

KLIENTENZENTRIERUNG UND SPIRITUALITÄT

Entwicklung eines Arbeitsmaterials für die
ergotherapeutische Praxis auf der
Grundlage des CMOP



SUSANNE HARDER-SDZUJ und KAREN JACOB

Mai 2008

KLIENTENZENTRIERUNG UND SPIRITUALITÄT

Entwicklung eines Arbeitsmaterials für die
ergotherapeutische Praxis auf der
Grundlage des CMOP

SUSANNE HARDER-SDZUJ und KAREN JACOB

Bachelorarbeit des Fachbereichs Ergotherapie der
HOGESCHOOL ZUYD

Mai 2008

Begleiterin: MIEKE LE GRANSE



Das Werk einschließlich aller 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.

© HOGESCHOOL ZUYD 2008

Vorwort

Bei der Erstellung dieser Arbeit haben wir viel Unterstützung erhalten. Besonders bedanken möchten wir uns bei MIEKE LE GRANSE, die unser Tun sehr genau verfolgte und immer die entscheidenden Fragen gestellt hat, damit wir nicht die Richtung verlieren. Liebe MIEKE, es war uns eine große Freude, Dich als Begleiterin zu haben.

Unser Dank gilt auch den Kollegen, die uns den Fragebogen für Berufsanfänger beantwortet haben, den deutschen und kanadischen Experten des CMOP, die uns viel Zeit schenkten, großzügig Einblick in ihr Wissen und ihr ganz persönliches Verständnis von Spiritualität gaben und uns zu unserem eigenen Weg ermutigten, sowie den Teilnehmern des Workshops, die sehr ernsthaft und offen mit uns gearbeitet und durch ihre Hinweise und Anregungen die Entwicklung des Arbeitsmaterials entscheidend vorangebracht haben.

Unseren Familien, Freunden und Kollegen danken wir für die vielen Stunden, in denen sie mit uns über das weite Feld der Spiritualität diskutierten und uns auch sonst auf unterschiedlichste Weise unterstützten und begleiteten.

Sprachliche Regelung

In der vorliegenden Bachelorarbeit haben wir überwiegend die männliche Form der Personenbezeichnung verwendet. Dies ist keinesfalls als Wertung oder Diskriminierung aufzufassen, sondern dient allein der besseren Lesbarkeit. Ausnahmen werden bei Aussagen gemacht, die sich eindeutig auf Personen des weiblichen Geschlechts beziehen.

Grundsätzlich werden in dieser Studie die Ausdrücke Klient und Patient gleichbedeutend gebraucht, da sich eine einheitliche Verwendung von ›Klient‹ bisher weder im institutionellen noch im allgemeinen Kontext durchgesetzt hat.

Während der Erstellung der Bachelorarbeit ist *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing & Justice through Occupation* (Townsend u. a., 2007) erschienen. Das CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE (CMOP) wurde dabei um ›Engagement‹ zum CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE AND ENGAGEMENT (CMOP-E) erweitert. Da jedoch sowohl die von uns interviewten Experten als auch die befragten Berufsanfänger noch fast ausschließlich den Ausdruck CMOP verwenden, haben wir uns dazu entschieden, diesen in unserer Arbeit zu benutzen.

Der überwiegende Teil der Literatur zu diesem Thema ist englischsprachig. Zitate wurden von uns selbst übersetzt. Wo es um besonders prägnante Formulierungen geht, haben wir auf eine Übersetzung ins Deutsche verzichtet. In dem von uns entwickelten Material sind Zitate zum Teil sowohl im Original als auch in deutscher Übersetzung aufgeführt.

Abkürzungen sind in einem gesonderten Verzeichnis aufgeführt.

Kontaktadressen

SUSANNE HARDER-SDZUJ
harder.s@freenet.de

KAREN JACOB
k.jacob@t-online.de

Abstract

Klientenzentrierung gewinnt in der ergotherapeutischen Praxis an Bedeutung. Als ein wichtiger Aspekt von Klientenzentrierung muss Spiritualität, das Kernstück des CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE, gesehen werden. Die vorliegende Arbeit analysiert, ausgehend von einer Untersuchung der geschichtlichen Entwicklung des Spiritualitätsbegriffs in Deutschland und Kanada, die Einbindung von Spiritualität in dieses Modell. Um den derzeitigen Stand der Umsetzung des Modells zu erfassen, wurden deutsche und kanadische Experten interviewt und der Kenntnisstand von deutschen Berufsanfängern über Spiritualität im CMOP erfragt. Als Ergebnis entstand das Arbeitsmaterial »Klientenzentrierung und Spiritualität«, das in einem Pilotworkshop getestet wurde und zur weiteren Nutzung zur Verfügung steht.

Schlüsselworte: Arbeitsmaterial, CMOP, Deutschland, Kanada, Klientenzentrierung, Spiritualität, spirituelle Biographie, Workshop

Cliëntgerichtheid wint aan betekenis in de ergotherapeutische praktijk. Spiritualiteit, het centrale aspect binnen het CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE, wordt ervaren als een belangrijk aspect binnen Cliëntgerichtheid. De voorliggende werkwijze analyseert de integratie van spiritualiteit in het model, uitgaande van een onderzoek over de historische ontwikkeling van het begrip spiritualiteit in Duitsland en Canada. Om de huidige stand over het gebruik van dit model te beoordelen, worden duitse en canadese experts geïnterviewd en de kennis van toekomstige beroepsuitoefenaars in de spiritualiteit in het CMOP bepaald. Dit heeft geresulteerd in een werkwijze »Cliëntgerichtheid en spiritualiteit«, welke in een pilot workshop getest werd en voor verdere ontwikkeling hiervan tot beschikking staat.

Sleutelwoorden: werkwijze, CMOP, Duitsland, Canada, Cliëntgerichtheid, spiritualiteit, spirituele biografie, workshop

Client-centered practice is gaining increasing significance in the field of occupational therapeutic practice. An important aspect of client-centered practice must be considered to be spirituality, which is a key feature of the CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE. Based on a study into the historical development of the term spirituality in Germany and Canada, the present thesis will analyse the role played by spirituality in this model. In order to identify the status of implementation of the model, German and Canadian experts were interviewed and inquiries made as to how much German newcomers to the profession know about spirituality in the CMOP. These investigations resulted in the working paper »Client-centered practice and spirituality«, which was tested in a pilot workshop and is available for further use.

Keywords: working paper, CMOP, Germany, Canada, client-centered practice, spirituality, spiritual biography, workshop

Zusammenfassung

Ist das kanadische Modell der Betätigungsperformanz (CMOP) mit all seinen Konzepten auf deutsche Verhältnisse übertragbar? Wie wird Klientenzentrierung in der kanadischen Ergotherapie umgesetzt, und in welcher Beziehung steht speziell Spiritualität, das Kernkonzept dieses Modells, dazu? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Ergotherapeuten befähigt werden, die Spiritualität ihrer Klienten im therapeutischen Alltag zu beachten?

Das große Interesse an Spiritualität innerhalb der Ergotherapie, im gesamten medizinischen und sozialwissenschaftlichen Bereich sowie allgemein in der Gesellschaft wird in der Vielfalt von Veröffentlichungen zu diesem Thema in den verschiedensten Medien in den letzten Jahren deutlich.

Durch Interviews mit kanadischen und deutschen Experten des CMOP wurde deren persönliche Definition von Spiritualität, die Umsetzung von Spiritualität innerhalb des CMOP in der therapeutischen Praxis wie auch in der Ausbildung von Ergotherapeuten in Kanada und Deutschland erhoben und verglichen. Dem ging eine intensive vergleichende Auseinandersetzung mit der internationalen, speziell aber der kanadischen und deutschen Literatur voraus. Zudem wurden vorhandene Ausbildungsmaterialien zum Thema Spiritualität ausgewertet.

Parallel dazu wurden Berufsanfänger von deutschen Ergotherapieschulen zu ihren Kenntnissen zur Spiritualität im CMOP und zu deren Einbezug in ihren therapeutischen Alltag befragt. Ebenfalls wurde erhoben, wie gut sich Berufsanfänger vorbereitet fühlen, die Spiritualität ihrer Klienten einzubeziehen. Hierbei zeigte sich, dass sowohl in Kanada als auch in Deutschland noch große Schwierigkeiten bei der Umsetzung auftreten. Diese sind darin begründet, dass Unsicherheiten theoretischer und organisatorischer, aber auch emotionaler Art bestehen.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse haben wir ein Arbeitsmaterial entwickelt, welches sich u. a. mit der Definition von Spiritualität, mit der persönlichen und professionellen Biographie sowie mit der Erhebung und Umsetzung von Spiritualität im therapeutischen Alltag befasst. Dieses Material haben wir in einem Pilotworkshop erprobt und danach evaluiert. Der Workshop machte unter anderem ein großes Interesse an dem Thema und das Bedürfnis nach mehr Unterstützung deutlich.

