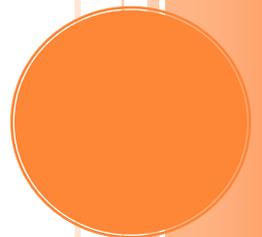


Vorteil Akademisierung?

Die Sicht langjährig examinierter ErgotherapeutInnen auf den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes

Catrin Schmid und Sabina Sell-Krude

Januar 2013



Vorteil Akademisierung?

Die Sicht langjährig examinierter ErgotherapeutInnen auf den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes

Autorinnen: Catrin Schmid und Sabina Sell-Krude

Fachliche Begleitung: Bettina Weber

Bachelor-Arbeit des Fachbereichs „Gezondheidszorg“

Bachelorstudiengang Ergotherapie der Hogeschool Zuyd, Heerlen (NL)

Januar 2013

Copyright

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.

Lese-Hinweise

weibliche/ männliche Form

Da der überwiegende Anteil der Berufsangehörigen der Ergotherapie weiblich ist, sich die männlichen Vertreter des Berufsstandes aber ebenfalls angesprochen fühlen sollen, wird in der vorliegenden Arbeit zur besseren Lesbarkeit statt der Bezeichnungen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten die Schreibweise ErgotherapeutInnen genutzt. Dasselbe gilt für DozentInnen, InterviewpartnerInnen, HelferInnen, KollegInnen und FreundInnen.

Die beiden Autorinnen schreiben von sich mit kleinem „i“.

Historisch eingebettete Begriffsnutzung

Im Rahmen des geschichtlichen Überblicks nutzen die Autorinnen die zu der jeweils beschriebenen Zeit üblichen Begriffe. So wird im Zusammenhang mit dem mechanistischen Paradigma von Patienten gesprochen, im Zusammenhang mit dem zeitgenössischen Paradigma von Klienten.

Auch die Berufsbezeichnungen Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und Ergotherapie werden in ihrem jeweiligen historischen Kontext genutzt.

Zitate

Zitate werden durchgehend *kursiv* geschrieben und in Anführungszeichen gesetzt. Auslassungen in Zitaten sind durch [...] gekennzeichnet.

Der wörtlichen Wiedergabe von Interviewauszügen werden jeweils der Teilnehmercode und die erste Zeile der Aussage angefügt (Bsp.: TN1- 45). In Interviews vorkommende Namen, Orte und Institutionen werden zur Wahrung der Anonymität durch beliebige Buchstaben ersetzt.

Darstellungen

Falls keine andere AutorIn genannt wird, wurden die gezeigten Abbildungen und Tabellen von den Autorinnen erstellt.

Glossar

Begriffe, die im ergotherapeutischen Alltagsgebrauch nicht üblich sind und die nicht in der Arbeit selbst definiert werden, werden im Glossar erläutert.

Danksagungen

Diese Untersuchung und die vorliegenden Ergebnisse wären nicht möglich gewesen ohne die Mitarbeit und Unterstützung vieler helfender Menschen.

Bei allen, die uns während des Studiums und im Verlauf unserer Bachelor-Arbeit unterstützt und begleitet haben, möchten wir uns ganz herzlich bedanken.

Insbesondere gilt unser Dank:

Unseren InterviewpartnerInnen, die uns durch ihre offene und vertrauensvolle Mitwirkung viel Einblick in ihr Erleben gewährt und umfangreiches „Material“ zur Auswertung geliefert haben,

unseren Hogeschool-DozentInnen, die uns mit großem Engagement in das weite Feld der Forschung eingeführt haben,

unserer Proposal-Begleiterin Connie Zillhardt, die uns von Beginn an in unserem Thema bestärkt hat,

unserer Bachelor-Beraterin Bettina Weber, die mit ihren klaren, konstruktiven Rückmeldungen und aufmunternden Worten stets zu unserem Vorankommen beigetragen hat,

allen HelferInnen in Fragen der Technik und des Korrekturlesens,

unseren KollegInnen, die uns in dieser Zeit bei der Arbeit aufgefangen und uns den Rücken frei gehalten sowie durch ihre eigene Studiums-Erfahrung bereichert haben,

und natürlich unseren Familienmitgliedern und FreundInnen, die uns sowohl mental unterstützt, zum Durchhalten ermuntert als auch für die nötigen zeitlichen Freiräume gesorgt haben.

Catrin Schmid und Sabina Sell-Krude

„Es ist nicht gesagt, daß es besser wird, wenn es anders wird. Wenn es aber besser werden soll, muß es anders werden.“

Georg Christoph Lichtenberg (1742-1799)

Abstract

Vorteil Akademisierung?

Die Sicht langjährig examinierter ErgotherapeutInnen auf den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes.

Die vorliegende qualitative Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie langjährig examinierte ErgotherapeutInnen den fortschreitenden Akademisierungsprozess der deutschen Ergotherapie erleben.

Sieben seit mehr als 12 Jahren tätige ErgotherapeutInnen aus Nordrhein-Westfalen wurden in episodischen Interviews bezüglich ihrer Sichtweise auf die zunehmende Akademisierung ihres Berufsstandes befragt.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ergibt, dass die InterviewpartnerInnen den Akademisierungsprozess im Kontext ihrer beruflichen Biographie durchaus besorgt verfolgen, ihn hinsichtlich der Fortentwicklung des Berufsstandes und der eigenen beruflichen Entwicklung aber auch als bereichernd erleben.

Die berufserfahrenen examinieren ErgotherapeutInnen sehen sich als kompetente PartnerInnen und wollen gemeinsam mit den akademisierten KollegInnen zur Weiterentwicklung ihres Berufsstandes beitragen.

Voordeel akademisering?

De visie van langer MBO gediplomeerde ergotherapeuten op het akademiseringsproces van de eigen beroepsgroep.

Het voor u liggende kwalitatieve onderzoek behandelt de vraag hoe reeds langer MBO gediplomeerde ergotherapeuten het voortschreitende akademiseringsproces van de Duitse ergotherapie beleven.

Zeven ergotherapeuten uit Nordrhein-Westfalen, die langer dan 12 jaar hun beroep uitoefenen, zijn door middel van episodische interviews betreffende hun visie op de toenemende akademisering van hun beroepsgroep ondervraagd.

De kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Mayring laat zien dat de ondervraagden het akademiseringsproces in de context van hun beroepsbiografie in het algemeen met zorg volgen, maar deze in het zicht van de ontwikkeling van de beroepsgroep en de eigen beroepsontwikkeling ook als een verrijking beleven.

De ervaren MBO gediplomeerde ergotherapeuten zien zichzelf als competente partners en willen samen met de HBO afgestudeerde collega's aan de verdere ontwikkeling van hun beroepsgroep bijdragen.

Advantage academicism?

How non-graduate occupational therapists with longstanding experience see the increased academic training in their profession.

The present qualitative research project deals with the issue of how non-graduate occupational therapists experience the process of increasing academicism in German occupational therapy.

Seven occupational therapists from North Rhine-Westphalia, who have been active in the field for more than 12 years, were asked in episodic interviews about their views of increasing academization of their profession.

The results of a qualitative data analysis according to Mayring show that interviewees are definitely concerned about the process of academicism in the context of their professional biography but experience it as rewarding with regard to general improvements in the field of occupational therapy and their own professional development.

The experienced non-graduate occupational therapists regard themselves as competent partners and want to contribute, together with their academic colleagues, to the further development of their profession.

Informative Zusammenfassung

Der Prozess der Akademisierung der Ergotherapie schreitet kontinuierlich voran, und auch wenn die Bachelor- und Master-AbsolventInnen den examinierten ErgotherapeutInnen zahlenmäßig noch lange unterlegen sein werden, so ist doch deren Präsenz auf ergotherapeutischen Kongressen, in den Fachzeitschriften und an den Arbeitsplätzen inzwischen deutlich spürbar.

Diese Entwicklung und der biographische Hintergrund der Autorinnen als langjährig examinierte Ergotherapeutinnen auf dem Weg zur Akademisierung gaben den Anlass, sich in der vorliegenden Arbeit mit der Fragestellung zu befassen, wie eben diese langjährig examinierten ErgotherapeutInnen den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes erleben.

Im Rahmen des theoretischen Hintergrundes skizzieren die Autorinnen zunächst die berufliche Geschichte der deutschen Ergotherapie und den damit einhergehenden Paradigmenwechsel. Des Weiteren werden Faktoren erläutert, die zur Ausbildung einer beruflichen Identität notwendig sind. Es folgt die Beschreibung der Entstehung des Akademisierungsprozesses in Deutschland mit Darlegung der Gründe für die Verstärkung der Professionalisierungsbestrebungen des Berufsstandes in den letzten Jahren sowie die Erläuterung der in diesem Zusammenhang von ErgotherapeutInnen geforderten Kompetenzen.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden sieben vor dem Jahr 2000 examinierte ErgotherapeutInnen aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern und verschiedenen Arbeitspositionen im Kontext ihrer persönlichen beruflichen Biographie und ihrer damit verbundenen beruflichen Identität in episodischen Interviews zu ihrem Erleben der Akademisierung befragt.

Die Ergebnisse der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zeigen, dass die berufliche Identität der InterviewpartnerInnen sehr vom Handwerk und den Annahmen des mechanistischen Paradigmas geprägt wurde. Vor diesem Hintergrund und im Bewusstsein, von der jeweils langjährigen Berufserfahrung zu profitieren, verfolgen die InterviewpartnerInnen den Akademisierungsprozess durchaus besorgt, er wird aber dennoch als positiv und bereichernd erlebt. Sie wünschen sich, als kompetente PartnerInnen anerkannt zu sein und gemeinsam mit den akademisierten KollegInnen an der Weiterentwicklung ihres Berufes zu arbeiten.

Um diesem Wunsch nachzukommen, ist es nach Ansicht der Autorinnen für alle Beteiligten auf Mikro-, Meso- und Makro-Ebene notwendig, sich stärker mit dieser Thematik auseinanderzusetzen und Räume zu schaffen, die neben dem Studium selbst einen Austausch und eine Weiterentwicklung „auf Augenhöhe“ ermöglichen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	15
1.1 Motivation zum Thema	16
1.2 Aufbau der Arbeit	16
2. Theoretischer Hintergrund	19
2.1 Recherche	19
2.2 Die berufliche Entwicklung der deutschen Ergotherapie	21
2.2.1 Die britischen Wurzeln der deutschen Beschäftigungstherapie	21
2.2.2 Berufliche Etablierung	22
2.2.3 Von der Beschäftigungstherapie zur Ergotherapie	22
2.2.4 Fazit	23
2.3 Paradigmenwechsel	23
2.3.1 Begriffsbestimmung Paradigma	24
2.3.2 Mechanistisches Paradigma	24
2.3.3 Zeitgenössisches Paradigma	25
2.3.4 Fazit	26
2.4. Identität deutscher ErgotherapeutInnen	26
2.4.1 Berufsständisch geförderte Identität	27
2.4.2 Identität durch die berufliche Betätigung	27
2.4.3 Identität durch Wissen	28
2.4.4 Fazit	29
2.5. Akademisierung der deutschen Ergotherapie	29
2.5.1 Begründung	29

2.5.2 Stand der Akademisierung	31
2.5.3 Blick über den Tellerrand	31
2.5.4 Mahnende Stimmen	32
2.5.5 Fazit	32
2.6. Professionalisierung	33
2.6.1 Begriffsbestimmung Professionalisierung	33
2.6.2 Merkmalstheorie	34
2.6.3 Neue Professionalisierungstheorien	34
2.6.4 Professionelles Handeln	35
2.6.5 Fazit	36
2.7 Kompetenzen und Egotherapie	36
2.7.1 Begriffsbestimmung Kompetenzen	36
2.7.2 WFOT: Kompetenzen weltweit	37
2.7.3 ENOTHE / COTEC: Kompetenzen europaweit	38
2.7.4 DQR: Kompetenzen national	39
2.7.5 Aktuelle Situation in Deutschland	40
2.7.6 Kompetenzen und Veränderungsprozesse	41
2.7.7 Fazit	42
3. Das Studiendesign	44
3.1 Die Forschungsfrage	44
3.2 Der Forschungsansatz	45
3.3 Hintergrundtheorien	45
3.3.1 Phänomenologie	45

3.3.2 Konstruktivismus	46
3.3.3 Konsequenzen für die Methodik	48
3.4 Methodik	49
3.4.1 Ethische Überlegungen	49
3.4.2 Vorüberlegungen zum Sampling	50
3.4.3 Methode der Datenerfassung	52
3.4.4 Methode der Datenauswertung	53
4. Durchführung der Studie	54
4.1 Entwicklung des Interview-Leitfadens für das episodische Interview	54
4.2 Rekrutierung und Auswahl der InterviewpartnerInnen	55
4.3 Die Pilotphase	56
4.4 Durchführung der Hauptstudie	58
4.4.1 Die InterviewteilnehmerInnen	58
4.4.2 Das Interview-Prozedere	59
4.4.3 Die Datenanalyse	60
4.4.4 Angewandte Kriterien prozeduraler und analytischer Strenge	62
5. Ergebnisdarstellung	64
5.1 Bausteine der Identität	64
5.1.1 Gründe für die Berufswahl	64
5.1.2 Bild des Berufes zu Beginn	64
5.1.3 Erlebte Schwerpunkte der Ausbildung	65
5.1.4 Notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten	66
5.1.5 Arbeit mit den Klienten	66

5.1.6 Arbeit im Team	67
5.1.7 Weiterbildung	68
5.1.8 Handwerk	68
5.1.9 Anerkennung	68
5.2 Facetten des Erlebens der Akademisierung	69
5.2.1 Das Bild der Interviewten von der Akademisierung	69
5.2.2 Berührungspunkte der Examinierten mit der Akademisierung	69
5.2.3 Gedanken und Gefühle hinsichtlich des Akademisierungsprozesses	70
5.2.4 Persönliche Positionierung im Spannungsfeld	73
5.2.5 Persönliche Wünsche für die Zukunft	74
6. Diskussion	76
6.1 Diskussion der Ergebnisse	76
6.2 Beantwortung der Forschungsfrage	83
6.3 Stärken und Schwächen der Studie	83
7. Schlussfolgerungen	86
7.1 Mikro-Ebene	86
7.2 Meso-Ebene	86
7.3 Makro-Ebene	87
8. Ausblick und weiterführende Fragen	88
Literaturverzeichnis	89
Abkürzungsverzeichnis	99
Darstellungsverzeichnis	100

Glossar	101
----------------	------------

Anhangsverzeichnis	106
---------------------------	------------

Anhang	I	Interview-Leitfaden	107
Anhang	II	Vor-Informationen zur Studie	109
Anhang	III	Teilnehmerprofilbogen	110
Anhang	IV	Fragebogen zur Evaluation der Pilot-Interviews	112
Anhang	V	Informationen zum Datenschutz	114
Anhang	VI	Einwilligungserklärung	115
Anhang	VII	Transkriptionsregeln nach Kuckartz	116
Anhang	VIII	Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring	117
Anhang	IX	Interview-Auszug	118
Anhang	X	Ausschnitt des ersten Durchgangs zusammenfassender Inhaltsanalyse	119

1. Einleitung

Beim 57. Kongress des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. 2012 in Kassel bekamen die TeilnehmerInnen bei der Anmeldung Informationsmaterial ausgehändigt. Von sechs Flyern beschäftigten sich vier mit der Akademisierung, indem sie für Bachelor- oder Masterstudiengänge warben.

Aus Sicht der Autorinnen kann dieses kleine Beispiel aufzeigen, wie präsent der Akademisierungsprozess in Deutschland mittlerweile ist.

Nach einer E-Mail von Frau Dr. Beyermann (persönliche Mitteilung, 2012, 11. Juni) liegen dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. folgende Zahlen vor: Nach Angaben der Hochschulen haben bis zum Jahr 2008 1.221 ErgotherapeutInnen einen akademischen Grad erworben, und im Frühjahr 2011 geht der DVE von einem Anstieg auf geschätzt 1.800 ErgotherapeutInnen aus, die bis dahin ihren Diplom- oder Bachelor-Studiengang erfolgreich absolviert haben. Hinzu kommen ca. 20 ErgotherapeutInnen mit einem Masterabschluss. Aktuell befanden sich zu dem genannten Zeitpunkt ca. 400 angehende ErgotherapeutInnen im dualen Studium, 200 studierten primär qualifizierend.

In ihrer Befragung angestellter ErgotherapeutInnen kommt Hucke auf 23 % akademisierte KollegInnen unter den Befragten (persönliche Mitteilung, 2012, 13. Februar). Barzel et al (2011) stellen in ihrer Studie fest, dass 15,2 % der von ihnen befragten ErgotherapeutInnen akademisiert sind. Rübiger (2009) geht davon aus, dass auch auf lange Sicht die akademische Ausbildung von TherapeutInnen bei 5-10 % liegen wird. Schlag (2006) errechnet lediglich 2 % akademisierte Angehörige der Medizinalfachberufe. Bei der Betrachtung der Zahlen sind die zeitlich auseinander liegenden Erhebungen sowie die unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben zu beachten. Jedoch zeigt sogar eine oberflächliche Gegenüberstellung der Daten, dass die Zahl der Akademisierten stetig steigt.

Die große Mehrheit der BerufskollegInnen arbeitet jedoch mit einem Berufsfachschulabschluss. Die vorliegende Forschungsarbeit zum Thema „**Wie erleben die examinierten ErgotherapeutInnen den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes?**“ versucht zu erfassen und darzulegen, wie die persönliche, also subjektive Sicht dieser examinierten ErgotherapeutInnen auf das sich verändernde berufliche Umfeld ist und möchte damit zu einem besseren Verständnis für die Situation der KollegInnen beitragen.

Die persönliche Sicht der Einzelnen auf den beruflichen Veränderungsprozess wird getragen von der eigenen Betätigungsgeschichte, die entscheidenden Einfluss auf die Identität als ErgotherapeutIn hat.

1.1. Motivation

Die Formulierung der Forschungsfrage ist erheblich beeinflusst von der beruflichen Biographie der Autorinnen. Über lange Jahre der Berufstätigkeit haben beide die Entwicklungsgeschichte des Berufsstandes aktiv verfolgt, mitgestaltet und die Berufswelt als examinierte ErgotherapeutInnen erleben können.

Mit der Aufnahme ihres Studiums wurden die Autorinnen nicht nur mit Zustimmung, sondern auch immer wieder mit kritischen Stellungnahmen von KollegInnen konfrontiert, die den Sinn und mögliche Innovationen, die sich für den Berufsstand aus der Akademisierung ergeben könnten, in Frage stellten.

Bereits akademisierte KollegInnen berichteten von den Schwierigkeiten, Studieninhalte in Kooperation mit examinierten ErgotherapeutInnen in die Praxis umzusetzen.

Da davon auszugehen ist, dass der Akademisierungsprozess weiter voran schreitet, hoffen die Autorinnen, mit den Ergebnissen dieser Arbeit mögliche Wege aufzeigen zu können, wie die Integration der akademisierten KollegInnen in die bestehende Berufsgruppe der ErgotherapeutInnen gelingen und der Berufsstand der Ergotherapie in seiner Gesamtheit davon profitieren kann.

1.2. Aufbau der Arbeit

Um untersuchen zu können, wie die examinierten ErgotherapeutInnen den Akademisierungsprozess erleben, erarbeiteten die Autorinnen zunächst den theoretischen Hintergrund, den sie im folgenden **2. Kapitel** dieser Arbeit vorstellen.

Zuerst wird die Vorgehensweise der Autorinnen bei der Recherche dargestellt. Folgend wird kurz auf die berufliche Entwicklung eingegangen, da diese aus Sicht der Autorinnen die ErgotherapeutInnen erheblich geprägt und zu deren Identitätsbildung beigetragen hat. Auf ausführliche Betrachtungen wurde hier jedoch verzichtet, da es bereits zahlreiche fundierte Darstellungen der Geschichte der deutschen Ergotherapie gibt. Grundsätzliche Überlegungen zu Paradigma und Paradigmenwechsel werden im Anschluss erläutert. Letzterer markiert eine erste tiefgreifende Veränderung des ergotherapeutischen Berufsverständnisses, auf den sich auch die examinierten KollegInnen einstellen mussten und müssen.

Weiter beschreiben die Autorinnen, welche Faktoren als identitätsstiftend für ErgotherapeutInnen angesehen werden. Dabei gehen Sie davon aus, dass die berufliche Identität das Erleben einer Veränderung der vertrauten Berufswelt beeinflusst.

Darauf folgt die Erläuterung der Hintergründe zum aktuellen Akademisierungsprozess. Worauf gründet sich die Forderung nach Akademisierung des Berufes, wie ist der aktuelle Stand und wohin könnte der Weg führen? Diese Fragen versuchen die Autorinnen zu beantworten, um den Begriff Akademisierungsprozess inhaltlich zu füllen.

Da die Akademisierung häufig in einem Atemzug mit einer möglichen Professionalisierung des Berufsstandes genannt wird, werden die unterschiedlichen Aspekte der Professionalisierungsdebatte aufgezeigt.

Zuletzt setzen sich die Autorinnen mit den geforderten beruflichen Kompetenzen auseinander, da die Forderung nach der Akademisierung des Berufsstandes eng verknüpft ist mit der Erkenntnis von WissenschaftlerInnen, dass professionelles Arbeiten nur durch die Erlangung entsprechender Kompetenzen möglich ist.

Anschließend an den theoretischen Hintergrund beschreibt das **3. Kapitel** das Studiendesign der vorliegenden Forschung.

Dazu wird zunächst das Ziel der Forschung mit der entstandenen Forschungsfrage und ihren Leitfragen erläutert.

Es folgt die Einordnung der vorliegenden Forschung in einen passenden Forschungsansatz, gefolgt von dem Versuch der methodologischen Einordnung.

Daran schließen sich der Überblick über die von den Autorinnen gewählte Methode der Datenerfassung, Überlegungen zum Sample sowie über die gewählte Methode der Datenauswertung an.

Kapitel 4 beschreibt die genaue Durchführung der Untersuchung.

Dafür wird zuerst die Entwicklung des Interviewleitfadens für das episodische Interview beschrieben, gefolgt von der Beschreibung der Rekrutierung und Auswahl der InterviewteilnehmerInnen.

Die Durchführung der Pilot-Interviews mit den daraus folgenden Änderungen für die Hauptstudie wird im Folgenden erläutert.

Anschließend geben die Autorinnen einen Überblick über den Ablauf der Hauptstudie mit der Beschreibung der InterviewteilnehmerInnen, der Erläuterung des Interview-Prozedere sowie der Beschreibung des konkreten Vorgehens bei der Datenauswertung. Ebenfalls dort beschrieben werden die von den Autorinnen angewandten Gütekriterien im Verlauf des Prozesses und in der Analyse der Ergebnisse.

Es folgt dann die Darstellung der Ergebnisse der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring in **Kapitel 5**.

Die ausführliche Diskussion dieser Ergebnisse in **Kapitel 6** wird anhand der Leitfragen geführt und im Kontext des theoretischen Hintergrundes beleuchtet.

In **Kapitel 7** werden die Schlussfolgerungen, die sich nach Meinung der Autorinnen aus der Ergebnisdarstellung und der Diskussion der Ergebnisse ergeben, aufgezeigt, um dann die Arbeit mit einem Ausblick auch auf weiterführende Fragen in **Kapitel 8** zu beenden.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Recherche

Die am Beginn der Forschungsarbeit stehende Zusammenstellung eines Literaturüberblicks zum Thema diente der Eingrenzung des Untersuchungsfeldes durch die Beantwortung folgender Fragen:

- Was ist zum Untersuchungsfeld schon bekannt?
- Welche Theorien und Begriffe werden bezüglich der Thematik von AutorInnen verwendet und diskutiert?
- Welche Fragen bezüglich der Thematik wurden nicht untersucht? (Flick, 2011)

Der Akademisierungsprozess als zentraler Gegenstand der hier bearbeiteten Forschungsfrage ist ein deutsches Thema und findet als solches in der internationalen Literatur wenig Beachtung. Dadurch waren die Autorinnen aufgefordert, ihre Recherche über die internationalen Datenbanken hinaus möglichst auch auf andere Quellen wie z.B. nationale Zeitschriften und Bibliotheken auszuweiten.

Dies erfolgte in der Zeit von Februar bis Oktober 2012 mit den in Darstellung 1 aufgeführten Schlüsselbegriffen. Dazu wurden diese in unterschiedlichen Kombinationen in die in Darstellung 2 aufgeführten Datenbanken eingegeben.

Suchbegriffe	
deutsch	englisch
Akademisierung	
Changemanagement	Changemanagement
Ergotherapie	Occupational Therapy
Identifikation	Identification
Identität	Identity
Kompetenz	Competence / Competency
Kompetenzen	Competencies
Paradigma	Paradigm
Mechanistisches Paradigma	Mechanistic Paradigm
Neues Paradigma	New Paradigm
Zeitgenössisches Paradigma	Contemporary Paradigm
Profession	Profession
Professionalisierung	Professionalization
Professionalität	Professionalism
Studium / Ergotherapie	

Darst. 1: Suchbegriffe

Datenbanken / Suchmaschinen	
deutsch	international
DVE – EBP Datenbank	CINAHL
Google	OTDbase
Google Scholar	Pubmed
	OTseeker
	World Wide Web
	Google Scholar

Darst. 2: Genutzte Datenbanken und Suchmaschinen

Es zeigte sich erwartungsgemäß, dass sich für die in Darstellung 1 genutzten Schlüsselworte hauptsächlich Literatur fand, welche die Begriffe im jeweiligen nationalen Kontext erläuterten. Zur Bedeutung der Begriffe im Zusammenhang mit dem deutschen Thema Akademisierungsprozess ließ sich jedoch wenig Material finden. Daher wurde in die Recherche Grundlagenliteratur wie z.B. *Berufsprofil Ergotherapie* oder *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln* einbezogen und durch folgende wissenschaftliche Zeitschriften der Jahre 2005 – 2012 ergänzt: *ergoscience*, *Ergotherapie Zeitschrift für angewandte Wissenschaft*. Das Verbandsorgan des DVE, die Zeitschrift *Ergotherapie und Rehabilitation* wurde ebenso wie die Grundlagenliteratur genutzt, um über die Referenzen themenbezogener Artikel und Bücher an wissenschaftlich relevantes Datenmaterial zu gelangen. Die Sichtung erfolgte vor allem zu den Begriffen Akademisierung, Akademisierungsprozess, Professionalisierung, Studium der Ergotherapie in Deutschland und Entwicklung des Berufes in Deutschland.

Dies war in den Fachzeitschriften und in der Literatur ergiebig und führte die Autorinnen zur Recherche in folgende Bibliotheken:

Bibliotheken	
deutsch	international
ZBmed Köln	Hogeschool Zuyd
Stadtbibliothek Köln	
Berufsfachschule für Ergotherapie in Essen	
Berufsfachschule für Ergotherapie in Bonn	

Darst. 3: Genutzte Bibliotheken

Von welchen Entwicklungen die berufliche Betätigungsgeschichte und damit die Identität der deutschen ErgotherapeutInnen aus Sicht der Autorinnen maßgeblich beeinflusst sind, wird im Folgenden dargestellt. Sie erläutern weitere Faktoren, von denen die Bildung einer beruflichen Identität abhängt, beschreiben den aktuellen Stand der Akademisierung und der Professionalisierungsdebatte und erläutern, welche Kompetenzen maßgebliche Gremien von ErgotherapeutInnen erwarten.

2.2 Die berufliche Entwicklung der deutschen Ergotherapie

Eine ausführliche Schilderung der Berufsgeschichte der deutschen Ergotherapie ist u.a. bei Marotzki, 2004, Marquardt, 2004, Beyermann, 2001 und Schewior-Popp, 1996 zu finden.

2.2.1 Die britischen Wurzeln der deutschen Beschäftigungstherapie

Marquardt (2004) datiert die Anfänge der deutschen Ergotherapie auf das Jahr 1946, als in Bad Pyrmont mit Unterstützung des britischen Roten Kreuzes ein Rehabilitationszentrum in der dortigen Krankenanstalt eingerichtet wurde. Für diese Geburtsstunde der deutschen Beschäftigungstherapie hat der gesellschaftliche Kontext eine erhebliche Bedeutung, denn in den Krankenanstalten wurde eine große Zahl kriegsverletzter Menschen behandelt. Mit Hilfe einer britischen Beschäftigungstherapeutin (Occupational Therapist) konnte 1947 der erste Ausbildungsgang beginnen, den die Teilnehmerinnen nach einem Jahr mit einer Prüfung abschlossen (Marquardt, 2004).

Das Grundverständnis der BeschäftigungstherapeutInnen in Großbritannien stand zu dieser Zeit in der Tradition des mechanistischen Paradigmas (Kielhofner, 2009) (siehe Kapitel 2.3.2). Auch aufgrund der Tatsache, dass die britische Bevölkerung ebenfalls massiv durch die Auswirkungen des 2. Weltkrieges in Mitleidenschaft gezogen war, waren die BritInnen „*stark rehabilitativ, funktionell und biomedizinisch ausgerichtet*“ (Marotzki, 2004, S.37). Gemäß den von Kielhofner (ebd.) für dieses Paradigma beschriebenen Grundannahmen waren auch sie bestrebt, durch Übungen und Ablenkung die Wiederherstellung von Funktionen zu erreichen, wofür sie handwerkliche Techniken einsetzten (Marotzki, 2004).

Die deutsche Ergotherapie wäre also ohne internationale Einflüsse gar nicht denkbar und ohne dass dieser Begriff damals Eingang in den Sprachgebrauch gefunden hatte, wurden die ersten Berufsjahre durch das mechanistische Paradigma geprägt (siehe Kapitel 2.3.2).

