbeitungen gibt sie folgende Kriterien zur Kennzeichnung von Krankheit an: „[...] das Vorhandensein von objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen, und/oder seelischen Störungen bzw. Veränderungen, also das Vorliegen eines Befundes; die Störung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens; eine Einschränkung von Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung; die Notwendigkeit professioneller (medizinischer) und sozialer, dh. mitmenschlicher und gesellschaftlicher Betreuung“ (Franke, 2012, S.62). Zudem weißt

Sie darauf hin, dass es „sowohl für den Bereich der Gesundheitsversorgung als auch im rechtlichen Bereich“ (Franke, 2012, S.63) wichtig ist, „die verschiedenen Krankheitsbilder zu Gruppen zusammen zu fassen“ (Franke, 2012, S.63). In Deutschland wird zur Klassifizierung von Krankheiten und als gültiges Diagnosesystem die International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) der WHO eingesetzt. Darin werden „21 Gruppen von Krankheiten und gesundheitsbezogenen Problemen“ (Franke, 2012, S.64) unterschieden und nach „Ursache, [...] Organen/Organsystemen, [...] Therapierbarkeit und nach Verlauf“ (Pschyrembel & Dornblüth, 2017, S.992) einer Krankheit eingeteilt.

2.2 Gesundheitswissenschaftliche Konzepte

2.2.1 Salutogenese

Das Wort Salutogenese stammt von „Salus, lat.: Unverletzlichkeit, Heil, Glück; Genese, griech.: Entstehung“ (BZgA, 2001, S. 24) ab und „bedeutet die Entstehung der Gesundheit, die nicht als Zustand, sondern als ständig wandelnder Prozess gesehen wird“ (Schaefer, 2010, S. 2). Antonovsky (1997) beschreibt, dass sowohl die krankheits- als auch gesundheitsorientierte Sichtweise der Schulmedizin „auf der Annahme einer fundamentalen Dichotomie zwischen gesunden und kranken Menschen begründet“ (S. 22ff.) ist. Dem stellt er sein „sogenanntes Health Ease/Dis Ease Continuum (HEDE-Kontinuum)“ (Rottenecker & Thapa-Görder, 2010, S. 43) entgegen.

„Dabei geht er davon aus, dass ein Mensch nicht entweder gesund oder krank ist, sondern sich zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum bewegt [...] und [...] Gesundheit nicht als statischer Zustand verstanden wird, sondern als dynamisches Gleichgewicht zwischen physischen, psychischen und sozialen Schutz- und Abwehrmechanismen des Organismus und potentiell krankmachenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt.“ (Rottenecker & Thapa-Görder, 2010, S. 43).

Zwei wichtige zentrale Punkte dieses gesundheitswissenschaftlichen Modells sind zum einen „die Theorie des Copings (Bewältigung)“, wobei Antonovsky es als „unmöglich“ ansieht, „alle potentiellen Risikofaktoren (Stressoren) auszuschalten“ und sie deswegen „als wesentliche Faktoren eines menschlichen Lebens“ (Rottenecker & Thapa-Görder, 2010, S. 44) voraussetzt. „Entscheidend für die Gesundheit ist also, wie und ob man sie bewältigen und wie man die dafür erforderlichen Widerstandsressourcen (Schutzfaktoren) verbessern und vermehren kann“ (Rottenecker & Thapa-Görder,

2010, S. 44). Zum anderen beschreibt das Salutogenese-Modell das „Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC)“ (BZgA, 2001, S. 28). „Dieses Gefühl verdeutlicht, wie ein Mensch sein eigenes Leben und die Welt um sich herum sieht“ (Schaefer, 2010, S. 3). „Die Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, setzt sich nach Antonovskys Überlegungen aus drei Komponenten zusammen: [...] Gefühl von Verstehbarkeit [...], [...] Handhabbarkeit bzw. Bewältigung [...] und [...] Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit“ (BZgA, 2001, S. 29ff.). Heilmittelerbringer wie Ergotherapeuten, die einen Klienten aus der salutogenetische Perspektive betrachten möchten, sollten sich also folgende Fragen stellen: „Welche Fähigkeiten hat er, um eine unbekannte Situation zu verstehen? (Verstehbarkeit); Welche Möglichkeiten hat er, um eine geeignete Problemlösungsstrategie zu finden? (Handhabbarkeit); In welcher Hinsicht betrachtet er sein Leben als sinnvoll und bedeutsam? (Sinnhaftigkeit)“ (Schaefer, 2010, S. 3). Ein Mensch mit gutem Kohärenzgefühl sieht einen Sinn in seinem Leben, kann flexibel auf verschiedene Situationen im Leben reagieren und greift dabei auf seine Ressourcen zurück. Bei schlechtem Kohärenzgefühl ist ein Mensch nur schwer in der Lage auf unbekannte Lebenssituationen zu reagieren und diese zu bewältigen (Schaefer, 2010).

2.2.2 Resilienz

Aus mehreren Definitionen von Resilienz hat Degenkolb-Weyers (2016) die „grundsätzliche Übereinstimmung“ herausgearbeitet, „dass Menschen oder Systeme Irritationen und Störungen ertragen können und sich in einer angemessenen Zeit wieder an die veränderte Situation anpassen können. Mit dieser Anpassung vollzieht sich ein Lernprozess, der belegt, dass Resilienz lernbar und entwickelbar ist“ (S. 4). Sie fasst zudem aus der neuen Resilienzforschung zusammen, „dass man Resilienz nicht mehr nur als Personeneigenschaft versteht, sondern man eine sogenannte Resilienz Konstellation annimmt, die sich aus drei Elementen zusammensetzt [...]: Herausforderung oder Stresssituation; Vorliegen von vermittelnden Faktoren (z. B. Ressourcen der betroffenen Person); Nutzung von Ressourcen außerhalb der Person“ (Degenkolb-Weyers, 2016, S. 5). Leipold (2015) stellt dem hinzufügend heraus, dass die Kriterien der Resilienz, an denen man sie erkennt, sehr vielfältig sind und benennt in diesem Kontext vorwiegend die „physische Gesundheit, erreichtes Lebensalter, seelische Gesundheit, Lebenszufriedenheit, soziale Kompetenz sowie erlebte Selbstwirksamkeit, Kontrolle und moralische Dimension“ (S. 174). Diese Kriterien werden in der Resilienzforschung als Risiko und Schutzfaktoren deklariert. So lassen sich aus englischen Studien im Zeitraum von 1980 bis 2007 laut Kennedy-Behr und Rodger (2010) „grundle-

gend gleichartige Risiko- und Schutzfaktoren erkennen. [...]. Einige der gängigsten aufgezeigten Schutzfaktoren sind: ruhiges Temperament [...], enge Bindung an einem Elternteil oder Erziehungsleistenden [...], hohe Selbstwirksamkeit [...]“ und eine „hohe soziale Kompetenz“ (S. 11). Zu den häufigsten Risikofaktoren gehören u.a. „männliches Geschlecht [...], Armut oder ein niedriger sozialökonomischer Status [...], physische Einschränkung oder chronische Erkrankung“ (Kennedy-Behr & Rodger, 2010, S. 11). „Während der Begriff Risikofaktor [...] Bezug nimmt auf einen Faktor, der die Wahrscheinlichkeit eines späteren maladaptiven Ergebnisses erhöht [...], ist ein Schutzfaktor das, was bewiesenermaßen die Möglichkeiten der positiven Adaption erhöht – ungeachtet der Aussetzung der Risiken“ (Kennedy-Behr & Rodger, 2010, S. 10). Durch präventive Maßnahmen innerhalb der ergotherapeutischen Intervention, wie z.B. die Förderung der sozialen Kompetenz eines Klienten, können die Schutzfaktoren gestärkt (Leipold, 2015) und „durch den Abbau oder Bewusstmachung von Risikofaktoren die Entwicklung einer Resilienzkompetenz [...] unterstützt werden“ (Kennedy-Behr & Rodger, 2010, S. 11).

2.2.3 Empowerment

Der Begriff Empowerment wird vom DVE (2010) mit „In die Lage versetzen, Befähigung“ (S. 127) übersetzt. Er gilt als ressourcen- und kompetenzzentrierter Ansatz der Prävention und Gesundheitsförderung (Rottenecker & Thapa-Görder, 2010, Heringer, 2018), der auf die Entwicklung und Verbesserung von Fähigkeiten abzielt, sodass Personen oder Personengruppen ihr Leben und ihre soziale Lebenswelt selbstverantwortlich und eigenmächtig gestalten können. Wesentliche Strategien, die Fachkräfte im Gesundheitswesen (wie Ergotherapeuten) dafür anwenden, sind die Förderung der Gemeinschaftsbildung und der Partizipation (Brandes & Stark, 2016). Sie schaffen die nötigen Rahmenbedingungen ohne sich selbst (bzw. nur bedingt, wenn es der Förderung der Selbstbestimmtheit dient) einzumischen, indem sie z.B. Handlungsspielräume schaffen oder aufzeigen, die Reflexionsfähigkeit von Ressourcen, Problemen oder Bedürfnissen sowie die Ausarbeitung von Lösungen, Zielen und Entscheidungen der Klienten fördern (Brandes & Stark, 2016). Im Empowermentprozess ist es nach Brandes & Stark (2016) nicht förderlich Antworten zu geben, sondern Fragen zu stellen, welche die Neugier des Adressaten anregen und einen „Prozess des Suchens“ (S. 65) auslösen.

2.3 Prävention

Prävention kommt vom lateinischen Wort *praevenire* (zuvorkommen) (Walter, Robra, & Allen, 2012) und umfasst alle Interventionen, die darauf abzielen den Eintritt oder das weitere Ausbreiten von Erkrankungen zu vermeiden oder zu verzögern. Dabei richten sich die Interventionsmaßnahmen auf die Beeinflussung von Risikofaktoren für Krankheiten und zielen im Gegensatz zur Kuration nicht nur spezifisch auf einzelne Erkrankungen ab, „sondern oft auf ganze Krankheitsspektren“ (Leppin, 2014, S. 36). Zur Identifikation und Prävention solcher Faktoren, werden genaue Kenntnisse über die Entwicklung und den Verlauf einer Erkrankung vorausgesetzt (Hurrelmann, Klotz, & Allen, 2014). „Die wichtigsten Risikofaktoren für die heute am stärksten verbreiteten Krankheiten wie etwa Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs und Demenz sind Bluthochdruck, hohe Blutfettwerte, Übergewicht, mangelnde Bewegung, schlechte Ernährung und dauerhafte psychische Überlastung“ (Hurrelmann et al., 2014, S. 14ff.). Alle Risikofaktoren können in vier Gruppen klassifiziert werden: „1. genetische physiologische Dispositionen, zum Beispiel Arterienverengung, Gelenkanomalien, [...]; 2. behaviorale Disposition, zum Beispiel Verhaltensweisen wie [...] fettreiche Ernährung [...] und wenig Bewegung; 3. psychische Disposition, zum Beispiel dauerhafte Überlastung [...]; 4. ökologische Disposition, zum Beispiel [...] Mangel an Selen, durch Jahrzehnte lang anhaltende Intensivlandwirtschaft“ (Hurrelmann et al., 2014, S. 15). Präventionsmaßnahmen sollen im Unterschied zur Therapie (Kuration) nicht ausschließlich nur einzelne Klienten, sondern möglichst große Bevölkerungsgruppen erreichen, wobei aktiv an die Adressaten mit den entsprechenden Maßnahmen herantreten und nicht erst auf die Nachfrage gewartet wird (Leppin, 2014).

2.3.1 Differenzierung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Die Präventionsmaßnahmen werden abhängig von ihrem zeitlichen Interventionsbeginn in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden.

In der Primärprävention richten sich die Interventionen an gesunde Menschen ohne manifeste krankheitsbedingte Symptomatik mit dem Ziel, die Häufigkeit von Neuerkrankungen (Inzidenz) oder Unfällen zu verringern (Leppin, 2014, Rottenecker & Thapa-Görder, 2010). Ein Beispiel aus der Ergotherapie ist u.a. die Beratung zur Ergonomie, um Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems vorzubeugen (Mulzheim, 2010). Gesetzliche Grundlage für Primärprävention bildet der §20 des SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (BMJV, 2018).

Die Sekundärprävention deckt alle Maßnahmen ab, die auf die Früherkennung und dem Eindämmen einer Erkrankung abzielen. Hier hat der Erkrankungsverlauf im Frühstadium schon begonnen (aber noch ohne klinische Symptomatik) und wird mittels diagnostischer Verfahren (z.B. Screenings) zuerst festgestellt und soll dann mittels gezielter therapeutischer Maßnahmen am Fortschreiten gehindert werden. Ergotherapeuten können beispielsweise Screenings in Kindergärten durchführen, um z.B. Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten oder umschriebener Entwicklungsstörung motorischer Fähigkeiten zu identifizieren, um mit entsprechenden ergotherapeutischen Interventionen sich evtl. entwickelnde psychischen Störungen bzw. Defizite der Fein- und Grobmotorik entgegenzuwirken (Leppin, 2014, Walter et al., 2012, Mulzheim, 2010). Gesetzliche Grundlage für Sekundärprävention bildet der §25 (Gesundheitsuntersuchung) und §26 (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche) des SGB V (BMJV, 2018).

Im Bereich der Tertiärprävention fallen alle Maßnahmen, die nach der Manifestation einer Erkrankung eingesetzt werden, um den weiteren Verlauf positiv zu beeinflussen, sodass eine weitere Schädigung oder ein Rückfall vermieden oder eine Verschlimmerung der Symptome zumindest verzögert werden. Die Interventionen aus diesem Bereich sind dabei nicht eindeutig zur Rehabilitation oder Kuration bzw. Therapie abgrenzbar, wodurch der Verzicht des Begriffes Tertiärprävention in Fachkreisen zur Diskussion steht (Leppin, 2014, Walter et al., 2012, Mulzheim, 2010). Eine Maßnahme von Ergotherapeuten wäre z. B. die postoperative Gelenkschutz- bzw. Hilfsmittelberatung für Klienten mit einem neuen künstlichen Hüftgelenk. Gesetzliche Grundlage für Tertiärprävention bildet u.a. der §92 SGB V (Heilmittelrichtlinien) sowie §125 (Rahmenempfehlungen und Verträge) des SGB V (Scheepers, 2011, BMJV, 2018).