Klientenzentriertes Arbeiten dient sowohl der Qualitätssicherung als auch der Zufriedenheit des Therapeuten. Spiritualität muss als wichtiger Bestandteil klientenzentrierten Arbeitens gesehen werden. Sie kann nur persönlich definiert werden und muss im therapeutischen Alltag immer wieder aufs Neue mit Leben gefüllt werden. Auch um den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen Rechnung zu tragen, müssen sich Ergotherapeuten mit ihrer eigenen und der Spiritualität ihrer Klienten auseinandersetzen. Diese Arbeit soll dazu einen Beitrag leisten.

In welchem Maße Spiritualität Einfluss auf den Genesungsprozess des Klienten hat, müssen weitere Forschungen klären. Die Entwicklung und Erprobung von dafür geeigneten Erhebungsinstrumenten und Konzepten für die ergotherapeutische Praxis stellen aus unserer Sicht wichtige Aufgaben dar.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AJOT	The American Journal of Occupational Therapy
AOTA	THE AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, INC. (Amerikanischer Ergotherapieverband)
CAOT	CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (Kanadischer Ergotherapieverband)
CJOT	Canadian Journal of Occupational Therapy
CMOP	CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE (Kanadisches Modell der Betätigungsperformanz)
CMOP-E	CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE AND ENGAGEMENT
COPM	CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE
C.O.T.	BRITISH ASSOCIATION AND COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (Britischer Ergotherapieverband)
ebd.	ebenda
MOHO	MODEL OF HUMAN OCCUPATION
o. O.	ohne Ort
OPM	OCCUPATIONAL PERFORMANCE MODEL
Tab.	Tabelle
TN ^B	Teilnehmer des Fragebogens Berufsanfänger
TN ^D	Teilnehmer des Interviews mit deutschen Experten des CMOP
TN ^K	Teilnehmer des Interviews mit kanadischen Experten des CMOP
TN ^W	Teilnehmer des Workshops

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	IV
Sprachliche Regelung	V
Abstract	VI
Zusammenfassung	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Einleitung	1
1. Literaturrecherche und Literaturlauswertung	2
1.1. Die Entwicklung des Begriffs Spiritualität in der Ergotherapie	2
1.2. Definitionen des Begriffs Spiritualität und seine Stellung im CMOP-E	3
1.3. Zur Geschichte des Begriffs Spiritualität	5
1.4. Geist, Spiritualität und Medizin	7
1.5. Ein- und Abgrenzung des Begriffs Spiritualität	8
1.6. Klientenzentrierung und Spiritualität	9
1.7. Die Bedeutung von Spiritualität für den ergotherapeutischen Prozess	10
1.8. Vorbereitung von Ergotherapeuten auf den Umgang mit Spiritualität	11
2. Planung und Durchführung der Studie	13
2.1. Studiendesign	14
2.2. Methoden der Datenerhebung	15
2.3. Vorbereitung und Durchführung der Studie	16
2.3.1. Literaturrecherche und Literaturlauswertung	16
2.3.2. Auswahl und Gewinnung der Teilnehmer	17
2.3.3. Die Fragebögen	18
2.3.4. Die Experteninterviews	21
3. Methoden der Datenanalyse	24
3.1. Auswertung der Fragebögen	24
3.2. Auswertung der Experteninterviews	24
3.3. Gütekriterien	26
4. Darstellung der Ergebnisse	28
4.1. Ergebnisse der Befragung der Berufsanfänger	28
4.2. Ergebnisse der Interviews mit deutschen Experten des CMOP	37
4.3. Ergebnisse der Interviews mit kanadischen Experten des CMOP	39
5. Materialentwicklung	42
5.1. Literaturrecherche zu vorhandenen Materialien	42
5.2. Anforderungen an das zu entwickelnde Material	42
5.3. Der Pilotworkshop	43
5.4. Evaluation des Pilotworkshops	46
6. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen	53

Literaturverzeichnis	57
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	64
Anhänge	
I. Arbeitsmaterial »Klientenzentrierung und Spiritualität«	65
Inhaltsverzeichnis	65
Arbeitsblatt 1: Einführung	66
Arbeitsblatt 2: Definition	67
Arbeitsblatt 3: Persönliche und professionelle spirituelle Biographie	71
Arbeitsblatt 4: Kulturelle Kompetenz	72
Arbeitsblatt 5: Erhebung von Spiritualität	74
Arbeitsblatt 6: Klientenzentrierung	76
Arbeitsblatt 7: Einbezug von Spiritualität	77
Arbeitsblatt 8: CMOP-E	78
Kasuistiken	83
II. Fragebogen Berufsanfänger	94
Anschreiben	94
Fragebogen	95
III. Interview mit deutschen Experten des CMOP	97
Anschreiben	97
Leitfaden für das Experteninterview	98
Extraktion und Kategorisierung der deutschen Experteninterviews	100
IV. Interview mit kanadischen Experten des CMOP	107
Anschreiben / halbstandardisiertes Interview	107
Extraktion und Kategorisierung der kanadischen Experteninterviews	108
V. Pilotworkshop	111
Einverständniserklärung	111
Fragebogen	112

Einleitung

Während unseres Studiums haben wir uns intensiv mit dem CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE (CMOP) auseinandergesetzt. Dabei fiel uns auf, dass wir den Begriff Spiritualität zwar verwendet haben, ihn aber nur schwer mit Leben füllen konnten. Deutlich war uns jedoch, dass man, um klientenzentriert zu arbeiten, die Spiritualität des Klienten nicht vernachlässigen darf. Ungeachtet dessen hatten wir wenig Ideen, wie dies praktisch aussehen könnte.

Wir haben lebhaft über dieses Thema diskutiert, da wir durch unsere Elternhäuser sehr unterschiedlich geprägt sind. Zum einen haben wir eine eher atheistische und zum anderen eine stark protestantisch geprägte Erziehung genossen. Auf dieser Grundlage erörterten wir, inwiefern spirituelle Aspekte Einfluss auf unsere Arbeit haben.

Wir sind davon ausgegangen, dass der Begriff Spiritualität in der kanadischen Ergotherapie viel klarer definiert sei und stärker als in Deutschland in den therapeutischen Alltag Einzug gefunden habe. Für uns galt es zu klären, ob und, wenn ja, wie die gesellschaftlichen Verhältnisse von Kanada und Deutschland im Hinblick auf den klientenzentrierten Ansatz und Spiritualität vergleichbar sind. Hierfür haben wir uns zunächst mit der Geschichte der Spiritualität beschäftigt. Uns stand eine große Anzahl interessanter Literatur sowohl aus dem Bereich der Ergotherapie als auch aus angrenzenden Wissenschaften zur Verfügung. Von großer Bedeutung waren die Veröffentlichungen des kanadischen Verbandes der Ergotherapeuten (CAOT). Auf der Grundlage der dabei gewonnenen Ergebnisse wurden nichtstandardisierte, leitfadengestützte Interviews mit vier deutschen Experten des CMOP und halbstandardisierte schriftliche Interviews mit drei kanadischen Experten geführt. Hierbei erhielten wir zudem interessante weitere Informationen und Einblicke in persönliche Erfahrungen der Experten.

Eine weitere Leitfrage unserer Arbeit sollte sich ursprünglich mit den Kompetenzen befassen, die deutschen Berufsanfängern im Hinblick auf Spiritualität in der Ausbildung vermittelt werden, um klientenzentriert arbeiten zu können. Nach der Auseinandersetzung mit der Literatur wurde uns jedoch deutlich, dass es weniger darum gehen kann, zu erfassen, *was* die Berufsanfänger wissen, als darum, *ob* sie etwas wissen. Die Erhebung wurde in Form einer schriftlichen Befragung von 33 Berufsanfängern durchgeführt.

Die aus der Literaturrecherche, den Experteninterviews und den Fragebögen gewonnenen Daten dienen der Entwicklung eines Arbeitsmaterials, das die Auseinandersetzung von werdenden Ergotherapeuten, aber auch erfahrenen Ergotherapeuten und Kollegen aus angrenzenden Fachgebieten mit Klientenzentrierung und Spiritualität unterstützen soll. Dieses gliedert sich in die Bereiche: Definition von Spiritualität, persönliche und professionelle spirituelle Biographie, kulturelle Kompetenz, Erhebung von Spiritualität, Klientenzentrierung, Einbezug von Spiritualität in den therapeutischen Alltag und CMOP-E. Es wird ergänzt durch Fallbeispiele sowie weiterführende Literaturempfehlungen. In einem Workshop haben wir das Material erprobt und danach evaluiert. Die gewonnenen Erkenntnisse sind in das Material eingeflossen.