2.2.2 Berufliche Etablierung

Das Berufsgesetz (BeArbThG) regelte ab 1977 die Ausbildung und die staatliche Anerkennung auf Bundesebene einheitlich und auch die Berufsbezeichnung Beschäftigungs – und ArbeitstherapeutIn wurde gesetzlich geschützt (Miesen, 2004).

Mit der Verabschiedung des Berufsgesetzes verlagerte sich der Schwerpunkt der Unterrichtsfächer vom Handwerk zu den medizinischen Fächern und stärkte damit die Medizin als Bezugswissenschaft. Zusätzlich fanden die weiteren Bezugswissenschaften Psychologie, Pädagogik und Soziologie erstmals Beachtung in den Lehrplänen (Beyermann, 2001). Dies hatte die Zunahme nichthandwerklicher Behandlungskonzepte und damit die profunde Ausgestaltung der beruflichen Inhalte zur Folge (Marotzki, 2004).

Außerdem bedeutete dies, dass sich die Fokussierung auf die handwerkliche Betätigung, die bis weit in die siebziger Jahre hinein (und de facto auch lange darüber hinaus) das Bild der Beschäftigungstherapie prägte, veränderte und vermehrt „*funktionell orientierten therapeutischen Konzepten*“ (Marotzki, 2004, S. 50) Platz machte. Diese Konzepte waren meist spezifisch auf bestimmte Krankheitsbilder oder Erscheinungsbilder ausgerichtet, so dass sich auch eine zunehmende Spezialisierung der einzelnen Fachgebiete entwickelte und es daher fraglich ist, ob von **der** Beschäftigungstherapie überhaupt noch gesprochen werden konnte. Für das Handwerk als „Markenzeichen“ (Alward, 2009) der Beschäftigungstherapie bedeutete diese Entwicklung, dass es zunehmend zur therapeutischen Aktivität und in den Dienst einer funktionellen Zielerreichung gestellt wurde (Marotzki, 2004).

2.2.3 Von der Beschäftigungstherapie zur Ergotherapie

1999 konnten die BeschäftigungstherapeutInnen auch offiziell aufgrund einer gesetzlichen Regelung ihre Berufsbezeichnung, die vermutlich wegen einer ungenauen Übersetzung des Begriffes „occupation“ entstanden war (Beyermann, 2001; Wilcock, 2006), wie gewünscht ablegen und fortan die Berufsbezeichnung ErgotherapeutIn führen (Miesen, 2004).

Die nun beginnende Dekade war vor allem geprägt durch die Forderung nach Qualitätssicherung, auch um sich den sich verändernden Bedingungen des Arbeitsmarktes stellen zu können. Dies unterstreicht nicht nur die Veröffentlichung des ersten Lehrbuches für Ergotherapie mit dem Titel *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln* im Jahr 2000 sondern auch die gleichzeitig verstärkt vorangetriebenen Bestrebungen, die Ausbildung zu akademisieren (Marquardt, 2004; Miesen, 2004).

Ende der neunziger Jahre erreichten erste Veröffentlichungen und Fortbildungen akademisierter KollegInnen aus dem angloamerikanischen Raum zu ergotherapeutischen Praxis- und Inhaltsmodellen die deutschen ErgotherapeutInnen und markierten damit auch hierzulande den Beginn des Paradigmenwechsels (siehe Kapitel 2.3) (Marotzki, 2004). Diese neuen Inhalte fanden ebenso Eingang in die reformierte Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, die, 2000 in Kraft getreten, erstmals berufsspezifische Fächer wie z.B. Grundlagen der Ergotherapie, wissenschaftliches Arbeiten oder grundlegende Themen ergotherapeutischen Handelns beinhaltete (Jehn, 2011).

Die ErgotherapeutInnen konnten sich somit Wissen aneignen und dieses in die Praxis umsetzen, welches nicht nur die Bezugswissenschaften - allen voran die Medizin - zur Verfügung gestellt hatten (Miesen, 2004).

Damit ging die vielleicht grundlegendste Veränderung für die deutschen ErgotherapeutInnen einher, die Veränderung der Sicht auf den Patienten. Er wurde zum Klienten, dessen Wünsche und Vorstellungen zu respektieren sind. Diese Klientenzentrierung, das Wissen um die Bedeutung von Betätigung und die Beachtung der Kontextfaktoren, sowie die Möglichkeit, nun Interventionen theoriegeleitet zu planen und durchzuführen, veränderten die deutsche Ergotherapie nachhaltig (Hagedorn, 2009) und machten den Paradigmenwechsel sichtbar.

Dies unterstreicht auch eindrücklich die 2003 veröffentlichte Definition der Ergotherapie, welche die 1998 entstandene Version ablöste (Miesen, 2004).

2.2.4 Fazit

Aus Sicht der Autorinnen ist es für die deutsche Ergotherapie eine große Herausforderung, die funktionelle und defizit-orientierte Herangehensweise durch die Grundannahmen eines bio-psychozialen und klientenzentrierten Ansatzes zu ersetzen. Gleichzeitig besteht darin jedoch auch die Chance, dass die Betätigung wieder zum charakteristischen Arbeitsbereich der deutschen ErgotherapeutInnen wird.

2.3 Paradigmenwechsel

Der Prozess der Veränderung der ergotherapeutischen Grundannahmen und Werte hat auch aus Sicht der Autorinnen einen großen Einfluss auf die berufliche Betätigungsgeschichte und somit auch auf die Identität der deutschen ErgotherapeutInnen. Da die Forderung nach Akademisierung eng mit dem

Paradigmenwechsel verknüpft scheint, soll darauf noch etwas ausführlicher eingegangen werden.

2.3.1 Begriffsbestimmung Paradigma

In der ergotherapeutischen Fachliteratur (Kielhofner, 2009; Hagedorn, 2009; Götsch, 2011; Pundt, 2006; Walkenhorst, 2004) wird für diesen Veränderungsprozess der Begriff Paradigmenwechsel (Kielhofner, 2009) genutzt.

Paradigma als „*vorherrschende Lehrmeinung*“ verdeutlicht, „*nach welchen Werten, Prinzipien, Modellen und Begriffen die Welt durch die wissenschaftliche Gemeinschaft überprüft, wahrgenommen und interpretiert wird.*“ So erklärt Kuhn (2002 in Götsch, 2011, S. 2) den Begriff. Bezogen auf einen Berufsstand verdeutlicht Kuhn (1970 in Miesen, Christopher & Mentrup, 2004, S. 156), dass ein Paradigma „*die Kernaussagen, den Fokus und die grundlegenden Werte*“ beschreibt.

Laut Kielhofner (2009) legt ein Paradigma die Werte, Überzeugungen und Methoden einer Berufsgruppe fest, die deren Sicht auf ihre Profession gestalten und die praktische Umsetzung leiten.

Den Begriff „Leitbild“ als Synonym für Paradigma nutzt Marotzki (2011, S.68).

Im Glossar zu einem Artikel beschreibt Hagedorn (2009, S. 42) das Paradigma als „*Konsens über die grundlegenden Überzeugungen und Annahmen auf einem Gebiet*“.

Diese Erklärungen eint, dass sie Paradigmen als theoretische Konstrukte definieren, die das Wesen und die Grundannahmen eines Berufes ausmachen und prägen. Eingebettet in die gesellschaftlichen Zusammenhänge, sind diese durch die Veränderung gesellschaftlicher Sichtweisen im Laufe der Zeit natürlich auch Veränderungsprozessen unterworfen (Götsch, 2011). Wie sich diese Prozesse auf die Entwicklung der Ergotherapie und somit auch auf die ErgotherapeutInnen auswirkten und weiter auswirken, soll nun dargestellt werden.

2.3.2 Mechanistisches Paradigma

Auf die „*historischen Vorläufer ergotherapeutischer Therapiekonzepte*“ (Marotzki, 2004, S.16), das Moral Treatment und die Arts and Crafts Bewegung soll hier nicht weiter eingegangen werden, da sie aus Sicht der Autorinnen über unsere britischen Wurzeln Eingang in unsere Berufsentwicklung gefunden haben.

Den Begriff „*Mechanistic Paradigm*“ prägte Kielhofner (2009, S.31) für eine Zeit, in der die fortschreitende medizinische Entwicklung eine Angleichung der ergotherapeutischen Angebote erforderlich machte. Ende der 40er Jahre stand das Bestreben im Vordergrund, durch den „*therapeutic use of activity*“ (Polatajko et al, 2007, S. 16) mit funktionellen Übungen die körperliche Funktionsfähigkeit als Grundlage menschlichen Handelns wieder herzustellen. Gleichzeitig wurde jedoch der Aspekt der Ablenkung durch Betätigung beachtet (Kielhofner, 2009). Das mechanistische Paradigma prägte die Ergotherapie im gesamten angelsächsischen Raum über lange Zeit und bildete den Rahmen für die Anfänge der deutschen Beschäftigungstherapie.

2.3.3 Zeitgenössisches Paradigma

Der Begriff Paradigmenwechsel mag suggerieren, dass es sich um ein plötzlich eintretendes Ereignis handelt. Letztlich geht es jedoch um einen Prozess, der auch in den USA und Kanada viel Zeit in Anspruch genommen hat. Kielhofner (2009, S. 42) nennt als Beginn des Veränderungsprozesses die Jahre „1960 / 1970“, als durch die Beschäftigung mit den Grundannahmen der ergotherapeutischen Bezugswissenschaften erste „*professionelle Therapiekonzepte*“ (Marotzki, 2004, S. 45) entstanden.

In Deutschland hat der Prozess des Umdenkens für viele KollegInnen gerade erst begonnen und ist somit noch lange nicht abgeschlossen (Miesen et al 2004). Bedeutet ein Paradigmenwechsel doch Veränderungen „*fest verankerter Theorien*“ (Hagedorn, 2009, S. 8), die als solche die Ergotherapie betreffend von „*amerikanischen und kanadischen Therapeuten und Akademikern*“ (ebd.) entwickelt wurden. Erste Übersetzungen der ergotherapeutischen Modelle und Konzepte ermöglichten ab 1993 den deutschsprachigen ErgotherapeutInnen den Zugang zu diesen Informationen (Miesen, 2004) und damit die Teilhabe an den aktuellen Auseinandersetzungen. So hält es auch Marotzki (2009, S. 198) „*allmählich für angebracht, von einem Paradigmenwechsel in der Ergotherapie zu sprechen*“

Ausgehend von amerikanischen ErgotherapeutInnen hatte die Rückbesinnung auf die während der Vorherrschaft des mechanistischen Paradigmas verloren gegangene ganzheitliche Sichtweise auf die Patienten Veränderungen eingeläutet, für die Kielhofner (2009, S. 34) die Begriffe „*3. Paradigma*“ oder „*zeitgenössisches Paradigma*“ prägte (Kielhofner, 2009, S. 49). Miesen et al (2004, S. 156) sprechen vom „*aktuellen*“ oder „*ergotherapeutischen Paradigma*“.

Der funktionelle Ansatz des mechanistischen Paradigmas wurde den Bedürfnissen der Patienten nach für sie bedeutungsvoller Betätigung nicht gerecht und die

Verknüpfung mit den tatsächlichen Erfordernissen des Alltags gelang nicht (Kielhofner, 2009). Diese Erkenntnis führte im angloamerikanischen Sprachraum zur Entwicklung konzeptioneller Modelle. Eines der frühesten wurde 1980 von Kielhofner als Model of Human Occupation vorgestellt (Polatajko et al, 2007).

2.3.4 Fazit

Nach Kielhofner (2009) ist das jeweils vorherrschende Paradigma prägend für die berufliche Identität, und damit stellt er die Verknüpfung zwischen diesen beiden Begriffen her. Der Paradigmenwechsel verändert nach Meinung der Autorinnen auch die Identität der deutschen ErgotherapeutInnen, die lange Jahre im Rahmen des mechanistischen Paradigmas tätig waren, insbesondere auch durch das Aufeinandertreffen mit den nach 2000 ausgebildeten ErgotherapeutInnen. Letztere haben die neue Sichtweise auf das ergotherapeutische Betätigungsfeld bereits während der Ausbildung kennen gelernt, was für viele schon länger tätige Berufsangehörige die Frage nach der Richtigkeit ihres bisherigen beruflichen Handelns aufwirft.

2.4. Identität deutscher ErgotherapeutInnen

Miesen et al (2004) bestätigen Kielhofner, indem sie der Meinung sind, dass eine vom Berufsstand entwickelte Definition die Entstehung einer einheitlichen Identität fördert. Auch Götsch (2011, S. 3) stimmt dem zu: „*Berufsdefinitionen tragen zur Identitätsbildung einer Berufsgruppe bei*“, beinhalten sie doch Wesensmerkmale, in denen sich alle Berufsangehörige, unabhängig von ihren spezifischen Tätigkeitsbereichen, wieder finden (ebd.) und auf die sie ihre „*individuellen mentalen Bilder davon, was es heißt Ergotherapeutin zu sein*“ (Hagedorn, 2009, S. 26) projizieren können.

Für Christiansen (1999) entsteht Identität durch das, was wir täglich tun. Zu diesen für den Menschen bedeutungsvollen Betätigungen zählt auch die Erwerbstätigkeit, sprich die bezahlte Arbeit (Christiansen & Townsend, 2010; Kielhofner, 2009; Townsend & Polatajko, 2007), und somit definiert sich der Mensch auch über die Arbeit, über den Beruf. Wilcock (2006) und Christiansen et al (2010) nennen beide als Beispiel die häufig an unbekannte Personen gestellte Frage, was diese beruflich machen. Der Fragende möchte über die Nennung des Berufes eine Möglichkeit bekommen, sein Gegenüber einzuordnen und über die Information, **was** dieser ist, eine Vorstellung davon bekommen, **wer** er ist: „*Occupations [...] are opportunities to express the self, to create an identity*“ (Christiansen, 1999, S. 552).

2.4.1 Berufsständisch geförderte Identität

Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, wie identitätsstiftend zunächst der gesetzliche Schutz der Berufsbezeichnung Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutIn war.

Zahlreiche Berufsfremde, wie z.B. Handwerker oder Werk- und KunstlehrerInnen, arbeiteten in der vorgeschriebenen Zeit und darüber hinaus als BeschäftigungstherapeutInnen, ohne die formale Ausbildung durchlaufen zu haben, da der steigende Bedarf durch examiniertes Fachpersonal nicht befriedigt werden konnte (Marquardt, 2004). Sie waren nun gehalten, die Berufsbezeichnung abzulegen oder durch eine Prüfung die Berechtigung zu erwerben, die Bezeichnung weiterhin führen zu können (Dohm & Raps, 1977). Für die BeschäftigungstherapeutInnen, die ihre Ausbildung an einer der staatlich anerkannten Schulen absolviert hatten, war dies ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu ihrer beruflichen Identität. Die Gruppe derer, die den Titel Beschäftigungs – und ArbeitstherapeutIn führen durften, war nunmehr klar definiert.

Es zeigte sich jedoch, dass der Begriff Beschäftigungstherapie auch genutzt wurde und wird, um Tätigkeiten abwertend und als unnützlich zu beschreiben (Beyermann, 2001). Ebenso war die Titulierung der BeschäftigungstherapeutInnen als „*Basteltante*“ (ebd; Marotzki, 2004) nicht unbedingt positiv belegt.

Nicht nur deshalb, sondern auch, um sich an den internationalen Sprachgebrauch anzugleichen (Marquardt, 2004), wurde die Umbenennung der Berufsgruppe in ErgotherapeutInnen dringend erwünscht. Schewior-Popp (1994, S. 118) sieht in der Einführung „*der Berufsbezeichnung Ergotherapie*“ einen „*begrifflichen Kristallisationspunkt*“ der „*beruflichen Identität*“. Christiansen (2010) und Mackey (2007) haben festgestellt, dass die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, also hier zur Gruppe der Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen und später dann zur Gruppe der ErgotherapeutInnen ein wichtiger Einflussfaktor für die Identitätsbildung war.

2.4.2 Identität durch die berufliche Betätigung

Mackey (2007) bestätigt Christiansens Ansicht zur Identitätsbildung durch das Tun. Sie ist der Meinung, dass die berufliche Identität der ErgotherapeutInnen nicht nur, wie oben dargelegt, durch übergeordnete, berufsständische Überlegungen, sondern auch durch die tägliche Arbeit geprägt wird.

Die beschäftigungstherapeutische Arbeit war, wie unter 2.2.3 ausgeführt, bis weit in die 70er Jahre hinein dominiert vom Handwerk als **dem** beschäftigungstherapeutischen Mittel. Reick (2004) beschreibt, dass das Handwerk als ein elementarer Bestandteil der Ergotherapie gesehen und als therapeutisches Mittel zur Behandlung aller erdenklichen Funktionsstörungen eingesetzt wurde. Heller, Heller & Kiefel (2006) zitieren InterviewpartnerInnen, für die das Handwerk charakteristisch für die Ergotherapie war.

Die Identität wird außerdem durch Annahmen, Rollen und Werte bestimmt (Christiansen, 1999). Auch Mackey (2007) beschreibt, dass ErgotherapeutInnen ganz unterschiedliche Rollen auszufüllen haben. So sind sie nicht nur versierte und kreative BehandlerInnen, sondern auch UnternehmerInnen, ManagerInnen, Lernende oder Lehrende, die unter sehr unterschiedlichen Bedingungen arbeiten, was z.B. die Klienten oder das Arbeitsumfeld anbelangt. Dies betrifft auch die deutschen ErgotherapeutInnen, denn die Rollenvielfalt kann die Benennung einer einheitlichen Identität erschweren. Beyermann (2001, S. 282) findet einen Ausweg, indem sie sagt: Das „*auffälligste Kennzeichen der Ergotherapie ist ihre Vielfalt*“. Darüber könnte also auch die Schaffung einer Identität gelingen.

2.4.3 Identität durch Wissen

Wissen als Grundlage der Identitätsbildung veränderte sich, denn in „*Abhängigkeit von beruflicher Generation und Arbeitsbereich*“ wurden von den ErgotherapeutInnen „*unterschiedliche Leitlinien*“ (Beyermann, 2001, S. 285) mit der verstärkten Ausrichtung auf funktionelle Therapiekonzepte vertreten.

Der Kenntniszuwachs wies die Ergotherapie eindeutig der Medizin als Bezugswissenschaft zu bzw. ordnete sie dieser unter (Dohm & Raps, 1977) und ermöglichte damit die Abgrenzung von den Berufsfremden ohne Ausbildung, die gerade die medizinischen Anforderungen nicht erfüllen konnten. Auch die Schulung ihrer praktischen Fähigkeiten durch die Auseinandersetzung mit handwerklichen Inhalten machte, ungeachtet der teilweisen Verlagerung des Unterrichtes auf theoretische Inhalte, einen erheblichen Teil der beruflichen Identität aus (Reick, 2004; Heller et al, 2006).

Da es für die BeschäftigungstherapeutInnen jedoch vor allem in den Anfangsjahren kaum spezifische Literatur gab und sie auch weitgehend auf Lehrbücher verzichten mussten (Reick, 2006; Marotzki, 2004; Beyermann, 2001), galt es, die Kunst der Therapie (Turpin & Iwama, 2011) von den AnleiterInnen in der praktischen Ausbildung oder den bereits berufserfahrenen KollegInnen abzuschauen. Der Beruf wurde weiter entwickelt, ohne dass die Möglichkeit zu einer theoretischen

Auseinandersetzung mit den Inhalten bestand. Die Identitätsbildung wurde und wird also maßgeblich durch den Austausch mit den KollegInnen geprägt.

So gehen Mackey (2007) und Christiansen (1999) davon aus, dass nicht nur das Arbeitsumfeld und die sozialen Bedingungen, wie z.B. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht oder Gruppe und das Geschlecht sondern auch die Kontakte mit Klienten, Vorgesetzten und KollegInnen zur Identitätsbildung beitragen (Mackey, 2007). Vor allem der Austausch mit Letzteren und die Wissenserweiterung „*produce the occupational therapist*“ (Mackey, 2007, S. 98).

2.4.4 Fazit

Mit Kielhofner (2009) lässt sich zusammen fassen, dass die berufliche Identität durch das Wissen und die praktische Umsetzung bestimmt wird. Jedoch ist auch das vorherrschende Paradigma prägend, weil dadurch der Rahmen bestimmt wird, in welchem ergotherapeutisches Handeln stattfindet.

Letztlich bedeutet das auch für die deutsche Ergotherapie, dass ihre Identität von ihrer eigenen Geschichte, den Traditionen und ihren Erfahrungen (Mackey 2007) abhängt und geprägt wird – die Autorinnen gehen davon aus, dass der begonnene Akademisierungsprozess die Identität nachhaltig beeinflussen wird.

2.5 Akademisierung der deutschen Ergotherapie

Bereits 1965 (Miesen, 2004) forderte der Berufsverband der ErgotherapeutInnen im Rahmen der Antragsstellung auf staatliche Anerkennung des Berufes auf Bundesebene, die Ausbildung als Studium an einer Fachhochschule zu verorten. Zu Beginn der neunziger Jahre wurden die Anstrengungen, die Ausbildung zu akademisieren, durch verschiedene Gremien gebündelt (ebd.). Sie mündeten im tatsächlichen Beginn der Akademisierung, die von Miesen (ebd.) auf den 01.09.1998 datiert wird, als an der heutigen niederländischen Hogeschool Zuyd, Heerlen, ein Upgrading – Studiengang für deutsche ErgotherapeutInnen geöffnet wurde.

2.5.1 Begründung

Die Forderung nach Akademisierung wird mit folgenden Schlagworten auf gesellschafts-, bildungs- und gesundheitspolitischer Ebene begründet (Kälble, 2012; AG MTG, 2011; Walkenhorst, 2011; DVE, 2011; Walkenhorst & Klemme, 2008; SVR, 2007):

- **Demografische Entwicklung**
 - Die demografische Entwicklung betrifft nicht nur die Überalterung der Gesellschaft, die eine spezialisierte Versorgung notwendig machen wird, sondern auch den damit verbundenen Rückgang der Schulabgänger – nur Berufe mit attraktiver Ausbildung, die auch die Sicherung des Lebensunterhaltes gewährleisten, werden ausreichend Nachwuchs an sich binden können (Behrens, 2010).
- **Anschluss an die internationale Entwicklung**
 - In den meisten Ländern werden ErgotherapeutInnen auf Hochschulniveau ausgebildet. Angeschoben und unterstützt vom Bologna Prozess soll die Ausbildung der deutschen ErgotherapeutInnen an den internationalen Standard angeglichen werden, auch um den Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in den Berufsalltag sicher zu stellen und die Versorgung der Klienten entsprechend anpassen zu können (Kälble, 2008).
- **Technologische und wissenschaftliche Fortschritte, einschließlich der Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen und dem Wissenstransfer in die Praxis und zunehmende Ökonomisierung und Komplexität des Gesundheitswesens**
 - Die steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen betreffen alle Gesundheitsberufe. Unter Einbezug wirtschaftlicher Gesichtspunkte könnte mit einer Umverteilung der Aufgabenfelder für Entlastung gesorgt werden. Als Voraussetzung muss jedoch die entsprechende Weiterbildung oder Primärqualifizierung garantiert sein. Auch für die zukünftig notwendig werdende inter- bzw. multidisziplinäre Bewältigung von Aufgabenstellungen und die Erbringung von Wirksamkeitsnachweisen hat die Akademisierung der Gesundheitsberufe eine hohe Bedeutung (Walkenhorst, 2011; Walkenhorst et al, 2008; SVR, 2007).
- **Veränderung der Patientenrolle**
 - Die Ausrichtung des Gesundheitsverständnisses auf ein biopsychosoziales Modell einhergehend mit dem Paradigmenwechsel (siehe Kapitel 2.3) hat eine veränderte Sicht auf den Patienten zur Folge. Die Beachtung kontextueller Faktoren und die Wahrnehmung des Patienten als Klient, der eigenverantwortlich die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsexperten mitgestaltet, sorgen für eine Veränderung der Berufswelt der deutschen ErgotherapeutInnen. Dieser sollte nicht nur durch Fort- und Weiterbildungen, sondern auch mit der Akademisierung der Ausbildung begegnet werden (Walkenhorst et al, 2008).

- **Professionalisierungsbestrebungen**

- Folgt man den Merkmalstheorien (siehe Kapitel 2.6.2), ist die akademische Ausbildung eine Grundvoraussetzung für die Professionalisierung und sorgt damit auch für eine Anhebung der beruflichen Reputation. Dies kann positive Auswirkungen auf die berufliche Identität und darin eingeschlossen auf das Selbstwertgefühl und die Arbeitszufriedenheit der deutschen ErgotherapeutInnen haben (Pundt, 2006).

2.5.2 Stand der Akademisierung

Walkenhorst (2011) zählt ca. 30 Studiengänge für Ergotherapie. Zusätzlich gibt es mittlerweile die Möglichkeit sich über einen Master-Studiengang weiter zu qualifizieren.

Das Studium ist ausbildungs- oder berufsbegleitend zu absolvieren. Mit der Einbringung einer Modellklausel in das Ergotherapeutengesetz (ErgThG, 2009) kann auch primärqualifizierend Ergotherapie studiert werden. Das Gesetz zur Einführung einer Modellklausel (Bundesgesetzblatt, 2009) befristet diese Möglichkeit bis 2017.

Jedoch ist die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung an die Absolvierung der dreijährigen Ausbildung gemäß den gesetzlichen Vorgaben gekoppelt. Im Falle des primärqualifizierenden Studiums bedeutet dies, dass sowohl die praktische Ausbildung als auch die Prüfungen nicht von den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für ErgotherapeutInnen abweichen dürfen (Marotzki, 2009; DVE, 2011).

In einer Pressemitteilung empfiehlt der Wissenschaftsrat (2012), dass 10-20 % eines Ausbildungsjahrganges an einer Hochschule oder Universität zum Ergotherapie-Studium zugelassen werden sollten, um durch eine qualifiziertere Ausbildung den gestiegenen Anforderungen in der Gesundheitsversorgung Rechnung tragen zu können.

2.5.3 Blick über den Tellerrand

Es ist davon auszugehen, dass der Berufsstand in Deutschland vor ähnlichen Herausforderungen steht, wie jene in den angrenzenden deutschsprachigen Ländern (Aegler, 2003). Die Situation in der Schweiz zu betrachten, scheint den Autorinnen besonders lohnenswert, da sich hier eine Vision für den Weg der deutschen Ergotherapie auftun könnte.

Seit 2006 gibt es in der Schweiz nur noch die Möglichkeit, Ergotherapie an einer Fachhochschule zu studieren (Zillessen, 2012; Senn & Mentrup, 2010; EVD, 2009), wobei die bestehenden Fachschulen in den Hochschulbereich eingegliedert wurden (Walkenhorst, 2011). Die politisch Verantwortlichen haben die Möglichkeit des so genannten nachträglichen Titelerwerbes geschaffen. Der Nachweis der beruflichen Anerkennung durch das Schweizer Rote Kreuz, eine mindestens zweijährige Berufserfahrung und die Absolvierung eines Nachdiplomkurses auf Hochschulebene im Umfang von 200 Stunden müssen eingereicht werden, um die Berechtigung zu erlangen, den Fachhochschultitel führen zu dürfen (BBT, 2009). Anstatt des Nachdiplomkurses können auch zertifizierte Weiterbildungen wie z.B. Bobath- oder SI-Kurse anerkannt werden (FH SCHWEIZ, 2012). Seit 2008 arbeitet eine Projektgruppe an der hochschul- und fachbereichsübergreifenden Vereinheitlichung der Studiengänge für die Gesundheitsberufe. Das Projekt soll im Herbst 2012 abgeschlossen sein (Zillessen, 2011).

2.5.4 Mahnende Stimmen

Noch ist nicht geklärt, welche zukünftigen Aufgabenfelder deutsche HochschulabgängerInnen besetzen und wie ihre Bezahlung aussehen könnte. Auch zu Forschungsaufgaben und der Verortung in der deutschen Hochschullandschaft existieren bislang nur Zukunftsvisionen. Ebenso wenig beachtet wurde bis heute, wie die Integration der akademisierten in die Berufsgruppe der examinierten ErgotherapeutInnen aussehen und gelingen könnte. Auch zu den Möglichkeiten der weiteren Gestaltung der beruflichen Biographie der BerufsfachschulabsolventInnen gibt es noch keine Überlegungen (Bollinger, Gerlach & Pfenhauer, 2012; Walkenhorst, 2011; Behrens, 2010; Kälble, 2008; Walkenhorst et al 2008). Kälble (2008, S. 46) befürchtet einen „*Verdrängungsprozess*.“ Er geht davon aus, dass die Ausbildung von ErgotherapeutInnen an Berufsfachschulen und Fachhochschulen u.a. aus Kapazitätsgründen weiterhin nebeneinander bestehen bleiben wird und sich die berufliche Situation der examinierten ErgotherapeutInnen zu Gunsten der Akademisierten verschlechtern wird. Ebenso ist die drängende Frage, ob die Akademisierung auch im Sinne der Klienten zu einer besseren Versorgung beiträgt, bislang unbeantwortet (Behrens, 2010; Walkenhorst, 2011).

2.5.5 Fazit

Momentan scheinen nicht nur die Entscheidungsträger auf politischer Ebene davon auszugehen, dass auch längerfristig beide Qualifizierungsmodelle nebeneinander bestehen bleiben. Bei der steigenden Anzahl akademisierter ErgotherapeutInnen

muss also die Frage der zukünftigen Gestaltung des Arbeitsfeldes für ErgotherapeutInnen mit unterschiedlichen Berufsabschlüssen dringender denn je beantwortet werden.