Nachfolgend sind die wichtigsten Aspekte der drei Präventionsmaßnahmen in Tabelle 1 zusammengefasst:

Tab. 1: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen (nach Leppin, 2014, S. 37)

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten einer Krankheit	Im Frühstadium einer Krankheit	Nach Manifestation/ Akutbehandlung einer Krankheit

Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progredienz oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten / Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

2.3.2 Präventionsstrategien

Im Allgemeinen gibt es zwei wesentliche Wege zur Umsetzung der Prävention. Zum einen sollen die Ursachen von Krankheiten eliminiert bzw. eine Ausbreitung verhindert oder verringert werden, wie z.B. gesundheitsgefährdendes Verhalten (Alkohol trinken, ungesunde Ernährung) zu verringern bzw. ganz zu verhindern oder z.B. auch Krankheit verursachende Arbeitsplatzbedingungen zu vermeiden, zu entfernen oder zu verbessern. Zum anderen kann man gegen krankheitsverursachende Bedingungen vorbeugen, bspw. durch Impfung oder Verhaltenstraining zur Stress- und Suchtprävention (Leppin, 2014). Im Folgenden werden verschiedene Differenzierungen von Präventionsstrategien erläutert.

2.3.2.1 Universelle, zielgruppenspezifische und indizierte Präventionsstrategien

Universelle Präventionsstrategien gelten für die Gesamtbevölkerung ohne Auswahl einer Gruppe nach bestimmten Kriterien, wie z.B. tägliches Zähneputzen oder Sicherheitsgurte in Kraftfahrzeugen (Leppin, 2014, Walter et al., 2012).

Zielgruppenspezifische Präventionsstrategien selektieren aus der Bevölkerung Gruppen nach bestimmten Merkmalen. „Die Definition der Zielgruppe kann dabei anhand unterschiedlicher Differenzierungskriterien wie soziodemografische Merkmale, Kontextmerkmale oder Risikostatus vorgenommen werden“ (Leppin, 2014, S. 39). Zu den soziodemografischen gesundheitsrelevante Kriterien gehören z.B. neben dem Geschlecht und Alter auch Merkmale wie der Grad der Behinderung, der Status der Erwerbstätigkeit, uvm. (Leppin, 2014, Rottenecker & Thapa-Görder, 2010). Kontextbezogene Merkmale richten sich an Personengruppen in bestimmten Settings, wie z.B. Schulen, Betriebe, Gemeinden, etc. Diese haben laut Rottenecker und Thapa-Görder

(2010), durch die kontextspezifischen „alltäglichen Arbeits-, Lern- und Lebensbedingungen [...] einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung des Einzelnen und prägen dessen gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen“ (S. 37). Beim Risikostatus unterscheidet man Personen in Gruppen mit niedrigem, mittlerem und hohem Risiko. Nach Leppin (2014) lassen sich am einfachsten Interventionsmaßnahmen für sog. Hochrisikogruppen bereitstellen. Gründe hierfür sind neben der Homogenität der Zielgruppe, auch die leichtere Integration in bestehende medizinische Versorgungsstrukturen und im Vergleich zur bevölkerungsweiten Strategie, die höhere Kosteneffizienz. Auf der anderen Seite besteht hier aber auch gleichzeitig die Gefahr des „Labeling-Effektes (Stigmatisierung) und [...] Medikalisierung von Prävention“ (Leppin, 2014, S. 39). In der Frage, ob nun die Hochrisikostategie oder der bevölkerungsbezogene Ansatz für eine Präventionsmaßnahme gewählt werden soll, führt die Antwort zum sog. „Präventionsparadox“ (Rose, Khaw, & Allen, 2008, zitiert nach Leppin, 2014, S. 39). Das bedeutet, dass die Anzahl der Personen mit einem hohen Risiko, im Vergleich zu den Gruppen mit niedrigem oder mittlerem Risiko, viel geringer ist und somit erfolgreiche bevölkerungsbezogene Interventionsmaßnahmen deutlich bessere Auswirkungen auf die Senkung der Anzahl von Neuerkrankungen und Todesfälle haben. Der individuelle Nutzen einer Maßnahme bei der Hochrisikostategie ist wiederum aber wesentlich höher, da die positiven Auswirkungen für die direkt Betroffenen greifbarer sind und zeitnaher eintreten und somit auch die Handlungsmotivation wesentlich höher ist (Rose, Khaw, & Allen, 2008, Schwarzer, 2004 zitiert nach Leppin, 2014).

Indizierte Präventionsstrategien wenden sich an Adressaten, bei denen bereits „Vorstufen der Krankheit“ (Leppin, 2014, S. 39) aufgetreten sind.

2.3.2.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Präventionsmaßnahmen können auch nach ihrem Ansatzpunkt differenziert werden. Wenn eine präventive Maßnahme direkt bei dem Adressaten ansetzt, dann spricht man von Verhaltensprävention. Hierbei wird versucht eine positive Veränderung im Risikoverhalten zu bewirken (wie z.B. bei einem Mangel von Bewegung, ungesunde Ernährung oder Drogenmissbrauch) oder eine Motivation für die Teilnahme an medizinischen Vorsorgemaßnahmen bzw. Untersuchungen zu erreichen (Leppin, 2014, Mulzheim, 2010). Hierzu zählen z.B. Förderprogramme im Setting Schule zur Stärkung der Lebenskompetenz für die Vorbeugung des Missbrauches von Drogen oder Vorträge in Kliniken über die Wichtigkeit eines gesunden aktiven Lebensstils in Bezug auf Ernährung und Bewegung (Leppin, 2014).

Alle Maßnahmen, die den Fokus auf die gesundheitsfördernde bzw. -schützende Veränderung der Lebens- und Umweltbedingungen von Menschen legen, sind in der Verhältnisprävention zu finden. Hierunter fallen zum Beispiel Maßnahmen, wie das Verbot in öffentlichen Gebäuden zu Rauchen oder die Einführung von Gleitarbeitszeit (ebd.) oder die ergotherapeutische Intervention der ergonomischen Arbeitsplatzanpassung.

2.3.2.3 Methoden der Prävention

Um die oben genannten Strategien und Konzepte der Prävention in die Praxis umzusetzen, nennt Leppin (2014) folgende Methoden:

- „Edukative Verfahren
- Normativ-regulatorische Verfahren
- „Ökonomischer Anreiz-/Bestrafungssysteme“ (S. 41)

Psychoedukative Verfahren kommen aus der Verhaltensprävention, da sie zu einem gesundheitsfördernden Verhalten des Adressaten motivieren sollen. Umgesetzt werden diese Verfahren durch Aufklärung (z.B. über Gefahr und Schutz vor Sexuallykrankheiten), Beratung (z.B. Krisengespräche) und Verhaltens- und Selbstmanagementtraining (z.B. verschiedene Programme zur Bewältigung von psychischer Überbelastung oder Kompetenzförderung bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Setting). Über dieses individuelle Präventionsangebot gehen sozioedukative Verfahren hinaus und versuchen über verhältnispräventive Ansätze gesundheitsfördernde Umweltbedingungen bzw. Versorgungsstrukturen durch Einflussnahme auf dafür verantwortliche Personengruppen oder Organisationen aus bspw. einer Gemeinde oder politischen Partei zu bewirken (Leppin, 2014).

Die normativ-regulatorischen Verfahren versuchen, durch gesetzliche Vorschriften und Bestrafung bei Nichteinhaltung, präventive Ziele umzusetzen. Im Zentrum dieser Verfahren stehen verhältnispräventive Maßnahmen, wie z.B. Gesetze für Schadstoffemissionsgrenzen, Arbeitsschutz oder Lebensmittelhygiene. Aber auch verhaltenspräventive Ansätze, wie der Blutalkoholgrenzwert für Autofahrer oder das Rauchverbot in Flugzeugen, fallen in diesen Bereich (ebd.).

Systeme mit Bestrafung oder ökonomischem Anreiz bilden ein weiteres Glied für die Umsetzung verhaltens- und verhältnispräventiver Ansätze. Der Staat kann z.B. die Nachfrage nach gesundheitsgefährdenden Produkten, wie Zigaretten oder Alkohol, durch eine Erhöhung der Steuer auf diese Konsumgüter regulieren. Auf der anderen Seite können z.B. Krankenkassen mit Bonus- und Prämienprogrammen für ihre Versi-

cherten einen Anreiz zur Teilnahme an zertifizierten Präventionskursen, wie Rückenschule oder Qi Gong Kurse bieten (Leppin, 2014, Bahn BKK, 2018).

2.3.3 Primärprävention in Abgrenzung zur Gesundheitsförderung

Primärprävention und Gesundheitsförderung werden in der Praxis häufig synonym verwendet, da sie im Unterschied zur Kuration, Rehabilitation oder Pflege Interventionsmaßnahmen beinhalten, die schon vor der Erkrankung ansetzen und sich gemeinsam am gleichen Ziel orientieren, nämlich die Gesundheit zu fördern (Muhlheim, 2010, Leppin, 2014). Der wesentliche Unterschied liegt dabei in der Perspektive, aus der der Gesundheitsgewinn eines Individuums oder einer Bevölkerungsgruppe erreicht werden soll. Während in der Primärprävention, auf Grundlage des pathogenetischen Wirkprinzips, Risikofaktoren minimiert bzw. eliminiert und somit bestimmte Erkrankungen verhindert werden sollen, richtet sich die Gesundheitsförderung nach dem salutogenetischen Prinzip auf die Verstärkung der Schutzfaktoren und Gesundheitsressourcen (Leppin, 2014). Die Primärprävention hat aus ihrer geschichtlichen Entwicklung ihren Ursprung in der Naturwissenschaft und Medizin und ist „eng an der Epidemiologie und Verhaltensmedizin gebunden“ (Altgeld & Kolip, 2014, S. 45). Die Gesundheitsförderung, die durch die WHO mit der Veröffentlichung der Ottawa Charta 1986 eine internationalgeltende Definition erhalten hat (WHO, 1986), kommt eher aus den Sozialwissenschaften und fokussiert die Lebenswelten (Settingansatz) der Adressaten mit den Grundkonzepten des Empowerments und der Partizipation sowie mit der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse (Hurrelmann et al., 2014). Nichtsdestotrotz ist laut Hurrelmann et al. (2014) „eine scharfe Abgrenzung der beiden Interventionsformen voneinander [...] nicht hilfreich“ (S. 17), da die „beiden Interventionsformen [...] in einem sich gegenseitig ergänzenden, komplementären Verhältnis zueinander stehen“ (S. 17).

2.4 Das Präventionsgesetz

Das Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG) trat am 25.07.2015 in Kraft (BMG, 2017). Neben der Verbesserung der Zusammenarbeit aller Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung, sollen vor allem durch die jährliche Investition von 500 Millionen Euro (7 Euro pro Versicherten) der Kranken- und Pflegekassen, neue gesundheitsfördernde Strukturen direkt in den Lebenswelten der Versicherten, wie z.B. Betrieben, Kommunen, Schulen und Kitas geschaffen und ausgebaut (§20a und b) sowie die Angebote für individuelle (meist verhaltensbezogene) Präventi-

on erweitert werden (§20 Absatz 5, einschließlich §25 und §26) (BMG, 2017, BMJV, 2018, Kuhnert, 2018). Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) entwickelten gemeinsam mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), Rentenversicherung (RV) sowie Pflegekassen eine nationale Präventionsstrategie (§20d) und sichern die Umsetzung und Fortschreibung durch die nationale Präventionskonferenz (§20e). Am 19.02.2016 hat die Präventionskonferenz (NPK) die Bundesrahmenempfehlungen veröffentlicht, die trägerübergreifend gemeinsame Ziele, Handlungsfelder und Zielgruppen für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung festgelegt haben. Diese Empfehlungen sollen mittels Landesrahmenvereinbarungen (§20f) in jedem Bundesland mit den dort zuständigen Organisationen und Kostenträgern umgesetzt werden (BMJV, 2018). Die letzten Landesrahmenvereinbarungen wurden zum Ende 2017 fertiggestellt (Kuhnert, 2018). Die Mitgestaltung an den Bundesrahmenempfehlungen durch Ergotherapeuten ist vor allem durch den DVE möglich. Dieser ist Mitglied der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), welcher eine Beratungsfunktion in der NPK wahrnimmt (Kuhnert, 2018). In den Landesrahmenvereinbarungen werden auch regionale Erfordernisse berücksichtigt, „insbesondere über [...] die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen“ (BMJV, 2018), wobei z.B. auch die Landesvertretungen der Heilmittelerbringer (u.a. die jeweilige Landesgruppe des DVE) einbezogen werden können (Kuhnert, 2018).

Die drei für die NPK (2016) handlungsleitenden Ziele sind gesund aufzuwachsen, gesund zu leben und zu arbeiten und auch im Alter gesund zu bleiben. „Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe sollen systematisch in die Prozesse und Strukturen der Lebenswelten integriert werden“ (NPK, 2016, S. 11). Förderliche Faktoren sind dabei u.a. die Partizipation der Adressaten, die Anwendung evidenzbasierter Konzepte im Vorgehen der Akteure, Förderung der Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen oder die Eingliederung der verhaltens- und verhältnisbezogenen Präventionsmaßnahmen (NPK, 2016). Diese Faktoren bieten in den drei oben genannten Zielbereichen viele Ansätze präventiver ergotherapeutischer Interventionen, da sie mit dem ergotherapeutischen Zielen laut Berufsdefinition (DVE, 2007) im Einklang stehen. Schiewack (2016) gibt dafür viele Beispiele. So können Ergotherapeuten z.B. mittels Schul- oder Kita - Kooperationen Kindern und Jugendlichen beim gesunden Aufwachsen unterstützen, indem Sie die Schreibkompetenzen fördern oder den jungen Klienten dabei helfen, für sie sinnvolle Betätigungen in der Freizeit zu finden, die u.a. auch mit viel körperlicher Bewegung verbunden sind, um z.B. Risikofaktoren bei Bewegungsmangel vorzubeugen. Anlaufstellen für die Finanzierung und Zusammenarbeit wären

neben den Krankenkassen auch Schulträger und der Schule zugehörige Fördervereine. Im Zielbereich gesund Leben und Arbeiten werden Menschen angesprochen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, erwerbslos sind oder eine ehrenamtliche Tätigkeit nachgehen. Hier kommt vor allem das betriebliche Gesundheitsmanagement zum Tragen. Ergotherapeuten können direkt am Arbeitsplatz der Beschäftigten über eine Ergonomie Beratung oder als Coach in der Burnout- und Depressionsprävention tätig werden. Für Arbeitslose stehen die Förderung der allgemeinen Arbeitsfähigkeit und auch die Unterstützung beim Ausüben sinnvoller Betätigungen in der Freizeit im Fokus präventiver ergotherapeutischer Interventionen. Das übergeordnete Ziel ist hier vor allem Empowerment. Kostenträger dieser Maßnahmen können neben den GKV, GUV und RV, z.B. auch Integrationsämter oder lokale Fürsorgestellen sein. Der demografische Wandel vergrößert zunehmend die Zielgruppe der Menschen im Rentenalter. Hier steht die Prävention von typisch geriatrischen Krankheitsbildern, wie Apoplex oder Demenz, im Mittelpunkt. Aber auch Lebensübergänge (z.B. vom Beruf in die Rente oder der Tod von Familienangehörigen und Freunden) mit denen gerade ältere Menschen konfrontiert sind, können von Ergotherapeuten professionell begleitet werden. Ein Beispiel wäre hier das von und für Ergotherapeuten entwickelte Programm *Tatkraft*, welches speziell auf die Herausforderungen von Menschen im Rentenalter (in Bezug auf sinnvolle Betätigungen) eingeht (DVE, 2018a). Neue Konzepte können aber auch in Zusammenarbeit mit Kommunen und Vereinen (so wie in den Bundesrahmenempfehlungen vorgesehen) entwickelt werden. So können Ergotherapeuten z.B. in Sportvereinen beratend tätig werden, um die Barrierefreiheit auf dem Sportgelände auszubauen oder auch die Trainer(-innen) in der Kommunikation zu coachen, um bspw. spezielle Bewegungsgruppen mit dementen Menschen zu leiten (Schiewack, 2016).