Die Gliederung unserer Arbeit folgt dem Forschungsprozess. Das von uns entwickelte Material ist im Anhang zu finden.

1. Literaturrecherche und Literaturlauswertung

1.1. Die Entwicklung des Begriffs Spiritualität in der Ergotherapie

Obwohl Spiritualität innerhalb der Einheit von ›body‹, ›mind‹ und ›spirit‹ zu den ältesten Grundannahmen der kanadischen Ergotherapie gehört (vgl. TRENT, 1919), wurde der Begriff ›spirituality‹ im Zusammenhang mit dem Ausdruck »the spiritual self« zum ersten Mal erst im Jahr 1983 in einer Veröffentlichung des Kanadischen Verbandes der Ergotherapeuten (CAOT), den *Guidelines for Client-Centred Practice of Occupational Therapy*, erwähnt. Erst diese *Guidelines* von 1983 identifizierten Spiritualität als eine der vier Performanzkomponenten einer Person innerhalb des OCCUPATIONAL PERFORMANCE MODEL (OPM). Drei Komponenten waren den Ergotherapeuten geläufig; diese entstammten dem biopsychosozialen Ansatz von MOSEY (1974): die physische, die mentale und die sozio-kulturelle Komponente. Die vierte Komponente, eben Spiritualität, war hingegen neu (MCCOLL, 2002, S. 6). Seit der Veröffentlichung von *Enabling Occupation* (1997) steht Spiritualität im Herzen des Kanadischen Modells der Betätigungsperformanz, da sie, wie es heißt, alle Teile der Interaktion von Person-Umwelt-Betätigung beeinflusst: Sie wohne der Person inne, sei geformt durch die Umwelt und gebe der Betätigung Bedeutung (TOWNSEND, 2002, S. 33).

Die Stellung der Spiritualität im Herzen des kanadischen Modells ist durchaus nicht unumstritten, und zwar sowohl innerhalb als auch außerhalb Kanadas. Während einige Therapeuten im Sinne des kanadischen Modells für eine Betonung der Spiritualität als des zentralen Merkmals einer Person plädieren, erachten andere dies als nicht angemessen und möchten Betätigung in den Mittelpunkt stellen (vgl. z. B. UNRUH u. VERSNEL, 2002, S. 7). Einen wichtigen Kritikpunkt stellt auch die Missverständlichkeit des Begriffs Spiritualität dar, gibt es doch bis heute keine präzise und allgemein akzeptierte Definition des Terminus.

In den USA entwickelte sich eine lebhafte Diskussion zur Bedeutung von Spiritualität in der Ergotherapie. Die Zeitschrift des amerikanischen Berufsverbandes (AJOT) widmete dem Thema »Occupation, Spirituality, and Life Meaning« im März 1997 eine Sonderausgabe. CHRISTIANSEN beklagte hier in einem Artikel »the neglect of spirituality in U. S. occupational therapy«. Lange Zeit habe der Begriff als unwissenschaftlich im Sinne von nicht beweisbar/messbar gegolten, so dass er ignoriert worden sei (CHRISTIANSEN, 1997, S. 171).

HASSELKUS betonte die fehlende Einigkeit in der Frage, ob, und wenn ja, wie Spiritualität in die ergotherapeutische Praxis einbezogen werden sollte. Sie selbst beschrieb das Konzept der spirituellen Gesundheit als »an optimal state of balance in life between the spiritual essence of one's inner being and the worldly connections of one's outer self« (HASSELKUS, 2002, S. 102f.). Mit dem Begriff der ›connectedness‹ zitierte die Autorin hier BELLINGHAM u. a., die diese Verbundenheit als das Schlüsselement der spirituellen Gesundheit beschrieben hatten: nämlich Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen, mit einem größeren Sinnzusammenhang oder mit einem Ziel im Leben.

Auch in der britischen Ergotherapie wurde das Thema zeitweilig intensiv diskutiert. Hier stand jedoch die Frage im Vordergrund, inwiefern Spiritualität in einem religiösen Kontext gesehen werden müsse (vgl. dazu z. B. OBWALD u. GÖBL, 2005).

Seit der ersten Erwähnung von Spiritualität im OPM (später: CMOP und seit 2007 CMOP-E) haben intensive Diskussionen innerhalb der kanadischen und internationalen Ergotherapie ein wenig Klarheit gebracht. BAPTISTE vertritt im neuen *Enabling Occupation II* (2007, S. 68) die Ansicht, dass die Übersetzung der Idee von Spiritualität in die Praxis die Voraussetzung dafür ist, dass sich Therapeuten partnerschaftlich für die Belange der Klienten einsetzen; des weiteren betont sie, dass der Respekt vor der Einzigartigkeit und die Wertschätzung der persönlichen Ziele die Voraussetzungen für die Optimierung der Fähigkeiten für eine reiche und integrierte Zukunft bilden.

In Deutschland ist die Diskussion des Begriffs der Spiritualität in der Ergotherapie geprägt durch die Auseinandersetzung mit dem kanadischen Modell der Betätigungsperformanz. OBWALD und GÖBL haben sich in ihrer Bachelorarbeit 2005 mit dem Thema beschäftigt. Dabei wurde deutlich, dass die von ihnen befragten Ergotherapeuten Spiritualität als einen »sehr persönlichen, sensiblen und wichtigen Bereich im Leben eines Menschen erfahren«, der jedoch »innerhalb des ergotherapeutischen Kontextes nicht bewusst erfasst und thematisiert« wird (OBWALD u. GÖBL, 2005, S. 55). Auch in anderen Bachelorarbeiten fand eine Erörterung von Aspekten der Spiritualität statt, so z. B. in der Arbeit von BRANDT und SCHAUBERICK im Zusammenhang mit dem ›Therapeutic use of self‹ (BRANDT u. SCHAUBERICK, 2006, S. 15), in der Arbeit von WEIß und DIEGRITZ (2006) im Zusammenhang mit der Wohnraumgestaltung (wobei hier allerdings der Begriff ›spirituell‹ zum Teil mit ›individuell‹ gleichgesetzt wird), in der Arbeit von WYSER (2007), in der die Autorin einen Workshop zum Thema Spiritualität entwickelte, oder in Arbeiten, welche die Frage der Übertragbarkeit des CMOP in die deutsche Ergotherapie zum Thema hatten (vgl. dazu auch WEBER u. HEIL, 2000, u. ERBSCH u. a., 2001). Interessante Berührungspunkte mit dem Thema Spiritualität zeigen sich auch in der Auseinandersetzung mit transkultureller Kompetenz in der Ergotherapie (LE GRANSE, 2006; DEHN-HINDENBERG, 2007).

1.2. Definitionen des Begriffs Spiritualität und seine Stellung im CMOP

In den *Guidelines* von 1983 wurde Spiritualität definiert als »the experience of meaning in everyday life activities« (vgl. URBANOWSKI u. VARGO, 1994, S. 88). Diese Definition wurde in der Veröffentlichung von *Enabling Occupation II* erweitert und wie folgt umformuliert: »Spirituality is sensitivity to the presence of spirit (MCCOLL, 2000), a ›pervasive life force, manifestation of a higher self, source of will and self-determination, and a sense of meaning, purpose and connectedness that people experience in the context of their environment‹ (CAOT, 1997a; 2002, p. 182); ›spirituality resides in persons, is shaped by the environment, and gives meaning to occupations‹ (CAOT, 1997a; 2002, p. 33)« (vgl. TOWNSEND u. a., 2007, S. 374). Diese Definition, die heterogenste Elemente beinhaltet, war und ist in Kanada umstritten. Kritik wurde sowohl am Begriff selbst als auch an der Stellung der Spiritualität innerhalb des kanadischen Modells geübt.