2.6 Professionalisierung

Der oben beschriebene Akademisierungsprozess ist die Grundlage für die Eröffnung einer Professionalisierungsdebatte: Der Ruf nach Professionalisierung wird eng verknüpft mit den gestiegenen Anforderungen an den Beruf v.a. durch die Zunahme wissenschaftlicher Erkenntnisse und die rasanten gesellschaftlichen Veränderungen. Dabei scheint es vor allem um die Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung auch im Hinblick auf die Existenzsicherung des Berufsstandes und weniger um das Erlangen eines Status zu gehen – ob dem wirklich so ist, wird durchaus auch kritisch hinterfragt (Bollinger et al, 2008; Walkenhorst, 2008, 2006; Pundt, 2006; Marotzki, 2004).

2.6.1 Begriffsbestimmung Professionalisierung

Clouston und Whitcombe (2008) bezeichnen Professionalisierung als den Prozess einer Gruppe mit übereinstimmenden Tätigkeitsmerkmalen, die die Professionalisierung als Status anstrebt.

Pundt (2006) schließt sich dieser Sichtweise an und spricht von Profession allgemein als Status, der durch den Prozess der Professionalisierung auf der Grundlage eines akademischen, autonomen Berufes erlangt wurde.

Beyermann (2006, S. 93) bezieht sich dezidiert auf die Ergotherapie und formuliert, dass „Ziel“ und „Prozess“ der Professionalisierung ist, deren *„berufliche Position [...] und damit auch die Behandlung der Klienten zu verbessern“*.

Professionalisierung kann auch Grundlage für die Identität und das Selbstwertgefühl sein, da sie zur *„Aufwertung der beruflichen Tätigkeit“* führt (Pundt, 2006, S.13).

Zur Unterscheidung zwischen Beruf und Profession werden Berufe laut Bollinger (2012, S. 17) *„als spezifische Zuschnitte und Bündelung von Fähigkeiten“* definiert, die *„ein relativ dauerhaftes, typisches „Arbeitskraftmuster“ ergeben“*. Kälble (2012, S. 35) sagt, dass der Beruf *„eine definierte Ausbildung zur Voraussetzung hat“* und Oevermann (2005, S. 26) stellt fest, dass *„Professionen [...] historisch viel ältere Gebilde als die Berufe sind“*.

2.6.2 Merkmalstheorie

Zoege (2008, S.47 ff) zitiert Goode (1957), um „*die klassische Sichtweise der Professionen*“ darzustellen. Diese legt dar, welche Merkmale ein Beruf erfüllen muss, um als Profession zu gelten. Dadurch wurde der Begriff Merkmalansatz oder Merkmalstheorie als Synonym für professionstheoretischen Ansatz (Marotzki, 2009) geprägt.

Als Beispiele für Professionen werden Ärzte, Juristen und Theologen benannt (Zoege, 2008; Pundt, 2006; Marotzki, 2009). Marotzki & Hack (2009) zitieren Combe und Helsper (1995) die als entscheidende „*Merkmale einer Profession*

- *Systematisches und wissenschaftliches Wissen*
- *Berufsethos*
- *Autonomie der Kontrolle über Standards der Berufsausübung und Ausbildung*

nennen. Dabei stellen sie ebenfalls fest, dass die Mitglieder einer Profession durch den „*Erwerb von Spezialwissen*“ (Marotzki & Hack, 2006, S. 190) für die Wahrnehmung gesellschaftlicher Aufgaben vorbereitet sind, die eben die systematische Anwendung dieses speziellen Wissens erfordern (Pundt, 2006).

2.6.3 Neue Professionalisierungstheorien

Diese oben beschriebenen Merkmalstheorien forderten und fordern vor allem Vertreter der Sozialwissenschaften und der Pädagogik zu lebhaften Diskussionen heraus, an denen sich die Angehörigen der Gesundheitsberufe seit einigen Jahren ebenfalls beteiligen – auch aus dem Wunsch heraus, ebenfalls als Profession anerkannt zu werden (Zoege, 2008).

Daraus entwickelten sich weitere „*Theorien zur Professionalisierung*“ (Beyermann, 2006), die sich aus „*Handlungs- und interaktionsbezogener Perspektive*“ (Bollinger et al, 2012) auf das professionelle Handeln beziehen und damit für eine neuere deutsche Professionstheorie stehen. Danach geht es „*nicht mehr nur um Merkmale des Berufes und das Gefüge der jeweiligen Verteilung und Macht*“ (Beyermann, 2006, S. 94) sondern vor allem um die inhaltliche Ausgestaltung der Arbeit und hier „*vor allem das Arbeitsbündnis zwischen Ergotherapeuten und Klienten*“ (Beyermann, 2006, S. 94). Bei diesem therapeutischen Arbeitsbündnis steht im Vordergrund, dass im Rahmen der „*professionalisierten Hilfe*“ (Oevermann, 2005, S. 26) die Wissenschaft vom Fachwissen des Praktikers profitiert und umgekehrt (Beyermann, 2006; Zoege, 2008).

2.6.4 Professionelles Handeln

Für die aktuellen professionstheoretischen Betrachtungen machen vielmehr das professionelle Handeln und eben nicht mehr nur die definierten Merkmale das Wesen einer Profession aus (Zoege, 2008). Damit wird eine Loslösung von den Ansätzen der Merkmalstheorien markiert (Walkenhorst, 2004).

Professionelles Handeln wird, wie bereits beschrieben, von größtmöglichem Fachwissen und dem Bezug zur Wissenschaft geleitet (Beyermann, 2006).

Grundlage für professionelles Handeln ist nach Hinojosa (2012) die Fähigkeit, das eigene Tun zu reflektieren und sowohl mit Kollegen als auch den Klienten zu kommunizieren. Dabei geht er davon aus, dass die Kompetenzen mit den wachsenden Anforderungen Schritt halten müssen.

Viele der deutschen ErgotherapeutInnen, vor allem jene, die auf eine umfangreiche Berufserfahrung zurück blicken können nehmen zu Recht für sich in Anspruch, professionell zu arbeiten (Pundt, 2006). Als Berufsangehörige haben sie eine spezialisierende Ausbildung durchlaufen und sind in der Lage, die ihnen übertragenen Aufgaben selbstständig und verantwortungsbewusst zu erfüllen (Bollinger et al, 2008). Durch zahlreiche Weiterbildungen (Walkenhorst, 2008) erwerben sie zusätzliche Qualifikationen (Bollinger et al, 2008) und erweitern dadurch nicht nur ihre Kompetenzen, sondern unterstützen damit auch die Weiterentwicklung ihres Berufsstandes (Pörtl & Karlsson, 2009).

Bestärkt werden die berufserfahrenen KollegInnen in ihrem Anspruch von Laufer und Schnettker, die im Berufsprofil des DVE (2008) feststellen, dass der Professionalisierungsprozess bereits beginnt, wenn sich die ErgotherapeutInnen mit den beruflichen Inhalten und Grundlagen befassen, und er schreitet voran, wenn sie ihre Gedanken und Erkenntnisse aktiv, also auch nach außen vertreten. In ihrer Bachelorarbeit formulieren die beiden Autorinnen weiter, dass die bewusste Auseinandersetzung mit bereits vorhandenen und eingesetzten Kompetenzen zur Professionalisierung des Berufes beiträgt (Laufer & Schnettker, 2006).

Auch Frank (2004) vertritt die Meinung, dass professionelles Handeln auch auf jahrelanger Erfahrung und charakterlicher Schulung basiert, also nicht nur fachspezifisch erlernt werden kann.

„Fachwissen, Methodenkenntnisse, Werterhaltung und Orientierungen, die sich vor dem Hintergrund beruflicher und privater Erfahrungen bilden und entwickeln“, machen für Marotzki (2004, S.11) das professionelle Arbeiten der ErgotherapeutInnen aus. Weiter bezeichnet sie (ebd., S. 51) die beginnende Hinwendung zu funktionellen therapeutischen Konzepten Anfang der 70er Jahre als die *„Speerspitze der Professionalisierung“*.

2.6.5 Fazit

Es lässt sich feststellen, dass Professionalisierungsprozesse, also auch jener der deutschen Ergotherapie, im Wesentlichen von politischen und gesellschaftlichen Determinanten bestimmt werden (Pundt, 2006), und selbst Fachleute der Professionalisierungsdebatte keine einheitliche Begriffsbestimmung ausmachen können (Pundt, 2006; Bollinger, 2012).

Nach Meinung der Autorinnen lassen die vorherigen Ausführungen jedoch den Schluss zu, dass das professionelle Handeln der deutschen ErgotherapeutInnen über Jahre hinweg die Eröffnung der Professionalisierungsdebatte erst ermöglichte. Der Akademisierungsprozess eröffnet die Möglichkeit der Weiterentwicklung des professionellen Handelns der deutschen ErgotherapeutInnen (siehe Kapitel 2.5).

2.7 Kompetenzen und Ergotherapie

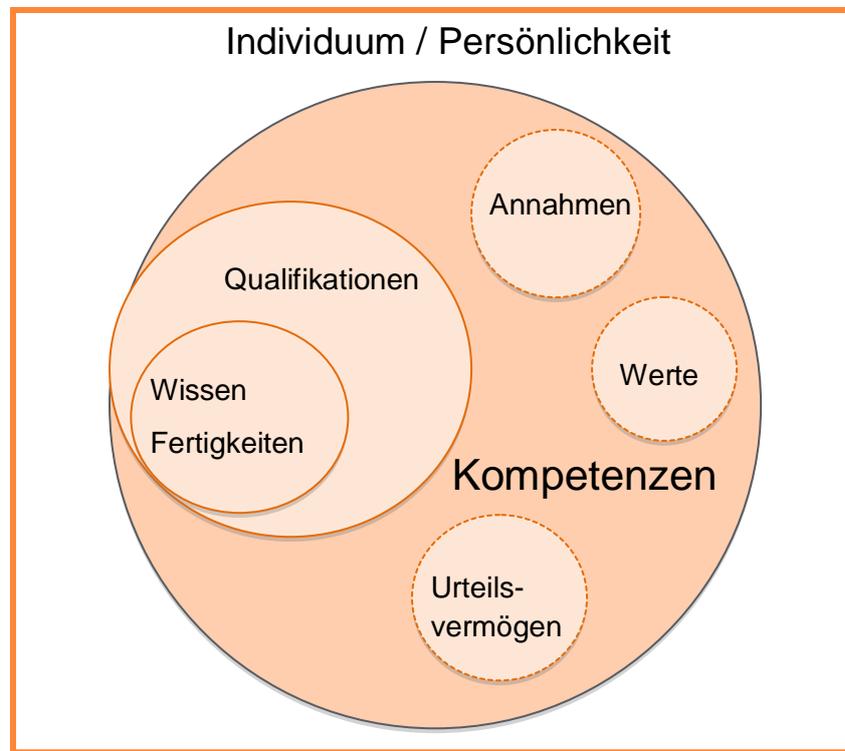
Die Ausführungen unter 2.6 machen deutlich, dass von professionell Handelnden zahlreiche Kompetenzen gefordert werden. Ebenso verlangt die Zunahme der Komplexität der Aufgaben im Gesundheitsbereich (siehe Kapitel 2.5.1) auch von den ErgotherapeutInnen, ihre Kompetenzen an die kommenden Herausforderungen auf politischer, institutioneller und interaktioneller Ebene anzupassen (Allen, Oke, McKinstry & Courtney, 2004). Darin sind auch jene KollegInnen eingeschlossen, die bereits geraume Zeit arbeiten, da auch sie sich den Veränderungen stellen müssen (Walkenhorst & Stüve, 2004).

2.7.1 Begriffsbestimmung Kompetenzen

„*Professional competence is a complex interaction and integration of knowledge, judgement, higher-order reasoning, personal qualities, skills, values and beliefs*“ stellt Courtney (2005, S. 212) fest.

Walkenhorst et al. (2004, S. 208) beschreiben Kompetenz als „*die Disposition eines Individuums für den Erwerb und die Anwendung von Wissen und Können*“.

Für Erpenbeck und von Rosenstiel (2007, S. XIX) sind Kompetenzen Dispositionen zum selbstbestimmten und -organisierten Handeln, und Heyse (2007, S. 19) ergänzt, dass diese „*die komplexen Erfahrungen, das Wissen, die Fähigkeiten, Werte und Ideale einer Person*“ einschließen.



Darst. 4: Die Komponenten der Kompetenzen in Anlehnung an Erpenbeck und von Rosenstiel

Die grafische Darstellung zeigt auf, dass Kompetenzen aus einem persönlichen Entwicklungsprozess entstehen. Grundlagen dafür sind Wissen und Fertigkeiten, die z.B. während einer Berufsausbildung erworben werden und Qualifikationen abbilden sowie individuelle Annahmen, Werte und Urteilsvermögen (Walkenhorst et al, 2004; Erpenbeck et al, 2007; Rodger, Clark, Banks, O'Brien & Martinez, 2009).

2.7.2 WFOT: Kompetenzen weltweit

Den vom WFOT 1952 veröffentlichten Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists folgte 2002 die aktuellste Überarbeitung. Die Autoren Hocking und Ness legten Wert darauf, die Sprache der ICF zu nutzen und die Vereinbarkeit der Kompetenzen mit dem Kontext der nationalen Gegebenheiten zu ermöglichen.

Fünf grundlegende Kompetenzbereiche werden unabhängig davon benannt:

- Die Beziehung zwischen Person, Betätigung und Umwelt sowie deren Bezug zur Gesundheit
- Therapeutische und berufliche Beziehungen
- Der ergotherapeutische Prozess
- Professionelles Reasoning und Verhalten
- Der Kontext der professionellen Praxis.

Zu jedem Kompetenzbereich wird beschrieben, welche Kenntnisse und Fertigkeiten die Ausbildung vermitteln sollte. Allerdings wird dabei davon ausgegangen, dass die Ausbildung der ErgotherapeutInnen auf Hochschulniveau erfolgt, jedoch wird auch für diese Lernen im praktischen Kontext gefordert (Hocking & Ness 2002).

Die Mitgliedsländer der WFOT sind gehalten, sich mit ihren nationalen Ausbildungsprogrammen an den Revised Minimum Standards zu orientieren (ebd.).

2008 folgte darauf aufbauend die Veröffentlichung der Kernkompetenzen für die Berufspraxis von ErgotherapeutInnen (WFOT). Sie basiert auf bereits bestehenden Definitionen von berufsspezifischen Kompetenzen, die in einzelnen Mitgliedsverbänden des WFOT vorliegen. Daraus ergab sich die Einteilung der Kompetenzen in folgende zwei Bereiche:

- **Erwartungen an eine Ergotherapeutin:**
 - o Führung, Autonomie und Verantwortung
 - o Berufliche Beziehungen
 - o Berufliches Management
- **Anwendung in der Berufspraxis:**
 - o Fundierte Kenntnisse, Verständnis und Fertigkeiten
 - o Befundaufnahme eines Patienten/Klienten,
 - o Behandlungsdurchführung und Evaluation (WFOT, 2008, S. 13)

2.7.3 ENOTHE / COTEC: Kompetenzen europaweit

Im Rahmen des Bologna-Prozesses haben sich die beteiligten Staaten verpflichtet, in sogenannten Tuning-Projekten die fachspezifischen Kompetenzen einer Berufsgruppe zu beschreiben, um zur europaweiten Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit von Qualifikationen beizutragen.

Die ergotherapeutische Tuning-Gruppe setzte sich aus Vertretern des COTEC (Praktiker) und der ENOTHE (Lehre) zusammen und legte für „35 Ergotherapie

spezifische Kompetenzen [...] sechs Kategorien fest:

- *Kenntnisse der Ergotherapie*
- *Ergotherapeutischer Prozess und professionelles Reasoning*
- *Berufliche Beziehungen und Partnerschaften*
- *Berufliche Autonomie und Zuverlässigkeit*
- *Forschung und Entwicklung in der Ergotherapie und ergotherapeutischen Wissenschaft*
- *Management und Förderung der Ergotherapie“ (WFOT, 2008, S. 8).*

Diese 35 ergotherapie-spezifischen Kompetenzen wurden in enger Zusammenarbeit zwischen COTEC (Praktiker) und ENOTHE (Lehre) ermittelt. Mittels eines Online-Fragebogens legten sie ExpertInnen aus Lehre, Forschung und Praxis aus 33 europäischen Ländern 54 Kompetenzen vor. Diese waren dann aufgefordert, deren Wichtigkeit für die Ergotherapie zu bewerten. Das Ergebnis dieses Ranking-Prozesses sind die o.g. 35 Kompetenzen, die genau beschreiben, welche Anforderungen ErgotherapeutInnen erfüllen sollten, um professionell und kompetent zu arbeiten (TUNING Occupational Therapy Project Group, 2008). Die Erarbeitung basiert auf dem Kompetenzverständnis des europäischen Ergotherapie - Tuning-Projektes. Letzteres *„beschreibt die Kompetenzen als eine dynamische Kombination aus kognitiven und meta-kognitiven Fertigkeiten, Wissen und Verständnis, interpersonellen, intellektuellen und praktischen Fertigkeiten und ethischen Werten. Kompetenzen beschreiben, was eine Ergotherapeutin und ein Ergotherapeut tut, sind aber veränderlich.“* (WFOT, 2008, S. 7).

2.7.4 DQR: Kompetenzen national

Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR, 2011) entstand auf Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Kultusministerkonferenz. Durch ihn werden die Vorgaben des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR, 2006) den nationalen Standards und Bedingungen angepasst. Durch die Klassifikation nationaler Bildungsleistungen ist die europaweite Bewertung und Vergleichbarkeit gegeben. Zielsetzung ist die Unterstützung der Mobilität in einer globalisierten Gesellschaft und jedem *„Zugang und Teilnahme am lebenslangen Lernen und die Nutzung von Qualifikationen“* zu ermöglichen (DQR, 2011, S. 3). Um dies zu erreichen, hat der DQR acht Niveaus erarbeitet, welche die Einordnung der jeweiligen Qualifikationen in Kompetenzkategorien ermöglichen. Dabei wird Kompetenz wie folgt verstanden:

„Kompetenz bezeichnet im DQR die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten

zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Kompetenz wird in diesem Sinne als umfassende Handlungskompetenz verstanden“ (DQR, 2011, S. 8).

Daraus ergeben sich die Kategorien Fachkompetenz, bestehend aus Wissen und Fertigkeiten sowie die personale Kompetenz, die Sozialkompetenz und Selbstständigkeit einschließt. Nach dem Verständnis des DQR beinhalten diese die Methodenkompetenz und sind die Grundlage für eine umfassende Handlungskompetenz (ebd.).

Niveauindikator			
Anforderungsstruktur			
Fachkompetenz		Personale Kompetenz	
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbstständigkeit
Tiefe und Breite	Instrumentale und systemische Fertigkeiten, Beurteilungsfähigkeit	Team / Führungsfähigkeit, Mitgestaltung und Kommunikation	Eigenständigkeit / Verantwortung, Reflexivität und Lernkompetenz

Darst. 5: Kompetenzkategorien des DQR, 2011

2.7.5 Aktuelle Situation in Deutschland

Walkenhorst et al (2004, S. 208) und Fischer (2007, S. 10) beziehen sich in jeweils leicht abgewandelter Form auf die vom DQR benannten Kompetenzen:

- Fachliche Kompetenz
- sozial-kommunikative Kompetenz
- methodische Kompetenz
- personale Kompetenz

Für Walkenhorst sind die genannten Kompetenzen ebenso wie für Fischer unabdingbar, um eine berufsübergreifende Qualifikation der ErgotherapeutInnen sicherstellen zu können und bilden die Basis für die „berufliche Handlungskompetenz“ (Walkenhorst, 2004, S. 209; Walkenhorst & Klemme, 2008, S. 186). Dabei ist das Bemühen um die Formulierung berufsspezifischer Kompetenzen und die Möglichkeit, diese auch für BerufspraktikerInnen z.B. im Rahmen von

Weiterbildungen zu erwerben, für Walkenhorst et al (2008) eine wichtige, zukünftige Aufgabe. Diese Forderung folgt der Empfehlung des WFOT (2012), formuliert in seinem Positionspapier zu „*Competency and Maintaining Competency*“: Die Mitgliedsorganisationen sind gehalten, Kompetenzen für ErgotherapeutInnen zu definieren, die auf die individuellen, örtlichen Begebenheiten ausgerichtet sind - wobei zu beachten ist, dass die Ausbildung der ErgotherapeutInnen in den meisten europäischen Mitgliedsstaaten bereits auf akademischem Niveau erfolgt.

In einigen Ländern liegen Kompetenzstandards bereits vor, die nach Rodgers et al (2009) eine wichtige Grundlage für das kompetente und professionelle Arbeiten der ErgotherapeutInnen bilden. Dies ist auch der Fall in den Niederlanden, wo ein hochschulübergreifendes Forschungsprojekt zu einem einheitlichen Hochschul-Curriculum führte (Walkenhorst et al, 2008) in dessen Rahmen basierend auf den Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists (Hocking et al, 2002) und dem Tuning Occupational Therapy Project (2008) die zehn niederländischen, ergotherapeutischen Kompetenzen formuliert wurden (Hogeschool Zuyd, 2011). Diese lassen sich ebenfalls den o.a. Grundkompetenzen zuordnen.

2.7.6 Kompetenzen und Veränderungsprozesse

Nach Rank und Scheinpflug (2010) erfordern Veränderungen vom Menschen eine kognitive wie emotionale Verarbeitung.

Streich (1997) beschreibt, dass für den Verlauf der Verarbeitung eines Veränderungsprozesses die wahrgenommene persönliche Kompetenz zur Veränderungssteuerung der Maßstab ist. Die Kompetenz zur Veränderungssteuerung wiederum wird beeinflusst durch das Können, Wollen, Dürfen und Tun. Idealerweise erfolgt nach Streich im Verlauf der Zeit nach anfänglichem Schock und Verneinung die Einsicht in die Notwendigkeit von neuen Verfahrens- und Verhaltensweisen, gefolgt von Akzeptanz der Situation. Allerdings werden zu dem Zeitpunkt die persönlichen Kompetenzen zur Veränderungssteuerung noch recht gering eingeschätzt.

Durch anschließendes Erproben neuer Verfahrens- und Verhaltensweisen und daraus folgenden Erkenntnissen bezüglich deren Erfolg bzw. Misserfolg entsteht jedoch eine wieder deutlich größere, wahrgenommene persönliche Kompetenz und eine damit verbundene empfundene Handlungsfähigkeit, die letztlich in der dauerhaften Übernahme erfolgreicher Verfahrens- und Verhaltensweisen in das aktive Handlungsrepertoire mündet (siehe Darstellung 6).



Darst. 6: Veränderungsverlauf und wahrgenommene persönliche Kompetenz zur Veränderungssteuerung nach Streich, entnommen Rank & Scheinpflug, 2010.

2.7.7 Fazit

Die deutschen ErgotherapeutInnen verfügen bereits über zahlreiche der o.g. Kompetenzen (Schnettker & Laufer, 2006), nicht zuletzt weil sie sich engagiert um die Erweiterung ihrer Kenntnisse und ihres Wissens bemühen (Walkenhorst et al, 2008; Marotzki, 2004) und häufig auf eine lange Berufserfahrung zurückgreifen können (Bollinger, 2012). Allerdings ist diese nach Allen et al (2005) allein kein ausreichendes Indiz für professionelle Kompetenz. Vielmehr stellen sie fest, dass ständige Reflektion und Fortentwicklung auf individueller und berufsständischer Ebene eine wichtige Voraussetzung für den Kompetenzerwerb sind.

Die Fähigkeit jedoch, wissenschaftlich arbeiten zu können, wie sie z.B. auch von der Tuning-Gruppe der ENOTHE (siehe Kapitel 2.7.3) als eine Kompetenzkategorie beschrieben wurde, ist nur durch die Akademisierung zu gewährleisten. Denn die Erweiterung der Kompetenzen über das „disziplinäre und Methodenwissen“ (Marotzki, 2004, S. 11) hinaus bereitet die ErgotherapeutInnen auf die kommenden Aufgaben in der Gesundheitsversorgung vor.

Damit sind auch die examinierten ErgotherapeutInnen gefordert, sich mit dieser Entwicklung auseinanderzusetzen und eine aktive Rolle im sich verändernden Kontext einzunehmen.

3. Das Studiendesign

Im Folgenden werden die Überlegungen der Autorinnen zur Auswahl des Forschungsdesigns, der Forschungsprozess selbst sowie die Methode der Datenauswertung beschrieben.

3.1 Die Forschungsfrage

Flick (2011, S. 132) beschreibt die Formulierung der Forschungsfrage als „*zentralen Schritt*“ für die Konzeption des Forschungsdesigns, die Erschließung des Feldes, die Auswahl der TeilnehmerInnen und die Wahl der Datenerhebung.

„Mit der Entscheidung für eine konkrete Fragestellung ist jeweils auch eine Reduktion der Vielfalt und damit Strukturierung des untersuchten Feldes verbunden“ (Flick, 2011, S. 134).

Aus den eingangs geschilderten Erfahrungen der Autorinnen und der Verknüpfung mit dem in Kapitel 2 beschriebenen theoretischen Hintergrund ergibt sich die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit:

„Wie erleben examinierte ErgotherapeutInnen den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes?“

Ziel der Forschungsarbeit ist es, das Erleben, also die subjektive Wirklichkeit examinierter KollegInnen, in seiner Vielfalt zu erfassen und darzustellen. Ausgehend von dem oben dargestellten Wissen, dass jeder Mensch seine eigene Betätigungsgeschichte hat, seine Identität über das Tun und die Interaktion mit einem Gegenüber ausbildet und Umgangsweisen mit den an ihn gestellten Anforderungen finden muss, wird das Erleben der TeilnehmerInnen - eingebettet in deren persönliche Berufsgeschichte - untersucht und beschrieben.

Das führt zu folgenden weiterführenden Fragestellungen der Untersuchung:

1. Wie beeinflussen die Wege der Berufswahl und die individuelle Betätigungsgeschichte die Identifikation der examinierten ErgotherapeutInnen mit ihrem Beruf?
2. Auf welche Weise nehmen sie den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes wahr?
3. Wie begegnen die examinierten ErgotherapeutInnen dem Akademisierungsprozess vor dem Hintergrund ihres persönlichen Erlebens?

Gegenstand der Forschung ist demnach die deskriptive Darstellung der Gründe für die Berufswahl, der Identifizierung mit dem Beruf, der Wahrnehmung des Berufes im Prozess der Akademisierung und des persönlichen Erlebens der mit dem Akademisierungsprozess einhergehenden Veränderungen.

3.2 Der Forschungsansatz

Die oben genannte Forschungsfrage führt zur Auswahl eines qualitativen Forschungsansatzes, denn *„qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten von innen heraus aus der Sicht des handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“* (Flick, von Kardorff & Steinke, 2010, S. 14).

Ziel der Studie ist genau das: Sie will das Erleben der beruflichen Lebenswelt der examinierten ErgotherapeutInnen in der sich verändernden Umwelt aus deren Sicht erfassen, beschreiben und damit zu einem besseren Verständnis für die Situation der KollegInnen beitragen.

3.3 Hintergrundtheorien

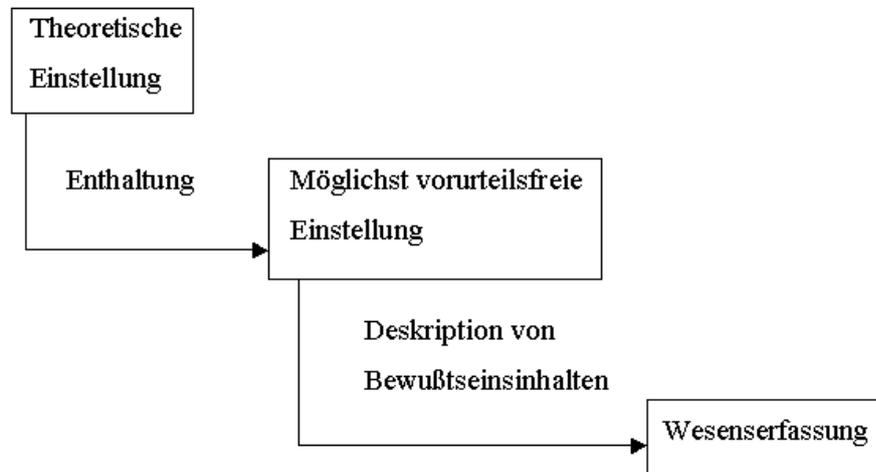
Flick et al (2010, S. 106) beschreiben als *„gemeinsamen Ausgangspunkt der im einzelnen unterschiedlichen theoretischen Traditionen qualitativer Forschung das Alltagshandeln der Gesellschaftsmitglieder in unterschiedlichen Situationen und unter verschiedenen kulturellen Bedingungen“*. Als wichtigste Hintergrundtheorien der qualitativen Forschung werden von Flick et al (2010) die Phänomenologie, die Ethnomethodologie, der symbolische Interaktionismus, der Konstruktivismus und die Hermeneutik genannt. Die für die vorliegende Arbeit relevanten Theorien der Phänomenologie und des Konstruktivismus werden im Folgenden genauer erläutert.

3.3.1 Phänomenologie

„Ziel aller Sozialforschung ist die möglichst unverfälschte Erfassung der sozialen Wirklichkeit“ (Lamnek, 2010, S. 77). Damit nimmt die Phänomenologie als *„Lehre der Erscheinungen“* eine metatheoretische Position in der qualitativen Sozialforschung ein (ebd., S. 44).