Zu den verschiedenen Zielbereichen der NPK gibt es bereits bestehende ergotherapeutische Konzepte und Projekte, die nachfolgend in Tabelle 2 (siehe S. 16) zusammengefasst sind.

Tab. 2: Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder der NPK und Beispiele aus der Ergotherapie (nach NPK, 2016, Schiewack, 2016)

Ziele der NPK	Zielgruppen	Handlungsfelder	Kostenträger	Beispiele für Ergotherapiekonzepte und -projekte
gesund aufwachsen	Werdende und junge Familien, Kinder (und ihre Eltern), Jugendliche und junge Erwachsene in Schule, Ausbildung sowie Studium	Familienbezogene Prävention, Gesundheitsförderung in Kita, Schule, Hochschule oder Freizeiteinrichtungen	GKV, GUV, Kommunen, Länder, Fördervereine, Schulträger, Öffentliche und freie Träger der Kinder und Jugendhilfe	- Ganz schön stark! - Klasse 2000 - Vorschulpiraten
gesund leben und arbeiten	Arbeitende und arbeitslose sowie ehrenamtlich tätige Personen	Innerbetriebliche Maßnahmen, Netzwerkarbeit	GKV, GUV, RV, Betriebe, Kommune, Jobcenter und Arbeitsagenturen, Vereine, Wohlfahrtsverbände, Integrationsämter und weitere Netzwerke (siehe NPK, 2016)	- betriebliches Gesundheitsmanagement
gesund im Alter	Personen in der nachberuflichen Lebensphase und in der Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung	Setting Kommune, stationäre Pflegeeinrichtungen	Pflegeversicherung, GKV, Kommunen, freigemeinnützige Organisationen (z.B. Sportvereine), weitere Netzwerke (siehe NPK, 2016)	- TATKRAFT - Im Alter IN FORM

2.5 Leitfaden Prävention

Die im Kapitel 2.4 beschriebenen Landesrahmenvereinbarungen orientieren sich stark an dem Leitfaden Prävention, der vom GKV – Spitzenverband zur Umsetzung des §20, Abs. 2 SGB V entwickelt worden ist (GKV-Spitzenverband, 2018a, Kuhnert, 2018). Dieser Leitfaden gibt sowohl die Handlungsfelder, als auch die qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie auch Leistungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung vor. Alle dort beschriebenen Maßnahmen sind für die Leistungserbringung verbindlich. Alle anderen Maßnahmen, die nicht im Leitfaden aufgeführt worden sind, dürfen nicht von den GKV gefördert oder durchgeführt werden. Verantwortlich für die Umsetzung der Leistungen sind die Krankenkassen direkt vor Ort (GKV-Spitzenverband, 2018b). Es gibt im Wesentlichen zwei übergreifende Zugangswege. Zum einen über individuell verhaltensbezogene Primärprävention in Form von Präventionskursen (5. Kapitel des Leitfadens), die sich an einzelne Klienten richten und zur Motivation und Befähigung des gesundheitsförderlichen Verhaltens (Verhaltensprävention) beitragen sollen. Zum anderen über den sog. Settingansatz, der Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention direkt in den Lebenswelten der Menschen beinhaltet (4. Kapitel des Leitfadens), einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung (6. Kapitel des Leitfadens). Im Settingansatz werden Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander verknüpft (ebd.). In der individuell verhaltensbezogenen Primärprävention gibt es die folgenden vier richtungsweisenden Handlungsfelder: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Diese resultieren aus den wichtigsten Risikofaktoren, die u.a. für Erkrankungen verantwortlich sind, die epidemiologisch gesehen in unserer Gesellschaft eine besondere Bedeutung haben (siehe auch Kapitel 2.3) (GKV-Spitzenverband, 2018a). Jedes Handlungsfeld hat bestimmte Präventionsprinzipien, für die der Bedarf, die Zielgruppen, das Ziel der Maßnahmen, der Inhalt, Ausschlusskriterien für die Förderfähigkeit, die Methodik und Anbieterqualifikation definiert sind (GKV-Spitzenverband, 2018a). Deswegen ist der Leitfaden Prävention ein wichtiges Nachschlagewerk und federführendes Instrument für Heilmittelerbringer (wie Ergotherapeuten), um eigene Angebote und Konzepte im Rahmen des Leitfadens zu kreieren und von der Krankenkasse als förderfähigen Präventionskurs zertifizieren zu lassen.

Ergotherapeuten werden in der verhaltensbezogenen Primärprävention (nach §20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V) explizit in zwei Handlungsfelder in den Anbieterqualifikationen (wörtlich) benannt. Im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten können Ergotherapeuten Leistungen für das Präventionsprinzip „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesund-

heitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 64) anbieten. Hier wird nochmals in den geforderten Qualifikationen spezifiziert, dass sich die Leistungen von Ergotherapeuten auf „Personen mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 67) begrenzen und das zudem Zusatzqualifikationen in diesen Bereich nachgewiesen werden müssen. Kursinhalte für Ergotherapeuten wären z.B. „Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen Ausdauer, Kraft, [...], Koordinationsfähigkeit, [...]; [...] Vermittlung von Körpererfahrungen und positiven Bewegungserlebnissen [...]; kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 65ff.). Im Handlungsfeld Stressmanagement steht das Präventionsprinzip „Förderung von Entspannung“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 79) für Ergotherapeuten als Anbieter offen, wenn sie die entsprechende Weiterbildung als Trainingsleiter(in) für folgende Maßnahmen nachweisen können: „Progressive Relaxation (PR) nach Edmund Jacobson, Autogenes Training (AT) [...], Hatha Yoga, Tai Chi, Qigong“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 80ff). Ab dem 1. Oktober 2020 gelten für die Anbieterqualifikationen der oben beschriebenen Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention neue Regelungen. Es werden nicht mehr wie bisher Berufsgruppen genau bezeichnet, welche die jeweiligen Präventionsprinzipien ausüben dürfen, sondern berufliche Mindeststandards in fachwissenschaftlicher, fachpraktischer und fachübergreifender Kompetenz festgelegt (GKV-Spitzenverband, 2018a). Ein Beispiel für Autogenes Training zeigt Abbildung 1:

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Pädagogik, Psychologie	180 h oder 6 ECTS
	Medizin	180 h oder 6 ECTS
Fachpraktische Kompetenz	Beratung, Training und Schulung sowie Selbsterfahrung und Einweisung in PR/AT	90 h oder 3 ECTS
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS
	Frei wählbar aus den o. g. Inhalten	150 h oder 5 ECTS
Gesamt		630 h oder 21 ECTS

ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden. Die fachpraktische Kompetenz ist ausschließlich in Präsenzunterricht im Umfang von 90 Std. erwerbbar.

Abb. 1: Neue Anbieterqualifikationen für Autogenes Training (nach GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 81)

Alle angebotenen Präventionskurse müssen „von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 48) sein. Eine Möglichkeit der Zertifizierung für ergotherapeutische Präventionskurse ist das Online Portal der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP). Hier können sich Ergotherapeuten registrieren und ihren Kurs kostenlos von der Kooperationsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen prüfen und innerhalb von 10 Arbeitstagen zertifizieren lassen (ZPP, 2018). Versicherte haben die Möglichkeit sog. „Präventionsempfehlung nach §25 Absatz 1 Satz 2, nach §26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 51) bei der Krankenkasse einzureichen, die bei der Förderentscheidung berücksichtigt werden. Allgemein können Versicherte erst ab einem Alter von sechs Jahren die Interventionen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention in Anspruch nehmen, da für den „Aufbau von Handlungskompetenz und die eigenverantwortliche Umsetzung des Gelernten [...] ein gewisses Mindestalter der Teilnehmenden“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 51) voraussetzt wird. Für Kinder unter sechs Jahren richten sich die Präventionsmaßnahmen an die Eltern oder werden direkt in der Lebenswelt (bspw. Kita) der Kinder durchgeführt (GKV-Spitzenverband, 2018a).

Die oben beschriebenen erforderten Qualifikationen gelten auch im „Handlungsfeld Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ für „verhaltensbezogene Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 119). Hier können Ergotherapeuten in zwei Präventionsprinzipien aktiv werden. Zum einen bei der „Stressbewältigung und Ressourcenstärkung“ wie z.B. die „Vermittlung und praktische Einübung von Entspannungsverfahren wie Autogenes Training“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 120). Zum anderen durch das Prinzip „Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte“ (ebd.) durch z.B. die „Anleitung zur Bewältigung von Schmerzen und Beschwerden im Bereich des Muskel- und Skelettsystems“ (ebd.). Die gesetzliche Grundlage für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist der §20b SGB V.

Durch die Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Lebenswelten (nach §20a SGB V), ergeben sich in den verschiedensten Settings, wie z.B. in Schulen, Kitas, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen oder Kommunen (GKV-Spitzenverband, 2018a) eine Vielzahl an ergotherapeutischen Präventionsmaßnahmen. So können Ergotherapeuten mit den jeweiligen geforderten Weiterbildungen und Kompetenzen zum einen den Aufbau und die Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen unterstützen, indem Sie

z.B. durch eine „Beratung zur verhältnispräventiven Umgestaltung“ (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 29) von Klassenräumen, Schullehrern behilflich sein können, eine konzentrationsfördernde Umgebung für Schüler zu schaffen (einschließlich Ergonomie für Schulkinderarbeitsplätze). Zum anderen besteht auch die Möglichkeit primärpräventive Gruppenkurse, über Bewegungsförderung, Stressbewältigungsstrategien sowie sozial- emotionales Kompetenztraining sowohl für Schüler als auch für Lehrer, direkt in der Schule anzubieten (GKV-Spitzenverband, 2018a).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Begriffe Gesundheit und Krankheit Phänomene sind, zwischen den sich laut Antonovskys Salutogenese Modell ein Mensch bewegt. Laut seiner Meinung gibt es nicht nur den gesunden oder kranken Menschen. Durch die ICF wurde der Begriff der funktionalen Gesundheit geprägt, der über die Körperstrukturen und -funktionen hinaus, die Aktivität, die physische und soziale Umwelt sowie die Partizipationsfähigkeiten berücksichtigt. Hier finden sich auch Ergotherapeuten wieder, die das Wissen um Beeinträchtigungen von physischen und psychischen Störungen (laut ICD) sowie ihren ressourcenorientierten Blickwinkel dazu einsetzen, um mit evidenzbasierten „spezifischen Aktivitäten, Umwelтанpassung und Beratung [...], dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (DVE, 2007). Mit dieser Herangehensweise ist das Berufsbild auch prädestiniert präventive Angebote zu entwickeln und durchzuführen, da ihr Ziel die Klienten „bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken“ (ebd.) über die rein kurativen Behandlungen hinausgeht. Sie helfen Personen Risikofaktoren aufzudecken und die Schutzfaktoren auszubauen, um somit eine Resilienzkompetenz zu entwickeln. Noch dazu fördern sie ihre Klienten durch Empowerment ihr Leben eigenmächtig und -verantwortlich zu gestalten. Diese Kombination aus primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Ansätzen werden nun auch offiziell durch das neue Präventionsgesetz und den aktuellen Leitfadens Prävention für Ergotherapeuten in der Praxis umsetzbar. Sie dürfen mit entsprechenden Weiterbildungen und Qualifikationen und nach Prüfung der GKV, Präventionskurse in den Handlungsfeldern der Bewegungsgewohnheiten und Stressmanagement sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten. Darüber hinaus stehen durch den Settingansatz auch Möglichkeiten offen, die die Ergotherapeuten mit ihren Kompetenzen in die Schulen, Kitas oder Kommunen (uvm.) bringen, um die jeweiligen Zielgruppen direkt in ihrer Lebenswelt zu fördern oder die Lebenswelt selbst als Mittel der Förderung umzugestalten.

3 FRAGESTELLUNGEN / HYPOTHESEN DER ARBEIT

Aus den Ausarbeitungen des theoretischen Hintergrundes stellt sich die Frage, ob ambulante Ergotherapiepraxen durch das neue Präventionsgesetz ihre Handlungsfelder mit Angeboten aus der Primärprävention erweitert haben. Daraus ergibt sich das Ziel dieser empirischen Arbeit, die Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote ergotherapeutischer Praxen in der Hansestadt Rostock zu erheben. Dazu werden folgende Hypothesen überprüft:

1. Die Inhaber bzw. leitenden Angestellten der ambulanten Ergotherapiepraxen der Stadt Rostock, kennen das neue Präventionsgesetz bzw. den Leitfaden Prävention, mit den sich daraus ergebenden ergotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten.
2. Die ambulanten Ergotherapiepraxen der Stadt Rostock bieten primärpräventive Angebote an.

4 METHODIK

Um die Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote empirisch zu erheben und die Forschungsfrage und Hypothesen zu beantworten, wählt der Autor als Datenerhebungstechnik eine postalische schriftliche Befragung in Form eines quantitativen Fragebogens (Schnell, Hill & Allen, 2005). Im folgenden Abschnitt werden die Vorgehensweise bei der Probandenzusammenstellung, der Erarbeitung des Fragebogens sowie die Durchführung und Auswertung der Querschnittsstudie erläutert.