Stellt man Spiritualität mit den Komponenten physisch, mental und kognitiv gleich, wie es im älteren kanadischen Modell von 1983 geschah, so geht man davon aus, dass Spiritualität durch Therapie beeinflussbar ist. Dieses Modell wurde nun im Ergebnis in einem entscheidenden Punkt rekonzeptualisiert, insofern die Gleichstellung der vier Komponenten aufgegeben wurde. Spiritualität wird nicht länger als eine veränderbare Komponente der Person unter anderen gesehen, sondern ins Zentrum des Modells gerückt und als das unveränderliche Wesen einer Person verstanden. Die verbleibenden

Komponenten sollen – gemäß der »proposed revision to the model of occupational performance« (vgl. EGAN u. DELAAT, 1994, S. 100) – nunmehr nur noch das ›Material‹ bilden, das den Ausdruck der Spiritualität erlaubt oder behindert (ebd., S. 101). Wenn gleich Spiritualität selbst nicht Gegenstand der Therapie ist, soll doch ihre Beachtung innerhalb des Therapieprozesses zu mehr ›Wohlbefinden‹ (»well-being«) führen.

MCCOLL (2002, S. 68) merkte dazu kritisch an, dass, wenn man von einer Gleichheit von body, mind und spirit ausgeht, Spiritualität nicht im Zentrum stehen könne, da hierdurch eine Hierarchisierung entstehe. Und sofern man hinsichtlich der Spiritualität davon ausgehe, dass es sich dabei sowohl um einen Zustand als auch um eine durchdringende Kraft handele, komme es im CMOP zu einer Ambiguität. Man kann, so kritisierte HAMMELL (2001) ergänzend, in Bezug auf Spiritualität nicht gleichzeitig von einem integrierten Moment und einem Kernmoment sprechen, sondern müsse sich entscheiden; doch genau dies Problem spiegele auch die weit über die Ergotherapie hinaus gehende Diskussion über die Beziehung von Körper, Seele und Geist wider. Hierbei gehe es nicht um die Frage von ›wahr‹ oder ›unwahr‹; nur sei eben beides nicht gleichzeitig möglich.

Für den Begriff Spiritualität gibt es nach wie vor in der kanadischen Ergotherapie keine einheitliche, von allen akzeptierte Definition. Für manche Autoren beinhaltet der Ausdruck eine religiöse Komponente, für viele ist er unabhängig von Religiosität, wengleich auch für einige von diesen damit der Glaube an eine höhere Macht verbunden ist. HAMMELL (2001) kritisierte, dass eine Definition, die einen Glauben an eine höhere Macht verlangt, werturteilend und nicht inklusiv und insofern nicht mit dem klientenzentrierten Ansatz der Ergotherapie vereinbar sei. Auch UNRUH u. a. (2002) betonten, dass, wenn man von einer religiösen Komponente ausgehe, die Privatrechte des Klienten, aber auch die des Therapeuten verletzt würden. Definiere man Spiritualität hingegen im Sinne von »meaningful occupation«, sei der Begriff irreführend, da er den Blick lediglich auf die Betätigung lenke. HAMMELL schlug deshalb den Begriff »intrinsicity« vor, da dieser mehr umfasse als nur »meaningful occupation«, nämlich auch die »personal philosophy of meaning« des eigenen Lebens, die innere Quelle des Sinns und die eigene Lebensinterpretation, die freilich von der Umwelt geprägt sei. CHRISTIANSEN (1997) bevorzugte hingegen den Begriff »occupational identity«, der auch von UNRUH u. a. (2002) als das alles überwölbende Konzept gesehen wird, das formt und geformt wird durch unsere Beziehung zu anderen und zur Umwelt.

Trotz aller anhaltenden Diskussionen besteht allerdings weitgehender Konsens darüber, dass die Definition von Spiritualität betätigungsorientiert sein und die Aufmerksamkeit auf des Klienten persönliche Wahrnehmung und Lebensqualität legen sollte; sie sollte überdies eine Betrachtung des individuellen Kontextes ermöglichen und Selbstverwirklichung respektieren. Denn Ergotherapeuten beachten die Spiritualität der Klienten nicht um ihrer selbst willen, sondern im Interesse von Motivation und Performanz (vgl. ROSENFELD, 2001).

Von den verschiedenen umgangssprachlichen Gebrauchsweisen des Ausdrucks ›spirit‹ erklärte MCCOLL (2003, S. 10) den Begriff der »force or energy that animates living things« für den vorliegenden Zusammenhang als einschlägig. Weiter heißt es: »We participate in spirit, rather than owning it, and it can be incorporated into our lives to a greater or lesser extent, depending on the extent to which we are able to experience it – that is, depending on the extent of our spirituality« (ebd., S. 11). Dabei seien jedoch, so hatte bereits zuvor HARVEY (1992) präzisiert, zwei ganz unterschiedliche Verstehensmöglichkeiten zu berücksichtigen. Nach der einen wird diese ›Energie‹ religiös interpre-

tiert als eine göttliche, von außen stammende Größe, nach der anderen liegt sie innerhalb des Menschen und entstammt dem Willen, der Emotion oder der Intelligenz, ist aber etwas Distinktes, das Menschen von allen anderen Wesen unterscheidet. Diese Unterscheidung ist freilich asymmetrisch. Hinsichtlich des zweiten Unterscheidungsgrades erhebt sich nämlich nicht nur hier, sondern durchgängig die Frage, warum man dafür eigentlich eine dritte Dimension genannt ›Geist‹ benötigt, da doch die genannten volitiven, emotionalen und kognitiven Aspekte durchaus auch im Bereich der Psyche angesiedelt sein könnten. Ein möglicher Grund dafür, dass man meint, diese dritte Dimension zu benötigen, könnte darin liegen, dass es hier letztlich um nicht restlos aufklärbare bzw. rationalisierbare Aspekte geht. Deutlich wird das angesichts der auffällig gehäuftten Verwendung von Begriffen wie Transzendenz, Metaphysik und dergleichen im vorliegenden thematischen Kontext (vgl. z. B. CHRISTIANSEN, 1997).

1.3. Zur Geschichte des Begriffs Spiritualität

Das Adjektiv ›spiritualis‹ ist als Wiedergabe des neutestamentlichen (paulinischen) Ausdrucks ›pneumatikos‹ (von griech. ›pneuma‹: Hauch, Geist, Seele) bereits im frühchristlichen Latein nachweisbar (vgl. hierzu KÖPF, 2004). Das Substantiv ›spiritualitas‹ tauchte allerdings erst später auf, und erst seit dem 12. Jahrhundert wurde der Ausdruck ›Spiritualität‹ häufiger verwendet, und zwar in drei Grundbedeutungen: in religiöser Bedeutung (im Gegensatz zu ›Fleischlichkeit‹), in philosophischer (im Gegensatz zu Körperlichkeit) und in ethisch-juristischer (im Gegensatz zu Weltlichkeit). In der weiteren, mittelalterlichen und neuzeitlichen Begriffsgeschichte nahm der französische Sprachgebrauch die Schlüsselrolle ein, doch auch hier setzte sich erst im ausgehenden 19. Jahrhundert ›spiritualité‹ gegen konkurrierende Begriffe (›dévotion‹, ›piété‹) durch. Fest etabliert wurde der Begriff im französischen Katholizismus durch den großen *Dictionnaire de Spiritualité ascétique et mystique* [...] (Tome 1-17, Paris 1937-1995), der deutsche Katholizismus übernahm ihn in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts, während der deutsche Protestantismus ihn erst zwanzig Jahre später und dann auch nur zögerlich und unter theologisch-konfessionellen Vorbehalten rezipierte. Bezeichnenderweise wurde ein Artikel ›Spiritualität‹ erstmals in die 4. Auflage der *Religion in Geschichte und Gegenwart* (9 Bde., Tübingen 1998-2007) – das repräsentative Handwörterbuch der protestantischen Theologie in Deutschland – aufgenommen. Von der aktuellen Virulenz des Themas zeugt ein jüngst erschienenenes spezielles *Lexikon christlicher Spiritualität* (ROTZETTER, 2008).

In der christlichen Kirchengeschichte versteht man unter ›Spiritualität‹ im strengen Sinne eine methodisch eingeübte Art von Frömmigkeit und religiösem Verhalten. Spezifische Spiritualität ist primär ein soziales Phänomen, da sie sich vorzugsweise in straff organisierten religiösen Gemeinschaften (Orden) auf der Grundlage bestimmter Lebensformen ausbildete (vgl. dazu GRÄB-SCHMIDT, 2004). Daher spricht man auch von »Schulen der Spiritualität« (z. B. von der Spiritualität der Zisterzienser, Franziskaner oder Jesuiten), die es auch beziehungsweise sogar im pluralistischen Protestantismus geben kann (z. B. bei der HERRNHUTER BRÜDERUNITÄT oder der COMMUNAUTÉ DE TAI-ZÉ).