Ziel der Phänomenologie (vgl. Darstellung 7) ist es, *„durch objektive Erkenntnis das Wesen einer Sache zu erfassen“*, d.h. untersuchte Phänomene so zu betrachten, wie

sie sind, und nicht, wie sie aufgrund von Vorkenntnissen, Vorurteilen oder Theorien erscheinen mögen (ebd., S. 44). Dabei geht die Phänomenologie von den Erfahrungen des Einzelnen aus und bearbeitet diese in reflexiver Form (Flick et al, 2010).



Darst. 7: Angewandte Phänomenologie (Danner, 1979, S. 135)

Die theoretische Einstellung der Autorinnen wurde gebildet aufgrund von Kenntnissen der ergotherapeutischen Berufsentwicklung, Kenntnissen über berufliche Identitätsfindung, Modelle menschlicher Anpassung an Veränderungen sowie persönliche Erfahrungen der Autorinnen mit dem Thema.

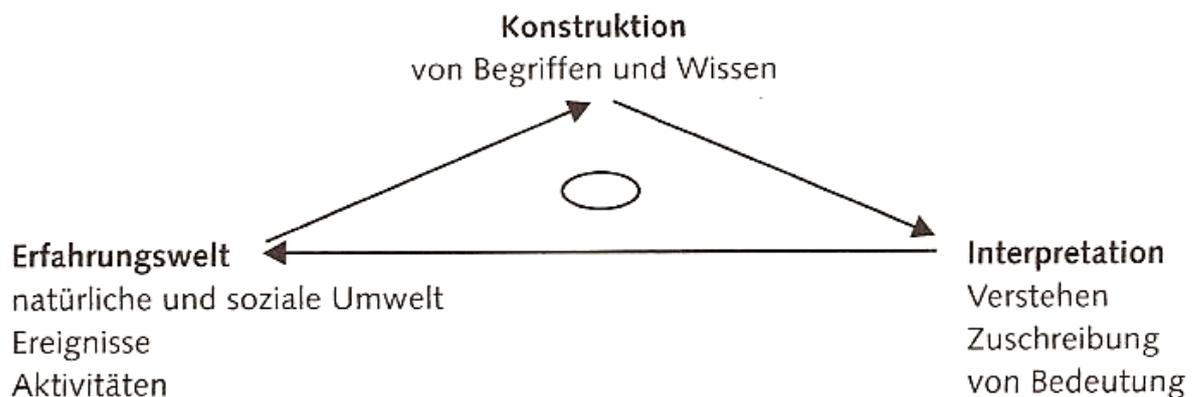
Um das Wesen der Erfahrungen und des Erlebens der examinierten ErgotherapeutInnen zu erfassen, ist es notwendig, diese Vorkenntnisse, Theorien und Vorurteile gedanklich zurückzunehmen, um dem Gegenüber Raum für die Beschreibung eigener Erfahrungen zu bieten.

3.3.2 Konstruktivismus

Trotz des oben genannten Anliegens der vorurteilsfreien und objektiven Erfassung des Phänomens „Erleben des Akademisierungsprozesses“ muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass zum Studienthema ForscherInnen und BerufskollegInnen mit jeweils eigener beruflicher Geschichte, Erfahrungen und Einstellungen zusammentreffen.

Der Konstruktivismus befasst sich mit der Problematik der Konstruktion sozialer Wirklichkeit (vgl. Darstellung 8). Schütz (1971, S. 5) beschreibt die Problematik folgendermaßen: „*Genau genommen gibt es nirgends so etwas wie reine und*

einfache Tatsachen. Alle Tatsachen sind schon immer aus dem universellen Zusammenhang durch unsere Bewusstseinsabläufe ausgewählte Tatsachen. Somit sind sie immer interpretierte Tatsachen: entweder sind sie in künstlicher Abstraktion aus ihrem Zusammenhang gelöst oder aber sie werden nur in ihrem partikulären Zusammenhang gesehen. Daher tragen in beiden Fällen die Tatsachen ihren interpretativen inneren und äußeren Horizont mit sich“. Hier beschreibt Schütz die sogenannte Konstruktion 1. Grades, die Konstruktion des Menschen selbst.



Darst. 8: Konstruktion und Interpretation als Zugänge zur Erfahrungswelt (Flick, 2010, S. 155)

Neben den von Schütz beschriebenen Konstruktionen 1. Grades, welche die Konstruktionen des Menschen selbst betreffen, beschreibt der Autor im Zusammenhang mit Forschungsprozessen Konstruktionen 2. Grades: *„...sind die Konstruktionen der Sozialwissenschaften sozusagen Konstruktionen zweiten Grades, das heißt Konstruktionen von Konstruktionen jener Handelnden im Sozialfeld“* (Schütz, 1971, S. 68).

Dass es dem Forscher kaum möglich sein kann, diesem Prozess zu entgehen erklärt Varela 1990 damit, *„daß Wissen damit zu tun hat, daß wir in einer Welt leben, die untrennbar ist von unserem Körper, unserer Sprache und unserer gesellschaftlichen Geschichte. Wissen ist folglich ein ständig ablaufender Verstehens- und Interpretationsprozess...“* (S. 96).

Die Tatsache, dass Erfahrungen, die sich auf Aktivitäten und Ereignisse in der sozialen und natürlichen Umwelt beziehen, nicht im Sinne von Informationen für das Handeln im Alltag relevant werden, sondern aufgrund der Bedeutungen, die ihnen von den jeweiligen Subjekten zugeschrieben werden, erfordert Berücksichtigung sowohl bei der Auswahl der Methode zur Datenerhebung als auch für die Methode der Datenauswertung und Interpretation (Flick, 1996). Inwiefern diese Erkenntnisse

die Methodenwahl der vorliegenden Arbeit beeinflusste, wird in den nächsten Kapiteln beschrieben.

3.3.3 Konsequenzen für die Methodik

In der vorliegenden Arbeit streben die Autorinnen danach, von außen kommend das Erleben der examinierten ErgotherapeutInnen hinsichtlich des Akademisierungsprozesses gemäß dem phänomenologischen Ansatz in seinem Wesen zu erfassen und zu beschreiben. Das Vorgehen der Autorinnen wird beeinflusst durch den Wunsch, diesem sensiblen Thema Raum zu geben und die eigene Person zurückzunehmen.

Das Wissen über die Konstruktion sozialer Wirklichkeit ist in der vorliegenden Arbeit besonders im Hinblick auf die Auswahl der Methoden der Datenerfassung und der Datenauswertung wesentlich. Die examinierten KollegInnen sollen die Möglichkeit erhalten, ihre Sicht der Dinge zu erzählen, die schon in der Schilderung ihrer persönlichen Interpretation unterliegt und gefärbt ist von ihren eigenen Erfahrungen und Deutungen des Erlebten. *„Inwieweit das Leben und die Erfahrungen in der berichteten Form tatsächlich stattgefunden haben, ist... nicht nachprüfbar. Jedoch lässt sich feststellen, welche Konstruktion das erzählende Subjekt von beidem präsentiert und auch, welche Version in der Forschungssituation entsteht“* (Flick, 2011, S. 116).

Gleichzeitig muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass auch die Autorinnen eine eigene Wirklichkeits-Konstruktion des Themas für sich entwickelt haben durch ihren persönlichen beruflichen Werdegang und ihre individuellen Erfahrungen mit dem Thema der Akademisierung. Die Methode der Datenerfassung muss es daher den Autorinnen möglich machen, sich trotz der eigenen Erfahrungen und Gedanken zu dem Thema zurückzunehmen, um offen sein zu können für die Gedanken, Gefühle und Erlebnisse des Gegenübers.

Die Datenauswertung soll, um die Konstruktionen 2. Grades gering zu halten, die Möglichkeit bieten, nah am Ursprungstext zu bleiben und eher beschreiben und zusammenfassen als interpretierend zu analysieren. Ein induktives Vorgehen erleichtert die im phänomenologischen Ansatz geforderte Enthaltung bezüglich theoretischer Einstellungen und Vorannahmen.

3.4 Methodik

Wie unter Kapitel 3.1 beschrieben, ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, das Erleben der beruflichen Lebenswelt der examinierten KollegInnen in der sich verändernden Umwelt aus ihrer Sicht zu erfassen und zu beschreiben. Wie ebenfalls oben ausgeführt, wird das Erleben in einen Kontext gebracht mit der beruflichen Geschichte und Identität der KollegInnen. Damit besteht ein Interesse der Autorinnen an biographischen Aspekten, Erlebens- und Erlebnisbeschreibungen aus der beruflichen Vergangenheit und Gegenwart der examinierten ErgotherapeutInnen.

3.4.1 Ethische Überlegungen

„Forschungsethik befasst sich mit der Frage, welche ethisch relevanten Einflüsse die Intervention eines Forschers den Menschen zumuten könnte, mit oder an denen der Forscher forscht. Sie befasst sich zudem mit den Maßnahmen, die zum Schutz der an einer Forschung teilnehmenden Personen unternommen werden sollen, sofern dieses als notwendig erscheint“ (Schnell & Heinritz, 2006, S. 17).

Das Forschungsthema der vorliegenden Arbeit ist in mehrerlei Hinsicht ein sensibles Thema. Zum Einen soll das Gefühlserleben von KollegInnen erfasst werden, d.h. diese sollen sich hinsichtlich ihrer Gefühle und Gedanken öffnen können. Daher ist die Herstellung einer vertrauensvollen Atmosphäre von großer Wichtigkeit. Für die Herstellung dieser vertrauensvollen Atmosphäre eignet sich am ehesten die Face-to-Face-Form des Interviews, da es hier den Interviewerinnen möglich ist, mit allen Sinnen die Stimmung des Gegenübers wahrzunehmen und entsprechend darauf zu reagieren.

Zum anderen sind die Autorinnen im Rahmen ihres Studiums dabei, sich von der Position der Examinierten wegzubewegen hin zu der Position der Akademisierten. Die Identität der Autorinnen mit ihrer eigenen beruflichen Herkunft kann Nähe zum Gegenüber herstellen und helfen, über das Erleben der Examinierten Auskunft zu erhalten und sie zum Erzählen anzuregen.

Die vorangegangene Überlegung wird bestärkt durch Helfferich (2011), die die Bedeutung eines gemeinsamen Erfahrungshintergrundes von Interviewendem und Interviewtem wie folgt beschreibt:

„Die interviewende Person ist der soziale Horizont, auf den hin erzählt wird, d.h. Äußerungen ausgewählt werden. In dem Maß, wie die Erzählperson sich gegenüber der interviewenden Person verständlich machen will, sind die Annahmen, was letztere bereits weiß und verstehen kann, wie sie möglicherweise auf Erzähltes reagieren wird, was sich zu erzählen lohnt und ob es sich überhaupt lohnt zu

erzählen etc. ein wichtiges Bestimmungsmoment für die Teilnahme an dem Interview und für die Produktion der spezifischen Erzählversion. Ein gemeinsamer Hintergrund, den die Erzählpersonen und die Interviewenden teilen, erleichtert in der Regel den Zugang zur Erzählpersonen und erhöht die Teilnahmebereitschaft“ (Helfferich, 2011, S. 120-121).

Des Weiteren ist es den Autorinnen wichtig, den InterviewpartnerInnen zu signalisieren, dass durch ihre Äußerungen keine Nachteile für sie entstehen und die Anonymität der Aussagen jederzeit gewahrt wird. Damit handeln die Autorinnen gemäß dem Prinzip der Nicht-Schädigung des Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen, in dem es heißt:

„Personen, die in Untersuchungen als Beobachtete oder Befragte oder in anderer Weise, z.B. im Zusammenhang mit der Auswertung persönlicher Dokumente, einbezogen werden, dürfen durch die Forschung keinen Nachteilen oder Gefahren ausgesetzt werden. Die Betroffenen sind über alle Risiken aufzuklären, die das Maß dessen überschreiten, was im Alltag üblich ist. Die Anonymität der befragten oder untersuchten Personen ist zu wahren“ (Deutsche Gesellschaft für Soziologie, 1992, I B 5).

3.4.2 Vorüberlegungen zum Sample

Die vorangegangene Entscheidung zur Durchführung von Face-to-Face-Interviews führte zu einer Begrenzung der Zahl der InterviewteilnehmerInnen, da es sich hierbei um die zeitlich aufwändigste Art der Interviewführung handelt.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage müssen die TeilnehmerInnen aus Sicht der Forscherinnen zunächst folgende Basis-Kriterien erfüllen:

- **Examen vor dem Jahr 2000**
 - o Zum 01.07.2000 trat die neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Ergotherapie in Kraft (ErgThAPrV), und mit ihr wurden neue Fächer wie „Grundlagen der Ergotherapie“ und „Fachsprache, Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten“ in den Fachschulunterricht eingeführt, die sich mit der Vermittlung von Basiswissen zu ergotherapeutischen Modellen, Clinical Reasoning und evidenzbasiertem Arbeiten befassen, also mit Wissen, das auch im Studium vermittelt wird (Miesen, 2004). Die KollegInnen, die vor dem Jahr 2000 ihre Ausbildung beendeten, haben keinerlei Studien-Inhalte vermittelt bekommen, sofern sie sich nicht selbständig diesbezüglich fortgebildet haben.

- Die Forschungsfrage soll eingebettet in den beruflichen Werdegang, also die eigene Geschichte der InterviewpartnerInnen, untersucht werden. Vor 2000 examinierte ErgotherapeutInnen haben eine „berufliche Geschichte“ von mindestens 12 Jahren vorzuweisen, sind noch in das mechanistische Paradigma hinein ausgebildet worden und haben somit den Wandel hin zum zeitgenössischen Paradigma „klarer“ erlebt .
- **Bewusste Wahrnehmung des Akademisierungsprozesses in der Ergotherapie**
 - Die Frage nach dem Erleben des Akademisierungsprozesses setzt beim Interviewten voraus, dass es ein Bewusstsein zu diesem stattfindenden Prozess gibt, da sonst keine Aussagen dazu möglich wären.

Die begrenzten zeitlichen, personellen und monetären Möglichkeiten erfordern zusätzlich den Einsatz eines „*Kriteriums der Annehmlichkeit*“ (Patton, zitiert in Flick, 1999, S. 88), nämlich die ausschließliche Suche von InterviewteilerInnen in NRW, um Reisezeit und Reisekosten gering zu halten.

Gedanken zur Samplestruktur

Neben den oben genannten und begründeten Suchkriterien streben die Autorinnen trotz geringer Teilnehmerzahl eine möglichst große Variation von Fällen an, die zumindest im Ansatz die große Bandbreite der ergotherapeutischen Arbeitsbereiche und -institutionen, Arbeitspositionen und Möglichkeiten des Zugangs zum Thema Akademisierung widerspiegelt. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass das Thema Akademisierung in unterschiedlichen Fachbereichen unterschiedlich diskutiert wird; dass Selbständige noch einmal andere Aspekte des Akademisierungsprozesses für wichtig erachten als Angestellte, und dass z.B. die Art der Berührung mit dem Thema auch diesbezügliche Auswirkungen auf die Bildung der eigenen Position haben kann. Daneben soll sich die Ergotherapie als frauendominierter Beruf auch als solche im Sample wiederfinden.

Einen Überblick auf die somit herangezogenen Auswahlfaktoren einschließlich der Basiskriterien gibt Darstellung 9:

Geschlecht	Jahr des Examens	Jahre der Berufserfahrung	Institution	Fachbereich	Arbeitsposition	Arbeitszeit	Berührung mit dem Thema
------------	------------------	---------------------------	-------------	-------------	-----------------	-------------	-------------------------

Darst. 9: Auswahlfaktoren zur Erstellung der Samplestruktur

3.4.3 Methode der Datenerfassung

Nach den vorangegangenen methodologischen und methodischen Überlegungen fällt die Wahl der Methode der Datenerfassung auf das von Flick (2011) beschriebene episodische Interview.

„Ein Ausgangspunkt für das episodische Interview ist die Annahme, dass Erfahrungen der Subjekte hinsichtlich eines bestimmten Gegenstandsbereichs in Form narrativ-episodischen Wissens und in Form semantischen Wissens abgespeichert und erinnert werden. Während die erste Form erfahrungsnah sowie bezogen auf konkrete Situationen und Umstände organisiert ist, enthält die zweite Form des Wissens davon abstrahierte, verallgemeinerte Annahmen und Zusammenhänge“ (Flick, 2010, S. 238-239). Um beide Formen des Wissens zu erfassen, verbindet das episodische Interview narrative Elemente mit konkretzielgerichteten Fragen. *„Ziel des episodischen Interviews ist, bereichsbezogen zu ermöglichen, Erfahrungen in allgemeinerer, vergleichender etc. Form darzustellen* (Anmerkung des Verfassers: semantischer Anteil), *und gleichzeitig, die entsprechenden Situationen und Episoden zu erzählen“* (Anmerkung des Verfassers: narrativer Anteil) (Flick, 2010, S. 239). Durch die Koppelung von erzählter, beispielhafter Erfahrung und verallgemeinernden Aussagen ist es im episodischen Interview möglich, sowohl das Phänomen des Erlebens in den jeweiligen erzählten Situationen zu erfassen als auch die dahinterstehenden Konstruktionen der Interviewten ein wenig offen zu legen.

Die Kommunikations- und Interaktionsbeziehung zwischen Interviewer und Interviewtem ist beim episodischen Interview eine teilmonologische, d.h. *„die Erzählperson wird...zum Erzählen aufgefordert, aber gleichzeitig...verbal gestützt und thematisch geleitet. Die Beziehung bleibt aber stark asymmetrisch und insofern distanziert und abstinert, als die Interviewenden sich jeder Bewertung enthalten und die Erzählung, so wie sie ist, akzeptieren“* (Helfferich, 2011, S. 43).

Flick (2011) beschreibt für das episodische Interview, dass sowohl die Darstellungsform der entsprechenden erzählten Episode als auch die Auswahl von Beispielen weitgehend vom Interviewpartner nach Gesichtspunkten subjektiver Relevanz gestaltet werden kann.

Mit der stark asymmetrischen Ausrichtung schützt das episodische Interview auch den Interviewer davor, seine eigenen Wirklichkeitskonstruktionen einzubringen, ermöglicht ihm aber trotzdem die Erfassung verschiedener Aspekte des Themas.

3.4.4 Methode der Datenauswertung

Die oben genannte Forschungsfrage impliziert folgende Anforderungen an die Methode der Datenauswertung:

- Die Methode der Wahl muss Text in Form von transkribierten Interviews analysieren können.
- Die Methode der Wahl muss offen sein bezüglich der Themen, die sich im Verlauf der Interviews ergeben können, eine Kategorisierung sollte daher im Verlauf der Interviews oder im Anschluss an die Interviews möglich sein.
- Die Methode der Wahl soll qualitativen Gütekriterien von Forschung entsprechen.
- Die Methode der Wahl soll möglichst wenig interpretieren, sondern erfassen und darstellen.
- Die Methode der Wahl darf Theorieleitung nicht ausschließen.

Aufgrund der oben genannten Kriterien fällt die Wahl der Autorinnen auf die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und hier auf die Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse.

- Hinsichtlich des theoretischen Hintergrundes ist die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring nicht festgelegt und wird in der Regel zur Analyse subjektiver Sichtweisen verwendet (Flick, 1999).
- *„Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“* (Mayring, 2002, S. 114), d.h. die Analyse erfolgt systematisch, regelgeleitet und induktiv (Mayring, 2010).
- Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse als Technik der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, *„das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“* (Mayring, 2010, S. 65).

4. Durchführung der Studie

In diesem Kapitel wird die Durchführung der Studie auf der Grundlage des in Kapitel 2 beschriebenen theoretischen Hintergrundes und der methodologischen und methodischen Vorüberlegungen beschrieben. Darstellung 10 gibt zunächst einen groben Überblick über den Ablauf der Durchführung, eingebettet in die theoretische Ausarbeitung und die fortwährende Literaturrecherche.

Inhaltliche Schwerpunkte			
Forschungsfrage und Leitfragen entwickeln, Überlegungen zum theoretischen Hintergrund und zur Methodik		Literatur-Recherche	
theoretischen Hintergrund und Studiendesign ausarbeiten	Interviewfragen entwickeln		
	InterviewpartnerInnen suchen		
	Pilot-Interviews führen		
	Interviews führen		Transkription
	Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews		
Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerungen ausarbeiten			

Darst.10: Theoretischer und praktischer Ablaufplan der Studie

4.1 Entwicklung des Interview-Leitfadens für das episodische Interview

Wie unter Kapitel 3.4.3 beschrieben, geht Flick davon aus, dass Erfahrungen als narrativ-episodisches und semantisches Wissen gespeichert und erinnert werden.

Entsprechend ergeben sich für die Entwicklung eines Leitfadens für das episodische Interview nach Flick (1996) folgende Kriterien:

- Es muss Raum geben für kontextbezogene Darstellungen in Form von Erzählungen, da über Erzählungen ein direkter Zugang zu Erfahrungen und ihrem Kontext möglich ist.
- Besonders sinnvoll erscheint ein Zugang, der an Situationen oder Episoden ansetzt, in denen der Untersuchte für die Fragestellung relevante Erfahrungen gemacht hat.
- Dabei sollte der Zugang so gewählt werden, dass sowohl die Auswahl als auch die Darstellung der Situation weitgehend vom Interviewpartner gestaltet werden können.
- Es sollte ebenfalls ein Zugang zu eher generalisierten Formen des Erfahrungswissens ermöglicht werden, also zu semantischem Begriffs- und Regelwissen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien entwickeln die Autorinnen einen Leitfaden zur Durchführung eines Interviews, der Situationen und Erfahrungen der InterviewteilerInnen bezüglich des Akademisierungsprozesses erfasst, eingebettet in den jeweiligen persönlichen Kontext des beruflichen Werdegangs und der ausgebildeten beruflichen Identität. Daneben wird zur Erfassung des semantischen Anteils die begriffliche Auseinandersetzung mit dem erlernten Beruf, der Akademisierung und dem Studium der Ergotherapie erfasst (Version der Hauptstudie siehe Anhang I).

Der thematisch-chronologische Aufbau des Interviews ermöglicht den InterviewpartnerInnen einen sanften Einstieg in die Thematik ebenso wie den Einstieg in die spezielle Fragetechnik des episodischen Interviews.

4.2 Rekrutierung und Auswahl der InterviewpartnerInnen

Wie in den Vorüberlegungen zum Sample in Kapitel 3.4.2 beschrieben, waren die Basis-Einschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie

- der Examensabschluss an einer Fachschule für Ergotherapie vor dem Jahr 2000,
- die bewusste Wahrnehmung des Akademisierungsprozesses und
- ein Arbeitsplatz in NRW.

Entsprechend wurde ein Aufruf zur Teilnahme an der Studie veröffentlicht über die DVE-Homepage und über den Landesgruppenverteiler NRW des DVE. Des Weiteren

wurden bestehende E-Mail-Verteiler der Arbeitsstellen der Autorinnen als Schneeballsystem genutzt.

Ausdrücklich nicht genutzt wurde der Alumni-Verteiler der Hogeschool Zuyd, um möglichst einen direkten Zugang zu den examinieren ErgotherapeutInnen zu gewährleisten ohne Weiterleitung durch akademisierte ErgotherapeutInnen.

Insgesamt gab es auf den Aufruf 26 Rückmeldungen mit Interesse an der Teilnahme; davon erfüllten 14 die Teilnahme Kriterien nicht, da sie entweder schon einen Studienabschluss hatten oder nicht aus NRW kamen. Zwei Rückmeldungen kamen erst, nachdem schon alle InterviewpartnerInnen ausgewählt und Termine vereinbart waren.

Den verbliebenen zehn Teilnahme-InteressentInnen wurde per E-Mail eine schriftliche Vorinformation über die geplante Vorgehensweise und den zu erwartenden Arbeitsaufwand (siehe Anhang II) sowie ein Teilnahmeprofilbogen (siehe Anhang III) zugesandt mit der Bitte, diesen bei weiterem Interesse ausgefüllt an die Autorinnen zurück zu senden. Daraufhin sagte eine der InteressentInnen ab, zwei gaben keine erneute Rückmeldung, und sieben Angeschiedene sendeten das ausgefüllte Teilnehmerprofil zurück.

Parallel zu dem Aufruf per Internet wurden von beiden Autorinnen zwei Kolleginnen persönlich angesprochen mit der Bitte, sich für die Pilotphase zur Verfügung zu stellen.

4.3 Die Pilotphase

Zur Erprobung des Leitfadens und zur Interviewer-Schulung wurden zwei Pilot-Interviews durchgeführt. Beide ausgewählten Teilnehmerinnen entsprachen sämtlichen Einschlusskriterien (vgl. Darstellung 11) und waren durch ihre kollegiale Beziehung zu den Autorinnen gut geeignet für eine offene und konstruktive Pilotierungsevaluation.

Teilnehmer	Geschlecht	Jahr des Examens	Jahre der Berufserfahrung	Arbeitsort	Fachbereich	Arbeitsposition	Arbeitszeit	Berührung mit dem Thema
P1	w	1994	18	Praxis	Päd. Psych.	angestellt	Teilzeit	KollegInnen im Team; Überlegung, selbst zu studieren
P2	w	1986	26	Praxis, Fachschule	Päd. Psych.	angestellt, freiberufl.	Teilzeit	KollegInnen im Team

Darst. 11: Profil der Pilot-Teilnehmerinnen

Die Interviews wurden zu zweit geführt, wobei jeweils die Autorin das Interview führte, die nicht mit der Teilnehmerin bekannt war. Die zweite Autorin kümmerte sich um die Technik und führte ein Interviewprotokoll, war aber ansonsten nicht in das Interview involviert.

Die Fragen waren den Teilnehmerinnen im Vorfeld nicht bekannt, da aus Sicht der Autorinnen durch das spontane Antworten die Möglichkeit zum vorherigen Konstruieren einer Antwort unterbunden wurde. Des Weiteren spiegeln spontane Antworten eher das momentane Erleben auf der Gefühlsebene wider.

Die Pilotierungsevaluation (Fragebogen siehe Anhang IV) ergab aus Sicht der Interviewten das Gefühl, im Vorfeld ausreichend über den Ablauf und den entstehenden Aufwand informiert worden zu sein. Sie empfanden die Gesprächsatmosphäre als angenehm und die Interviewdauer mit ca. 45 Minuten als nicht zu lang. Die Fragestellungen wurden als klar und deutlich bewertet, allerdings empfand eine Pilotin einige Fragen in der Formulierung als sehr ähnlich. Die andere Pilot-Teilnehmerin beschäftigte sich gedanklich trotz entsprechender Einführung zum Teil sehr damit, was die Interviewerin mit der einen oder anderen Fragestellung wohl „wissen wollte“.

Die erste Pilot-Teilnehmerin wünschte sich im Interview eine mehr dialogische Form, um mehr Sicherheit und Bestätigung für ihre Aussagen zu bekommen.

Es wurden keine Themenbereiche vermisst, der Themenkomplex der Akademisierung wurde von einer Teilnehmerin als zu umfangreich empfunden, weil sie „keine Akademikerin ist“. Stattdessen gewünscht wurde noch eine Frage zu dem, was an der Berufsfachschulausbildung als positiv erlebt wurde.

Den Interviewerinnen wurde schon in den Pilot-Interviews deutlich, dass es sehr unterschiedliche Erzähltypen gibt, die ein unterschiedliches Maß an Anregung benötigen, um besonders zu konkreten Beispielen oder Situationsschilderungen zu kommen. Des Weiteren wurde deutlich, dass zwar von der Akademisierung gesprochen wurde, das Wissen über die Inhalte des Studiums bei den Interviewten aber sehr unterschiedlich war.

Die Position als „stille Beobachterin“ empfanden beide Autorinnen als unbefriedigend, da es durchaus Fragestellungen gab, die aus Sicht der Interviewerin beantwortet waren, aus Sicht der Beobachterin aber ein Nachfragen hätten sinnvoll erscheinen lassen.

Aufgrund der in den Pilot-Interviews gemachten Erfahrungen wurden eine Frage zum Erleben der Ausbildung (siehe Frage 3, Anhang I) und eine Frage bezüglich des semantischen Wissens zum Studium (siehe Frage 12, Anhang I) ergänzt.

Die Informationen aus den beiden Pilot-Interviews flossen nicht in die Datenauswertung mit ein.

4.4 Durchführung der Hauptstudie

4.4.1 Die InterviewteilnehmerInnen

Die aus den Rückmeldungen verbliebenen sieben InteressentInnen erfüllten neben den unter 3.4.2 beschriebenen Basis-Kriterien auch die von den Autorinnen gewünschte Variation von Fällen bezüglich der weiteren Auswahl Faktoren (siehe Darstellung 12). So ist nur einer der Teilnehmer männlich und sechs Teilnehmerinnen sind weiblich, womit sich die Frauendominanz des Berufes auch im Sampling ausdrückt. Vier der sieben TeilnehmerInnen arbeiten in einer Praxis für Ergotherapie; damit spiegelt sich die Tatsache wider, dass ergotherapeutische Praxen nach dem Stand von 2007 das größte Arbeitsfeld in der Ergotherapie bilden (Thiebes, 2008). Fast alle gängigen Fachbereiche der Ergotherapie sind auch unter den TeilnehmerInnen wieder zu finden, ebenso alle unterschiedlichen Arbeitspositionen sowie Teilzeit- und Vollzeit-Berufstätigkeit. Die Bandbreite der ergotherapeutischen Berufserfahrung reicht von 17 – 30 Jahren. Die Berührung mit dem Thema Akademisierung findet bei den Interview-TeilnehmerInnen auf vielfältige Weise statt: Zwei haben KollegInnen im Team, vier geben Fortbildungen als Berührungspunkt an, drei erwähnen die inzwischen vielfältige Literatur zu ergotherapeutischen Themen und vier der KollegInnen setzen oder setzten sich

selbst mit der Überlegung auseinander, ein Studium aufzunehmen. Zwei KollegInnen nannten die ehrenamtliche Arbeit im Berufsverband als Schnittstelle zum Thema.