4.1 Probanden

Die Zielgruppe der Befragung ergibt sich sowohl aus dem Thema, als auch aus der Forschungsfrage und den Hypothesen. Die Inklusionskriterien sind demnach alle Praxisinhaber oder deren Stellvertreter (leitende Angestellte) einer ambulanten Ergotherapiepraxis, einschließlich leitende Angestellte innerhalb einer ambulanten Ergotherapiepraxis einer institutionellen Einrichtung (wie z.B. einer pädagogischen, medizinischen, rehabilitativen Einrichtung sowie einer gemeinnützigen Gesellschaft oder Bildungsträger, o.ä.) der Stadt Rostock (208.516 Einwohner (Hanse- und Universitätsstadt Rostock, 2018)). Exklusionskriterien sind Ergotherapiepraxen außerhalb des Stadtbereiches Rostock und nichteigenständige Praxen innerhalb von Rostock, die keine ambulanten Therapieangebote aufweisen, wie bspw. die Ergotherapieabteilung von Kliniken, die nur für Klienten der jeweiligen Einrichtung vorgesehen ist. Die sich daraus ergebene Grundgesamtheit von 19 Probanden (mit insgesamt 23 Praxisstandorten) wurde unter Ausschluss von Dopplungen aus der Internetrecherche über die folgenden Quellen kumuliert: Der Heilmittelkompass der Rentenversicherung Knappschaft (Knappschaft, 2017); das Branchenbuch von „Das Telefonbuch“ (2018) und über die Standartsuche von „Das Örtliche“ (2018). Von den 19 Probanden haben 18 an der Befragung teilgenommen, die das präventive Angebot von insgesamt 22 Praxisstandorten widerspiegeln. Wie in Abbildung 2 (S. 23) dargestellt, sind 14 Probanden (70%) Inhaber, 4 Probanden (20%) leitende Angestellte einer Praxis innerhalb einer Institution und 2 Probanden (10%) leitende Angestellte von Einzelpraxen. Von den 18 Probanden waren 17 weibliche und 1 männlicher Teilnehmer mit einem Durchschnittsalter von 41,28 Jahren, wobei die älteste Teilnehmerin 57 Jahre und die jüngste Probandin 26 Jahre ist.

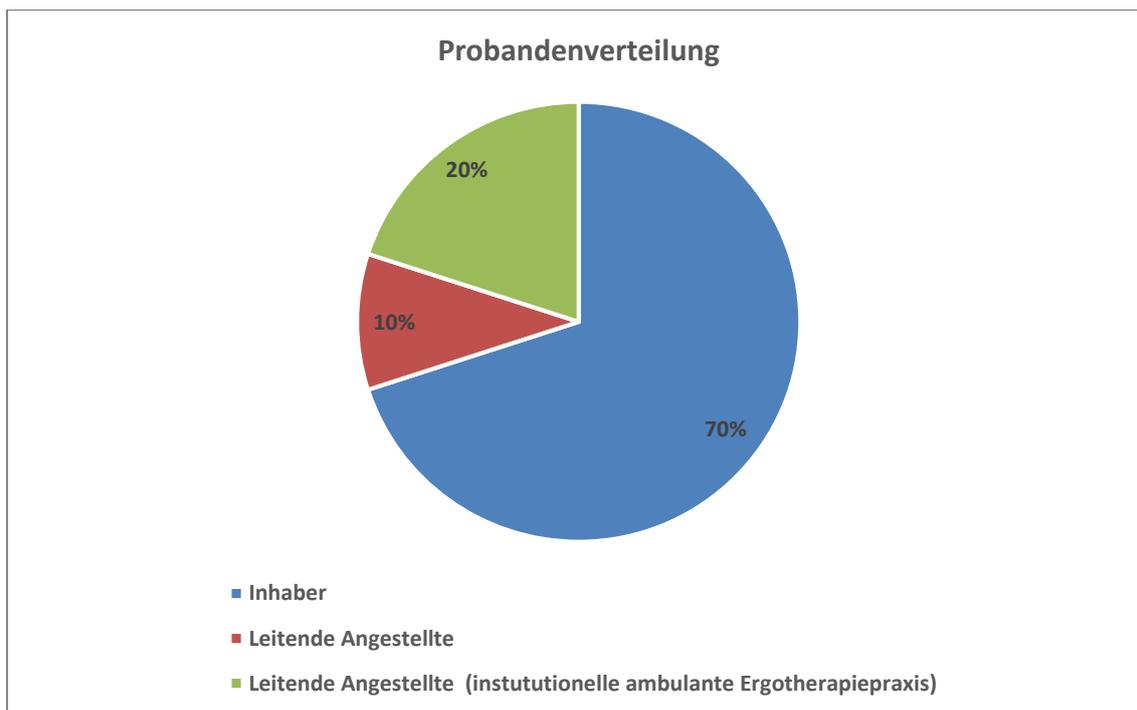


Abb. 2: Verteilung der teilgenommenen Probanden

4.2 Postalischer Fragebogen

Da sich die vorliegende Arbeit auf die Darstellung der Ist-Situation der Versorgungsstruktur von primärpräventiven Angeboten begrenzt, wählt der Autor für die Technik der Erhebung eine schriftliche Befragung mittels postalischen (quantitativen) Fragebogens, um möglichst viele Probanden innerhalb eines kurzen Befragungszeitraumes zu erreichen. Bei der Fragebogenkonstruktion hielt sich der Autor an die wissenschaftlichen Vorgaben für die Makro- und Mikroplanung sowie Fragebogaufbau und Frageformulierungen von Bortz und Döring (2006) und Aschemann-Pilshofer (2001). Die vorangestellte Suche nach bereits entwickelten Fragebögen, die als Orientierung dienen könnten (Bortz & Döring, 2006), ergab, dass die Autorin Braz (2013) bereits eine Befragung mit ähnlicher Thematik im Bundesland Bayern im Jahre 2009 durchgeführt hatte. Hier handelte es sich jedoch um ein leitfadengestütztes Telefoninterview, sodass nur die Ergebnisse dieser Studie für den Inhalt des vorliegenden Fragebogens berücksichtigt wurden. In der Makroplanung wurden aus den Ergebnissen des theoretischen Hintergrundes mit Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage und den Hypothesen, neben allgemeinen Fragen zur Person, drei weitere Themenbereiche erarbeitet. Da es sich um einen postalischen Fragebogen handelt und somit die Beantwortung ohne Anwesenheit eines Interviewers erfolgt, weist der erstellte Fragebogen (siehe Anhang A, S. 46) zu Beginn eine Instruktion auf. Die dann folgenden allgemeinen Fragen zur Per-

son, sollten neben der Klärung des Alters, dem Geschlecht und der Funktion des Probanden innerhalb der Praxis, auch gleichzeitig als sog. „Eisbrecherfragen“ (Bortz & Döring, 2006, S. 244) die Antwortbereitschaft der Probanden erhöhen und evtl. Hemmungen abbauen. Der erste Themenbereich galt der Feststellung der vorhandenen Praxisstruktur (Anzahl der Praxen, Mitarbeiteranzahl, Praxisschwerpunkte). Der zweite Themenbereich soll auf die erste Hypothese eine Antwort geben, ob sich die Praxisinhaber bzw. -leiter mit dem neuen Präventionsgesetz und dem Leitfadenprävention auseinandergesetzt haben. Der abschließende dritte Themenbereich soll Aufschluss für die zweite Hypothese bringen, ob und welche primärpräventiven Angebote in den ambulanten Ergotherapiepraxen angeboten werden und zusätzlich ob die Probanden derzeit neue Konzepte bzw. Kurse aus dem Bereich der Primärprävention entwickeln. In der Mikroplanung wurden das Design des Fragebogens mittels Microsoft Word entworfen und die Inhalte spezifiziert. Es wurden insgesamt 13 Items erstellt, wobei die Einleitung 3 Items, der erste Themenbereich 4 Items, der zweite und der dritte Themenbereich jeweils 2 Items beinhalteten. Die Items 1 bis 6 sowie 8 bis 12 sind geschlossene Fragen, in dem der Teilnehmer nur die Möglichkeit hat „durch Ankreuzen [...] oder [...] durch das Einfügen von Ziffern“ (Aschemann-Pilshofer, 2001, S. 14) die Fragen zu beantworten. Das Item 7, mit der Frage nach den Praxisschwerpunkten, ist eine Mischform aus geschlossener und offener Frage, da der Autor eine offene Kategorie „Andere:“ (Siehe Anhang A, S. 48) in die Auswahlmöglichkeiten mit aufgenommen hat, falls trotz der genauen Literaturrecherche eine bestimmte Antwortkategorie im Bereich von ergotherapeutischen Praxisschwerpunkten übersehen wurde. Das letzte Item 13 mit der Frage nach präventiven Angeboten ist eine Tabelle mit vier offenen Eintragungsfeldern (siehe Anhang A, S. 50), deren Antwortmöglichkeiten für den Probanden eingegrenzt wurden. Der Tabellenkopf gibt zum einen die auszuwählenden Antwortalternativen vor (wie z.B. die Zielgruppe) oder einen festgesetzten Bereich für die Antwortauswahl (wie. z.B. Art des präventiven Angebots). Die Tabelle soll dem Autor die Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote darstellen, wobei bewusst nach allen präventiven Angeboten gefragt worden ist. Dadurch braucht der Proband seine Angebote nicht selbst nach Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention filtern. Diese Vorwegnahme hätte die Gefahr, dass der Proband bei Unsicherheit die Antwort vermeidet und somit ein vorhandenes Präventionsangebot nicht notiert und das Ergebnis dadurch verfälschen würde. Die Angabe in Klammer nach dem Monat und Jahr, dient der Feststellung, ob das Angebot nach der Veröffentlichung des neuen PräVG oder zuvor in der Praxis eingeführt worden ist. Die Zielgruppenvorgabe basiert auf der Einteilung der NPK (siehe Tabelle 2 S. 16). Die dritte Spalte gibt Aufschluss, ob es sich um ein durch die GKV geförderten Kurs handelt oder auf reiner Selbstzahlerbasis von

den jeweiligen Klienten finanziert wird. In den beiden letzten Spalten wird die durchschnittliche Kursgröße und die Veranstaltungsfrequenz dargelegt. Zusätzlich zum Fragebogen wurden ein Aufklärungsschreiben (siehe Anhang B, S. 52) und eine Einverständniserklärung (siehe Anhang C, S. 53) beigelegt.

4.3 Durchführung

Um eine möglichst hohe Rücklaufquote der Fragebögen zu erhalten, hat sich der Autor an die Vorschläge von Bortz und Döring (2006) gehalten. Parallel zur Fertigstellung des Fragebogens betrieb der Autor eine telefonische Probandenakquise, in der sich der Autor persönlich mit dem angestrebten Vorhaben vorstellte, um die Teilnahmebereitschaft der Befragten zu erhöhen. Nach Fertigstellung des Fragebogens wurde dieser an einer Ergotherapeutin einer ambulanten Ergotherapiepraxis erprobt, um die Beantwortungszeit herauszufinden und evtl. inhaltliche Verständnisschwierigkeiten aufzudecken. Hierbei gab es keine Schwierigkeiten, sodass das Datenerhebungsinstrument unverändert für die Studie übernommen wurde. Die Beantwortungszeit betrug ungefähr 10 Minuten. Ein Fragebogen wurde am 2.11.2018 per Post zugesendet und 18 Fragebögen hat der Autor persönlich am 03.11.2018 in die jeweiligen Postkästen der Praxen in Rostock verteilt. Der letzte Rücksendetag wurde auf den 15.11.2018 datiert und dem Probanden sowohl im Aufklärungsschreiben, als auch in der Fragebogeninstruktion mitgeteilt. Bei der Briefaufmachung wurde darauf geachtet, dass sich dieser von Werbeschreiben unterscheidet (dafür wurde die Zusendeadresse und der Absender handschriftlich auf dem Briefkuvert notiert). Damit dem Befragten keine Kosten entstehen, hat der Autor für das Einwilligungsschreiben und gesondert für den Fragebogen einen vorfrankierten Rückumschlag hinterlegt. Dadurch ist bei der Rücksendung auf der einen Seite die Anonymität des Fragebogens gewährleistet und der Autor bekommt durch die unterschriebenen Einwilligungsschreiben auch gleichzeitig die Information, wer an der Befragung teilgenommen hat. Zusätzlich hat der Autor für jeden Probanden ein persönliches Anschreiben verfasst, in dem er Bezug auf die mündliche Zusage zur Teilnahme der Probanden bei der vorangegangenen Telefonakquise genommen hat. Um den Rücklauf zu beschleunigen und trotzdem die Datenqualität davon nicht negativ zu beeinflussen, hat der Autor ein sog. „Incentive [...] (im Sinne einer kleinen Anerkennung)“ (Bortz & Döring, 2006, S. 258) dem Briefumschlag beigelegt und sich nach drei bis fünf Tagen nach Zusendung telefonisch bei den Probanden erkundigt, ob der Fragebogen angekommen ist und evtl. aufgetretene Fragen zu klären.

4.4 Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte deskriptiv über das Datenverarbeitungsprogramm Microsoft Excel. Dazu wurden eine Rohdatentabelle für die Items 1 bis 6 und 8 bis 12 erstellt, sowie zwei Tabellen für die Items 7 und 13 angelegt. Diese Tabellen bieten die Grundlage für die Erstellung verschiedener Diagrammartentypen (Kreis- und Balkendiagramme), um die Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit grafisch darzustellen und zu beschreiben. Für das dritte Item des Fragebogens hat der Autor die drei vorgegebenen Antwortmöglichkeiten in folgende Punktwerte transformiert, damit diese über Excel als Daten verarbeitet werden können: Inhaber = 1; Leitender Angestellter = 2; Leitender Angestellter in einer Institution = 3. Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wurde für die dargestellten Tabellen und Diagramme nur die männliche Form der drei oben angegebenen Werte verwendet.

5 ERGEBNISSE

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der empirischen Studie deskriptiv vorgestellt.

Die Abbildung 3 zeigt auf, dass 89% (16) der befragten Probanden der Meinung sind, dass die Primärprävention ein ergotherapeutisches Handlungsfeld darstellt.