Als Ausdruck für eine spezifisch christliche Lebenshaltung (als ›Leben aus dem Geist‹) hat sich der Begriff Spiritualität im allgemeinen Sprachgebrauch indes nie richtig durchgesetzt. Hierfür dürfte in Deutschland nach wie vor der Begriff Frömmigkeit verbreiteter sein (vgl. REICH, 2003a). Inzwischen ist der im Christentum entstandene

Begriff Spiritualität allerdings zum Modewort geworden, das ganz selbstverständlich auch auf nichtchristliche Religionen angewandt wird und vor allem auch außerhalb religiöser Kontexte auftaucht. Eine allgemein anerkannte Definition von ›Spiritualität‹ gibt es daher erwartungsgemäß immer weniger. Die im Moment zu beobachtende intensive, manchmal geradezu inflationäre Verwendung des Ausdrucks Spiritualität kann jedoch als Indiz verstanden werden, als Indiz nämlich einer allenthalben zu findenden Suche nach dem Sinn, Ursprung, Ziel oder der Einzigartigkeit des menschlichen Lebens, aber ebenso als Wunsch nach Eingebundensein in einen größeren Zusammenhang, die in der »lebensspendenden Kraft der Innerlichkeit« bzw. »Geistigkeit« gründen und zur Rede von der »Spiritualität des Alltags« führten, die neu zu entdecken sei (GRÄB-SCHMIDT, 2004, Sp. 1593).

In ethischer Hinsicht wendet man sich auch auf kirchlicher Seite gegen ein verengtes Verständnis von Spiritualität »als nur ›innerlich‹ oder nur ›privat‹«, dem allerdings »durch den in den letzten Jahrhunderten sich anbahnenden Bruch zwischen innerlich und weltzugewandt, zwischen privat und öffentlich Vorschub geleistet« worden sei, »wobei der christliche Glaube auf die Seite der privaten Innerlichkeit zu stehen kam«. Spiritualität im neutestamentlichen Sinn meine vielmehr das Gründen des Lebens in einem innersten geistigen Grund und Antrieb, dem Denken und Handeln eines Menschen entspringen. Sie wird damit als ›organisierendes Zentrum aller Denk- und Lebensprozesse‹ verstanden (GRÄB-SCHMIDT, 2004, Sp. 1595f.). Das sieht auch ZIMMERMANN nicht prinzipiell anders, wenn er hervorhebt, »dass es keine Religion ohne Spiritualität gibt«, und es nur ablehnt, Spiritualität exklusiv auf eine bestimmte Religion zu beschränken (vgl. ZIMMERMANN, 2007, S. 66). Geht man hingegen nicht von religiösen Prämissen aus, dann sehen die Bezugsgrößen anders aus. »Religion is often confused with spirituality«, so heißt es dezidiert im *Workbook Spirituality* des CAOT, »but *Enabling Occupation* presents a secular view. One can experience the spiritual within a religious context, but also outside of it.« (TOWNSEND u. a., 1999, S. 3). Ebenso sind für BÜSSING (u. a., 2005) die Begriffe Religiosität und Spiritualität nicht gegeneinander austauschbar. Spiritualität könne als vitaler Bestandteil der Religiosität gesehen werden, aber eben auch in Opposition zu derselben (BÜSSING u. a., 2007).

Die europäische Kultur wurde freilich jahrtausendlang vornehmlich durch die christliche Religion geprägt. Auch wenn man also in der deutschen und kanadischen Ergotherapie dahin tendiert, Spiritualität losgelöst von Religion zu sehen, und dies unter anderem deshalb, »because occupational therapists have neither mandate nor education« in dieser Hinsicht (MCCOLL, 2003, S. 69), so sind doch diese Kulturen christlich bestimmt, unbeschadet des Umstandes, dass sie wie die meisten hoch verstädterten und industrialisierten Gesellschaften inzwischen weitgehend pluralistisch und säkularisiert sind. Kanada zeigt allerdings im Unterschied zu Deutschland einen beträchtlichen Grad an Stabilität hinsichtlich der Religionszugehörigkeit der Bevölkerung. Die UNITED CHURCH OF CANADA ist groß und einflussreich. Davon zeugen z. B. kirchlich ausgerichtete Universitäten (KEITH, 1988, S. 558). In Deutschland kämpfen die ›Volkskirchen‹ hingegen mit einem deutlichen Mitgliederschwund (vgl. z. B. UTSCH, 2002, S. 4; HARDER, 2007). Es »steht außer Zweifel, dass sich in den letzten Jahrzehnten als Moment einer umfassenden Institutionskrise und des wachsenden Anspruchs der Menschen auf freie Selbststeuerung des Lebens das Verhältnis der Menschen auch zur Institution ›Kirche‹ merklich verändert hat. [...] Die Menschen machen auch gegenüber ihrer Kirche vom Recht auf ›Wahl‹ Gebrauch« (BERTELSMANN STIFTUNG [Hrsg.], 2007, S. 145).

1.4. Geist, Spiritualität und Medizin

Schamanen, Medizinmänner, Priester und Heiler waren traditionell und sind oft heute noch die Ansprechpartner bei Erkrankungen, insbesondere solchen psychischer Natur (vgl. REICH, 2003; ZIMMERMANN, 2000). In der antiken griechischen Medizin spielte der Begriff des ›pneuma‹ (eigentlich: Luft in Bewegung, Atem, Wind) eine wichtige Rolle, wo er die im Gehirn beziehungsweise im Herzen lokalisierten ›Lebensgeister‹ (›spiritus vitales‹) bezeichnete, eine bis in die Neuzeit lebendig gebliebene Lehre. Auch in der griechischen Philosophie, insbesondere in der stoischen, hatte der Begriff des Pneuma eine zentrale Funktion. Hier bezeichnete er ebenso die Substanz der immanenten Gottheit wie die der Weltseele und der individuellen Seele des Menschen, die stofflich gedacht wurden. Das Pneuma durchdringt alles und sichert die Einheit des als großer Organismus gedachten Kosmos und der in ihm als seine Teile enthaltenen Einzelseelen. Grundlage richtiger medizinischer Behandlung war die Einsicht in diese mikro- und makrokosmischen Zusammenhänge, also in die Natur des Ganzen und ihre Wirkungen auf den Gesundheitszustand des Menschen.

Für den jüdisch-christlichen Kontext ist der Vergeistigungsprozess des ursprünglich materialistischen Pneuma/Geist-Begriffs bezeichnend. Geist drückt als unstoffliches Prinzip das Wesen der transzendenten Gottheit oder die Teilhabe am Göttlichen aus, das in der Menschenseele als deren höherer Teil aufgenommen wird. Am prägnantesten wird diese die christliche Anthropologie bestimmende Vorstellung im biblischen Bild vom lebensspendenden göttlichen ›Hauch‹ (*Genesis 2, 7*) vermittelt.

Im Mittelalter war die Medizin, bevor sie unter anderem durch die Rezeption antiker Medizintexte zu einer der vier Fakultäten der Universität aufstieg, eine vornehmlich in den Klöstern ausgeübte handwerkliche Praxis. Der Arzt war zunächst Kleriker- bzw. Klosterarzt. Diese Verbindung musste sich erst auflösen, damit der Arztberuf auch Laien zugänglich wurde. Hatte man gesundheitliche Probleme, so wandte man sich – auch wegen des vorausgesetzten Zusammenhangs von Krankheit und Sünde – lange Zeit an einen Vertreter der Kirche. Das Urbild war die Vorstellung von Christus als Arzt (›Christus medicus‹), und lebendig blieb der aus der Antike überlieferte holistische Ansatz (vgl. dazu SCHIPPERGES, 1980, Sp. 978). Spiritualität war dabei ein vitaler Bestandteil der Religion, Teil des öffentlichen Lebens und Richtmaß für die gesunde Lebensführung (vgl. KROEKER, 1997).