Teilnehmer	Geschlecht	Jahr des Examens	Jahre der Berufserfahrung	Arbeitsort	Fachbereich	Arbeitsposition	Arbeitszeit	Berührung mit dem Thema
TN1	w	1981	30	Praxis Akutklinik	Neuro	angestellt	Teilzeit	Verbandsarbeit
TN2	w	1985	27	Praxis	Päd Neuro Psych Ortho	selbstständig	Vollzeit	KollegInnen im Team; Fortbildungen; Literatur; Überlegung, selbst zu studieren
TN3	m	1995	17	Praxis	Päd Neuro Ger Ortho	selbstständig	Vollzeit	Verbandsarbeit
TN4	w	1993	19	Akutklinik; Fachschule	Psych	angestellt	Teilzeit	Fortbildungen; Überlegung, selbst zu studieren
TN5	w	1991	21	Akutklinik	Psych	angestellt	Vollzeit	KollegInnen im Team
TN6	w	1986	26	Akutklinik	Psych	angestellt freiberuflich	Teilzeit	Fortbildungen; Literatur; Überlegung, selbst zu studieren
TN7	w	1992	20	Praxis	Päd	angestellt freiberuflich	Teilzeit	Fortbildungen; Literatur; Überlegung, selbst zu studieren

Darst. 12 : Profil der TeilnehmerInnen der Hauptstudie

4.4.2 Interview-Prozedere

Sämtliche InterviewpartnerInnen wurden von einer der Autorinnen telefonisch oder per Mail zwecks Terminabsprache kontaktiert. Sie erhielten im Vorfeld des Interviews per Mail ein Informationsblatt zum Datenschutz sowie den Vordruck zur schriftlichen

Einwilligungserklärung, den sie jeweils am Tag des Interviews unterschrieben an die Autorinnen aushändigten (siehe Anhang V und VI).

Die Interviews fanden zwischen dem 18.07.2012 und dem 09.08.2012 statt. Alle sieben TeilnehmerInnen wurden an einem Ort ihrer Wahl Face-to-Face interviewt. Drei TeilnehmerInnen wählten ihren Arbeitsplatz als Interviewort, drei wählten das häusliche Wohnzimmer, und eine TeilnehmerIn wählte den Arbeitsplatz einer der Autorinnen.

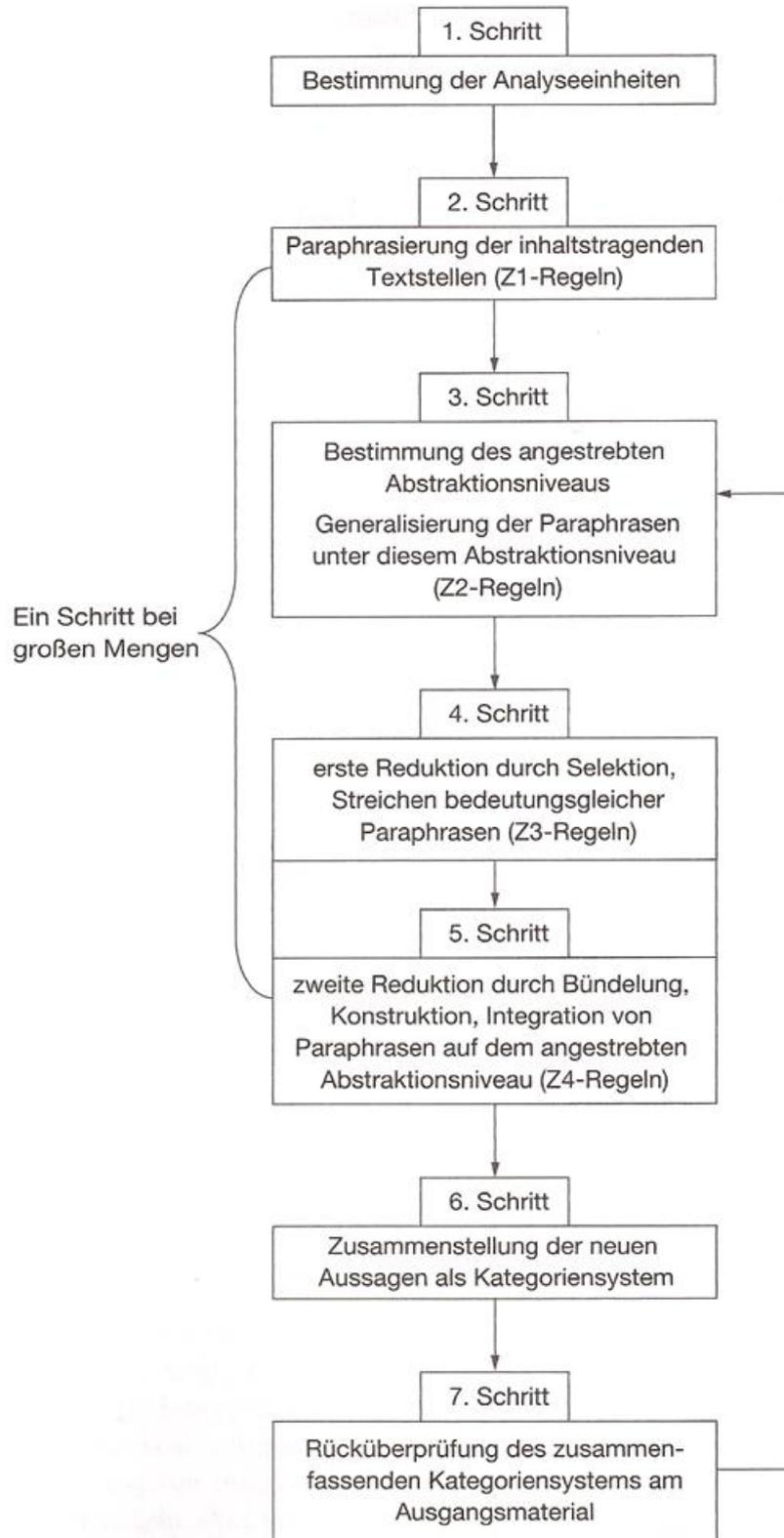
Alle Interviews wurden von beiden Autorinnen durchgeführt, wobei jeweils eine die Interviewerin war und die andere zuständig für die Technik, die Beobachtung der Interviewsituation und für das Protokoll der Interviewsitzung. Für die Aufnahme wurden je zwei digitale Sony-Aufnahmegeräte genutzt, um Technikpannen ausschließen zu können. Resultierend aus den Erfahrungen der Pilot-Interviews hatte die Beobachterin nach Abschluss des offiziellen Interviews die Möglichkeit, ihrerseits Fragen zum bereits Gehörten zu stellen. Die Dauer der Interviews betrug jeweils 30 bis 60 Minuten.

Die Transkription erfolgte nach den Regeln von Kuckartz, Dresing, Rädiker und Stefer (2008) (siehe Anhang VII). Als technische Unterstützung bei der Transkription wurde Soundorganizer Version 1.2 genutzt. Alle Transkriptionen erfolgten durch die Autorinnen.

Im Anschluss an die Transkription wurden die anonymisierten Abschriften an alle InterviewteilnehmerInnen geschickt mit der Bitte um Bestätigung des Gesagten und Freigabe für die Auswertung innerhalb einer Woche nach Erhalt des Transkriptes. Alle Interviews wurden im Rahmen des Member-Checks von den Interviewten fristgerecht freigegeben.

4.4.3 Die Datenanalyse

Für die Datenauswertung wurde die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) mit anschließender induktiver Kategorienbildung aus dem Gesamtmaterial genutzt. Darstellung 13 zeigt die Auswertungsschritte der zusammenfassenden Analyse in der Gesamtübersicht. Die Interpretationsregeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Z-Regeln) sind nachzulesen im Anhang VIII.



Darst. 13: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S. 68)

Der Prozess der Kategorienbildung wurde zunächst von beiden Autorinnen unabhängig voneinander am Interview-Transkript TN1 durchgeführt, die Vorgehensweisen und Ergebnisse anschließend miteinander diskutiert und abgeglichen. Aufgrund der übersichtlichen Datenmenge konnte Schritt 5 ausgelassen werden. Die weiteren Interviewanalysen wurden unter den Autorinnen aufgeteilt und Ausschnitte stichprobenartig bezüglich Vorgehen und Ergebnis miteinander verglichen im Sinne der Forschertriangulation.

4.4.4 Angewandte Kriterien prozeduraler und analytischer Strenge

Mayring (2002) beschreibt sechs allgemeine Gütekriterien für qualitative Forschung, die größtenteils von den Autorinnen für den Forschungsprozess und die Auswertung genutzt wurden.

- **Verfahrensdokumentation**
 - Explikation des Vorverständnisses, Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung wurden dokumentiert.
 - Interviewprotokolle wurden während der Interviews vom Beobachter geschrieben.
- **Argumentative Interpretationsabsicherung**
 - Interpretationen, zum Beispiel im Rahmen der Kategorienbildung, wurden theoriegeleitet argumentativ begründet.
 - Gleichzeitig wurde bei der Analyse auch mit Offenheit gegenüber dem Gegenstand vorgegangen.
- **Regelgeleitetheit**
 - Die Analyse der Transkripte erfolgte regelgeleitet nach dem von Mayring beschriebenen Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse.
- **Nähe zum Gegenstand**
 - Mit der Forschungsfrage wurde nah an der Alltagswelt der Erforschten angesetzt, es wurde Forschung für die Betroffenen betrieben und dabei ein offenes, gleichberechtigtes Verhältnis hergestellt.
- **Kommunikative Validierung**
 - Kommunikative Validierung der Ergebnisse wurde nicht genutzt, lediglich die Abschrift der Interviews wurde den InterviewteilnehmerInnen mit Bitte um Bestätigung zugesandt (Member-Check).
- **Triangulation**
 - Forschertriangulation wurde genutzt bei der Durchführung der Interviews sowie bei der Auswertung der Daten.

- Die Mischung narrativer Elemente mit konkret-zielgerichteten Fragen im von den Autorinnen genutzten episodischen Interview verbindet Elemente des Leitfaden-Interviews mit der Erzählung und wird daher von Flick (2010) als Within-Method-Triangulation beschrieben.

5. Ergebnisdarstellung

5.1. Bausteine der Identität

5.1.1 Gründe für die Berufswahl

Befragt nach ihren Gründen für die Berufswahl, wird deutlich, dass die meisten TeilnehmerInnen nicht zielstrebig auf die Ergotherapie zusteuerten, sondern häufig über einen Umweg zu diesem Beruf kamen. Es gab z.B. Studienwünsche, die aufgrund des Numerus Clausus nicht umzusetzen waren oder noch sehr vage Vorstellungen vom zukünftigen Berufsleben, so dass die Berufsfindung zunächst z.B. mit einem Praktikum im sozialen Bereich begann.

Alle TeilnehmerInnen wurden von dem Wunsch geleitet, mit Menschen arbeiten zu wollen: *„Mit Menschen und handwerklich, diese Kombination“* (TN1-22).

Auch der generelle Wunsch, im sozialen Bereich tätig sein zu wollen, wird genannt: *„Wollte etwas im sozialen Bereich machen“* (TN1-16). Durch ihre Vorerfahrungen hatten einige InterviewpartnerInnen bereits Kontakt mit Menschen mit Behinderung, was sie bestärkte, genau mit diesem Klientel ihr Berufsleben zu gestalten: *„Habe gemerkt, dass ich wunderbar mit ihm [dem Jungen mit Behinderung] klar kam“* (TN2-15).

Auch das Handwerk spielt in den Aussagen aller TeilnehmerInnen eine große Rolle. So stellt eine Teilnehmerin fest: *„Gebastelt habe ich immer gern“* (TN1-20). Eine andere führte ihr generelles Interesse an handwerklichen und gestalterischen Techniken zur Ergotherapie als Berufsfeld: *„Auch mit diesem künstlerischen Gestalten, mit diesem Werkgestalten. Ich bin Handwerker, ich arbeite gerne mit Materialien“* (TN3-30).

5.1.2 Bild des Berufes zu Beginn

Für die Beschreibung des anfänglichen Bildes vom Beruf wird von den InterviewpartnerInnen häufig das Verb „helfen“ genutzt. Allen war klar, dass sie sich um bedürftige Menschen bemühen würden, was sie auch motivierte, diesen Beruf zu ergreifen: *„Es war dieses Helfende, dieses Unterstützende“* (TN1-27).

Einige hatten bereits genauere Kenntnisse vom Beruf und konnten ihr Bild mit konkreten Krankheitsbildern oder Tätigkeiten verknüpfen, was von TN5 als beeindruckend geschildert wird: *„Transfer vom Bett zum Rollstuhl oder so was, das haben die Ergos alles gemacht. Und auch mit so einem Brett und so einem Lift und so was, das bleibt mir in Erinnerung“* (TN5-87).

Auch über die Vermittlung medizinischen Wissens waren die TeilnehmerInnen im Bilde: *„Meine beiden Hauptinteressen im Leben waren Medizin und handwerklich-kreativ“* (TN5-99). Allerdings war nicht allen bewusst, was für eine dominante Rolle die Medizin als Bezugswissenschaft einnimmt: *„Dass es so eine medizinische Ausrichtung hatte, war mir [...] nicht klar“* (TN3-42).

Der Wunsch der InterviewpartnerInnen, mit der Berufswahl eine praktische Tätigkeit ausführen zu können, bestätigte sich für TN6: *„Mir gefiel der praktische Ansatz“* (TN6-29). Auch die gewünschten handwerklichen Techniken fanden sich im anfänglichen Berufsbild wieder: *„Über handwerkliche Techniken [wollte ich] arbeiten“* (TN1-35).

5.1.3 Erlebte Schwerpunkte der Ausbildung

An die Ausbildung hatten die TeilnehmerInnen bis auf eine Ausnahme durchweg positive Erinnerungen. Auch hier wurde das Handwerk wieder ausdrücklich erwähnt: *„Diese ganz vielen handwerklichen Sachen [haben mir am besten gefallen]“* (TN1-47).

Einige erwähnen, dass auf die Entwicklung sozialer Kompetenz vor allem in der Auseinandersetzung mit den MitschülerInnen viel Wert gelegt wurde. *„[Wir haben] Gruppenarbeiten gemacht, es war anregend“* (TN1-49).

Ebenso haben einige der Befragten auch für ihre Persönlichkeitsentwicklung von der Ausbildung profitiert. Sei es, weil sie „ihren“ Beruf gefunden hatten, sei es weil sie erkannten, wozu sie fähig sind: *„Auch wenn es schwierig ist, werde ich wohl irgendwie mit klarkommen“* (TN5-178).

Vor allem war es jedoch die Verknüpfung der theoretischen Inhalte mit der praktischen Umsetzung, die von den InterviewpartnerInnen zustimmend beurteilt wurde: *„Fand ich sehr interessant diese Verbindung zum Therapeutischen, wofür man Peddigrohr bei bestimmten Krankheitsbildern einsetzen konnte“* (TN5-99).

Dabei haben auch DozentInnen einen bleibenden Eindruck hinterlassen: *„Mein Psychiatriedoziert hat mich ziemlich beeindruckt, der auch eine Rolle gespielt hat, in den Psychiatriebereich zu gehen“* (TN4-64).

Zudem profitierten sie sehr von den praktischen Anteilen der Ausbildung durch die sie früh lernen konnten, wozu Menschen aufgrund ergotherapeutischer Unterstützung in der Lage sein können: *„Und wie man diese Menschen dann befähigt, etwas zu tun. Im Alltag, im Beruf klar zu kommen“* (TN3-61).

5.1.4 Notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten

Die TeilnehmerInnen beschreiben dezidiert, welche Faktoren aus ihrer Sicht ErgotherapeutInnen zur Ausübung des Berufes befähigen. Besonders wichtig ist ihnen, auf Menschen zugehen zu können sowie einfühlsam und zugewandt offen für deren Probleme zu sein: *„Man muss sie mögen, die Arbeit mit Patienten, das ist auch wichtig“* (TN5-401).

Aber auch auf Fachwissen legen die Befragten großen Wert. Sie nehmen zur Kenntnis, dass die Anforderungen sowohl durch die Flut an Informationen als auch durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Forschung der Ergotherapie und der Bezugswissenschaften gestiegen sind. *„Man muss aufgeschlossen sein für moderne Techniken, [...] für akademische oder wissenschaftliche Sachen, [...] für Forschung, [...] für medizinische Sachen“* (TN1-305).

Die InterviewpartnerInnen sind sich bewusst, dass ohne Wissenserweiterung die kompetente Zusammenarbeit mit den Klienten nicht möglich ist und dass sich die Erwartungen an den Berufsstand auch durch das kontextuelle Umfeld verändert haben: *„Man muss heute ein bisschen wissenschaftlicher denken, wie effektiv die Therapie ist und wie kann ich das nachweisen“* (TN4-232).

5.1.5 Arbeit mit den Klienten

Diese positiven Einschätzungen entstehen aus dem beruflichen Alltag der Befragten, die vor allem die Vielseitigkeit hervorheben: *„Wie viel Möglichkeiten da drin sind, was zu tun“* (TN1- 83). Das beinhaltet sowohl die Wahl der Behandlungsmethode als auch des therapeutischen Settings wie z.B. die Arbeit im Lebensumfeld der Klienten. Einige Befragte genießen, dass sie in ihren Entscheidungen, was mit den Klienten zu tun ist, weitgehend selbstbestimmt und flexibel sind.

Besonders hervorgehoben wird auch die positiv erlebte Herausforderung, welche die Persönlichkeit jedes einzelnen Klienten und seine individuelle Problematik für die TherapeutInnen darstellt: *„Mit jedem Patienten gab es eine neue Aufgabenstellung“* (TN1-119). Das finden die Befragten spannend und sie setzen sich mit den Krankheitsbildern sorgfältig auseinander, um für die Probleme des Klienten die

richtige Lösung zu finden. Eine Teilnehmerin bemerkt auch, dass dies aufgrund von zu wenig Fachliteratur lange Zeit schwierig war.

Generell steht die Zusammenarbeit mit den Klienten unbedingt im Vordergrund des beruflichen Alltags der Befragten. Sie freuen sich mit ihnen über erfolgreich erreichte Behandlungsziele und beobachten mit Spannung, welche positiven Veränderungen sie bewirken: *„Wenn ich merke, es passiert was, wenn es vorwärts geht“* (TN2-93). Daraus ziehen sie auch viel Bestätigung für die Richtigkeit ihrer Berufswahl und ihres Tuns: *„Ich kriege [...] sehr viel Rückmeldung über die Patienten, die gern kommen und bei mir was machen und gerne arbeiten“* (TN4-90).

Die Zusammenarbeit mit den Klienten steht im Mittelpunkt der Schilderungen, was den InterviewpartnerInnen am meisten Freude in ihrem Beruf bereitet. Sie sehen ihre Aufgabe darin, die Menschen dort abzuholen, wo sie stehen und ihnen zu helfen sich in ihrer neuen Rolle als Patient anzunehmen. Als wichtigsten Auftrag beschreiben sie, den Klienten Möglichkeiten der Lebens- und Alltagsbewältigung aufzuzeigen und sie zu unterstützen. *„Das Wichtigste ist es, wenn ich den Patienten was an die Hand geben kann, mit dem sie was anfangen können“* (TN4-192).

Unabhängig von der Arbeit mit den Klienten bestätigen die Befragten trotz ihrer doch bereits recht langen Berufstätigkeit ihre Berufswahl: *„Ich fühle mich einfach wohl mit diesem Beruf“* (TN4-89). Was die Ergotherapie aktuell für die Befragten bedeutet, zeigt sich sehr facettenreich. Eine TeilnehmerIn bringt es ganz emotional auf den Punkt: *„[Ergotherapie] ist mein Lebensinhalt.“* (TN3-138)

5.1.6 Arbeit im Team

Die Kooperation mit KollegInnen im interdisziplinären Team ist für die Befragten selbstverständlich und sie sehen, dass diese für die Zusammenarbeit mit den Klienten förderlich ist. Außerdem beschreiben die InterviewpartnerInnen, dass sie auch persönlich von der Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen profitieren. *„Gemeinsam [mit den anderen Gesundheitsberufen] am Patienten [arbeiten], um die da voran zu bringen. Das ist optimal“* (TN3-176).

Gleichwohl werden die unterschiedlichen Herangehensweisen der Gesundheitsberufe beschrieben. Selbstbewusst zählen die TeilnehmerInnen die Handlungsorientierung zu den Kernkompetenzen der Ergotherapie. Offensichtlich sehen sie auch die Klientenzentrierung und die ganzheitliche Sicht auf den Klienten als eine eher ergotherapeutische Herangehensweise: *„Wir versuchen ganz konkret, die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten aber auch seine Erfahrungswerte mit in den Behandlungsprozess einzubauen“* (TN6-185).

5.1.7 Weiterbildung

Auch die ständige Arbeit an ihrer eigenen beruflichen Weiterentwicklung gehört für die Befragten zu ihrem Selbstverständnis als ErgotherapeutInnen. Dies tun sie im Rahmen von Fortbildungen, im Austausch mit KollegInnen und dem interprofessionellen Team: *„[Ergotherapie bedeutet], dass man immer neue Ideen entwickelt, neue Ansätze versucht, in das Konzept hineinzubringen“* (TN3-147).

5.1.8 Handwerk

Nach wie vor hat auch das Handwerk für die TeilnehmerInnen einen besonderen Stellenwert als therapeutisches Mittel der Ergotherapie. *„Das Handwerk ist ein sehr wichtiges Thema“* (TN5-342). Es wird jedoch sorgfältig darauf geachtet, dass es nicht um das Basteln geht, sondern die entsprechende Indikation den Einsatz des Handwerks bestimmt. Eine TeilnehmerIn äußerte, dass für sie handwerkliche Betätigung zur Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen dazu gehört.

5.1.9 Anerkennung

Nicht zuletzt ist die berufliche Anerkennung natürlich ein ganz wichtiger Faktor für die Identität als ErgotherapeutIn. Dieser begegnen die Befragten im interdisziplinären Team und in der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, KlientInnen oder erweiterten KlientInnen und KollegInnen: *„Bei uns zweifelt niemand daran, dass ich das Richtige tue mit den Patienten“* (TN4-304). Aber auch außerhalb des beruflichen Umfeldes stoßen die TeilnehmerInnen auf Anerkennung: *„Wenn ich sage, dass ich Ergotherapeutin bin, kommt das immer gut an“* (TN6-257).

Natürlich wird auch das Gegenteil geschildert. TN1 bedauert, dass immer noch viele Menschen gar nicht wissen, was Ergotherapie bedeutet. Als besonders ärgerlich empfindet TN3 die Unwissenheit mancher ÄrztInnen, da eine gute Zusammenarbeit hier von besonderer Bedeutung ist.

5.2 Facetten des Erlebens der Akademisierung

Zu den Fragen der Akademisierung bzw. des Akademisierungsprozesses wurden von den TeilnehmerInnen viele unterschiedliche Bereiche angesprochen, die im Folgenden dargestellt werden.

5.2.1 Das Bild der Interviewten von der Akademisierung

Mit dem Begriff der Akademisierung wird zunächst formal eine veränderte Ausbildung und damit eine Erweiterung der Berufsabschlüsse verbunden: *„Also nicht nur Berufsfachschulen, sondern eben noch Bachelor und Master dazu“* (TN1-379).

Inhaltlich werden mit der Akademisierung Änderungen der Arbeitsweise verbunden. Diese Änderungen werden zunächst bei der Behandlungsplanung gesehen: *„[...] eine andere Vorgehensweise, sich einem Krankheitsbild zu nähern. Eine andere Art, Pläne zu erstellen, das Ganze anders zu hinterfragen“* (TN1-381).

Es wird jedoch auch vermutet, dass die Evaluation der Therapie anders erfolgt: *„Besseres Fassen über Erfolg oder Misserfolg von Behandlung, und zwar über Assessment-Systeme“* (TN3-290).

TN5 äußert, dass sie ein unzureichendes Bild von der Akademisierung hat: *„Eigentlich weiß ich ja auch viel zu wenig über die Akademisierung, muss ich sagen“* (TN5-452).

5.2.2 Berührungspunkte der Examinierten mit der Akademisierung

In den Interviews wurde deutlich, dass es unterschiedliche Arten und Weisen gibt, mit dem Thema der Akademisierung in Kontakt zu kommen. Eine große Rolle spielt bei unseren TeilnehmerInnen der DVE mit seinen Gremien: *„[...] im Verband 1993 auf dem Bundesschülerratstreffen, da gab es den ersten Vortrag über die Akademisierung“* (TN3-332).

Auch europäische Kongresse werden als Plattform für die erste Berührung mit der Akademisierung genannt: *„2000 gab es diesen europäischen Kongress, wo D. und ich waren“* (TN2-274).

TN5 hat den ersten Kontakt über die Besetzung der Leitungsposition mit einer akademisierten Ergotherapeutin erlebt: *„[...] als Frau G. Leitung wurde, und sie, bevor das ja auch groß bekannt geworden ist, den ersten Durchgang [des Studiums] gemacht hat“* (TN5-491).

Über den ersten Kontakt mit dem Thema hinaus werden als Berührungspunkte Kongress-Vorträge und akademisierte KollegInnen genannt: *„[...] zum Beispiel Kongress-Vorträge [...] und den Umgang mit Leuten, die akademisiert sind“* (TN1-572).

Darüber hinaus wird als möglicher Zugang zum Thema die Teilnahme an Studien gesehen: *„Ich habe auch schon mal an so einem Interview [...] teilgenommen“* (TN4-349).

5.2.3 Gedanken und Gefühle hinsichtlich des Akademisierungsprozesses

Die examinierten KollegInnen äußern sehr unterschiedliche Gedanken und Gefühle bezüglich des Akademisierungsprozesses. Deutlich wird in den Aussagen der TeilnehmerInnen, dass sich diese Gedanken und Gefühle im Rahmen der stärkeren Auseinandersetzung mit der Akademisierung als unaufhaltsamem Prozess verändert haben.

Als erste Reaktionen wurden zunächst Ängste beschrieben, die sich in der folgenden Aussage widerspiegeln: *„[...] jetzt bin ich in dieser Situation, dass ich zu den Alten gehöre, und da kommt was Neues. Das macht immer so ein Stück Angst“* (TN1-452).

TN5 beschreibt ein Gefühl der Hilflosigkeit und einen Druck, den Anforderungen nicht zu genügen: *„[Der Leiter] will, dass wir das auch vor Augen haben, [...], also das ist schwer. [...] Und es ist so eine Hilflosigkeit, glaube ich, oder ein Druck“* (TN5-525).

Neben den anfänglichen Reaktionen auf den Akademisierungsprozess lassen sich die heutigen Gedanken und Gefühle unterteilen in einen erhofften Nutzen für den Berufsstand und die persönliche Arbeit und Bedenken bezüglich der Entwicklungen des Berufes und ihrer persönlichen Position innerhalb dieser Entwicklung.

Erhoffter Nutzen

Die interviewten KollegInnen erhoffen sich von der zunehmenden Akademisierung zunächst vor allem einen generellen Nutzen für die praktische Arbeit und die Positionierung des Berufes innerhalb der anderen, auch akademischen Gesundheitsberufe. Konkret erwartet wird der Nachweis der Effektivität der Ergotherapie mit einer dadurch verbundenen besseren Stellung bei den Kostenträgern: *„[...] in erster Linie verbinde ich damit, dass durch akademisierte*

Kollegen die Möglichkeit besteht nachzuweisen, wie wichtig und gut unser Beruf ist“ (TN4-324).

Ebenso wird darauf gebaut, dass durch die Akademisierung neues ergotherapie-spezifisches Wissen für die Therapie entsteht sowie weitere Fachliteratur, Fachbeiträge und Fortbildungen auf wissenschaftlichem Niveau: *„Ich glaube, dass das wichtig ist für unsere Arbeit, dass man ergotherapeutische Fachliteratur, Fachbeiträge auf einem wissenschaftlichen Niveau zur Verfügung hat, um daran auch wieder Praxisthemen zu entwickeln“ (TN7-437).*

Darüber hinaus wird auch ein ganz persönlicher Nutzen gesehen: *„Ich sehe mich als Praktiker, der von dem Theoretiker profitiert“ (TN3-380).*

Persönliche Befürchtungen bezüglich der beruflichen Entwicklung

Befürchtet wird ein hierarchisches Berufssystem, das examinierten ErgotherapeutInnen den Zugang zu Leitungspositionen verwehrt: *„[...] habe ich da Ergotherapeuten, Ergotherapiehelfer und Diplomierte und Professoren. [...] Stehen die sich gegenseitig im Weg, gibt es da Rangeleien um Kompetenzen?“ (TN7-356).*

Gleichzeitig wird als Problem gesehen, dass es nicht genügend Stellen mit entsprechend höherer Vergütung gibt: *„Du wirst diese Stellen nicht haben und die Bezahlung nicht haben“ (TN1-523).*

Mit der beobachteten Stellenpolitik in Verbindung stehen Ängste, dass akademisierte KollegInnen generell bevorzugt eingestellt werden könnten: *„Ich denke schon, dass der Trend dahin geht, Leute, die studiert sind, einzustellen“ (TN1-620).*

Besorgt äußert sich TN1 auch, weil es sein könnte, dass die akademisierten KollegInnen den institutionellen Anforderungen besser gerecht werden: *„[...] das ist ja in vielen Abläufen [der Einrichtung] so, dass da ganz klar vorgeschrieben ist, wie was abzulaufen hat. [...] ich glaube, dass die [Akademisierten] klarer denken können und klarer strukturieren können“ (TN1-549).*

Unsicherheiten werden geäußert bezüglich der künftigen Bewertung von Fachkompetenz im Vergleich zum Studienabschluss: *„[...] das kann es jetzt nicht sein, also der Bachelor hat ja jetzt erst mal mit so einer Fachstellungnahme [für die Entwicklung qualitativer Standards für ein Krankheitsbild] gar nichts zu tun“ (TN6-355).*

Bedenken bestehen auch rund um den möglichen Verlust der vertrauten und als wichtig bewerteten Berufsinhalte: *„[...] da habe ich ein bisschen Befürchtungen, dass*

da eine Generation heranwächst, die das [forschen, theoretisch arbeiten] wirklich gut kann, aber denen der Blick auf die praktische Arbeit und die Umsetzung fehlt“ (TN1-465).