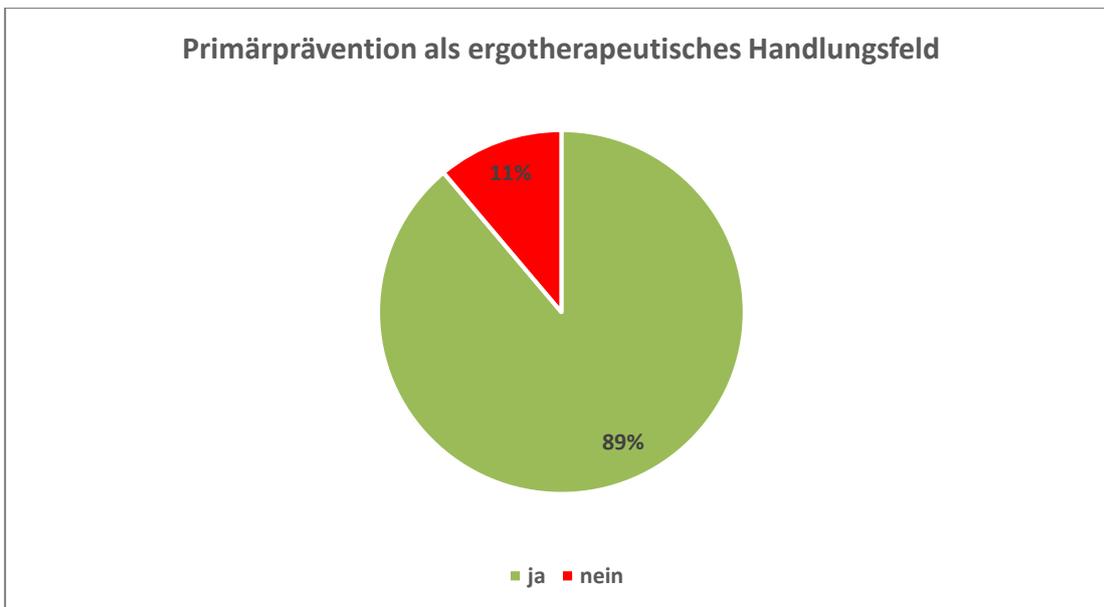


Abb. 3: Einstellung zur Primärprävention als ergotherapeutisches Handlungsfeld

Weniger als die Hälfte der Probanden besitzt jedoch derzeit Kenntnisse über das neue Präventionsgesetz oder den Leitfaden Prävention (siehe Abbildung 4).

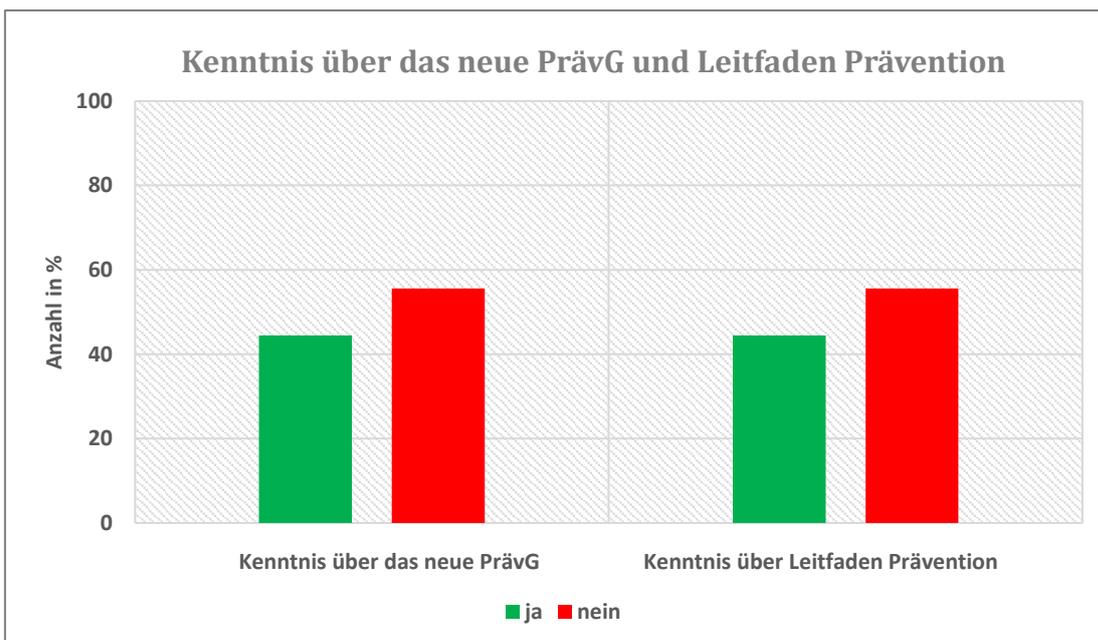


Abb. 4: Kenntnis über das neue PräVG und den Leitfaden Prävention

Vier Probanden (22%) gaben an derzeit Präventionsmaßnahmen anzubieten, wobei zwei von diesen (11%) zusätzlich einen neuen Präventionskurs entwickeln (siehe Abbildung 5).

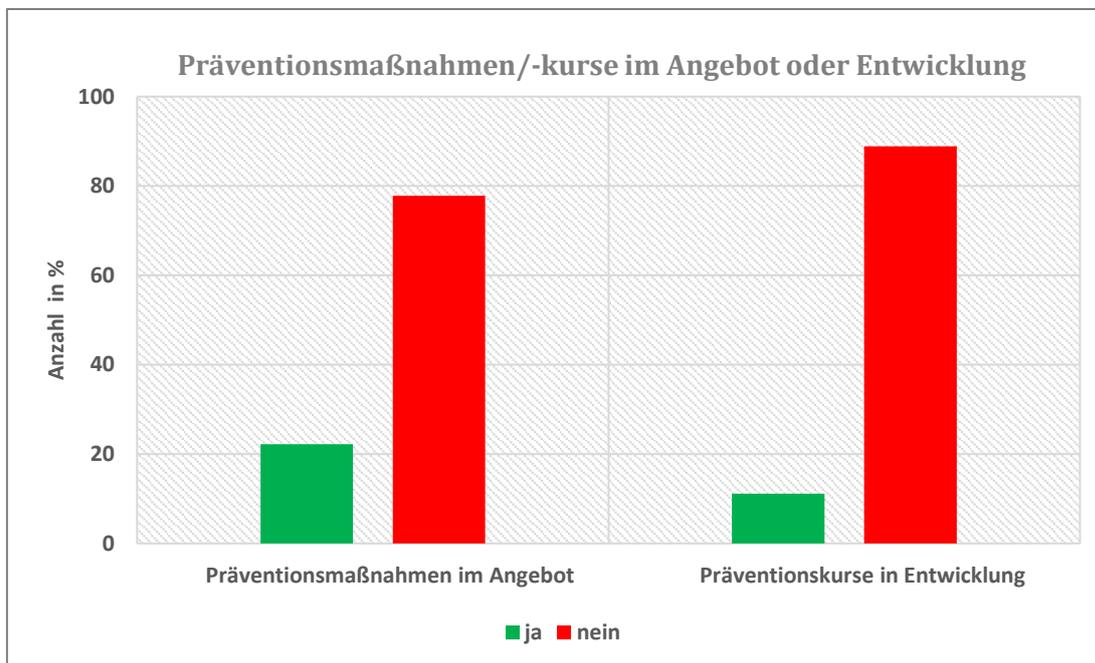


Abb. 5: Präventionsmaßnahmen/-kurse im Angebot oder in Entwicklung

Tabelle 3 (siehe S. 29) stellt die Antworten der Probanden über ihre Präventionsangebote und somit gleichzeitig die Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote der Stadt Rostock dar. So ist ersichtlich, dass es sich nur bei der „neuen Rückenschule nach KddR“ (Konföderation der deutschen Rückenschulen), um ein Angebot aus dem Bereich der Primärprävention handelt. Dieser Kurs wird von der Krankenkasse gefördert und wurde somit unter Erfüllung aller Auflagen des Leitfadens Prävention zertifiziert. Wöchentlich nutzen vier Personen im erwerbstätigen Alter und ältere Erwachsene in der nachberuflichen Lebensphase diesen Präventionskurs, welchen die Probandin 10 (siehe Tabelle 4, S. 30) seit Oktober 2016, in der Praxis in der sie als leitende Angestellte arbeitet, anbietet.

Bei der Angabe „Rückenpatienten“ in der Tabelle 3 (siehe S. 29) handelt es sich um eine Rückenschule für Erwachsene im erwerbstätigen Alter, die von durchschnittlich 10 Kursteilnehmern einmal wöchentlich in Anspruch genommen wird. Die Probandin 7 (siehe Tabelle 4, S. 30) hatte in der Zertifizierungsspalte die Information hinzugefügt, dass es sich durch einem von der Rentenversicherung geförderten Kurs handelt. Hier kommt als gesetzliche Leistungsgrundlage der §14 Abs. 1 SGB VI zum tragen (DRV, 2018). Dieser regelt im Allgemeinen die Leistungen für Prävention und Gesundheitsförderungen durch die Rentenversicherungen. Die Voraussetzungen für die Teilnahme

„sind erfüllt, wenn Versicherte erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die noch keinen Krankheitswert haben, aber, eventuell auch unter Einwirkung weiterer negativer Einflussfaktoren, die ausgeübte Beschäftigung gefährden können [...] zum Beispiel: beginnende Funktionsstörung der Bewegungsorgane, beginnende Funktionsstörung innerer Organe, psychische Beeinträchtigung“ (DRV, 2018, S. 3). Somit ist dieses Angebot kein Angebot aus dem Bereich der Primärprävention, da erste Symptome bereits vorhanden sein müssen, um an dieser Maßnahme teilzunehmen. Da die Krankheit aber auch noch nicht manifestiert sein darf (DRV, 2018), ist dieses Angebot der Sekundärprävention zuzuordnen.

Tab. 3: Übersicht über die Präventionsangebote der Probanden

Art des präventiven Angebots (seit Monat/Jahr)	Welche Zielgruppe? - <i>Kinder</i> (Säuglinge, Kindergartenalter) - <i>Kinder und Jugendliche</i> (im Schulalter oder in Ausbildung) - <i>Erwachsene</i> (im erwerbstätigen Alter) - <i>Ältere Erwachsene</i> (in nachberuflicher Lebensphase, Rentner)	Von der Krankenkasse als förderfähig zertifiziert (Ja/Nein)	Ø Anzahl der Kursteilnehmer	Wie oft bieten Sie diesen Kurs an? (z.B. 1 mal pro Woche oder 2 mal im Monat oder 3 mal im Jahr, etc.)
Rückenpatienten (k.A.)	Erwachsene	ja (RV finanziert)	10	1 mal pro Woche
Die neue Rückenschule nach KddR (seit 10/2016)	Erwachsene, Ältere Erwachsene	ja	4	1 mal pro Woche
Kinderyoga (seit 2012)	Kinder und Jugendliche	nein	1	während der Einzeltherapie
Sturzprophylaxe (k.A.)	Erwachsene, Ältere Erwachsene	ja	k.A.	sekundär während der Therapie

Die Probandin 12 (siehe Tabelle 4, S. 30) bietet seit dem Jahr 2012 „Kinderyoga“ in ihrer Praxis an. Diese Maßnahme richtet sich an Kinder und Jugendliche und wird während der Einzeltherapie umgesetzt. Dadurch ist es tertiär präventiv, da die Kinder bzw. Jugendliche eine Erkrankung nach ICD 10 von einem Arzt diagnostiziert und Ergotherapie als therapeutische Leistung verschrieben bekommen haben müssen, um an dem Kinderyoga teilnehmen zu können.

ERGEBNISSE

Tab. 4: Antwortübersicht der Probanden

Proband	Alter	Geschlecht	Inhaber (1); Leitender Angestellter (2); Leitender Angestellter in einer Institution (3)	Anzahl der Praxen	Jahre als Inhaber bzw. Leiter der Praxis(-en)	durchschn. Anzahl der Praxismitarbeiter	Primärprävention als ergotherapeutisches Handlungsfeld	Kenntnis über das neue PrävG	Kenntnis über den Leitfaden Prävention	Präventionsmaßnahmen im Angebot	Präventionskurse in Entwicklung
1	27	w	1	1	1,5	0	ja	nein	nein	nein	nein
2	49	w	1	1	20	4	ja	ja	ja	nein	nein
3	26	w	3	1	1,5	2	ja	nein	ja	nein	nein
4	50	w	1	1	13	2	ja	ja	ja	nein	nein
5	39	w	1	2	15	3	ja	nein	nein	nein	nein
6	39	w	1	1	13	2	ja	ja	nein	nein	nein
7	39	w	3	1	10	1	ja	nein	nein	ja	ja
8	48	w	1	2	22	2,5	nein	nein	nein	nein	nein
9	57	w	3	1	5	3	ja	ja	ja	nein	nein
10	28	w	2	1	3	5	ja	ja	ja	ja	ja
11	32	w	1	1	8	3	ja	ja	ja	nein	nein
12	34	w	1	1	8	2	ja	nein	nein	ja	nein
13	56	w	1	1	12	2,5	ja	nein	nein	nein	nein
14	54	w	1	1	11	0	nein	ja	ja	nein	nein
15	32	m	3	2	4	3	ja	nein	nein	nein	nein
16	51	w	1	2	16	2,5	ja	ja	ja	ja	nein
17	49	w	1	1	21	3	ja	nein	nein	nein	nein
18	33	w	2	1	5	3	ja	nein	nein	nein	nein

Ähnlich ist es bei der Probandin 16 (siehe Tabelle 4, S. 30), die die „Sturzprophylaxe“ für Klienten im erwerbstätigen Alter und ältere Erwachsene in der nachberuflichen Lebensphase in ihren Therapien integriert. Obwohl die Zertifizierung mit „ja“ angekreuzt wurde, ist dieses Angebot laut der letzten Angabe „sekundär während der Therapie“ (Siehe Tabelle 3, S. 29) nicht einem zertifizierten Präventionskurs nach dem Leitfaden Prävention zuzuordnen. Die Klienten können dieses Angebot nur wahrnehmen, wenn sie aufgrund einer Erkrankung Ergotherapie als Heilmittelleistung in Form einer Einzeltherapie von einem Arzt verschrieben bekommen haben. Aufgrund dessen handelt es sich bei diesem Angebot, um eine tertiärpräventive Interventionsmaßnahme. Abbildung 6 fasst das Ergebnis aus Tabelle 3 (S. 29) zusammen. Demnach hat gegenwärtig einer (6%) von insgesamt 18 Studienteilnehmern ein primärpräventives Angebot.