Es waren Ärzte aus der Schule Galileis, die an der folgenreichen Ablösung des antiken-mittelalterlichen Wissenschaftsverständnisses durch das der Neuzeit Anteil hatten. Der Sinn von Wissenschaft bestand nun nicht mehr darin, Einzelphänomene und deren Bedeutung teleologisch im Ganzen der Natur zu verstehen, sondern, wie die ganze Welt, kausal auf der Grundlage von Beobachtung, Experiment und messenden Methoden zu erklären. Damit ging eine grundlegende Veränderung im Verständnis von Krankheit und Behandlungsziel einher. Die Krankheit wurde losgelöst vom Kranken und als selbständiges Naturobjekt behandelt (vgl. NEUMANN, 2002, Sp. 972f.). Damit war in den westlichen Ländern der Weg vorgezeichnet, der zur naturwissenschaftlich-technischen Medizin des 19. Jahrhunderts führte. Aufgrund fehlender Evidenz hatte Spiritualität (bzw. Religiosität) hier keinen Platz mehr (CHRISTIANSEN, 1997). Trotz aller unbestreitbaren Erfolge wurde aber das »auf Funktion reduzierte Menschenbild und technizistisch verkürzte Praxisverständnis« dieser modernen Medizin bereits zu Anfang des 20. Jahrhunderts auch von Ärzten kritisiert, die forderten, dass wieder der ›ganze Mensch‹ Beachtung finde (NEUMANN, 2002, Sp. 974). »Viele Zeitgenossen leben in der

modernen Lebenswelt, teilen aber einige Grundannahmen nicht mehr. Sie haben ein materialistisches oder positivistisches Denken hinter sich gelassen, auch wenn sie naturwissenschaftlich gut gebildet sind« (MÖDE, 2000, S. 331). Dies zeigt sich u. a. in der Rückbesinnung auf Werte, welche dem Tun Sinn und Bedeutung verleihen, und im Interesse an anderen Religionen (z. B. Buddhismus, Islam, Hinduismus), aber auch an Mythen und Ritualen, die von den unterschiedlichsten Kulturen inspiriert sind. Spiritualität hat ihren Platz immer weniger in den traditionellen Kirchen, sondern realisiert sich in sehr unterschiedlichen, kirchenfernen Lebensentwürfen. In der ergotherapeutischen Behandlung und Beratung findet diese Neuorientierung ihren Ausdruck in einem Paradigmenwechsel von einer mechanistisch geprägten Sichtweise zu einem holistischen Ansatz.

1.5. Ein- und Abgrenzung des Begriffs Spiritualität

Ergotherapeuten können – so HASSELKUS (2002, S. 102f.) – Spiritualität nicht isolieren, messen oder gar verbessern, sie können einen Menschen aber befähigen, seine Spiritualität zu leben. KROEKER ging in einem Aufsatz (1997, S. 123) sogar so weit zu behaupten, dass eine Nichtbeachtung der Spiritualität des Klienten potentiell schädlich sei. In der Literatur lassen sich sehr verschiedene Ansätze finden, Spiritualität zu konzeptualisieren.

ELKINS u. a. (1988) begriffen Spiritualität als komplexes Phänomen, das sie durch Auffächerung in eine Reihe von neun zum Teil stark normativen Aspekten zu fassen versuchten: Transzendenz, Sinn und Absicht, Auftrag (Mission), Heiligkeit des Lebens, Ablehnung materieller Werte, Altruismus, Idealismus, Bewusstheit der Tragik und Früchte der Spiritualität. Im Gegensatz dazu warnte COLLINS (1998, S. 280), ein britischer Ergotherapeut, davor, Spiritualität als einen festen Bezugsrahmen zu verstehen; sie solle Ergotherapeuten vielmehr eine weitere Sicht auf den Erfahrungskontext ihrer Klienten ermöglichen. Dazu entwickelte er einen prozessorientierten Ansatz für die Ergotherapie, in dem »Spiritual« verstanden ist als der zentrale Schlüsselpunkt unter vier weiteren Schlüsselpunkten (»Being«, »Meaning«, »Expression«, »Intention«), die um jenen gruppiert sind und zusammen eine signifikante Rolle bei der Identifikation des persönlichen Weges des Klienten in der Therapie ermöglichten. UNRUH u. a. (2002) schließlich bemühten sich um einen ersten systematisierenden Überblick über die bisherigen Definitionsversuche von Spiritualität im ergotherapeutischen Kontext. Sie führten eine differenzierte Literaturrecherche durch, um die bestehenden Definitionen des Begriffes Spiritualität zu ermitteln, da dieses zentrale Konstrukt des CMOP so ungenau beschrieben sei, und um zu prüfen, in welchem Zusammenhang dieses Konstrukt zu Betätigung steht. Im Ergebnis kamen sie zu sieben thematischen Kategorien bzw. Konzepten, mit denen Spiritualität bislang beschrieben worden sei:

- Verhältnis zu Gott, einem spirituellen Wesen, einer höheren Kraft oder einer Realität, die größer ist als man selbst
- Nicht aus einem selbst
- Transzendenz oder Verbundenheit, ohne einen Glauben an ein höheres Wesen
- Existenziell, nicht materieller Art
- Sinn und Ziel des Lebens
- Lebenskraft, die persönliche Aspekte der Person einschließt
- Mischung aus den oben genannten Punkten

Die ersten beiden Kategorien reflektieren Definitionen, die in erster Linie verbunden sind mit der Beziehung zu einem wie auch immer verstandenen ›höheren Wesen‹. Die Kategorien drei bis sechs sind säkulare Definitionen. Die siebte Kategorie stellt eine Verbindung aus säkularen und religiösen Definitionselementen dar.

Diese Beispiele zeigen deutlich die Schwierigkeiten, die im Umgang mit Spiritualität auftreten. Abgesehen von den Diskussionen darum, ob die zentrale Stellung der Spiritualität im CMOP angemessen ist oder nicht, ist der Begriff Spiritualität für viele Therapeuten sehr unterschiedlich definiert. GABRIEL (2005, S. 207) stellte angesichts dieses Umstandes die Frage, ob ein definitorischer Konsens denn überhaupt notwendig ist oder ob nicht auch verschiedene Auffassungen gleichzeitig möglich sind. Sie schließt sich hier PELOQUIN (1997, S. 167) an, die die Meinung vertrat, dass das Bestehen diverser Definitionen von Spiritualität auch die Vielschichtigkeit dieses Phänomens widerspiegele. Wichtig sei es jedoch, dass wir, wenn wir Spiritualität als etwas verstehen, das unsere Interaktion mit anderen Menschen leitet, als erstes unsere eigene Spiritualität verstehen müssten. Die Auseinandersetzung mit der vorhandenen Literatur zum Thema Spiritualität zeigt jedenfalls eines: dass die Definitionsversuche des Begriffes Spiritualität noch zu keinem abschließenden Ergebnis gekommen sind. Neuere und neueste Veröffentlichungen aus Kanada beschäftigen sich bereits mit Anschlussfragen, unter anderem mit der Abgrenzung von Spiritualität gegenüber nah verwandten Dingen wie Religion (MCCOLL, 2003, S. 11), Kultur, Ethik und ›therapeutic use of self‹, sodann mit der Einbindung von Spiritualität in die Behandlung (PURTILO u. a., 2005; TAYLOR, 2008, S. 27f.) und mit der Rolle des Therapeuten.

1.6. Klientenzentrierung und Spiritualität

»Klientenzentrierte Ergotherapie ist eine Partnerschaft zwischen Klient und Therapeut. [...] Der Therapeut hört dem Klienten zu, respektiert dessen Maßstäbe und adaptiert seine Intervention so, dass sie den Bedürfnissen des Klienten gerecht wird« (SUMSION, 2002, S. 6). In der Akzeptanz der persönlichen Werte des Klienten, seines kulturellen und sozialen Hintergrundes und seiner individuellen Lebensmotivation zeigt sich klientenzentriertes Handeln in der Ergotherapie. Nur wenn es dem Therapeuten gelingt, dies konsequent zu verfolgen, kann er für sich in Anspruch nehmen, klientenzentriert zu arbeiten. LAW (1998, S. 51) benannte fünf nach ihrem Verständnis fundamentale Elemente für klientenzentriertes Arbeiten: »spirituality«, »motivation«, »therapeutic relationship«, »Teaching Learning Process« und »ethics«. Sie betonte Spiritualität, um den Blick auf die Wichtigkeit von »meaning and the clients lives« zu lenken. Niemand, so SUMSION, würde behaupten, dass Ergotherapeuten fähig sein müssten, alle spirituellen Bedürfnisse ihrer Klienten anzusprechen. »Aber ein Ergotherapeut sollte erkennen, dass Klienten die Gelegenheit zum Äußern von derlei Dingen gegeben werden sollte und dass es schwierig sein kann, Erfolg zu haben, ohne diesen Aspekt des Klienten zu verstehen« (SUMSION, 2002, S. 11). »Die Akzeptanz der spirituellen Dimension«, so SUMSION weiter, »schließt auch die Ansichten und Überzeugungen des Klienten bezüglich Willenskraft, Steuerung und Sinn des Lebens mit ein« (ebd., S. 12). Erfahrene Therapeuten wissen, was die so genannte *Wampold-Studie* (WAMPOLD, 2001) in Bezug auf die Psychotherapie nochmals bestätigt hat: dass nicht allein Technik und Methode über den Erfolg einer Behandlung entscheiden, sondern zu einem ganz erheblichen Teil auch die Qualität der Beziehung, die Klient und Therapeut eingehen (vgl. STIERL, 2006).