Konkret thematisiert wird ebenfalls der mögliche Verlust des Handwerks als Berufsinhalt: *„Angst habe ich auch [...], dass wir auch durch die Akademisierung Handwerk verlieren können“ (TN5-456).*

Einige der TeilnehmerInnen beschreiben, dass sie Sorge haben, dass interessierte und engagierte Menschen von der Ausbildung ausgeschlossen werden könnten, wenn sie nicht studierwillig sind bzw. den „falschen Schulabschluss“ haben: *[Auf dem Kongress war einer], „der hat sich fürchterlich ereifert, dass er diesen Beruf nicht hätte lernen können, wenn das ein Studium gewesen wäre“ (TN7-503).*

Und nicht zuletzt gibt es Befürchtungen, dass die Akademisierung zu einem Splitting des Berufsverbandes DVE führen könnte, da die Interessen der examinierten und akademisierten KollegInnen nicht gleichermaßen vertreten scheinen: *„[...] und ich glaube, wenn der Beruf sich so aufsplittet, was ich schon sehe, dass es dann möglicherweise auch unterschiedliche Berufsverbände gibt“ (TN7-655).*

„Ich finde das dürftig, dass es da nicht ein eigenes Forum gibt, wo man sich als Studierter miteinander austauschen kann“ (TN3-362).

Visionen bezüglich der Zukunft der Ausbildung zur ErgotherapeutIn

Alle Befragten sehen die zunehmende Akademisierung des Berufes heute als wichtigen und notwendigen Prozess an und glauben, dass sich das auch in den zukünftigen Ausbildungsangeboten niederschlagen wird.

Dabei gibt es zwei sich abzeichnende Visionen bezüglich der zukünftigen Ausbildung: Eine Vision ist ein stärkeres Angebot und eine stärkere Nutzung dualer Ausbildungsgänge: *„Ich glaube, dass dieses duale System eine Zukunft hat“ (TN3-418).* Die andere Vision wird in der fortschreitenden Entwicklung grundständiger Studiengänge gesehen: *„[...] es gibt ja heute auch schon die Grundausbildung im Rahmen von Akademisierung, das Interesse wird wahrscheinlich dahingehen“ (TN4-408).*

5.2.4 Persönliche Positionierung im Spannungsfeld

Die oben beschriebenen erhofften Nutzen und Befürchtungen bezüglich der Akademisierung sowie die Visionen bezüglich der Entwicklung der Ausbildungsangebote zur Ergotherapie führten in der Folge bei den Befragten zu dem Versuch, sich selbst in dem voranschreitenden Prozess zu positionieren.

Fast alle der Befragten haben sich bezüglich ihrer beruflichen Situation schon mit der Frage beschäftigt, ob sie auch noch studieren sollten. Sie sind aber größtenteils, zumindest zum Zeitpunkt der Befragung, zu der Entscheidung gekommen, es nicht zu tun.

Persönliche Gründe gegen das Studium

Zunächst genannt werden als Gründe für die Entscheidung gegen ein Studium persönliche Faktoren wie die familiäre oder finanzielle Situation: *„[...] weil das einfach von der Familiensituation, von der finanziellen Situation keine Option ist zur Zeit, dass ich nicht arbeite, sondern studieren gehe“* (TN7-479).

Ebenso genannt wird der als fehlend erlebte Nutzen für die praktische Arbeit: *„[...] habe aber für mich persönlich die Inhalte nicht wiederfinden können, die ich vielleicht dann auch tatsächlich in der Praxis brauche“* (TN6-307).

TN6 nennt als weiteren Grund für die Entscheidung gegen ein Studium Angst: *„[...] es kann ja auch die Angst davor sein, es nicht zu schaffen“* (TN6-362).

Andere Möglichkeiten der persönlichen Positionierung

Als Schlüssel der persönlichen Positionierung wird zunächst die Toleranz gegenüber der Akademisierung bei gleichzeitigem Bewusstsein für das eigene Können gesehen: *„ [...] ich muss es stehen lassen, es ist auch o.k., und ich muss aber trotzdem bei dem bleiben, wo ich bin“* (TN1-511).

Alle Befragten sind sich ihrer Kompetenzen, die sie durch die langjährige Berufserfahrung erworben haben, bewusst: *„Ich bringe Erfahrung mit, das ist auch wichtig. Die ganzen Jahre, die ich gearbeitet habe, das ist auch was wert“* (TN5-550).

Dieses Bewusstsein empfinden sie auch als hilfreich für die eigene Position im Prozess der Akademisierung: *„Ich fühle mich weder weniger noch mehr“* (TN2-331).

In der Folge sehen die examinierten KollegInnen in dieser Berufserfahrung die wichtigste Möglichkeit zum Austausch beziehungsweise zum Profitieren voneinander:

„Ich sehe mich [...] als jemanden, der über sehr viel Erfahrung verfügt [...] und da sicherlich auch für Kollegen, die vielleicht weniger Erfahrung haben, aber schon in diesem Akademisierungsprozess drin sind, wertvolle Informationen zu beitragen kann“ (TN4-390).

5.2.5 Persönliche Wünsche für die Zukunft

Erhofft wird von einigen TeilnehmerInnen ein Miteinander im fortschreitenden Prozess der Akademisierung: „Hand in Hand müssen wir arbeiten, finde ich“ (TN5-556).

TN6 wünscht sich konkret gegenseitige Wertschätzung der Kompetenzen und Akzeptanz der Unterschiedlichkeit: „[...] hoffe ich, dass ich als [examinierte Ergotherapeutin] weiter Akzeptanz finde und dass wir weiter wertschätzend miteinander umgehen“ (TN6-397)

Ein weiterer Wunsch ist der Erhalt der Selbstbestimmung im therapeutischen Handeln: „Ich gucke es mir an, ich hole mir das raus, was mir davon spannend erscheint“ (TN1-564).

TN4 ist der Erhalt der persönlichen Position ein Anliegen: „[...] würde ich mir wünschen, dass ich [...] in der Position bleiben kann wie ich jetzt bin“ (TN4-432).

Daneben haben einige der TeilnehmerInnen für sich die Diskussion über die Möglichkeit, selber zu studieren, noch nicht abgeschlossen: „Wenn ich ein tolles Team hätte, [...], dann könnte ich das [Studium] so als Hobby machen“ (TN2-382).

Manche TeilnehmerInnen äußern auch den Wunsch, selber eine Studie durchzuführen bzw. ein bestimmtes Thema erforscht zu sehen: „[...] fände ich mal einen super Forschungsauftrag: Wer wird heute Ergotherapeut? Also wie haben sich die Leute verändert, die heute den Beruf ergreifen?“ (TN4-442).

Bezüglich der zukünftigen Ausbildung gibt es ebenfalls Wünsche, zum einen die vermehrte Entstehung von Fachhochschulen: „Mehr Fachhochschulen, mehr Studenten im Arbeitsleben“ (TN3-429).

Erhofft wird aber auch das Überdauern der guten Fachschulen: „Also da hoffe ich [...], dass die guten [Schulen] überleben und vielleicht manche, die nicht so gut sind, [...] darüber nicht mehr existieren“ (TN4-472).

Wünsche an die berufsständische Vertretung

Einige Wünsche bzw. Forderungen gehen auch an die berufsständische Vertretung, die die Thematik der Akademisierung mit den entstehenden berufsinternen Spannungsfeldern stärker zu diskutieren soll: *„Ich würde mir wünschen, dass wir auf berufspolitischer Ebene mehr diskutieren, was die Rolle von studierten Ergotherapeuten künftig sein soll“* (TN3-456).

Gefordert wird auch eine klare Positionierung bezüglich der Entwicklung der Ausbildung: *„[...] der Berufsverband klar sagen muss, das wird die Zukunft, und das ist auch unser Wunsch, dass es ein duales System zwischen Fachhochschule und Fachschule gibt“* (TN3-451).

6. Diskussion

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit werden von den Autorinnen an Hand der formulierten Leitfragen (siehe Kapitel 3.1) und unter Einbezug des in Kapitel 2 vorgestellten theoretischen Hintergrundes zusammengefasst und diskutiert.

1. Wie beeinflussen die Wege der Berufswahl und die individuelle Betätigungsgeschichte die Identifikation der examinierten ErgotherapeutInnen mit ihrem Beruf?

Die Mehrzahl der TeilnehmerInnen führte der Wunsch, sozial tätig zu werden, zu helfen und vor allem das Interesse an handwerklichen und gestalterischen Techniken über Umwege wie z. B. Praktika in sozialen Einrichtungen zur Beschäftigungs- und Arbeitstherapie bzw. Ergotherapie.

Die frühere Berufsbezeichnung (siehe Kapitel 2.2.1) erwähnen einige InterviewpartnerInnen auch zum Zeitpunkt des Interviews noch. Es ist ihnen sehr bewusst, dass sie ihren beruflichen Werdegang als Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen begonnen haben: [...] und dann wollte ich Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin werden (TN4-21). Der Wunsch nach Umbenennung (siehe Kapitel 2.2.3) spielt in den Interviews keine Rolle, die ehemalige Berufsbezeichnung ist für die Befragten keinesfalls negativ belegt. Sie fühlten sich zunächst der Gruppe der Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen zugehörig und konnten dies dann auf die Gruppe der ErgotherapeutInnen übertragen (siehe Kapitel 2.2.3). Ein möglicher Schluss ist, dass die Inhalte des Berufes für die TeilnehmerInnen weit identitätsstiftender zu sein scheinen als die bloße Namensgebung, wengleich dies von Schewior-Popp (1994) und Christiansen (2009) wie in 2.3.1 beschrieben, durchaus anders eingeschätzt wird.

Als ein wichtiger Inhalt der Ergotherapie spielt das Handwerk für die Befragten eine große Rolle. Sie war, wie Kraus (2009, S. 3) schreibt, die „erste und identitätsprägende Therapieform der Ergotherapie“. Dass sie es zumindest für die interviewten ErgotherapeutInnen noch ist, wird in deren Äußerungen deutlich. Alle KollegInnen haben eine große Affinität zum Handwerk als einem therapeutischen Mittel, und wie eine TeilnehmerIn formuliert, befürchten sie sogar, dass das Handwerk dem Beruf als ein Alleinstellungsmerkmal unter den Gesundheitsberufen verloren geht (siehe Kapitel 2.4.2).

Das Ergebnis einer Forschungsarbeit von Müllersdorf & Ivarsson (2012) kann ein Hinweis sein, dass diese Befürchtung für die Weiterentwicklung der deutschen Ergotherapie unbegründet ist: Fast die Hälfte der befragten schwedischen

ErgotherapeutInnen setzen Handwerk als therapeutisches Mittel ein – obwohl sie ihre Ausbildung auf Hochschulebene absolviert haben.

In ihrer Literaturübersicht kommen Gantschnig und Hengen-Lang (2009) ebenfalls zu dem Ergebnis, dass dem Einsatz des Handwerks als therapeutische Aktivität nach wie vor eine große Bedeutung zukommt. Allerdings fordern sie, dass dieses Mittel an die Bedürfnisse der Klienten anzupassen ist. Sie führen auch einzelne Studien auf, welche den Erfolg des Einsatzes handwerklicher Techniken in Frage stellen und mahnen an, dass eben diese Effektivität zu evaluieren sei.

In den Darstellungen, die sich mit der Ausbildung beschäftigen, wird das Handwerk von den Interviewten jedoch kaum erwähnt. Hier ist die Auseinandersetzung mit den Inhalten der Bezugswissenschaften von größerer Bedeutung. Allen voran sind die medizinischen Inhalte den Befragten noch gut im Gedächtnis (siehe Kapitel 2.2.3), aber auch das Profitieren für die persönliche Entwicklung wird mehrfach erwähnt. Dies schreiben die InterviewpartnerInnen größtenteils der Persönlichkeit einzelner DozentInnen zu und sowohl der Betonung des sozialen Miteinanders in den Ausbildungsgängen als auch den praktischen Ausbildungsinhalten. In den Praktika konnten die AnleiterInnen nach Aussage der TeilnehmerInnen diesen den Kern der Ergotherapie vermitteln und ihre Begeisterung für den Beruf weitergeben. Nach Mackey (2007) ist davon auszugehen, dass bereits in dieser frühen Phase der beruflichen Bildung die Weitergabe von Wissen identitätsbildend war.

Generell ist Wissenserwerb für die TeilnehmerInnen wichtig, und sie haben zur Kenntnis genommen, dass sich die Anforderungen an den Berufsstand verändert haben. Dabei sind sie sich darüber im Klaren, dass sie zumindest den Anforderungen an wissenschaftliches Arbeiten möglicherweise nicht genügen können. Aber genau dafür erhoffen sie sich die Unterstützung der akademisierten KollegInnen. Ausdrücklich werden die Evidenzbasierung und die Verständlichkeit wissenschaftlicher Artikel benannt. Courtney et al (2003, S. 235) drücken dies so aus: *„Research links the competent practitioner with the practitioner who is up-to-date both clinically and theoretically“*.

Obwohl für die Befragten das Handwerk von großer Wichtigkeit ist, wird in den Ausführungen deutlich, dass sie Wert darauf legen, es indikationsbezogen einzusetzen – es findet sich keine „Basteltante“ (siehe Kapitel 2.4.1) unter den TeilnehmerInnen: *„Werkgruppen, für mich ist das in Ordnung, wenn man das nicht ausschließlich macht.“* (TN6-218).

Durch die Antworten der Befragten wird auf jeden Fall die Ansicht von Christiansen (1999) und Mackey (2007) bestätigt, welche ausdrücklich die alltägliche Arbeit als identitätsstiftend bewerten (siehe Kapitel 2.4.2). Die Arbeit mit den Klienten ist dabei besonders sinngebend für die InterviewpartnerInnen. Sie erfahren dadurch viel

Bestätigung und auch Freude, wenn sie gemeinsame Ziele erreichen können, an der Lösung besonderer Fragestellungen feilen oder sich jeden Tag erneut auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Klienten einstellen: *„Also der Patient kommt mit einer ganz anderen Situation heute als er gestern gekommen ist. Und da muss ich mich drauf einstellen und das ist super“* (TN3-204).

Die Annahmen und Werte der befragten ErgotherapeutInnen spiegeln zumindest theoretisch eindeutig die Inhalte des zeitgenössischen Paradigmas wider (siehe Kapitel 2.2.3): *„Die Handlungsfähigkeit ist das Entscheidende“* (TN7-190). Für alle Beteiligten steht die Ermöglichung der Alltagsbewältigung ihrer Klienten im Vordergrund und sie orientieren sich in ihrer Arbeit an den von diesen Klienten benannten Betätigungszielen. *„[Das Wichtigste ist, dass] sein Betätigungswunsch erfüllt werden kann“* (TN2-155). Mit dieser Haltung wird Marotzki (2009) bestätigt, die den Paradigmenwechsel auch in der deutschen Ergotherapie beobachtet.

Besondere Wertschätzung erfährt auch die Möglichkeit, flexibel und frei viele unterschiedliche Behandlungsmethoden anwenden und mit vielen unterschiedlichen Menschen in den verschiedensten Bereichen arbeiten zu können: *„Ich glaube, es gibt wenig therapeutische Berufe, die mit so unterschiedlichen Dingen arbeiten und so unterschiedliche Ausrichtungen haben“* (TN4-216). Diese Vielfalt ist für Beyermann (2001) ein Merkmal der Ergotherapie (siehe Kapitel 2.4.2). Turpin und Iwama (2011, S. 36) erinnern daran, dass dieser Prozess als *„art and science“* bezeichnet wird: ErgotherapeutInnen müssen nicht nur den medizinisch – wissenschaftlichen sondern auch den sozialen, kulturellen und persönlichen Kontext ihrer Klienten bei allen Maßnahmen und Entscheidungen im Blick behalten.

Dazu gehört auch, dass die Befragten sich bewusst sind, als ErgotherapeutInnen unterschiedliche Rollen auszufüllen (siehe Kapitel 2.4.2). Eine TeilnehmerIn erfährt viel Bestätigung in ihrer Rolle als DozentIn in der Weiterbildung. Andere tragen erhebliche Verantwortung als UnternehmerInnen, wieder andere sehen sich z.B. im Angehörigenkontakt eher als BeraterIn.

Diese Vielfältigkeit und die Freiheit in der Patientenarbeit tun zu können, was man für richtig hält, birgt jedoch - auch nach Meinung der Befragten - Gefahren: Die Ergotherapie präsentiert sich vor allem in der Öffentlichkeit dadurch immer wieder uneinheitlich. Die TeilnehmerInnen sind sich der Qualität ihrer eigenen Arbeit bewusst, beklagen jedoch auch, dass viele Berufsangehörige in ihrer methodischen Arbeit eher anderen Gesundheitsberufen zuzuordnen sind. Kinn und Aas (2009) bestätigen, dass die ErgotherapeutInnen selbstbewusst ihren Berufsstand vertreten, in der Außendarstellung jedoch immer wieder auf Missverständnisse und mangelnde Anerkennung stoßen. Die von den beiden Autorinnen zitierten Studien schreiben diesen Umstand durchaus auch der Tatsache zu, dass sich die Ergotherapie so

vielseitig präsentiert. Eine TeilnehmerIn formulierte: *„Das [Allumfassende] ist auch kritisch, da wir dadurch nach wie vor Identifikationsprobleme haben“* (TN1-171).

Die persönliche Weiterbildung ist für die Befragten selbstverständlich (siehe Kapitel 2.4.3). Dies mag auch damit zusammenhängen, dass sie im Beruf „groß geworden“ sind ohne die Auswahl an Fachliteratur, wie sie heute vorzufinden ist, und ohne systematisches und begründetes Vorgehen erlernt zu haben – Inhalts- und Prozessmodelle werden in Deutschland erst seit 2000 unterrichtet (siehe Kapitel 2.3.4) *„[Früher hat] man noch aus dem Bauch heraus [...ge]arbeitet“* (TN1-437). Ein weiterer Punkt kann sein, dass die InterviewpartnerInnen trotz ihrer durchweg positiven Einstellung zum Beruf und des spürbaren Selbstbewusstseins wissen, dass sowohl im fachlichen Kontext als auch in der Öffentlichkeit noch zu wenig bekannt ist, was die Ergotherapie zu leisten vermag *„[Über die] Gesellschaftlich[e Anerkennung] bin ich mir nicht sicher, da gibt es noch ganz viel Unverständnis“* (TN1-351). Wilding und Whiteford (2007) bestätigen diese Aussage der Teilnehmerin. Sie sehen ebenfalls ein großes Problem darin, dass Ergotherapie auf Nachfrage so unzureichend erklärt wird.

Die Arbeit im Team ist für die befragten ErgotherapeutInnen selbstverständlicher Bestandteil ihres beruflichen Alltags (Barzel et al, 2011). Sowohl in der Abgrenzung von den anderen Gesundheitsberufen als auch in der Bestätigung durch die KollegInnen stärken sie ihre Identität (siehe Kapitel 2.4.3). Die Ergotherapie ist für sie der Gesundheitsberuf, der handlungsorientiert arbeitet im Gegensatz z.B. zu den PhysiotherapeutInnen, die sie eher als funktionsorientiert erleben. Bisher haben die ErgotherapeutInnen es aber noch nicht ausreichend verstanden, die Betätigungsorientierung als ihr Alleinstellungsmerkmal zu kommunizieren (Kinn et al, 2009). Auch birgt die Abgrenzung von den anderen Gesundheitsberufen nach Boggatz, Altmeyen und Unger (2010) das Risiko, die Zusammenarbeit negativ zu beeinflussen. Die InterviewpartnerInnen erleben jedoch in multiprofessionellen Teams, dass ihre Meinung gehört und respektiert wird: *„[Ergotherapie bedeutet] mit den Kollegen sich weiterzuentwickeln, neue Ideen aufzugreifen“* (TN3-148). Durch ihre beachtliche Berufserfahrung laufen sie wahrscheinlich weniger Gefahr, eingefahrenen Bildern über die anderen Professionen zu folgen (Burford, 2012).

Wie stark sich die befragten ErgotherapeutInnen mit ihrem Beruf identifizieren, belegt folgende Aussage: *„Ich habe noch keinen Zeitraum gehabt, wo ich daran gezweifelt habe, diesen Beruf ergriffen zu haben“* (TN4-85).

2. Auf welche Weise nehmen sie den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes wahr?

Das Bild der Befragten von der Akademisierung speist sich vorwiegend aus den Berührungspunkten, die sie hatten und haben und bleibt eher vage. Die meisten

Interviewten registrierten die Akademisierung durch Veranstaltungen der berufsständischen Vertretung oder durch Begegnungen im Arbeitsumfeld. Sie sind sich bewusst, dass mit der Akademisierung eine Veränderung der ergotherapeutischen Arbeitsweise einhergeht, die sie vor allem an der Verbesserung der Qualität und einer strukturierteren Vorgehensweise festmachen. Daraus leiten sie Erwartungen für die Weiterentwicklung des Berufsstandes ab und tragen der von Politik und Vertretern des Gesundheitssystems gestellten Forderung nach mehr Evidenz Rechnung (siehe Kapitel 2.5.1). Auch für ihr eigenes Arbeitsumfeld formulieren die TeilnehmerInnen Erwartungen: Sie gehen davon aus, mehr spezifische und auch wissenschaftlich basierte Literatur zur Verfügung zu haben und dadurch ihre eigene Arbeitsweise zum Wohle der Patienten verändern zu können. Eine Studie von Page, Raithel, Luomajoki, Schämamm und Kool (2011, S. 69) prophezeit in der Schlussfolgerung, dass „*die Bezugnahme auf wissenschaftliche Studien genauso Teil der therapeutischen Identität wie die Berücksichtigung der Erfahrung und die jeweilige Situation eines Patienten*“ wird. Voraussetzungen dafür sind, dass die TherapeutInnen ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt bekommen und die Inhalte der Literatur und Studienergebnisse praxisnah und so aufbereitet sind, dass sie auch für PraktikerInnen verständlich sind (ebd.).

Jedoch drängt sich auch der Eindruck auf, dass die Erwartungen der Befragten recht hoch gesteckt sind. Der Akademisierungsprozess in Deutschland hat gerade erst begonnen, mit dem Bachelor-Abschluss erlangen die KollegInnen den niedrigsten akademischen Grad, und die MasterabsolventInnen sind nahezu noch an zwei Händen abzuzählen. So sieht Walkenhorst (2011) erst durch eine mögliche Anbindung an die medizinischen Fakultäten der Universitäten die wissenschaftliche und forschende Arbeit gestärkt.

Die in Verbindung mit der Forderung nach Akademisierung häufig in einem Atemzug genannte Professionalisierung spielt keine Rolle in den Antworten der InterviewpartnerInnen (siehe Kapitel 2.6). Lediglich eine Aussage findet sich dazu bei TN6. Hier wird die Professionalisierung mit der Verbesserung der eigenen Qualifikation verbunden. Daran ist die Erwartung geknüpft, sowohl für die Arbeit mit den Klienten als auch bezüglich der eigenen Anerkennung profitieren zu können.

Für die Autorinnen erscheint daher - auch auf Grundlage der Darstellung in 2.6 und ihrer Forschungsergebnisse - die Frage berechtigt, ob die Professionalisierung im Rahmen der Merkmalstheorie (siehe Kapitel 2.6.2) für den eigenen Berufsstand tatsächlich erstrebenswert ist oder ob nicht die Akademisierung alleine genügen würde, um zukünftigen Herausforderungen begegnen zu können. Zumal auch für die unstrittigen Professionen wie z.B. die Ärzteschaft bereits eine Deprofessionalisierung u.a. aufgrund der leichteren Zugänglichkeit von Wissen ausgemacht wird (Kälble, 2012, Pundt, 2006) und die Autonomie, die durch den Erstkontakt (Walkenhorst,

2008) verwirklicht werden könnte, als ein wichtiges Kriterium der Professionalisierung für Deutschland noch in weiter Ferne liegt.

Weitere Aspekte der neueren professionstheoretischen Ansätze (siehe Kapitel 2.6.3) und des professionellen Handelns (siehe Kapitel 2.6.4) sollten jedoch Beachtung finden. So hat z.B. die langjährige Berufserfahrung für die Befragten eine große Wichtigkeit. Sie gehen davon aus, dadurch zu einer qualitativ guten Intervention der Klienten beitragen und damit auch – trotz Zweifeln – in einem akademisierten Umfeld bestehen zu können. Wie bereits dargelegt, gehört auch die Wissenserweiterung für die befragten ErgotherapeutInnen selbstverständlich zu ihrem Berufsbild, womit sie auch zur Weiterentwicklung ihres Berufsstandes beitragen. Es ist also davon auszugehen, dass sie über die in 2.7 dargestellten Kompetenzen verfügen, wobei sie selbst wissen, dass ihnen wissenschaftliches Arbeiten nicht unmittelbar möglich ist.

Auch über die veränderten kontextuellen Anforderungen sind sich die Interviewten im Klaren. Dass sowohl von den Kostenträgern, VertreterInnen der berufsständischen Organisationen als auch nicht zuletzt von den Klienten selber eine Veränderung des ergotherapeutischen Berufsfeldes erwartet wird, steht außer Frage. Die Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen und die veränderte Rolle der Patienten werden dabei ausdrücklich benannt.

Gleichzeitig wird auch die Erkenntnis formuliert, dass es noch keine entsprechenden Stellenbeschreibungen geschweige denn eine angemessene Bezahlung gibt. Dies bestätigen Zalpour und Hluchy (2011): Nur 14% der TeilnehmerInnen ihrer Umfrage erhalten als akademisierte ErgotherapeutInnen ein höheres Gehalt als vor dem Studium.

3. Wie begegnen die examinierten Ergotherapeutinnen dem Akademisierungsprozess vor dem Hintergrund ihres persönlichen Erlebens?

Die anfängliche Begegnung mit dem Akademisierungsprozess brachte für die Befragten deutlich negative Gefühle mit sich. Diese reichten von gefühltem Druck, den von Akademisierten gestellten Anforderungen gerecht werden zu müssen über Ängste, nun als examinierte ErgotherapeutIn nichts mehr wert zu sein: *„Am Anfang waren es Ängste, dass meine Ausbildung nichts mehr wert sein könnte, möglicherweise“* (TN3-349). Ein anderer negativer Aspekt ist die tiefgreifende Besorgnis, die Berufsinhalte, mit denen sich die TeilnehmerInnen bislang identifizieren, in einem akademisierten Berufsumfeld nicht mehr wieder zu finden.

Gemäß dem in 2.7.6 dargestellten Veränderungsprozess nach Streich löste die Erkenntnis, dass dieser auch positive Aspekte beinhaltet, die negative Einstellung

ab. Die TeilnehmerInnen erleben u.a. - wie bereits dargestellt - in der Auseinandersetzung mit akademisierten ErgotherapeutInnen eine Bereicherung; v.a. im Hinblick auf die Fortentwicklung des Berufsstandes beurteilen sie die Akademisierung als notwendig und unumkehrbar: *„Und dann habe ich zu ihr [der studierenden Mitarbeiterin] gesagt, ja super, dann haben wir endlich mal was in der Hand, was wir methodisch strukturiert den Leuten [Klienten der Praxis] geben könnten“* (TN2-308).

Daher beschäftigen sich die meisten der InterviewpartnerInnen auch mit der Frage, ob für sie ein Studium in Frage kommt, beantworten diese jedoch aus unterschiedlichen Gründen abschlägig (siehe Kapitel 5.2.4).

Einige der Befragten gehen, wie in 2.5.4 beschrieben, davon aus, dass die akademische und die berufsbildende Ausbildung weiter parallel fortgeführt werden. Das wird durchaus befürwortet, da aus ihrer Sicht ansonsten der Beruf für Personen unzugänglich bleibt, die durchaus über die persönliche Eignung, jedoch nicht über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügen oder für die aus anderen Gründen ein Studium nicht in Frage kommt: *„[...] befürchte ich, dass Leute, die für den Beruf AUCH geeignet sind, ein bisschen abgeschreckt werden von der Akademisierung“* (TN4-412).

Nicht ausgeräumt sind jedoch die Befürchtungen, von akademisierten KollegInnen verdrängt zu werden und Nachteile z.B. bei der Stellenvergabe oder in der beruflichen Weiterentwicklung in Kauf nehmen zu müssen. Die Ergebnisse der Befragung von Zalpour et al (2010) bestätigen die Richtigkeit dieser Bedenken: Die befragten akademisierten ErgotherapeutInnen sehen ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt tatsächlich verbessert, und sie besetzen eher Leitungsfunktionen. Ebenso spielt eine befürchtete Zweiteilung des Berufsstandes sowohl in der alltäglichen Arbeit als auch innerhalb der berufsständischen Vertretung eine Rolle.

Auch die persönlich formulierten Wünsche spiegeln z.T. noch bestehende Ressentiments wieder. So wird gewünscht, dass Positionen nicht von akademisierten KollegInnen streitig gemacht werden und weiterhin Anerkennung für kompetentes Arbeiten gezollt wird.