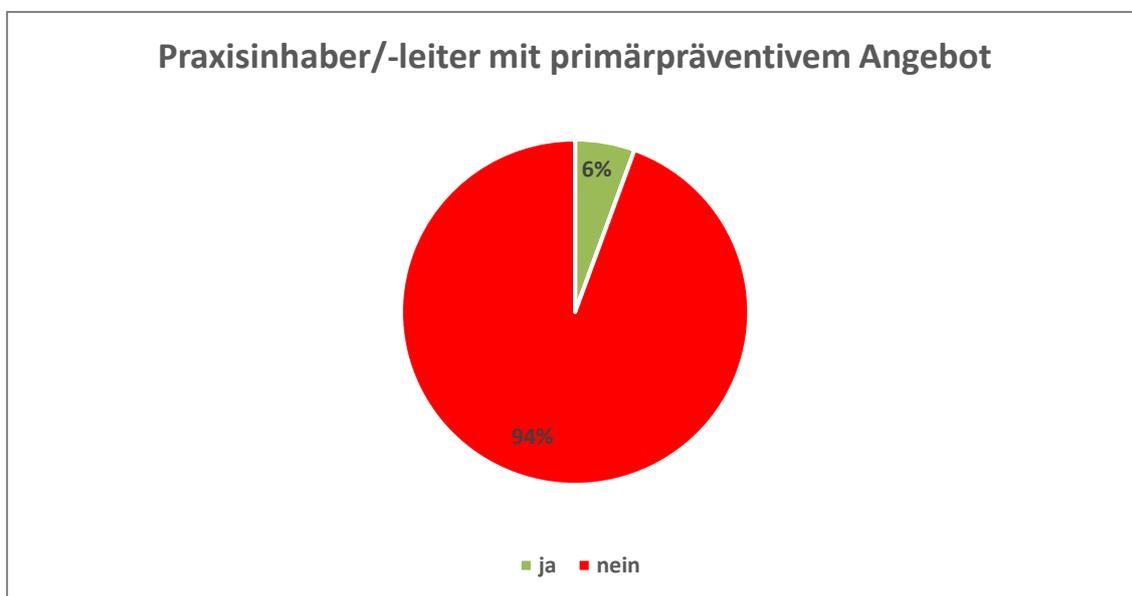


Abb. 6: Studienteilnehmer mit primärpräventivem Angebot

Die Probanden wurden auch nach ihren Praxisschwerpunkten gefragt. Hierbei spiegelt das Ergebnis (siehe Abbildung 7, S. 32) deutlich die Behandlungsbereiche wieder, für die auch „die häufigsten Diagnosen bei ergotherapeutischen Verordnungen“ (WIdO, 2017) des Jahres 2016 in Deutschland vergeben worden sind. Neurologie und Pädiatrie sind demnach die wichtigsten Schwerpunktbereiche für die Praxen in Rostock. Neurologie wird von 16 Probanden (89%) abgedeckt und ist somit doppelt so häufig wie der Bereich der Orthopädie (8 Probanden) in Rostock vertreten, wobei sich eine Praxis nur auf orthopädische Behandlungen spezialisiert hat. 14 Praxen haben Pädiatrie als Schwerpunkt angegeben. Im oberen Mittelfeld liegen Psychiatrie (13 Probanden) und Handtherapie bzw. – chirurgie (12 Probanden). Eine Probandin gab an, dass ihre Praxis sich ausschließlich auf die Bereiche Pädiatrie und Psychiatrie spezialisiert hat. Ge-

riatrie (10 Probanden) ist neben Orthopädie bei rund der Hälfte der Teilnehmer als Schwerpunkt genannt worden. An letzter Stelle steht Prävention und

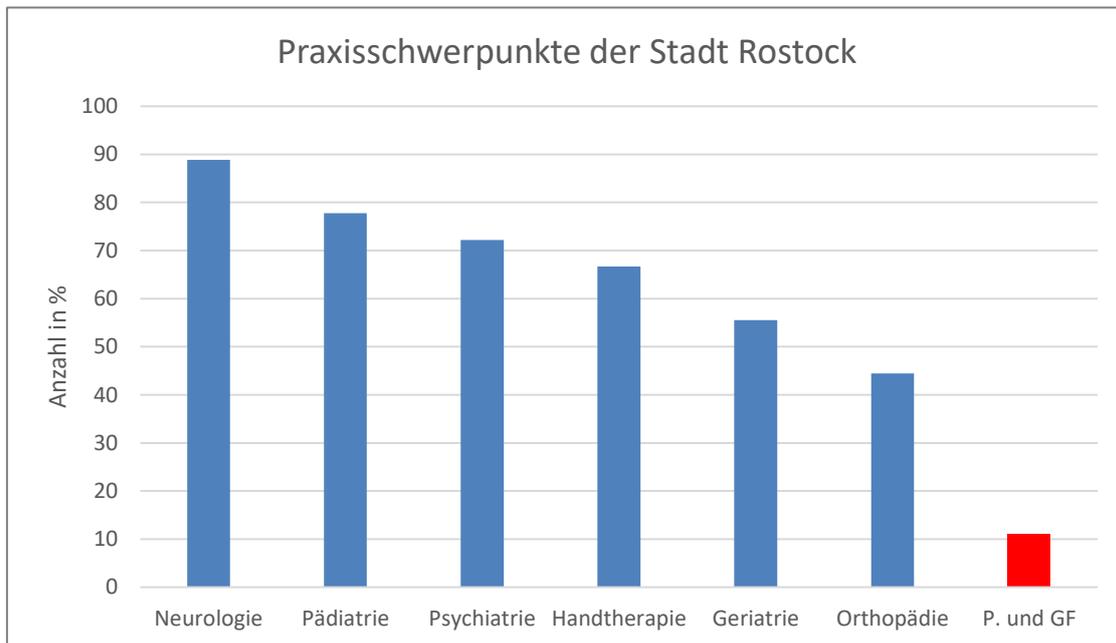


Abb. 7: Praxisschwerpunkte ergotherapeutischer Praxen in Rostock

Gesundheitsförderung (P. und GF). Zwei Probanden gaben diesen Bereich als Schwerpunkt an, dabei bietet derzeit nur einer von diesen beiden Teilnehmern (Proband 10) einen zertifizierten Präventionskurs an und hat einen neuen Kurs in Entwicklung. Der andere Teilnehmer (Proband 12) integriert präventive Maßnahmen in den Einzeltherapien.

Aus der Antwortübersicht der Probanden (siehe Tabelle 4, S. 30) ist abschließend ersichtlich, dass es keinen Zusammenhang zwischen den oben beschriebenen Ergebnissen und der Praxisgröße (Anzahl der Mitarbeiter pro Praxis) oder dem Alter der Probanden gibt.

6 DISKUSSION

Die vorliegende Untersuchung ergab, dass derzeit in der Stadt Rostock in nur einer ambulanten Ergotherapiepraxis ein primärpräventives Angebot existiert, welches einmal wöchentlich angeboten und von durchschnittlich vier Erwachsenen im erwerbsfähigen und Rentenalter genutzt wird. Zwar sprechen sich 89% der Befragten für die Primärprävention als ergotherapeutisches Handlungsfeld aus, aber nur 44% hat sich bisher mit dem neuen PräVG oder Leitfadene Prävention auseinandergesetzt. Die Praxischwerpunkte spiegeln dieses Bild wieder, da Prävention und Gesundheitsförderung nur von zwei Praxisinhabern bzw. -leitern genannt worden ist und damit weit hinter den kurativen Bereichen außerhalb des Fokus der meisten Praxisinhaber(-leiter) steht. Somit kann die Forschungsfrage und die Hypothesen wie folgt beantwortet werden:

Das neue PräVG und der Leitfadene Prävention hat bisher in Rostock nur eine sehr geringe Auswirkung bei den Ergotherapeuten erzielt. Weniger als die Hälfte der Teilnehmer dieser Studie kennt das neue PräVG oder den Leitfadene Prävention. Somit wissen 56% noch nicht, welche Möglichkeiten das Handlungsfeld Primäre Prävention als Leistungsangebot in der ambulanten Ergotherapie bietet. An nur einem von 22 Praxisstandorten wird derzeit ein nach dem Leitfadene Prävention zertifiziertes primärpräventives Kursangebot durchgeführt. Diese Praxis entwickelt zusätzlich ein weiteres Konzept und baut somit ihr eigenes Portfolio in diesem Bereich aus. Damit zeigt sie zugleich auf, dass sowohl die Wirtschaftlichkeit gegeben ist, als auch die Nachfrage ausreicht, um primäre Prävention als neues Handlungsfeld in einer ambulanten Ergotherapiepraxis zu etablieren. Das Ergebnis zeigt deutlich, dass der Aufbau einer primärpräventiven Versorgungsstruktur durch ambulante Ergotherapiepraxen in Rostock noch am Anfang steht.

Obwohl im theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit klar herauskristallisiert wurde, dass die Ergotherapie prädestiniert für Angebote aus der Prävention und Gesundheitsförderung ist, spiegelt das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ein gegenteiliges Bild in der praktischen Umsetzung wieder. Es zeigt ganz klar die Verankerung des Berufsbildes in der Kuration. Diese Verankerung wird schon in der Ausbildung gesetzt, da der Gesetzgeber in der derzeit geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nur 40 von insgesamt 2700 Stunden theoretischen Lehrinhaltes für Prävention und Rehabilitation vorgibt (ErgThAPrV, 1999). Dazu kommt, dass nicht genau festgelegt wurde, wieviel von den 40 Stunden für Rehabilitation oder für Prävention von der Ausbildungseinrichtung verwendet werden sollen. Rottenecker und Thapa-Görder (2010) haben in ihrer Forschungsarbeit u.a. veröffentlichte Lehrpläne von Ausbildungs-

stätten in verschiedenen Bundesländern untersucht, um eine konkrete Aussage zu treffen, wieviel Stunden für Prävention eingesetzt werden. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Ergotherapieschulen in Bayern insgesamt 12 Stunden, in Sachsen 8 Stunden und in einzelnen Berliner Schulen maximal 20 Stunden für Prävention und Gesundheitsförderung in ihren Lehrplänen vorgesehen haben. Somit bleiben diese Stunden sogar unter dem Mindestmaß an Qualitätsanforderung des neuen Leitfadens Prävention, der so wie in Abbildung 1 (S. 18) ersichtlich, z.B. für einen Präventionskurs im Handlungsfeld Stressmanagement mindestens 30 Stunden fachübergreifende Kompetenz in den Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung voraussetzt. „Die Ausrichtung auf die Pathogenese ist dominant und beherrscht das Denken der Schüler und Lehrer“ (Rottenecker & Thapa-Görder, 2010, S. 78). Da die Krankenkassen, mit ihrem vorwiegend biophysiologicalen Bezugsrahmen, die Finanzierung der ergotherapeutischen Leistung darstellt, werden die Ressourcen aus der Sozialwissenschaft vernachlässigt, obwohl die Ergotherapie zu gleichen Teilen zwischen den beiden Richtungen steht. Weitere Gründe für die Ergebnisse dieser Arbeit ergeben sich, wenn man sich die Ausrichtung unseres Gesundheitssystems näher betrachtet. So hat, laut Hurrelmann et al. (2014), die Prävention und Gesundheitsförderung im Gegensatz zur Kuration und Rehabilitation einen untergeordneten Stellenwert. Das zeigt sich auch in der Verteilung des Budgets der Krankenkassen. Nach dem aktuellen Heilmittelbericht (WIdO, 2017) betragen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkasse für das Jahr 2016 insgesamt 223 Milliarden Euro. Davon wurden 2,9 Prozent (6,5 Milliarden Euro) für Heilmittelleistungen ausgegeben. Die ergotherapeutischen Maßnahmen ergaben dabei einen Anteil von 14,7 % (968,7 Millionen Euro). Das entspricht pro Versicherten ca. 13,56 Euro (WIdO, 2017). Das bedeutet, dass allein für die ergotherapeutischen Leistungen pro Versicherten mehr als das Doppelte ausgegeben wurde, als für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt. Hier betragen die Ausgaben in Summe ca. 474 Millionen Euro und somit pro Versicherten ca. 6,64 Euro (MDS, 2017). Hinzu kommt, dass nach dem Gesetz die Krankenkassen die Hauptverantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung haben. Diese haben jedoch auch aus Sicht ihrer Gesetzesgrundlage den Schwerpunkt in der Bereitstellung von finanziellen Mitteln für die ärztliche Versorgung und Arzneimittel (Hurrelmann et al., 2014). „Strukturell sind Krankenkassen also nicht auf Aufgaben der Prävention vorbereitet“ (Hurrelmann et al., 2014, S. 19). Auch wenn durch die Landesrahmenvereinbarungen (§20f) die Tür für Heilmittelerbringer (also auch Ergotherapeuten) geöffnet wurde, um aktiv an der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung auf Länder-ebene mitwirken zu können, bedeutet dies auch das Eigenengagement der Therapeuten gefordert ist, sich neben ihrer täglichen kurativen Arbeit für neue salutogenetische

Projekte zu engagieren. Wenn aber schon in der Ausbildung die Ausrichtung auf Kuratation gelegt und die salutogenetische Sichtweise vernachlässigt wird und zudem das Ergebnis dieser Untersuchung gezeigt hat, dass sich weniger als die Hälfte der Arbeitgeber bzw. Führungskräfte in ambulanten Ergotherapiepraxen mit dem neuen PräVg bisher beschäftigt haben, stellt sich die Frage, ob die intrinsische Motivation der arbeitenden Ergotherapeuten dafür groß genug ist.

Diese vorliegende empirische Arbeit zeigt aber nur das Bild für die Versorgungsstruktur der Stadt Rostock mit einer hohen internen Validität, da 18 von 19 Probanden teilgenommen haben. Dementsprechend besteht keine externe Validität für Aussagen über andere Standorte in Deutschland. Dazu kommt, dass sich die Untersuchung auf einen postalischen Fragebogen beschränkt, der eine reine quantitative Erhebung der präventiven Angebote darstellt. Der Autor kann dementsprechend nicht sicherstellen, ob die Fragen richtig verstanden und wirklich von der Zielperson beantwortet wurde (Bortz & Döring, 2006). Da in dem letzten Item des Fragebogens in mehreren Feldern der Tabelle z.T. Informationen fehlten bzw. nicht korrekt ausgefüllt wurde (wie z.B. das Fehlen der Angaben bei den Jahreszahlen in der ersten Spalte und der Frequenz der Intervention in der letzten Spalte), besteht ein Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Instruktion und der eindeutigen Antwortvorgaben.