Für den Anteil des Therapeuten an dieser Beziehung hat MOSEY den Ausdruck »therapeutic use of self« geprägt; diese Beziehung beruhe auf der Wahrnehmung des anderen »as a total human being: an individual with a past, present, and future, including social roles, personality characteristics, idiosyncratic traits, assets, and limitations« (MOSEY, 1986, S. 199f.). Nur auf dieser Basis soll die Kraft von »body, mind and spirit« genutzt werden können, die dem Individuum helfe, die Bedeutung seiner Existenz zu entdecken. Es ist vor diesem Hintergrund kein Zufall, dass der französische Philosoph JEAN-PAUL SARTRE, einer der wichtigsten Vertreter der »Existentialismus« genannten Philosophie der Freiheit, zu einem auch für die Ergotherapie wichtigen Referenzautor geworden ist. SARTRE anerkannte zwar, dass es bedingende biologische, psychologische, soziale und ökonomische Lebensumstände gibt. Letztlich war es für ihn jedoch der Mensch, der entscheide, welche Bedeutung diese Faktoren für sein Dasein haben. Diese Entscheidung kann nach MOSEY (ebd.) wesentlich unterstützt werden, wenn die Grundvoraussetzungen klientenzentrierten Arbeitens – Empathie, Mitgefühl, Demut, unbedingte positive Zuwendung, Ehrlichkeit, ruhiger Umgang, Selbstachtung und Humor – in der Therapie angemessen Beachtung finden.

1.7. Die Bedeutung von Spiritualität für den ergotherapeutischen Prozess

In den letzten Jahren wurden zunehmend Studien zum Zusammenhang zwischen Spiritualität und Gesundheit durchgeführt (vgl. KAUFMANN u. a., 2007; LITWIN, 2007; KOENIG, 2007a; KOENIG, 2007b). Im amerikanischen *Handbook of Religion and Health* sind, worauf kürzlich GEISLER (2006, S. 3) aufmerksam gemacht hat, mehr als 1200 Studien verzeichnet, die zwischen »körperlicher Gesundheit und persönlichem Glauben einen positiven statistischen Zusammenhang belegen, den man kausal interpretieren kann«. Auch wenn es bislang nur ein »beschränktes Verständnis« dafür gibt, »wie Patienten die Wirkung von Spiritualität sehen und welche Bedeutung Krankheit für sie hat« (MOSEY 1986, S. 199f.), bestätigen doch viele Untersuchungen (vgl. z. B. ZIMMERMANN, 2007), dass »spiritual well-being« in positiver Weise assoziiert wird mit »quality of life« und »fighting-spirit«, aber ebenso mit »fatalism«, und auf negative Weise mit »helplessness/hopelessness«, »anxious preoccupation« und »cognitive avoidance« korreliert ist (BÜSSING u. a., 2005, S. 2). MCCOLL (2003, S. 19-30) schließlich hat sechs Erklärungsmodelle für diesen Zusammenhang zwischen Spiritualität und Krankheit beschrieben. Danach kann Krankheit verstanden werden als:

- Ausdruck göttlichen Willens
- Gelegenheit zur Erlösung
- Mission
- Strafe für Sünden
- Erinnerung an die Körperlichkeit
- Bedingung des Lebens

Mehrere Studien bestätigen das Bedürfnis von Therapeuten, sich mit ihrer eigenen Spiritualität und der Spiritualität ihrer Klienten auseinanderzusetzen. So kommen OBWALD und GÖBL (2005, S. 55) in ihrer Studie zur Spiritualität in der deutschen Ergotherapie zu dem Ergebnis, dass »Spiritualität [...] von den deutschen Ergotherapeuten als ein sehr persönlicher, sensibler und wichtiger Bereich im Leben eines Menschen erfahren« wird, diese jedoch »innerhalb des ergotherapeutischen Kontextes nicht bewusst erfasst und

thematisiert« wurde. Allerdings fand sie »Berücksichtigung, ohne [...] explizit benannt« zu werden.

In einer Studie, an der 66 britische Ergotherapeuten teilnahmen, zeigte ROSE (1999, S. 307), dass 80% der Befragten Spiritualität als einen wichtigen Bestandteil ihres Lebens sehen und 75% diese als hilfreich empfinden. 89% der Befragten bestätigten, dass Spiritualität ein wichtiger Bestandteil von Gesundheit und Rehabilitation ist, aber nur 18% der befragten Ergotherapeuten gaben an, dass sie Spiritualität regelmäßig erfassen.

MCCOLL und O'BRIEN (2003, S. 31ff.) haben in einer vergleichbaren Studie untersucht, wie kanadische und amerikanische Ergotherapeuten ihre Spiritualität sowie ihren Umgang mit der Spiritualität ihrer Klienten sehen. Auffallend war hier die geringe Rücklaufquote bzw. der große Anteil derjenigen, die eine Teilnahme an der Studie ablehnten. Dies erklären sich die Autoren mit der großen Unsicherheit auch der kanadischen Ergotherapeuten darüber, wie Spiritualität zu definieren ist und in welcher Form diese in den therapeutischen Alltag einbezogen werden kann bzw. sollte; hinzukomme die Unsicherheit im Umgang mit ihren eigenen spirituellen Bedürfnissen. Hier zeigt sich, dass auch ein großer Teil der kanadischen Therapeuten sich noch nicht gut genug auf dieses Thema vorbereitet fühlt. Unter den Therapeuten, die sich an der Studie beteiligt haben, gaben 100% an, einer Religionsgemeinschaft anzugehören (ebd., S. 37), 50% von ihnen nehmen mindestens ein Mal pro Monat an einer »religiösen Veranstaltung« teil (43% von Zeit zu Zeit). 18% der Befragten bezeichneten sich als eine sehr religiöse Person, 56% als gemäßigt religiös, 23% als ein wenig religiös. Im Gegensatz dazu gab ein großer Teil der Therapeuten an, dass sie, obwohl sie um die Wichtigkeit spiritueller Belange wüssten, diese nicht in ihrer Interaktion mit Klienten anwenden. Hierfür nannten die befragten Therapeuten verschiedene Gründe: z. B. Unsicherheit im Umgang mit spirituellem Vokabular, Angst, sich aufzudrängen, Angst davor, emotional überfordert zu werden. Auch gaben einige an, das therapeutische Setting sei hierfür nicht geeignet, keine Zeit vorhanden oder die Dauer der Zusammenarbeit bilde keine hinreichende Grundlage für derart vertrauliche Themen.

Auch EGAN und SWEDERSKY (2003, S. 526) haben festgestellt, dass die Einbeziehung von Spiritualität für Ergotherapeuten wichtig ist, um die Bedeutung, die Klienten und ihre Angehörigen ihrem täglichen Tun geben, verstehen und um die Kraft, die davon ausgeht, nutzen zu können, aber auch, weil sie davon überzeugt sind, dass die Betätigungen, zu denen sie ihre Klienten befähigen, einen Sinn haben müssen. Allerdings bestätigen sie auch, dass das Vorhandensein diverser, sich nur zum Teil komplementär ergänzender Definitionen von Spiritualität sehr ungünstig ist. Sie haben zudem festgestellt, dass Spiritualität, obwohl diese in der ergotherapeutischen Literatur mittlerweile eine so bedeutende Rolle spiele, doch von den Therapeuten sehr unterschiedlich, auch qualitativ unterschiedlich umgesetzt werde. Der Grund dafür liegt nach ihrem Verständnis darin, dass es an einschlägigem »Handwerkszeug« fehle und viel von der persönlichen Biographie des Therapeuten abhängig sei.