Die positive Einstellung zeigt sich, indem gewünscht wird, z.B. selbst eine Studie initiieren zu können: *„Dann würde ich sowas [eine Studie] machen wollen. [...] Handwerk. Und das zu evaluieren, das wäre es für mich“* (TN5-620). Ausdrücklich formuliert wird der Wunsch nach einer guten, für alle Gewinn bringenden Zusammenarbeit mit den akademisierten KollegInnen. Dieser Aspekt spiegelt sich auch darin, wie die zukünftige Ausbildung gesehen wird: Sowohl auf Fachhochschulebene als auch an Berufsfachschulen.

Von der berufsständischen Vertretung wird gewünscht, dass sie durch eine klare Position und die Entwicklung einer Vision sowohl die examinierten ErgotherapeutInnen darin unterstützt, ihre zukünftige Position einschätzen zu können als auch die akademisierten KollegInnen in das Berufsfeld der deutschen Ergotherapie einbindet: *„Sonst braucht man über die Akademisierung nicht weiter nachzudenken, wenn man nicht weiß, wohin soll sich das entwickeln? Man muss eine Zielperspektive klar vor Augen haben“* (TN3-464). Jedoch stellt auch Walkenhorst (2011) fest, dass die berufsständische Vertretung der deutschen ErgotherapeutInnen verständlicherweise bislang primär die Interessen der Examinierten vertritt, prägen sie doch - nicht nur zahlenmäßig - die Verbandsarbeit.

6.2 Beantwortung der Forschungsfrage

Für die befragten ErgotherapeutInnen ist der Akademisierungsprozess unumkehrbar und wird sowohl für die Entwicklung des Berufsstandes als auch für ihre persönliche, berufliche Entwicklung durchaus positiv bewertet. Begleitet wird diese Einschätzung jedoch von Sorgen und auch von Ängsten, zur ErgotherapeutIn zweiter Klasse zu werden und die berufliche Anerkennung auch für bereits Geleistetes zu verlieren. Die TeilnehmerInnen möchten anerkannt wissen, dass sie sich schon viele Jahre für die Fortentwicklung des Berufsstandes einsetzen und der Fokus ihrer Arbeit schon immer auf das Wohl der KlientInnen gerichtet ist. Zudem haben sich die TeilnehmerInnen dieser Studie permanent um Wissenserweiterung bemüht. Sie kennen sich in der Nomenklatur des zeitgenössischen Paradigmas aus, sind sich sehr bewusst, dass die Handlungsorientierung die Kernkompetenz der Ergotherapie ist und sind offen und flexibel genug, um die Herausforderungen des Akademisierungsprozesses anzunehmen und davon zu profitieren. Dabei sehen sie ebenso die Möglichkeit einer positiven Entwicklung des Berufsstandes, da dieser in seiner Gesamtheit besser gerüstet sein wird, um die kontextuellen Anforderungen meistern zu können. Auch aufgrund ihrer langjährigen Berufserfahrung und dem damit verbundenen Kompetenzerwerb gehen die Befragten davon aus, dass sie weiterhin ihren Beitrag zur Weiterentwicklung des Berufsstandes und kompetenten Zusammenarbeit mit den Klienten leisten werden.

6.3 Stärken und Schwächen der Studie

Die von den Autorinnen verfolgten und eingehaltenen Gütekriterien im Prozess wurden in 4.4.4 erläutert.

Die Auswahl des episodischen Interviews nach Flick erwies sich für die Datenerhebung als günstig. Durch die gleichzeitige Erfassung narrativ-episodischen und semantischen Wissens ergab sich für die Autorinnen ein mehrdimensionales Bild im Sinne der konstruktivistischen Denkweise, welches die Einordnung der Aussagen der InterviewpartnerInnen in die induktiv erstellten Kategorien erleichterte und damit einen Beitrag zur argumentativen Interpretationsabsicherung lieferte.

Die Auswahl der Interviewform erwies sich auch als vorteilhaft bezüglich der Nähe der Autorinnen zum Thema und zur Zielgruppe der InterviewteilnehmerInnen. Die deutlich gestaltete Asymmetrie des Dialogs mit dem Schwerpunkt auf den Erzählungen der Befragten bewahrte die Autorinnen vor der Versuchung, mit den InterviewteilnehmerInnen in eine Diskussion über das Erlebte zu kommen, auch wenn es Impulse der inhaltlichen Zustimmung durch die Nähe zum Thema gab.

Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen über die in 4.2 beschriebenen Wege führte dazu, dass sich hauptsächlich KollegInnen auf den Aufruf meldeten, bei denen sich im Interview herausstellte, dass sie entweder zurzeit oder zumindest in der Vergangenheit auch schon aktive Verbandsarbeit im DVE betrieben hatten. Daher lässt sich mutmaßen, dass diese KollegInnen grundsätzlich an der Entwicklung ihres Berufes interessiert sind, die Zahl der Aktiven in den Interviews entspricht jedoch in ihren Proportionen nicht den Zahlen der Aktiven im gesamten Berufsstand. Nicht berufspolitisch organisierte KollegInnen konnten über die gewählten Verteiler nicht für die Teilnahme gewonnen werden, und es ist möglich, dass diese der Akademisierung deutlich ablehnender gegenüberstehen. Unter Umständen sind sie über die aktuellen berufsständischen Diskussionen nicht ausreichend informiert.

Die zeitlich und finanziell begrenzten Ressourcen der Autorinnen ließen jedoch das Vorgehen nicht zu, im Sinne des theoretischen Samplings InterviewpartnerInnen sukzessive nach Auswertung des schon bestehenden Datenmaterials auszusuchen.

Ebenfalls begründet durch die begrenzten Ressourcen fand die Suche nach InterviewteilnehmerInnen auf NRW begrenzt statt. Möglicherweise wird in anderen Bundesländern die Thematik anders diskutiert und wahrgenommen.

Die Anzahl der InterviewpartnerInnen erwies sich als ausreichend, da mit dem siebten Interview eine Datensättigung erreicht wurde. Es ergaben sich keine neuen Erkenntnisse mehr, eventuell auch bedingt dadurch, dass die Interviewten trotz unterschiedlicher Arbeitsfelder und Positionen hinsichtlich ihres Engagements bezüglich des Berufes zu homogen waren.

Die Wahl der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung erwies sich als passend, denn auch hier wurde der Gefahr der

Voreingenommenheit durch die Autorinnen ein methodisches Vorgehen entgegengesetzt, das Offenheit erfordert.

7. Schlussfolgerung

Die Darstellung des theoretischen Hintergrundes, die hohe Motivation der Interview-TeilnehmerInnen, sich für die Fragestellung der Autorinnen zur Verfügung zu stellen und die Ergebnisse der Interviews machen die Relevanz und Aktualität des Themas deutlich und decken auf, dass an vielen Stellen auf Mikro-, Meso- und Makro-Ebene Aufklärungs- und Positionierungsbedarf besteht.

7.1 Mikro-Ebene

Auf Mikro-Ebene gefordert sind zum einen die Examinierten, sich für die Weiterentwicklung des Berufes zu öffnen, zum anderen aber auch die akademisierten KollegInnen, sich dessen bewusst zu sein, dass die examinierten KollegInnen über Kompetenzen verfügen, die sich mit ihrem eigenen theoretischen Hintergrund auf der Grundlage eines kollegialen Austauschs „auf Augenhöhe“ zum Wohle der Klienten verknüpfen lassen.

7.2 Meso-Ebene

Auf institutioneller Ebene ergibt sich daraus der Auftrag an die Arbeitgeber, den examinierten und akademisierten KollegInnen Raum zu geben für den Austausch ihres Wissens, z.B. im Rahmen von gegenseitigen Fortbildungen und Teamsitzungen.

Vor der Personaleinstellung ist es notwendig, sich mit den entstehenden beruflichen Hierarchien durch akademisierte KollegInnen auf Leitungspositionen auseinander zu setzen, ebenso auch mit der Frage der unterschiedlichen oder gleichen Entlohnung für examinierte und akademisierte ErgotherapeutInnen.

Fortbildungsveranstalter sind gefordert, ihre Angebote so weiter zu entwickeln, dass sie sowohl examinierte als auch akademisierte KollegInnen ansprechen und dem Wunsch der FachschulabsolventInnen entgegenkommen, Theorie praxisnah zu vermitteln.

Für die Berufsfachschulen entsteht die Notwendigkeit, eine Position zu entwickeln bezüglich der Beratung ihrer FachschülerInnen hinsichtlich eines ausbildungs- oder berufsbegleitenden Studiengangs.

Auch die Hochschulen sind gefragt, sich im Rahmen ihres Lehrauftrages damit auseinanderzusetzen, wie sie die zukünftigen akademisierten KollegInnen auf die Zusammenarbeit mit examinierten ErgotherapeutInnen vorbereiten wollen.

7.3 Makro-Ebene

Auf politischer Ebene ist vor allem die berufsständische Vertretung gefordert, mit examinierten und akademisierten Berufsangehörigen in eine Diskussion über die jeweiligen bestehenden Visionen der beruflichen Entwicklung zu treten sowie eine eindeutige Position und Transparenz bezüglich der zukünftigen Gestaltung der Ausbildung zur ErgotherapeutIn zu entwickeln.

8. Ausblick und weiterführende Fragen

Die vorliegende Arbeit ermöglicht einen ersten Einblick in die Sorgen, Ängste, aber auch Hoffnungen schon langjährig examinierter ErgotherapeutInnen bezüglich der Entwicklung ihres Berufsstandes durch die zunehmende Akademisierung.

Die Autorinnen liefern auch erste Ansätze für sich ergebende Handlungsfelder auf Mikro-, Meso- und Makro-Ebene.

In diesem Zusammenhang könnten auch weiterführende Fragestellungen untersucht werden:

- Wie erleben die nicht im Berufsverband organisierten ErgotherapeutInnen den Akademisierungsprozess?
- Bringt das Studium das, was die Examinierten sich davon erhoffen?
- Auf welche Weise können die examinieren ErgotherapeutInnen am Akademisierungsprozess teilhaben, ohne selbst studieren zu müssen?
- Wie lassen sich praxisfreundliche Angebote zur Vermittlung theoretischer Studieninhalte im Rahmen von Fortbildungen installieren?
- Wie bewusst ist den akademisierten ErgotherapeutInnen die Verantwortung zur aktiven Mitgestaltung einer gelungenen Zusammenarbeit?
- Welche Strategien sind hilfreich für eine gelingende Zusammenarbeit?
- Wie sieht die Einstellung der Arbeitgeber aus bezüglich Examinierung versus Akademisierung?
- Welche Position nehmen die Berufsverbände bezüglich des Themas ein? Wo sollen die Entwicklungen hingehen?
- Wie erleben die jungen examinieren KollegInnen den Akademisierungsprozess? Was haben sie diesem anstelle der Berufserfahrung entgegensetzen?

Das Schlusswort soll einer TeilnehmerIn gehören: *„Hand in Hand müssen wir arbeiten, so sehe ich das“* (TN5-556).

Literaturverzeichnis

- Allen, R., Oke, L., McKinstry, C. & Courtney, M. (2005). Professionalism and Accountability: Accreditation Examined. In G. Whiteford & V. Wright-St. Clair (Eds.), *Occupation & Practice in Context* (pp.87-103). Marrickville: Elsevier Australia.
- Alward, A. & Groß, M. (2009). Geschichtlicher Rückblick auf die Entwicklung des Einsatzes von Handwerk in der Ergotherapie. In I. Winkelmann (Ed.), *Handwerk in der Ergotherapie* (pp.9-15). Stuttgart: Georg Thieme.
- Alward, A. (2009). Stellenwert von Handwerk in der Ergotherapie. In I. Winkelmann (Ed.), *Handwerk in der Ergotherapie* (pp.26-31). Stuttgart: Georg Thieme.
- Beyermann, G. (2001). *Woher – Wohin? Didaktischer Leitfaden zur Ausbildungsplanung in den Gesundheitsberufen am Beispiel Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bollinger, K. & Gerlach, A. (2008). Professionalität als Kompetenz und Element der Qualitätssicherung in den Gesundheitsberufen. In S. Matzick (Ed.), *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (pp. 139-157). Weinheim, München: Juventa.
- Bollinger, H. (2012). Profession – Dienst – Beruf Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Eds.), *Gesundheitsberufe im Wandel Soziologische Beobachtungen und Interpretationen* (pp.13-30) (3rd ed.). Frankfurt: Mabuse.
- Christiansen, C. H. & Townsend, E. A. (Eds.) (2010). *Introduction to Occupation The Art and Science of Living* (2nded.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education.
- Danner, H. (1979). *Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik*. München: Reinhardt (UTB).
- Dohm, R. & Raps, W. (1977). *Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs – und Arbeitstherapeuten und Ausbildungs- und Prüfungsordnung*. Bonn - Bad Godesberg: Rehabilitationsverlag.
- Erpenbeck, J. & Rosenstiel von, L. (2007). *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis* (2nd ed.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Flick, U. (1996). *Psychologie des technisierten Alltags. Soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Flick, U. (1999). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften* (4th ed.). Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung* (4th ed.). Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U., von Kardoff, E., & Steinke, I. (Eds.) (2010). *Qualitative Forschung – Ein Handbuch* (8th ed.). Hamburg: Rowohlt.
- Gantschnig, B. & Hengen-Lang, D. (2009). Bedeutung von Handwerk für die Ergotherapie – eine Literaturübersicht. In I. Winkelmann (Ed.), *Handwerk in der Ergotherapie* (pp.15-26). Stuttgart. Georg Thieme.
- Götsch, K. (2011). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Schepers, U. Steding – Albrecht & P. Jehn (Eds.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (pp. 2–10) (4th ed.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Hagedorn, R. (2009). Umsetzung von Modellen in die Praxis. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B.M. Stubner & P. Weber (Eds.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (pp.29–43) (3rd ed.). Heidelberg: Springer.
- Hagedorn, R. (2009). Praxismodelle in der Ergotherapie. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B.M. Stubner & P. Weber (Ed.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (pp. 16-27) (3rd ed.). Heidelberg: Springer.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4th ed.). Wiesbaden: VS.
- Heyse, V. (2007). Strategien –Kompetenzanforderungen – Potenzialanalysen.In V. Heyse & J.Erpenbeck, *KompetenzManagement Methoden, Vorgehen, KODE® und KODE®X im Praxistest* (pp.11-164). Münster: Waxmann.
- Hinojosa, J. (2012). Personal Strategic Plan Development: Getting Ready for Changes in Our Professional and Personal Lives. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 34–38.
- Hocking, C. & Ness, N.E. (2002). *Revised minimum standards for the education of occupational therapists*. The Council of the World Federation of Occupational Therapists.
- Hogeschool Zuyd (2011). *Studienführer der Hogeschool Zuyd, Bachelorstudiengang Ergotherapie*. Heerlen.

Jehn, P. (2011). Berufsausbildung in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding – Albrecht & P. Jehn (Eds.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (pp.19-40) (4th ed.). Stuttgart: Georg Thieme.

Kälble, K. (2008). Die Gesundheitsfachberufe im Akademisierungsprozess: Aktuelle Entwicklungen und Problemfelder ihrer Höherqualifizierung. In S. Matzick (Ed.), *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (pp.195-212). Weinheim und München: Juventa.

Kälble, K. (2012). Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen Zum Akademisierungs– und Professionalisierungsprozess der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Eds.), *Gesundheitsberufe im Wandel Soziologische Beobachtungen und Interpretationen* (pp.13-30) (3rd ed.). Frankfurt: Mabuse.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Kielhofner, G., Mentrup, C. & Niehaus, A. (2009). Das Model of Human Occupation: Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B.M. Stubner & P. Weber (Eds.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (pp.55-92) (3rd ed.). Heidelberg: Springer Medizin.

Kraus, E. (2009). Handwerkliche und gestalterische Techniken in der Ergotherapie. In I. Winkelmann (Ed.), *Handwerk in der Ergotherapie* (pp.2-9). Stuttgart: Georg Thieme.

Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis* (2nd ed.). Wiesbaden: VS.

Laufer A. & Schnettker, R. (2006). *Berufskompetenzen in der Ergotherapie Eine Studie zur Ermittlung von Kompetenzen, die in Deutschland tätige Ergotherapeuten in ihrem Berufsalltag benötigen*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Heerlen, Hogeschool Zuyd, Fakultät Gezondheit en Zorg (Ergotherapie).

Laufer, A. & Schnettker, R. (2008). Kompetenzen. In: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Ed.) *Ergotherapie im Profil*. Karlsbad.

Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5th ed.). Weinheim, Basel: Beltz.

Marotzki, U. (2004). *Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung. Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.

- Marotzki, U. (2011). Praxismodelle in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding – Albrecht & P. Jehn (Eds.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (pp. 66-73) (4th ed.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Marotzki, U. & Hack, B. (2009). Zum Fortgang der Professionalisierung der deutschen Ergotherapie – eine Fiktion. In U. Marotzki, Ch. Jerosch-Herold & B. Stubner (Eds.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (pp.184 - 209) (3rd ed.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Marquardt, M. (2004). *Geschichte der Ergotherapie 1954 – 2004*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Matthes, J. (1984). Über die Arbeit mit lebensgeschichtlichen Erzählungen in einer nicht-westlichen Kultur. In M. Kohli & G. Robert, *Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven* (pp.284-295). Stuttgart: Metzler.
- Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung* (5th ed.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse* (11th ed.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Miesen, M. (2004). Ausbildung. In: M. Miesen (Ed.), *Berufsprofil Ergotherapie 2004*. (pp.65-90). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Miesen, M., Christopher, A. & Mentrup, C. (2004). Begriffsbestimmung Ergotherapie. In M. Miesen (Ed.), *Berufsprofil Ergotherapie 2004* (pp.151–171). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. A. Townsend & H.J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (pp.13-36). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Pundt, J. (2006). Professionalisierung im Gesundheitswesen – Einstimmung in das Thema. In J. Pundt (Ed.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen-Potenziale – Perspektiven* (pp.7-19). Bern: Verlag Hans Huber.
- Rank, S. & Scheinpflug, R. (2010). *Change Management in der Praxis. Beispiele, Methoden, Instrumente* (2nd ed.). Berlin: Erich Schmidt.
- Schewior-Popp, S. (1994). *Krankengymnastik und Ergotherapie. Eine exemplarische Studie zur Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Schnell, M.W., & Heinritz, C. (2006). *Forschungsethik: Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen aus der Gesundheits- und Pflegewissenschaft* (1st ed.). Bern: Huber.

Schütz, A. (1971). *Gesammelte Schriften - Band 1*. Den Haag: Nijhoff.

Streich, R.K. (1997). Veränderungsprozessmanagement. In M. Reiß, L. von Rosenstiel & L.M. Hofmann (Eds.), *Change-Management. Programme, Projekte und Prozesse* (pp.237-254). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Thiebes, K. (2008). Arbeitsfelder. In DVE (Ed.), *Ergotherapie im Profil* (pp. 22-26). Karlsbad.

Townsend, E.A. & Polatajko, H.J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

Turpin, M. & Iwama, M.K. (2011). *Using Occupational Therapy Models in Practice*. New York: Churchill Livingstone Elsevier.

Walkenhorst, U.& Stüve, B. (2004). Qualifikationsanforderungen an die Ergotherapie. In M. Miesen (Ed.), *Berufsprofil Ergotherapie 2004* (pp.201-215). Idstein: Schulz-Kirchner.

Walkenhorst, U. (2006). Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie auf dem Weg zur Professionalisierung. In J. Pundt (Ed.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen* (pp.106 – 123). Bern: Hans Huber.

Walkenhorst, U & Klemme, B. (2008). Kompetenzentwicklung und Qualifizierung in der Ergo- und Physiotherapie. In S. Matzick (Ed.) *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (pp. 179-194). Weinheim, München: Juventa.

Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health* (2nd ed.). Thorofare: Slack Incorporated.

Wissenschaftliche - und Fachzeitschriften

Aegler, B. (2003). Zukünftige Herausforderungen der ergotherapeutischen Berufsentwicklung in Österreich, der Schweiz und Deutschland. *Ergotherapie. Zeitschrift für angewandte Wissenschaft*, 10 (2), 3-5.

Barzel, A., Ketels, G., Schön, G. & van den Bussche, H. (2011). Erste deutschlandweite Befragung von Physio-und Ergotherapeuten zur Berufssituation. Teil 1: Profil der Teilnehmer –Basisdaten. *ergoscience*, 6 (2), 57–70.

Barzel, A., Ketels, G., Schön, G. & van den Bussche, H. (2011). Erste deutschlandweite Befragung von Physio-und Ergotherapeuten zur Berufssituation. Teil 3: Physio- und Ergotherapeuten zwischen Kooperation und Konkurrenz. *ergoscience*, 6 (4), 148-155.

Behrens, C. (2010). Von der Abschaffung der Mindestaltersgrenze bis zur Einführung einer Modellklausel. *ergoscience*, 5(4), 78-82.

Beyermann, G. (2006). Professionalisierung und Klientenzentrierung – zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken. *ergoscience*, 1(3), 92–99.

Boggatz, T., Altmeyden, S. & Unger, A. (2010). Self-images and perceptions of other professions among students of nursing, physiotherapy, and occupational therapy and their importance for interprofessional cooperation. *Pflege Zeitschrift*, 63(7), 422-426.

Burford, B. (2012). Group processes in medical education: learning from social identity theory. *Medical Education*, 46, 143–152.

Christiansen, Ch.H. (1999). Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(6), 547–558.

Clouston, T. J. & Whitcombe, S.W. (2008). The professionalization of Occupational Therapy: a Continuing Challenge. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(8), 314–320.

Courtney, M. (2005). The meaning of professional excellence for private practitioners in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 211-217.

Courtney, M. & Farnworth, L. (2003). Professional competence for private practitioners in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 234–243.

Heller, B.; Heller, U. & Kiefel, Y. (2006). Auf der Suche nach dem gemeinsamen Nenner Geschichte(n) lehrender ErgotherapeutInnen von 1953 bis 2004 – als Beitrag zur Paradigmendiskussion in Deutschland. *Ergotherapie. Zeitschrift für angewandte Wissenschaft*, 7(2), 60-79.

Kinn, L.G. & Aas, R.W. (2009). Occupational therapists' perception of their practice. A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 112–12.

- Mackey, H. (2007). 'Do not ask me to remain the same': Foucault and the professional identities of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 95–102.
- Marotzki, U. (2009). Editorial. *ergoscience*, 4(4), 133-134.
- Müllersdorf, M. & Ivarsson, A. B. (2012). Use of Creative Activities in Occupational Therapy Practice in Sweden. *Occupational Therapy International*, 19(3), 127-34.
- Oevermann, U. (2005). Wissenschaft als Beruf Die Professionalisierung wissenschaftlichen Handelns und die gegenwärtige Universitätsentwicklung. *die hochschule*, 1, 15-51.
- Page, J., Raithel, J. Luomajoki, H., Schämann, A. & Kool, J. (2011). Evidence-Based Practice: Einstellungen, Kompetenzen und Barrieren bei Ergo- und Physiotherapeuten. Ergebnisse einer Kursevaluation an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Schweiz. *ergoscience*, 6(2), 64-70.
- Pörtl, S. & Karlsson, P. (2009). Warum nehmen Ergotherapeuten an weiterführenden Aus- und Fortbildungsmaßnahmen teil? Why Occupational Therapists Engage in Continuing Professional Education. *ergoscience*, 4(3), 90–97.
- Reick, H. (2004). "... damals hat man gedacht, du musst Künstler sein, um das zu lernen..." Ergebnisse einer Forschungsarbeit zu den Anfängen der deutschen Ergotherapie. *Ergotherapie. Zeitschrift für angewandte Wissenschaft*, 7(1), 29–40.
- Rodger, S., Clark, M., Banks, R., O'Brien, M. & Martinez, K. (2009). A comparison of international occupational therapy competencies: Implications for Australian standards in the new millennium. *Australian Occupational Therapy Journal* 56, 372–383.
- Senn, D. & Mentrup, C. (2010). Der europäische Ergotherapie-Master in Neuauflage. *ergoscience*, 5(3), 130 – 131.
- Wilding, C. & Whiteford, G. (2007). Occupation and occupational therapy: Knowledge paradigms and everyday practice. *Australian Occupational Therapy Journal* 54, 185–193.
- Zalpour, C. & Hluchy, C. (2010). Absolventenbefragung der ersten Jahrgänge akademisch ausgebildeter Ergotherapeuten (2003-2008) am Beispiel der Fachhochschule Osnabrück. *ergoscience*, 5(3), 99-107.
- Zillessen, A. (2011). Die Zukunft beginnt in der Schweiz. *ergopraxis. Die Fachzeitschrift für Ergotherapie*, 4(11/12), 8-10.

Zoege, M. (2008). Professionalisierung der Ergotherapie und interdisziplinäre Fallarbeit – zwei Seiten einer Medaille. *Ergotherapie. Zeitschrift für angewandte Wissenschaft* 9(2), 47–55.

Internet

AG MTG (Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe, 2011). *Positionspapier der AG MTG zur Akademisierung der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe*. Studiert am 02. August 2012 auf dem World Wide Web: www.agmtg.de/_pdf/Positionspapier.pdf

BBT (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2009). *Teilrevision von Fachhochschulverordnungen*. Studiert am 02. August 2012 auf dem World Wide Web:

<http://www.bbt.admin.ch/aktuell/medien/00483/00594/index.html?lang=de&msgid=26063>

Bundesgesetzblatt (2009). *Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten*. Studiert am 27. September 2012 auf dem World Wide Web: [http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/*\[@attr_id='bgbl109s3158.pdf'\]](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/*[@attr_id='bgbl109s3158.pdf'])

Bundesministerium des Inneren (2011). *Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes*. Studiert am 14. Dezember 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2012/demografiebericht.html?nn=3316956>

DQR (2011). *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. Studiert am 03. Juli 2012 auf dem World Wide Web:

http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de/aktuelles/deutscher-qualifikationsrahmen-f%C3%BCr-lebenslanges-le_gh3psgo.html

Duden (n.d.). *Synonyme*. Studiert am 02. November 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.duden.de/hilfe/synonyme>

DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten, e.V., 2011). *Liste der Ergotherapie-Studiengänge*. Studiert am 02. August 2012 auf dem World Wide Web: http://www.dve.info/fileadmin/Userfiles/downloads/pdf/studiengaenge/Liste_ET_Studiengaenge_0611.pdf

ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) (n.d.). *Occupational Therapy Terminology – ENOTHE Project*. Studiert am 02. November 2012 auf dem World Wide Web: <http://pedit.hio.no/~brian/enothe/terminology/>

EQR (Europäischer Qualifikationsrahmen, 2006). *Der europäische Qualifikationsrahmen*. Studiert am 09. September 2012 auf dem World Wide Web: http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/eqf_de.htm

EVD (Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement, 2009). *Verordnung des EVD über Studiengänge, Nachdiplomstudien und Titel an Fachhochschulen*. Studiert am 02. August 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/15242.pdf>

FHSCHWEIZ. *Formulare, Positivliste*. Studiert am 02. August 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.gsk-titel.ch/content-n354-sD.html>

Fischer, A. (2007). *Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Ergotherapieschulen in NRW*. Studiert am 04. März 2012 auf dem World Wide Web: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/ausbildungsrichtlinien/ausbildungsrichtlinien-ergotherapieausbildung-nrw.pdf

Frank, T.A. (2004). *Studie zum Verbleib in medizinischen Assistenzberufen am Beispiel der Ergotherapie*. Studiert am 09. Juli 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.ergotherapie-frank.de/studium-schule-moral/forschung-wissenschaft/>

Gesetze im Internet (n.d.). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV) 1999*. Studiert am 02. August 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ergthapr/gesamt.pdf>

Gesetze im Internet (n.d.). *Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz – ErgThG) 1999*. Studiert am 02. August 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ergthapr/gesamt.pdf>

Schlag, B. (2006). Symposium der AG-MTG. *Impulsvortrag*. Studiert am 08. Juli 2012 auf dem World Wide Web: http://www.agmtg.de/symposium_2006.htm

SVR (Sachverständigenrat, 2007). *Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Studiert am 02. August 2012 auf dem World Wide Web: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf

Räbiger, J. (2009). *Einführungsvortrag: Primärqualifizierend studieren in den Gesundheitsfachberufen - ein Gewinn für die Versorgungsqualität*. Studiert am 08. Juli 2012 auf dem World Wide Web:

http://www.agmtg.de/_pdf/Tagung_AGMTG_HVG_2009-11-27_Einfuehrungsvortrag.pdf

TUNING Occupational Therapy Project Group, (2008). *Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy*. Studiert am 20. September 2012 auf dem World Wide Web:

http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/OCCUPATIONAL_THERAPY_FOR_WEBSITE.pdf

Walkenhorst, U. (2011). *Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang*. Studiert am 02. August 2012 auf dem World Wide Web:

<http://www.bwpat.de/content/ht2011/ft10/walkenhorst/>

Walkenhorst, U. (2009). „*Welche Therapeuten braucht das Land?*“ Titel der Podiumsdiskussion auf der Tagung der AG-MTG zum Thema „Primärqualifizierend studieren in den Gesundheitsfachberufen – ein Gewinn für die Versorgungsqualität.“ Studiert am 09. Juli 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.agmtg.de/index.htm>

Walkenhorst, U. (2004). *Forschung in der Ergotherapie - Ausgangssituation der Delphi-Studie*. In *Workshop-Reader Nr. 20 der Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Pflege und Gesundheit*. Studiert am 01. August 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.fh-bielefeld.de/fb5/bereich-pflege-und-gesundheit/angebote-fuer-externe/workshop-reader>

WFOT (World Federation of Occupational Therapists, 2005). *Code of Ethics (revised 2005)*. Studiert am 02. Juni 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/cid/1/Default.aspx>