7 FAZIT / AUSBLICK

Der Fokus des deutschen Gesundheitssystems, sowie auch der Ergotherapie, liegt gegenwärtig bei der Kuration und Therapie. So zeigt Abbildung 8 die Gewichtung (anhand der Kreisdurchmesser) der einzelnen Versorgungssegmente und zugleich die Versorgungsüberschneidung nach der zeitlichen Abfolge der Interventionsmaßnahmen, die sich am theoretischen Verlauf einer Erkrankung orientieren. Dieses System

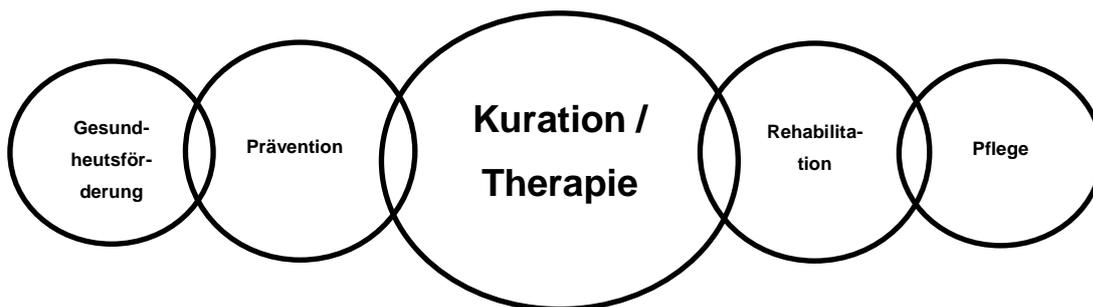


Abb. 8: Ist-Zustand des Versorgungssystems in Deutschland (nach Hurrelmann et al., 2014, S. 20)

gerät immer mehr an die finanzielle Belastungsgrenze. Da durch den fortschreitenden demografischen Wandel und der Steigerung der Anzahl der Personen mit chronischen Erkrankungen die Zahl der Personen, die dauerhaft vom Gesundheitssystem abhängig sind, im Verhältnis zu der Zahl der Personen, die das Gesundheitssystem finanzieren (Hurrelmann et al., 2014), überproportional zunimmt. Hinzu kommt, dass eine Gesamtverbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (vor allem der sozial Benachteiligten) nur schwer erreicht werden kann, wenn man sich vordergründig auf die Kuration und Rehabilitation von Erkrankungen konzentriert (ebd.), die erst greifen nachdem eine Erkrankung ausgebrochen ist. Die Auswirkungen dieser Gesundheitsstrategie zeigt sich auch in den Ergebnissen dieser vorliegenden empirischen Arbeit. Die Ergotherapie wird schon in der Ausbildung darauf ausgerichtet zu behandeln. Salutogenetische Sichtweisen werden nur zu einem geringen Anteil vermittelt, sodass sich das Denken der Schüler im Bereich der Kuration und Rehabilitation verfestigt. In der Stadt Rostock gibt es bisher eine Praxis, die ein rein primärpräventives Angebot in ihrem Arbeitsalltag integriert hat. Weniger als die Hälfte kennt das neue PräVG, welches eigentlich die Primärprävention und Gesundheitsförderung stärken soll. Das bedeutet, dass für die Ergotherapie sowohl intern, durch die Struktur der Ausbildung, als auch extern, durch die Verteilung des Budgets der Krankenkassen (siehe Kapitel 6), bisher schwierige Grundvoraussetzungen gegeben sind, um sich aus der derzeit vorherrschenden Verankerung in der Kuration und Rehabilitation zu lösen und mit dem

salutogenetischen Ansatz ihre Potenziale in der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln sowie in der Praxis umzusetzen. Darüber hinaus stellt der überarbeitete Leitfaden Prävention neustrukturierte Anbieterqualifikationen auf, wonach allein die Anerkennung durch den staatlichen Abschluss erworbenen Berufsqualifikation zum Ergotherapeuten nicht mehr ausreichen wird, um eine primärpräventive Intervention durch die ZPP zertifizieren zu lassen. Auch der DVE (2018b) schätzt in seiner ersten öffentlichen Stellungnahme nach Veröffentlichung des Leitfadens (im Oktober 2018), die zukünftigen Möglichkeiten für Ergotherapeuten eigene zertifizierte Präventionskurse anzubieten, durch die neuen Qualifikationsvorgaben, als „sehr erschwert“ ein. „Die Konsequenz daraus kann daher nur sein, die Ausbildung viel deutlicher und konkreter auf ein derartiges neues Arbeitsgebiet vorzubereiten“ (Rottenecker & Thapa-Görder, 2010, S. 80). So fordern Rottenecker und Thapa-Görder (2010), dass die Prävention und Gesundheitsförderung einen Anteil von 100 Stunden im Curriculum erhalten sollte, damit „neben der Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten auch Kompetenzen auf einem Niveau aufgebaut werden, die es den Schülern und Absolventen möglich machen, in dem neuen Feld zu agieren“ (S. 80). Der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV), indem auch der DVE Mitglied ist, sieht die Heilmittelerbringer derzeit noch vor anderen großen Herausforderungen, die mit dem Ausbildungsgesetz in Verbindung stehen, wodurch die Prävention und Gesundheitsförderung eine von vielen derzeitigen Baustellen ist. So setzen sie sich für „einheitliche Qualitätsvorgaben an die Ausbildungseinrichtung, Verankerung des Direktzugangs bereits in der Ausbildungszielbeschreibung [...], den Wegfall des Schulgeldes und der Einführung einer Ausbildungsvergütung sowie die Verankerung der akademischen Ausbildung“ (Oldenburg, 2018) ein. Gerade letzteres ist laut Borgetto (2010) „in diesem Kontext relevant“ (S. 207). Die Vermittlung der Grundlagen, Kenntnisse und Kompetenzen in der Prävention und Gesundheitsförderung können in Bachelorstudiengängen noch mehr ausgeweitet und „die zuarbeitende Handlungsfähigkeit in diesem Arbeitsbereich gestärkt“ (S. 207) werden. Es werden zusätzlich Basisfähigkeiten über Forschung, Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaftslehre vermittelt, die Grundvoraussetzungen darstellen, damit „Ergotherapeuten in der Lage sind bzw. befähigt werden, durch theoretische, konzeptionelle, empirische und politische Arbeit die Zusammenhänge zwischen Betätigung und Gesundheit/Krankheit bzw. Gesundheitsförderung und Prävention klarer herauszuarbeiten und empirisch zu belegen“ (S. 207). Die weitere Vertiefung dieser Fähigkeiten in einem Masterstudiengang, befähigen Ergotherapeuten eigene gesundheitsfördernde und primärpräventive Maßnahmen zu kreieren, sie wissenschaftlich zu untersuchen und zu evaluieren (Borgetto, 2010). Nach Hurrelmann et al. (2014) wäre der wünschenswerte Idealzustand, wie in Abbildung 9 (S. 38) bildlich dargestellt, wenn

alle Versorgungselemente miteinander verknüpft zusammenarbeiten und die Prävention und Gesundheitsförderung nicht mehr getrennt als einzelnes Segment agiert, sondern als übergreifende Komponente im gesamten Versorgungssystem integriert wird.

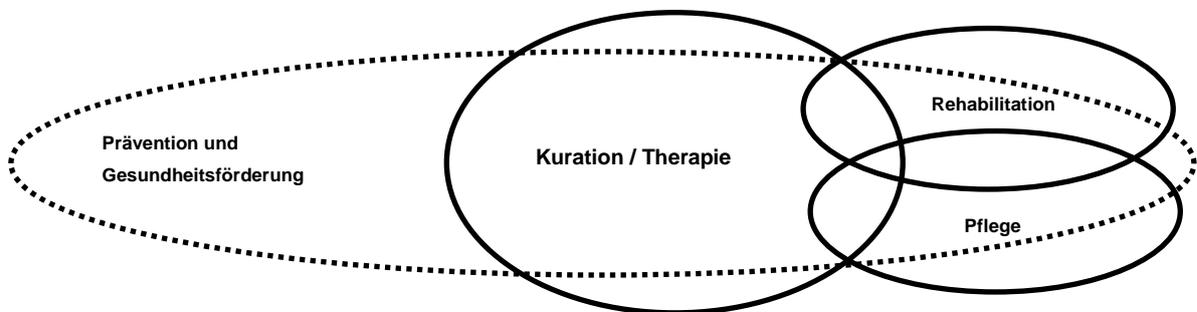


Abb. 9: Idealzustand des Gesundheitssystems (nach Hurrelmann et al., 2014, S.21)

Um diesen Zustand zu verwirklichen ist ein „Intersektoraler Ansatz“ (Hurrelmann et al., 2014, S. 22) von Nöten, der neben dem „Gesundheitssystem auch andere Politikbereiche wie Wirtschaft, Arbeit, Bildung, Wissenschaft, Umwelt, Städtebau, Verkehr und Verbraucherschutz berücksichtigt“ (ebd.). Darüber hinaus sollte die finanzielle Last nicht nur von den Trägern der Sozialversicherungen ausgeglichen werden, sondern durch Steuergelder mehr auf „Bund, Länder und Gemeinden“ (ebd.) verteilt werden. Weitere Herausforderungen sind die bessere Einbindung der Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status durch die Erleichterung des Zugangs zu Angeboten der primären Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Kompetenzvermittlung zur eigenverantwortlichen Informationsgewinnung für die Aufrechterhaltung des eigenen Gesundheitszustandes (ebd.).

Die vorliegende empirische Untersuchung zeigt den Ist-Zustand der Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote der Stadt Rostock auf. Weitere Forschungsarbeiten können diesen Überblick wie folgt ergänzen. Interessant wäre die intrinsische Motivation von Ergotherapeuten für die Durchführung von Angeboten der primären Prävention und Gesundheitsförderung mit qualitativen Methoden zu untersuchen und z.B. durch ein leitfadengestütztes Interview zu hinterfragen, welche Hürden noch im Weg stehen, um eigene Angebote in der Praxis zu realisieren. Ein weiteres Thema könnte der internationale Vergleich der Ist-Situation darstellen, inwiefern in anderen Ländern primärpräventive und gesundheitsfördernde ergotherapeutische Maßnahmen existieren und in der Praxis umgesetzt werden. Des Weiteren könnten bspw. in einer Masterarbeit

eine ergotherapeutische Präventionsmaßnahme entwickelt und in der Praxis erprobt und evaluiert werden.

Obwohl die Ergotherapie für den Einsatz in der primären Prävention und Gesundheitsförderung prädestiniert ist, wird durch diese Arbeit deutlich, dass die Profession in diesem Bereich noch am Anfang steht. Aus Sicht des Autors und der aktuellen berufspolitischen Situation sind Ergotherapeuten selbst aufgerufen, sich für eine stärkere Einbindung der primären Prävention und Gesundheitsförderung als neues Handlungsfeld sowohl politisch, als auch direkt für den praktischen Einsatz (durch den Erwerb der entsprechenden Qualifikationen) zu engagieren. Wenn Ergotherapeuten ihre umfassenden beruflichen Kompetenzen und den ressourcenorientierten Blick dazu anwenden, um einen gesunden Menschen zu befähigen, seine Lebensqualität zu erhalten oder noch weiter zu verbessern, könnten sie ihr berufliches Potential ausschöpfen, bevor ein Mensch erkrankt ist.

Durch die Erweiterung unsere Ausbildung mit der salutogenetischen Perspektive, die fortschreitende Akademisierung, noch weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema und ein wachsendes berufspolitisches Engagement, sieht der Autor abschließend eine große Chance für Ergotherapeuten, sich zukünftig im Handlungsfeld primäre Prävention und Gesundheitsförderung als Leistungsanbieter im deutschen Gesundheitssystem zu etablieren.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Altgeld, T., Kolip, P. (2014): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, J. Haisch (Hrsg.) (2014): Prävention und Gesundheitsförderung (4. vollständig überarbeitete Auflage). (S. 45-56). Bern: Verlag Hans Huber
- Aschemann-Pilshofer, B. (2001): Wie erstelle ich einen Fragebogen – Ein Leitfaden für die Praxis (2.Auflage). Zugegriffen am 20.10.2018 über:
<http://www.aschemann.at/wp-content/uploads/2015/05/Fragebogen.pdf>
- Bahn BKK (2018): Gesundheitskurse. Zugegriffen am 05.10.2018 über:
<https://www.bahn-bkk.de/leistungen/cont/5913>
- Borgetto, B. (2010): Primärprävention und Gesundheitsförderung – Zukunftsperspektiven für die Ergotherapie. In N. Thapa-Görder, S. Voigt-Radloff (2010). Prävention und Gesundheitsförderung – Aufgaben der Ergotherapie (1. Auflage). (S. 200-209). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG
- Bortz, J., Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Brandes, S., Stark, W. (2016): Empowerment / Befähigung. In BZgA (2018): Leitbegriffe der Prävention und Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. (S. 62-67). Zugegriffen am 16.10.2018 über:
<https://www.leitbegriffe.bzga.de/pdf.php?id=6e9e23e553948bf7151041a670347775>
- Braz, S. (2013). Gesundheitsförderung und Prävention als therapeutisches Handlungsfeld – Eine Untersuchung am Beispiel ergotherapeutischer Praxen in Bayern. *Ergoscience*, 8 (1), S. 2-10
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Zugegriffen am 04.10.2018 über:
https://www.bzga.de/botmed_60606000.html
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017): Die wesentlichen Inhalte des Präventionsgesetzes. Zugegriffen am 11.10.2018 über:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>
-

DVE (2018b). Leitfaden Prävention überarbeitet – Neue Anbieter Qualifikation liegt vor.
Zugegriffen am 03.12.2018 über:

https://dve.info/index.php?option=com_content&view=article&id=1580:leitfaden-pr%C3%A4vention-des-gkv-spitzenverbands-%C3%BCberarbeitet&catid=61:news&Itemid=904

Degenkolb-Weyers, S. (2016): Resilienz in therapeutischen Fachberufen. Wiesbaden: Springer Verlag

ErgThAPrV – Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (1999). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Zugegriffen am 30.11.2018 über: [https://www.gesetze-im-internet.de/ergthapr/ergthapr.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/ergthapr/ergthapr/ergthapr.pdf)

Fischer, A. (2011). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, P. Jehn (2011), Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln (4. unveränderte Auflage). (S. 96-97). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

Franke, A. (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit (3. überarbeitete Auflage). Stuttgart, Bern: Verlag Hans Huber

GKV-Spitzenverband (2018a): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Zugegriffen am 16.11.2018 über: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf

GKV-Spitzenverband (2018b): Leitfaden Prävention. Allgemeine Hinweise und Informationen. Zugegriffen am 12.10.2018 über: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

Hanse- und Universitätsstadt Rostock (2018): Rostock in Zahlen 2018. Zugegriffen am 03.12.2018 über: http://rathaus.rostock.de/sixcms/media.php/rostock_01.a.396.de/datei/Rostock%20in%20Zahlen%202018_endg%C3%BCltig.pdf

Herriger, N. (2018). Empowerment – Potentiale nutzen. Zugegriffen am 16.10.2018 über: <https://www.empowerment.de/>

- Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.) (2014): Prävention und Gesundheitsförderung (4. vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber
- Kennedy-Behr, A., Rodger, S. (2010): Resilienz und ihre Bedeutung für die Ergotherapie. In N. Thapa-Görder, S. Voigt-Radloff (2010). Prävention und Gesundheitsförderung – Aufgaben der Ergotherapie (1. Auflage). (S. 9-17). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG
- Knappschaft (2017). Heilmittelkompass. Zugegriffen am 11.10.2018 über:
https://www.knappschaft.de/DE/Landingpages/Heilmittelkompass/Download/Sonstige/Ergo.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Kuhnert, B. (2018). Eine Chance für ergotherapeutische Angebote – Das Präventionsgesetz. Ergotherapie und Rehabilitation, 57 (3), S. 35-37.
- Leipold, B. (2015): Resilienz im Erwachsenenalter. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Leppin, A. (2014): Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz, J. Haisch (Hrsg.) (2014): Prävention und Gesundheitsförderung (4. vollständig überarbeitete Auflage). (S. 36-44). Bern: Verlag Hans Huber
- MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2017). Präventionsbericht 2017 - Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2016. Zugegriffen am 02.12.2018 über: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2017_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf
- Mulzheim, S. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung. In N. Thapa-Görder, S. Voigt-Radloff (2010). Prävention und Gesundheitsförderung – Aufgaben der Ergotherapie (1. Auflage). (S. 17-33). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG
- NPK – Nationale Präventionskonferenz (2016): Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz nach §20 Abs. 3 SGB V. Zugegriffen am 07.10.2018 über:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praevention/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf
-

- Oldenburg, E. (2018). Der große Unbekannte – SHV – das Sprachrohr der Therapeuten. *Ergopraxis*, 10 (18), S. 08-10
- Pschyrembel, W., Dornblüth, O. (Hrsg.) (2017): *Klinisches Wörterbuch* (267. neu bearbeitete Auflage). Berlin, Boston: De Gruyter Verlag
- Rose, G., Khaw, K-T., Marmot, M. (2008): *Rose`s strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford Press
- Scheepers, C. (2011). Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, P. Jehn (2011), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln* (4. unveränderte Auflage). (S. 230-231). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG
- Schiewack, M. (2016). Ergos, ergreift jetzt die Chance – Das Präventionsgesetz. *Ergopraxis*, 9 (10), S. 09-11
- Schaefer, C. (2010): Pathogenese und Salutogenese. In N. Thapa-Görder, S. Voigt-Radloff (2010). *Prävention und Gesundheitsförderung – Aufgaben der Ergotherapie* (1. Auflage). (S. 2-4). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG
- Schnell, R., Hill, P., Esser, E. (2005). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (7. Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- Schwarzer, R. (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rottenecker, J., Thapa-Görder, N. (2010). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Ergotherapieausbildung* (1. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH
- Walter, U., Robra, B.P., Schwarz, F.W. (2012): Prävention. In F.W. Schwarz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.L. Dierks, R. Busse, N. Schneider (Hrsg.) (2012): *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen* (3. Auflage). (S. 196-223) München: Urban & Fischer Verlag Elster GmbH
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2017). Heilmittelbericht 2017. Zugegriffen am 16.10.2018 über:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1
- WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugegriffen am 16.10.2018 über:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1
-

WHO (2018). Health Systems Strengthening Glossary - Health. Zugegriffen am 01.10.2018 über: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html

ZPP – Zentrale Prüfstelle Prävention (2018). Qualitätsportal für Präventionskurs. Zugegriffen am 15.10.2018 über: <https://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de/admin/>

9 ANHANG

Anhang A – Fragebogen zur Erhebung der Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote der Stadt Rostock

Fragebogen

zum

Thema:

Erhebung von Präventionsangeboten
ergotherapeutischer Praxen der Hansestadt Rostock

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

mein Name ist Frank Kewitz und ich studiere Ergotherapie (Bachelor of Science) an der Europäischen Fachhochschule (EUFH) in Rostock. Derzeit schreibe ich meine Bachelorarbeit, welche zum Ziel hat die Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote ergotherapeutischer Praxen der Hansestadt Rostock zu erheben. Dafür bitte ich Sie diesen Fragebogen auszufüllen und spätestens bis zum 15.11.2018 mittels dem vorfrankierten A4 Briefumschlag wieder an mich zurückzuschicken. Alle weiteren Teilnehmerinformationen entnehmen Sie bitte dem Aufklärungsschreiben. Wichtig ist, dass Ihre Teilnahme durch die Einwilligungserklärung bestätigt wird. Diese wird aufgrund der Anonymität des Fragebogens gesondert zurückgeschickt (kleiner vorfrankierter Briefumschlag).

Bei Fragen können Sie mich jederzeit telefonisch unter 015750177682 bzw. per Email unter frank.kewitz@eufh-med.de erreichen.

Bitte füllen Sie nun den nachfolgenden Fragebogen aus.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Frank Kewitz

Bitte füllen Sie die unterstrichenen Felder aus und /oder kreuzen Sie die zutreffenden Punkte an:

1. Alter:

_____ **Jahre**

2. Geschlecht:

männlich

weiblich

3. Sind sie:

Inhaber einer ambulanten Ergotherapiepraxis
oder

Leitender Angestellter einer ambulanten Ergotherapiepraxis
oder

Leitender Angestellter einer ambulanten Ergotherapiepraxis innerhalb einer
Institution (wie z.B. einer pädagogische, medizinische, rehabilitative Einrichtung, Gemeinnützige
Gesellschaft, Bildungsträger, o.ä.)

4. Wie viele Praxen leiten Sie innerhalb der Stadt Rostock:

_____ **Praxen**

5. Seit wie vielen Jahren sind Sie Inhaber bzw. leitender Angestellter dieser Praxis bzw. Praxen:

_____ **Jahre**

6. Wie viele Mitarbeiter haben Sie durchschnittlich pro Praxis im Einsatz:

_____ **Mitarbeiter**

7. In welchen Fachbereichen liegen derzeit ihre Praxisschwerpunkte:

Geriatrie

Neurologie

Handtherapie

Orthopädie

Psychiatrie

Pädiatrie

Prävention und Gesundheitsförderung

Andere: _____

8. Sind Sie der Meinung, dass primäre Prävention ein Handlungsfeld der Ergotherapie ist?

- ja
- nein

9. Haben Sie sich mit dem neuen Präventionsgesetz (vom 25.07.2015) auseinandergesetzt (also sich direkt oder z.B. über themenbezogene Artikel in ergotherapeutischen Fachzeitschriften darüber informiert)?

- ja
- nein

10. Haben Sie sich mit dem neuen Leitfaden Prävention und mit den daraus ergebenden ergotherapeutischen Präventionsmöglichkeiten auseinandergesetzt (also sich direkt oder z.B. über themenbezogene Artikel in ergotherapeutischen Fachzeitschriften darüber informiert)?

- ja
- nein

11. Entwickeln Sie derzeit einen Kurs bzw. ein Konzept im Bereich der Primärprävention?

- ja
- nein

12. Bieten Sie derzeit Präventionsmaßnahmen an?

- ja
- nein

13. Welche Präventionsmaßnahmen bieten Sie an? (Bitte füllen Sie die Tabelle aus)

Art des präventiven Angebots (seit Monat/Jahr)	Welche Zielgruppe? - <i>Kinder</i> (Säuglinge, Kindergartenalter) - <i>Kinder und Jugendliche</i> (im Schulalter oder in Ausbildung) - <i>Erwachsene</i> (im erwerbstätigen Alter) - <i>Ältere Erwachsene</i> (in nachberuflicher Lebensphase, Rentner)	Von der Krankenkasse als förderfähig zertifiziert (Ja/Nein)	Ø Anzahl der Kursteilnehmer	Wie oft bieten Sie diesen Kurs an? (z.B. 1 mal pro Woche oder 2 mal im Monat oder 3 mal im Jahr, etc.)
BEISPIEL 1: Autogenes Training (seit Juni 2016)	Kinder und Jugendliche (im Schulalter)	Ja	7	2 mal im Monat
BEISPIEL 2: Babyschwimmen (seit April 2014)	Kinder (Säuglinge)	Nein	4	1 mal pro Woche

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang B – Aufklärungsschreiben



Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Frank Kewitz und ich studiere Ergotherapie (Bachelor of Science) an der Europäischen Fachhochschule (EUFH) in Rostock.

Zurzeit schreibe ich meine Bachelorarbeit zum Thema „Erhebung von Präventionsangeboten ergotherapeutischer Praxen der Hansestadt Rostock“. Das Ziel dieser empirischen Arbeit ist es, die Versorgungsstruktur primärpräventiver Angebote ergotherapeutischer Praxen in Rostock zu erheben. Aus diesem Grund bitte ich Sie, den Ihnen vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Die Bearbeitung dauert maximal 10 Minuten.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens 15.11.2018 mit dem vorfrankierten A4 Briefumschlag wieder zurück. Die Einverständniserklärung schicken Sie bitte gesondert, ausgefüllt sowie unterschrieben mit dem kleinen vorfrankierten Briefumschlag zurück.

Alle erhobenen Daten werden ausschließlich in anonymisierter Form und im Rahmen der Bachelorarbeit verwendet und im Sinne des Datenschutzgesetzes in der Datentransferstelle der EUFH dokumentiert. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie können Ihre Einverständniserklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen sowohl mündlich als auch schriftlich widerrufen. Dadurch entstehen Ihnen keine Nachteile und alle erhobenen persönlichen Daten werden sofort gelöscht.

Wenn Sie die Ergebnisse nach Fertigstellung der Bachelorarbeit einsehen möchten, können Sie mich gerne per Telefon oder Email kontaktieren. Sollten Sie noch weitere Fragen haben, stehe Ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung (siehe Kontaktdaten unten).

Vielen Dank für Ihr Engagement und ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen,

Frank Kewitz

Kontaktdaten des Forschungsleiters:

Frank Kewitz
Berringer Str. 25
18146 Rostock
Tel.: 015750177682
Email: frank.kewitz@eufh-med.de

Kontaktdaten des Betreuers:

Herr Prof. Dr. Haring
Werfstraße 5
18057 Rostock
Tel.: 03818087264
Email: r.haring@eufh.de

Anhang C – Einverständniserklärung



Hiermit bestätige ich, _____ (Vor- und Nachname), dass ich an der Befragung mittels Fragebogen, im Rahmen der Bachelorarbeit von Frank Kewitz mit dem Thema: „Erhebung von Präventionsangeboten ambulanter Ergotherapiepraxen der Hansestadt Rostock“, teilnehme.

Im Vorfeld habe ich das Aufklärungsschreiben mit der Beschreibung des Forschungsvorhabens und weiteren Informationen zur Erläuterung gelesen und verstanden. Ich wurde über die Dauer und Methode (Fragebogen) sowie über das Ziel des Forschungsvorhabens aufgeklärt und hatte bzw. habe die Möglichkeit, den Forschungsleiter jederzeit bei weiteren Fragen zu kontaktieren, um diese zu klären.

Mir ist bewusst, dass meine Teilnahme auf Freiwilligkeit beruht und ich jederzeit die Zustimmung ohne Angaben von Gründen widerrufen kann, ohne dass dadurch für mich Nachteile entstehen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Daten anonymisiert und in der Datentransferstelle der Europäischen Fachhochschule (EUFH) Rostock (im Sinne des Datenschutzgesetzes) gespeichert sowie vor Verlust, unerlaubtem Zugriff Dritter oder Verfälschung geschützt und nach fünf Jahren gelöscht werden.

Mit einer evtl. Veröffentlichung der Bachelorarbeit in der Bibliothek der Europäischen Fachhochschule (EUFH) oder in Form einer Präsentation bin ich ebenfalls einverstanden. Sowohl in der Bachelorarbeit, als auch in den Präsentationen sind alle Daten anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf die Teilnehmer/innen dieser Befragung gezogen werden können.

Mir wurde sowohl eine Kopie des Aufklärungsschreibens, als auch von der Einverständniserklärung ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Probanden

Bitte unterschreiben Sie die Einverständnis Erklärung und senden Sie diese mit dem kleinen vorfrankierten Briefumschlag zurück.

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

Hiermit versichere ich, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen in der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken und Quellen einschließlich der Quellen aus dem Internet entnommen sind, sind von mir/uns unter der Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.

Mir ist bekannt, dass eine Arbeit, die nachweislich ein Plagiat darstellt, als schwerer Verstoß gegen die Studien- und Prüfungsordnung gewertet wird. Die Arbeit gilt in jedem Fall als mit „0 Punkte“ bzw. „nicht bestanden“ gewertet. Die EUFH behält sich in diesen Fällen weitere Maßnahmen vor, über die der Prüfungsausschuss entscheidet.

Rostock,

14.12.2018

(Abgabedatum)

Frank Kewitz

(Vollständige Unterschrift)

THEMENBESCHEID



Herrn
Frank Kewitz
Berringerstr. 25
18146 Rostock

Rostock, 11.09.2018

Festlegung des Themas und des Bearbeitungsbeginns der Bachelor-Arbeit

Vorname Name :	Frank Kewitz
Studien-/Jahrgang:	BAERG 13
Bearbeitungszeitraum:	21.09.2018 – 13.12.2018
Bearbeitungsdauer:	12 Wochen
Bearbeitungsumfang:	40 +/- 3 Seiten (Hauptteil ohne Verzeichnisse und Anhang)
Thema:	Erhebung von Präventionsangeboten ergotherapeutischer Praxen der Hansestadt Rostock
I. Prüfer/Betreuer:	Fr. Prof. Breckenfelder

Anke Schröder
Leiterin Prüfungsamt