WFOT (World Federation of Occupational Therapists, 2008). *Entry-Level Competencies for OTs*. Studiert am 21. September 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

WFOT (World Federation of Occupational Therapists, 2012). *Competency and maintaining Competencys*. Studiert am 19. September 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

Wissenschaftsrat - Pressemitteilungen (2012): *Neue Qualifizierungswege für Berufe der Gesundheitsversorgung. Wissenschaftsrat spricht sich für eine partielle Akademisierung der Gesundheitsfachberufe aus*. Studiert am 02. August 2012 auf dem World Wide Web: <http://www.wissenschaftsrat.de/index.php?id=443&=>

Abkürzungsverzeichnis

BeArBThG	Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ebd.	ebenda
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
ErgThAPrV	Ergotherapeutische Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
et al	und andere
e.V.	eingetragener Verein
freiberufl.	freiberuflich
Ger.	Geriatric
Neuro.	Neurologie
NRW	Nordrhein-Westfalen
Ortho.	Orthopädie
Päd.	Pädiatrie
Psych.	Psychiatrie
TN	Teilnehmer
USA	United States of America
WFOT	World Federation of Occupational Therapy

Darstellungsverzeichnis

Darst.	1	Suchbegriffe	19
Darst.	2	Genutzte Datenbanken und Suchmaschinen	20
Darst.	3	Genutzte Bibliotheken	20
Darst.	4	Die Komponenten der Kompetenzen in Anlehnung an Erpenbeck und von Rosenstiel	37
Darst.	5	Kompetenzkategorien des DQR	40
Darst.	6	Veränderungsverlauf und wahrgenommene persönliche Kompetenz zur Veränderungssteuerung nach Streich	42
Darst.	7	Angewandte Phänomenologie	46
Darst.	8	Konstruktion und Interpretation als Zugänge zur Erfahrungswelt	47
Darst.	9	Auswahlfaktoren zur Erstellung der Samplestruktur	51
Darst.	10	Theoretischer und praktischer Ablaufplan der Studie	54
Darst.	11	Profil der Pilot-Teilnehmerinnen	57
Darst.	12	Profil der TeilnehmerInnen der Hauptstudie	59
Darst.	13	Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse	61

Glossar

A	
Akademisierungsprozess	„Prozess, in dem bestehende Berufe und Arbeitskraftmuster verändert, erweitert und neu geschnitten werden.“ (Bollinger, 2012, S. 20) Anhebung der Ausbildung von ErgotherapeutInnen auf Hochschulniveau
Alumni	Absolventen einer Hochschule
Assessment	Beurteilungs-Instrument
B	
Bachelor-Studiengang	Studiengang, der zur Erlangung eines ersten akademischen Grades an einer Hochschule oder Universität führt.
Berufsständische Vertretung	Interessensvertretung der Angehörigen eines Berufsstandes auf gesetzlicher Grundlage; Berufsverband
Betätigung	ein Komplex von Aktivitäten, der persönliche und soziokulturelle Bedeutung hat, kulturell definiert ist und die Partizipation an der Gesellschaft ermöglicht; Betätigungen/Handlungen/Beschäftigungen können den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und/oder Freizeit zugeteilt werden (ENOTHE).
Bologna-Prozess	politisches Vorhaben zur Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraums
C	
chronologisch	zeitlich geordnet
D	
demografische Entwicklung	auch demografischer Wandel; Rückgang der Bevölkerung, Zunahme der älteren und Rückgang der jüngeren Menschen innerhalb der Bevölkerung (Bundesministerium des Inneren).
deskriptiv	beschreibend
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	berufsständische Interessenvertretung der deutschen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, gegründet 1954 als Verband staatlich anerkannter Beschäftigungstherapeuten e.V.,

	hervorgegangen aus der Arbeitsgemeinschaft Verband deutscher Beschäftigungstherapeuten (Miesen, 2004)
Dualer Ausbildungsgang	hier: ergotherapeutische Ausbildung an der Berufsfachschule und zeitgleich ausbildungsbegleitendes Studium
E	
Effektivität	Grad der Zielerreichung
ergotherapeutische Praxismodelle	auch konzeptionelle Modelle; ausgewählte theoretische Konzepte unterschiedlicher Disziplinen werden systematisiert, so dass sie von ErgotherapeutInnen als Grundlage für die Verbindung von Theorie und Praxis genutzt werden können. (Jerosch-Herold et al, 2009)
Ethik-Kodex	schriftlich festgehaltene Regeln zum geeigneten Verhalten einer Berufsgruppe
Examierte ErgotherapeutInnen	ErgotherapeutInnen, die gemäß des Gesetzes über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (ErgThG, 1999) und gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – ErgThAPrV ,1999) ihre Ausbildung absolviert, ihre Prüfung abgelegt und somit laut Ernennungsurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung Ergotherapeutin oder Ergotherapeut berechtigt sind.
F	
Face-to-Face	persönlich, von Angesicht zu Angesicht
Forschungsdesign	„alle zur Planung und Durchführung einer empirischen Untersuchung gehörenden Schritte: Fragestellungen, Wahl der Untersuchungseinheiten, Erhebungsmethode etc.“ (Lamnek, 2010)
G	
Grundständiger Studiengang	Studiengang, der auf direktem Weg zu einem ersten Hochschulabschluss führt
H	
hierarchisch	eine über- bzw. untergeordnete Machtreihenfolge beschreibend
Hintergrundtheorie	hier: theoretische Positionen, die qualitativer Forschung zugrunde liegen, mit

	unterschiedlicher Wirklichkeitsauffassung, „also Annahmen darüber, wie Forschungsgegenstände konzeptuell und methodisch angegangen [...] werden sollten“ (Flick, 2011).
I	
Induktives Vorgehen	„Vorgehensweise, aufgrund von Einzelbeobachtungen auf eine allgemein erklärende Regel zu schließen,“ (Lamnek, 2010)
institutionell	die (Arbeits-)Einrichtung betreffend
Intervention	Vorgehensweise bei der Behandlung
K	
Klient	im Gesundheitswesen die Bezeichnung für den kompetenten, informierten Patienten; Kennzeichen des Paradigmenwechsels: Der Klient hat den geduldigen, bevormundeten Patienten abgelöst.
Klientenzentrierung	Gemeinschaftlicher und partnerschaftlicher Ansatz, der Klienten (wie Einzelpersonen, Gruppen, Behörden, Regierungen, Körperschaften oder andere) befähigt, sich zu betätigen. Klientenzentrierte Ergotherapeutinnen zeigen Respekt für ihre Klienten, beziehen Klienten in Entscheidungen ein, treten mit den Klienten und für deren Bedürfnisse ein und erkennen die Erfahrung und das Wissen von Klienten an (ENOTHE).
Konstruktion	theoretisches Gebilde
Kontext	Zusammenhang
konzeptionelle Modelle	siehe ergotherapeutische Modelle
Kultusministerkonferenz	Zusammenschluss der für Bildung und Erziehung, Hochschulen und Forschung sowie kulturelle Angelegenheiten zuständigen Minister bzw. Senatoren der Länder (http://www.kmk.org)
M	
Makroebene	berufspolitische, gesellschaftliche Ebene
Master-Studiengang	zweite wissenschaftliche Ausbildung, mit der Hochschulabsolventen den akademischen Grad des Masters erlangen können.
Mesoebene	institutionelle Ebene
Methodik	„Systematisches Vorgehen bei der Entwicklung wissenschaftlicher Probleme,

	<i>Aussagen etc. sowie deren Überprüfung an der Realität“ (Lamnek, 2010)</i>
Methodologie	„beschäftigt sich mit der Frage, unter welchen Bedingungen wissenschaftliche Erkenntnis“ in einer bestimmten Wissenschaftsdisziplin möglich ist (Lamnek, 2010)
Mikroebene	Ebene der Arbeit der TherapeutIn mit dem Klienten
monetär	das Geld betreffend
N	
Numerus Clausus	Beschränkung der Zulassung an Hochschulen
O	
Ökonomisierung	im Gesundheitswesen: Forderung nach wirtschaftlicher Effizienz überlagern andere Gesichtspunkte der Gesundheitspolitik
P	
Phänomen	hier: die Erscheinung; wie sich etwas dem möglichst objektiven Betrachter darstellt
Pilot-Interview	Probelauf eines Interviews zur Überprüfung der Vorgehensweise und der vorbereiteten Fragen
Pilotierungsevaluation	Auswertung des Probelaufs mit gegebenenfalls notwendiger Anpassung der Vorgehensweise
Primärqualifizierung	im Gesundheitswesen: Auch Berufsqualifizierung. Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung, also auch für die berufspraktisch - therapeutischen Inhalte liegt bei der Hochschule (http://www.ash-berlin.eu)
Prozedere	Vorgehensweise
R	
reflexiv	die Reflexion betreffend
S	
sensibel	hier: ein Thema, das behutsam angegangen werden muss
T	
therapeutische Aktivitäten	Eine strukturierte Folge von Teilschritten oder Aufgaben, die Teil einer Betätigung /Handlung/ Beschäftigung sind (ENOTHE) und zu therapeutischen Zwecken eingesetzt werden.

Transkription	Abschrift eines Interviews
Tuning-Projekt	„ <i>Tuning Educational Structures in Europe</i> “ ist ein universitätsgesteuertes Projekt, um den Bologna-Prozess auf hochschul- und fachspezifischer Ebene zu implementieren. Der Tuning-Ansatz beinhaltet eine Methodik, um Studienprogramme für jeden der Bologna-Zyklen bzw. Studienstruktur-stufen (neu) zu gestalten, zu entwickeln, zu realisieren und zu bewerten. Der Begriff „Tuning“ kann mit „abstimmen“ übersetzt werden. (http://www.unideusto.org)
W	
Wirksamkeitsnachweis	Hier: Wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit von therapeutischen Methoden und Konzepten (Evidenz).
Wissenschaftsrat	Der Wissenschaftsrat berät die Bundesregierung und die Regierungen der Länder in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung (http://www.wissenschaftsrat.de)

Anhangsverzeichnis

Anhang	I	Interview-Leitfaden	107
Anhang	II	Vor-Informationen zur Studie	109
Anhang	III	Teilnehmerprofilbogen	110
Anhang	IV	Fragebogen zur Evaluation der Pilot-Interviews	112
Anhang	V	Informationen zum Datenschutz	114
Anhang	VI	Einwilligungserklärung	115
Anhang	VII	Transkriptionsregeln nach Kuckartz	116
Anhang	VIII	Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring	117
Anhang	IX	Interview-Auszug	118
Anhang	X	Ausschnitt des ersten Durchgangs zusammenfassender Inhaltsanalyse	119

Anhang I

Interview-Leitfaden für das halbstandardisierte episodische Interview nach Flick (1996)

Themeneinleitung / Beruflicher Werdegang

1. Warum wurden Sie Ergotherapeutin? Schildern Sie exemplarisch eine Situation, die zu dieser Entscheidung geführt hat.
2. Was haben Sie damals mit diesem Beruf verbunden, welches Bild hatten Sie von diesem Beruf?
3. Was hat Ihnen während der ergotherapeutischen Ausbildung an der Fachschule besonders gefallen? Erinnern Sie konkrete Situationen oder Inhalte, die das deutlich machen?
4. Beschreiben Sie eine Situation, die Ihre Entscheidung für den Beruf als richtig bestätigt hat.

Identifikation / Identität

5. Beschreiben Sie, was Ihnen am meisten Freude macht in ihrem Beruf. Können Sie Beispiele dafür nennen, was Ihnen am meisten Freude bereitet?
6. Könnten Sie bitte beschreiben, was die Ergotherapie heute für Sie bedeutet? Erläutern Sie eine Situation, in der das am deutlichsten für Sie wird.
7. Was ist für Sie das Wichtigste an unserem Beruf? Beschreiben Sie eine Situation, in der das für Sie deutlich wird.
8. Können Sie darlegen, was für Sie das Besondere an der Ergotherapie ist, vielleicht im Vergleich zu den anderen Gesundheitsberufen? Schildern Sie eine Situation, die das für Sie deutlich macht.

Professionalisierung / Akademisierung

9. Was muss man Ihrer Meinung nach heute mitbringen, um eine gute Ergotherapeutin sein zu können? Beschreiben Sie eine Situation, die das deutlich macht.
10. Wie erleben Sie Ihre berufliche Anerkennung als Ergotherapeutin? Können Sie uns dazu eine Situation schildern?

11. Was beinhaltet für Sie der Begriff der Akademisierung? Was verbinden Sie mit der Akademisierung?
12. Was verbinden Sie mit dem Studium an sich?
13. Wann und wie wurden Sie das erste Mal mit dem Akademisierungsprozess der Ergotherapie konfrontiert? Können Sie uns die Situation beschreiben?
14. Welche Gedanken und Gefühle haben Sie bezüglich des Akademisierungsprozesses der Ergotherapie? Können Sie eine oder mehrere Situationen beschreiben, die zu diesen Gedanken führte?
15. Wie sehen Sie sich persönlich in der Position der Examinierten innerhalb des Akademisierungsprozesses? Können Sie das mit der Schilderung einer Situation verdeutlichen?
16. Welche Entwicklungen erwarten Sie bezüglich der Akademisierung in nächster Zeit? Phantasieren Sie doch mal Situationen, an denen diese Entwicklungen deutlich werden.
17. Was wünschen Sie sich für sich selbst im fortschreitenden Akademisierungsprozess? Beschreiben Sie Ihre persönliche Wunschsituation.
18. Gibt es Ihrerseits Gedanken und Überlegungen zum Thema, die Sie beschäftigen, für die es aber bisher im Interview keinen Raum gab?

Anhang II

Vor-Informationen zur Studie

„Wie erleben examinierte Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes?“

Ziel der Studie

Das Ziel der Studie ist zu erfassen und zu beschreiben, wie die examinierten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ihre berufliche Lebenswelt in der sich verändernden Berufslandschaft erleben. Wir möchten damit einen Einblick in die Situation der examinierten Kolleginnen und Kollegen gewinnen und zum Verständnis dieser Situation beitragen.

Teilnahme

Wer kann an der Studie teilnehmen?

Interessierte Kolleginnen und Kollegen aus NRW mit abgeschlossenem Ergotherapie-Examen vor 2000, die Freude an der Ausübung ihres Berufes haben und sich in irgendeiner Form mit dem Thema Akademisierung beschäftigen bzw. beschäftigt haben, jedoch selber nicht studiert haben.

Wie läuft die Studie ab?

1. Wenn Sie Interesse an der Teilnahme haben und ein Interview mit uns durchführen möchten, füllen Sie bitte die anhängenden Seiten zum Teilnehmerprofil aus und senden sie diese fristgerecht per E-Mail-Anhang an eine der Forscherinnen zurück.
2. Eine der Forscherinnen wird umgehend Kontakt zu Ihnen aufnehmen, um Sie ausführlich über den Ablauf der Studie zu informieren, Ihre aufkommenden Fragen zu beantworten und einen Interviewtermin und -ort mit Ihnen zu vereinbaren.
3. Das Interview werden beide Forscherinnen durchführen, wobei eine der beiden die Interviewführung übernimmt und die andere für den reibungslosen technischen Ablauf sorgt und Beobachtungen notieren wird. Alle Interviews werden nach Ihrem schriftlichen Einverständnis digital aufgezeichnet.
4. Der zeitliche Aufwand für das Interview beträgt ca. 1 Stunde.
5. Die Interviews werden transkribiert und mit der Bitte um die inhaltliche Zustimmung noch einmal an die Teilnehmer geschickt.
6. Anschließend werden die Interviews anonymisiert, so dass der Datenschutz auf jeden Fall gewährt bleibt und die Daten nicht zurückverfolgt werden können. Nach der Transkription der Interviews werden die digitalen Aufnahmen gelöscht.
7. Alle Teilnehmer erhalten zum Dank für ihre Mühe eine digitale Form der Endfassung der Bachelor-Arbeit.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

Catrin Schmid und Sabina Sell-Krude

Kontakt: catrinschmid@hotmail.com

s.sell.krude@web.de

Anhang III Teilnehmerprofilbogen

Liebe Interview-Interessentinnen und -Interessenten!

Zunächst einmal vielen Dank für Ihre grundsätzliche Bereitschaft, an unserer Studie teil zu nehmen!

Für unsere weitere Planung und die Durchführung der Interviews benötigen wir zunächst noch ein paar Daten von Ihnen. Selbstverständlich werden alle Daten und Informationen von uns vertraulich behandelt und nur im Rahmen unserer Forschung verwendet. In etwaigen Veröffentlichungen werden die Teilnehmerdaten anonymisiert.

Bitte füllen Sie unten stehende Tabelle nach dem Speichern auf Ihrer Festplatte aus und senden Sie sie angehängt an eine E-Mail bis zum 06.07.2012 an eine von uns zurück.

E-Mail: catrinschmid@hotmail.com oder s.sell.krude@web.de

Natürlich können Sie die Liste auch ausdrucken und per Post an uns senden:

Catrin Schmid
Köln

Sabina Sell-Krude
Essen

Persönliche Daten

Name		
Vorname		
Geburtsjahr		
Geschlecht	O m	O w
Jahr des Ergotherapie-Examens		
Jahre der Berufserfahrung als ErgotherapeutIn		
Bundesland		

Beste Erreichbarkeit über

E-Mail	
Telefon Festnetz	
Telefon mobil	
Telefon Dienst	

Informationen zu Arbeitsbereich(en) und Teilnahme-Motivation

Art der Institution (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Akutklinik <input type="checkbox"/> Frühreha/ Reha <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> (Förder-)schule <input type="checkbox"/> WfbM <input type="checkbox"/> Fachschule für Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Fachbereich/ Schwerpunkt (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Pädiatrie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Geriatrie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Arbeitstherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Position (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> angestellt in leitender Position <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Aktuelle Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit: Stunden / Woche
Berührung mit dem Thema Akademisierung durch	<input type="checkbox"/> Kollegen im Team <input type="checkbox"/> Fortbildungen <input type="checkbox"/> Literatur <input type="checkbox"/> Überlegung, selber zu studieren <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Organisatorische Informationen

Bevorzugter Interview-Ort (Adresse)	
Bevorzugter Interviewtag (auch Wochenende)	Tag(e): <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends
Ausschlusszeiten für Interviews, z.B. wg. geplanten Urlaubes	

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Catrin Schmid und **Sabina Sell-Krude**

Anhang IV

Liebe Pilotstudienteilnehmerin, lieber Pilotstudienteilnehmer!

Vielen Dank für die Unterstützung unserer Arbeit und die damit verbundene Möglichkeit für uns, das Interviewen zu üben, sowie unsere Interviewfragen optimal auszuarbeiten und anzupassen.

Wir möchten Sie bitten, uns im Folgenden Antwort auf ein paar Fragen zu Ablauf und Inhalt des Interviews zu geben, um unser Vorgehen in der Hauptstudie optimieren zu können.

Sie können die Fragen nach dem Download auf Ihrem PC beantworten und per Mail an uns schicken (catrinschmid@hotmail.com oder s.sell.krude@web.de) oder ausdrucken und ausgefüllt bis zum per Post an uns senden oder persönlich abgeben:

Catrin Schmid
Köln

Sabina Sell-Krude
Essen

1. Haben Sie sich durch die Vorabinformationen ausreichend über den Ablauf und den entstehenden Aufwand informiert gefühlt?
2. War Ihnen die Gesprächsatmosphäre angenehm?
3. Wie haben Sie die Interview-Dauer empfunden?
4. Waren die Fragestellungen klar und deutlich?

5. Hatten Sie ausreichend Raum, von Ihrem Erleben in Bezug auf das Thema „Akademisierung“ zu berichten?
6. Welche Themenbereiche oder Fragen fehlten Ihnen?
7. Welche Themenbereiche oder Fragen schienen Ihnen überflüssig?
8. Empfanden Sie die Interviewerin offen und flexibel im Umgang mit Ihren Antworten?
9. Welche Anregungen haben Sie zur weiteren Ausgestaltung der Interviews?

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Catrin Schmid und **Sabina Sell-Krude**

Anhang V

Informationsblatt zum Datenschutz (zum Verbleib bei der Erzählperson)

Forschungsprojekt: „Wie erleben examinierte Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes?“

Verantwortliche Leitung: Sabina Sell-Krude und Catrin Schmid, Studentinnen der Hogeschool Zuyd im Bachelor-Studiengang Ergotherapie, Fachbereich „Gezondheidszorg“

Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Interviewer unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken.

Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung, dass wir das Interview speichern und auswerten.

Wir sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

- Wir gehen sorgfältig mit dem Erzählten um: Wir zeichnen das Gespräch digital mit zwei Geräten auf. Die Aufnahme wird abgetippt und Ihnen mit der Bitte um inhaltliche Zustimmung schriftlich zugesandt.
- Nach Abschrift der Interviews werden die Gesprächsaufzeichnungen gelöscht.
- Wir anonymisieren, d.h. wir verändern alle Personen-, Orts- und Straßennamen.
- Die Abschrift wird nicht veröffentlicht und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Die Auswertung übernehmen ausschließlich Frau Sell-Krude und Frau Schmid.
- Ihre kompletten Kontaktdaten werden nach Ende des Projektes in unseren Unterlagen gelöscht, so dass dann nur noch das anonymisierte Transkript besteht.
- Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.
- Einige Auszüge der anonymisierten Abschriften werden im Anhang der Bachelor-Arbeit zu lesen sein, ebenso als Zitate oder inhaltliche Zusammenfassungen im Rahmen der Ergebnisdarstellung der Bachelor-Arbeit. Möglicherweise werden anonymisierte Auszüge der Interviews auch im Rahmen von Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften oder bei Kongress-Vorträgen zu lesen sein. Die Zuordnung zu Ihnen als Erzählperson wird selbstverständlich durch die Anonymisierung nicht möglich sein.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung des Interviews von Ihnen verlangt werden.

Wir bedanken uns für Ihre Bereitschaft, uns Auskunft zu geben!

Sabina Sell-Krude und Catrin Schmid

Anhang VI

- Einwilligungserklärung -

Forschungsprojekt: „Wie erleben examinierte Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten den Akademisierungsprozess ihres Berufsstandes?“

Verantwortliche Leitung: Sabina Sell-Krude und Catrin Schmid, Studentinnen der Hogeschool Zuyd im Bachelor-Studiengang Ergotherapie, Fachbereich „Gezondheidszorg“

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen, freien Interviews mit einem Handzettel informiert worden (u.a.: die Abschrift gelangt nicht an die Öffentlichkeit, Anonymisierung der Abschrift, Löschung der Aufzeichnung, Löschung der Kontaktdaten nach Ende des Projektes, separate Aufbewahrung der Einwilligungserklärung, anonymisierte Veröffentlichung von Interviewauszügen).

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es digitalisiert aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang VII

Transkriptionsregeln nach Kuckartz, Dresing, Rädiker und Stefer (2008)

Allgemeine Grundregeln:

- Wörtliche Transkription, nicht lautsprachlich und nicht zusammenfassend
- Möglichst wortgenaue Übersetzung von Dialekten ins Hochdeutsche; falls nicht möglich, Erhalt des Dialektes
- Keine Transkription von Wortverschleifungen (so'n = so ein, simma = sind wir)
- Keine Transkription zustimmender oder betätigender Lautäußerungen des Interviewers
- Keine Transkription von Äußerungen wie mhm, ehm, äh (Füllsel)
- Jeder Sprechbeitrag erhält einen eigenen Absatz Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt (Bsp: #00:01:01-0#; #00:01:26-1#).

Zeichengebrauch:

Zeichen	Verwendung bei
/	Wort- und Satzabbruch
.	Kurzes Senken der Stimme oder uneindeutige Betonung
(.) (...) (5)	Pausen von 1-3 Sek; längere Pause mit Sekundenzahl in Klammern
mhm (bejahend)	Einsilbige Bejahung
mhm (verneinend)	Einsilbige Verneinung
BETONUNG, WICHTIG	Großschreibung besonders betonter Wörter und Äußerungen
(lacht) (seufzt)	Emotionale, nonverbale Äußerungen
// Text //	Beginn und Ende gleichzeitiger Rede mehrerer Personen
(unv.)	Unverständliche Wörter
(unv., Handygeräusch)	Unverständliche Passagen mit Ursache
(richtig?)	Vermutetes Wort, aber nicht ganz sicher zu verstehen
(10 Sekunden vorbeifahrender Zug)	Störungen ohne Wortverlust
IC: , IS:	Interviewerin Catrin, Interviewerin Sabina
TN1, TN2	Befragte Person

Spezielles Vorgehen für diese Arbeit:

- Anonymisierung sämtlicher, konkret genannter Personen, Orte, Institutionen, Fachzeitschriften, konkreter Berufsverbandsbezeichnungen durch Verwendung von beliebigen Buchstaben bzw. Verallgemeinerungen

Anhang VIII

Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)

Z1: Paraphrasierung

- Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

- Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
- Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelfällen zu Hilfe!

Z3: Erste Reduktion

- Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
- Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelfällen zu Hilfe!

Z4: Zweite Reduktion

- Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/ Integration)!
- Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/ Integration)!
- Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelfällen zu Hilfe!

432 Anhang IX Interview-Auszug

433 IC: Und hat man das irgendwie gemerkt, dass der jetzt studiert ist oder die?
434 #00:29:21-4#

435

436 TN1: Ich finde schon, dass man das merkt. Das ist schon wirklich noch mal in
437 mancher Richtung klareres Denken. Aber ich habe schon auch noch die Gruppe, die
438 früher war, das sind die da (zeigt auf dem Tisch das Ganze), wo man so aus dem
439 Bauch heraus mal arbeitet und so, B. zum Beispiel, die denkt dann auch ganz klar
440 und kriegt auch noch mal Dinge anders formuliert. Finde ich schon, dass man das
441 merkt. Das gibt andere Anregungen. #00:29:54-5#

442

443 IC: O.k., also Du hast offensichtlich diese Situation auch noch ganz gut vor Augen,
444 ne? Wie das war und dass das zu bemerken war. Daran anschließend kommt
445 nämlich jetzt die nächste Frage. Welche Gedanken und Gefühle hast Du bezüglich
446 des Akademisierungsprozesses der Ergotherapie? Kannst Du eine oder mehrere
447 Situationen beschreiben, die zu diesen Gedanken führte? #00:30:23-6#

448

449 TN1: Also ich bin gespalten, ganz ehrlich gespalten. Auf der einen Seite kenne ich ja
450 so diese Umbruchsituation, also wie ich angefangen habe als Beschäftigungs- und
451 Arbeitstherapeutin und hatte noch die Leute, die einfach, diese Hausfrauen. Da
452 kommt was Neues, und Du bist der Alte. Und jetzt bin ich selber in dieser Situation,
453 dass ich zu diesen Alten gehöre, und da kommt was Neues, ne? Das macht immer
454 so ein Stück Angst. Ich sehe, dass das aber auch was Bereicherndes ist, weil es
455 wirklich noch mal Dinge, die ich vielleicht gar nicht so formulieren kann, die ich
456 einfach mache, wirklich durch dieses Auseinanderpflücken auch noch mal anders
457 strukturiert. (...) Ich habe aber auch so die Befürchtung, also wenn ich jetzt hier so
458 unsere E. oder wie immer diese Zeitschriften heißen, wenn ich die lese und da ist ein
459 Artikel, wo ich denke, oh ja, und dann ist irgendeine Beschreibung von irgendeiner
460 Studie, und dann lese ich zehn Seiten, wie die aufgebaut und gemacht ist, und in
461 dem Moment, wo ich denke, ja und jetzt? Da ist sie zu Ende, ja? Ja, so dieses
462 wirkliche praktische Arbeiten fehlt mir da manchmal. Ist ja alles ganz schön, so ein
463 Studiendesign da aufzulisten, und das hat ja nun wahrscheinlich auch ganz klare
464 Vorschriften, wie das zu machen ist, aber was kann ich da praktisch mit anfangen?
465 Das ist mir manchmal noch nicht wirklich klar. Und da habe ich so ein bisschen
466 Befürchtungen, dass da auch eine Generation heranwächst, die das wirklich gut
467 kann, denen aber so der Blick (3 Sekunden Husten) auf die praktische Arbeit und die
468 Umsetzung dann ein bisschen fehlt. #00:32:15-7#

Anhang X

Ausschnitt des ersten Durchgangs zusammenfassender Inhaltsanalyse

Frage 14: Welche Gedanken und Gefühle haben Sie bezüglich des Akademisierungsprozesses der Ergotherapie? Können Sie eine oder mehrere Situationen beschreiben, die zu diesen Gedanken führte?

TN	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	
1	449	Ich bin gespalten	gespalten	K53	Akademisierung wird erlebt: <ul style="list-style-type: none"> • Gespalten • Macht Angst
1	450	Ich kenne diese Umbruchsituation, als ich angefangen habe als Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin und hatte noch diese Hausfrauen	Kennt Umbruchsituation aus der eigenen Geschichte als Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin unter „Hausfrauen“		
1	451	Da kommt was Neues, und Du bist der Alte.	Da kommt was Neues, und Du bist die Alte.	K54	Negative Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> • Angst, zu den „Alten“ zu gehören • Furcht vor Verlust des praktischen Arbeitens
1	452	Jetzt bin ich in der Situation, dass ich zu den Alten gehöre, und da kommt was Neues	Erlebt jetzt Rollenwechsel im Vergleich zur früheren Situation		
1	454	Das macht Angst	Spürt Angst		
1	454	Das ist aber auch was Bereicherndes, weil es noch mal Dinge anders strukturiert	Erlebt auch Bereicherung	K55	Positive Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> • Bereicherung
1	457	Ich habe aber die Befürchtung, dieses praktische Arbeiten fehlt mir manchmal	Fürchtet den Verlust des praktischen Arbeitens durch die Theorie		