1.8. Vorbereitung von Ergotherapeuten auf den Umgang mit Spiritualität

Diverse Studien (vgl. 1.7.) haben gezeigt, dass sich Ergotherapeuten nicht ausreichend auf den Umgang mit ihrer eigenen Spiritualität und der Spiritualität ihrer Klienten vorbereitet fühlen. Auch in der oben schon erwähnten Bachelorarbeit von OßWALD und GÖBL wurde deutlich, dass eine massive Unsicherheit gegenüber der Definition von

Spiritualität besteht und dass Spiritualität »innerhalb des ergotherapeutischen Kontextes nicht bewusst thematisiert bzw. nicht explizit benannt wurde. Sie wird als eher persönlicher, sensibler und wichtiger Bereich im Leben eines Menschen erfahren« (OBWALD u. GÖBL, 2005, S. 5.). MCCOLL (2003, S. 51.) vermutete, dass das Fehlen einer allgemein anerkannten Definition den Umgang mit Spiritualität erschwert. Durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeuten (ErgThAPrV, 1999) wird nur geregelt, dass innerhalb der Ausbildung zum Ergotherapeuten eine Auseinandersetzung mit ergotherapeutischen Modellen stattfinden soll. Welche Modelle behandelt werden und in welchem Maße bei der Behandlung des kanadischen Modells der Betätigungsperformanz auf das Konzept der Spiritualität eingegangen wird, bleibt der jeweiligen Schule bzw. Lehrkraft überlassen. Im *Frankfurter Curriculum* (GÖTSCH, 2001) wird die Auseinandersetzung mit der Therapeutenrolle und der Persönlichkeit des Therapeuten vorgeschlagen; und das *Chemnitzer Curriculum* (STEINHÖFEL, 2001) empfiehlt, die Ganzheitlichkeit des Menschen innerhalb des Bereiches Medizinsoziologie zu thematisieren.

In Deutschland sind die gesetzlichen Voraussetzungen für einen holistischen Ansatz in der Ergotherapie gegeben. Mit der vorliegenden Studie soll nun ein Beitrag zur konkreten Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes unter besonderer Beachtung der Spiritualität geleistet werden.

2. Planung und Durchführung der Studie

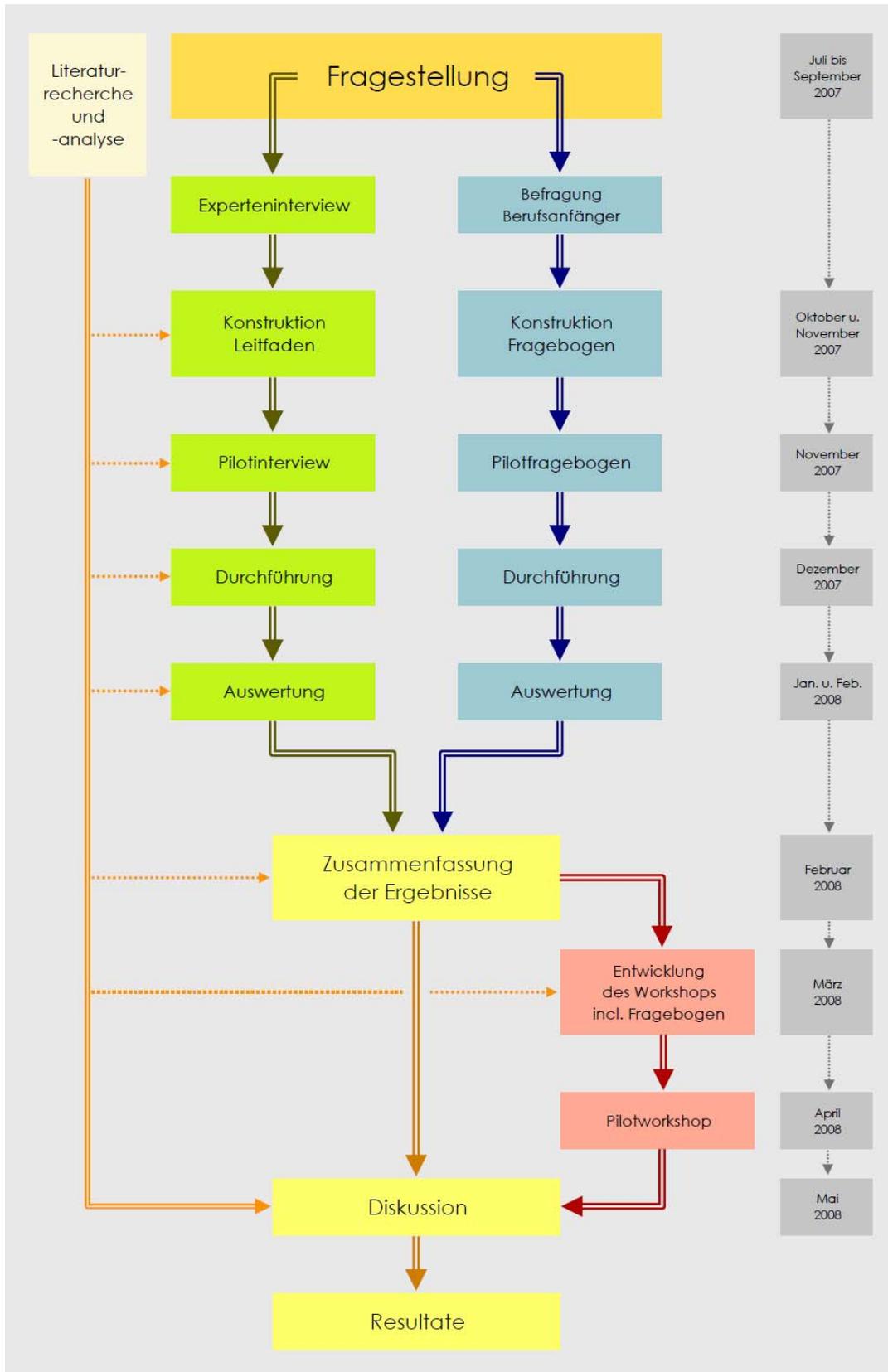


Abb. 1: Studienablauf

2.1. Studiendesign

»Ein Forschungsdesign ist ein Plan für die Sammlung und die Analyse von Anhaltspunkten, die es dem Forscher erlauben, eine Antwort zu geben – welche Frage er auch immer gestellt haben mag. Das Design einer Untersuchung berührt fast alle Aspekte der Forschung von den winzigen Details der Datenerhebung bis zur Auswahl der Technik der Datenanalyse« (RAGIN, 1994, zit. nach FLICK, 2007, S. 252).

Das Studiendesign soll zeigen, auf welche Art und Weise Daten erhoben, die aufgestellten Hypothesen untersucht und aufgeworfene Fragen beantwortet wurden. Für die Realisierung unserer Forschungsaufgabe wurden qualitative und quantitative Methoden eingesetzt. Eine Kombination dieser beiden Methoden ist in diesem Fall sinnvoll, da die Vorteile beider Vorgehensweisen genutzt werden können. Qualitatives und quantitatives Denken sind in der Regel in jedem Forschungs- und Erkenntnisprozess enthalten (vgl. MAYRING 2002, S. 19).

Ziel unserer Studie ist die Entwicklung eines Lehrmaterials zur intensiven Auseinandersetzung mit dem Konzept der Spiritualität im CMOP in der ergotherapeutischen Berufsausbildung und Fortbildung. Wir wollten herausfinden, ob das Konzept der Spiritualität des kanadischen Modells auf deutsche Verhältnisse übertragbar ist. Dabei war ein wichtiger Teil dieser Studien die Analyse der Meinungen von Experten des CMOP aus Deutschland und Kanada. Im Vorfeld war es notwendig, zu analysieren, inwieweit das Konzept der Spiritualität im CMOP bereits heute Eingang in die ergotherapeutische Berufsausbildung und Praxis findet oder ob diesbezüglich noch Handlungsbedarf besteht.

Bei der qualitativen Vorgehensweise bietet sich die Aktionsforschung an. Sie geht auf den in der soziologischen Forschung verwendeten älteren Begriff der Handlungsforschung zurück und davon aus, dass wissenschaftliche Erkenntnisse nur in Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Berufspraxis sowie mit weiteren Beteiligten gewonnen werden können. Wichtige Impulse in diesem Prozess kommen immer von den Beteiligten selbst; zusammen mit den Wissenschaftlern definieren die »Betroffenen die Problemstellung, suchen nach Ursachen (Hypothesengenerierung, Theoriebildung) und entwerfen Lösungsvorschläge« (BORTZ u. a., 2006, S. 50). Dies ist eine Art der Forschung, bei der der Forscher selbst Bestandteil des Untersuchungsgegenstandes ist und die anderen Teilnehmer und Elemente selbst beeinflusst und verändert, um eine Verbesserung herbeizuführen.

Bei der quantitativen Vorgehensweise beschränkt sich unsere Untersuchung auf die Erhebung und die Auswertung von Daten aus Fragebögen für Berufsanfänger und Teilnehmer des später noch im Einzelnen beschriebenen Workshops (siehe 5. u. Anhang I).

Qualitative und quantitative Forschung sind eigenständige Bereiche der empirischen Sozialforschung.¹ Sehr oft werden aber qualitative und quantitative Formen parallel betrieben, um deren Vorteile zu kombinieren. Der Unterschied beider Methoden wird von GLÄSER und LAUDEL so dargestellt: »Das Schließen von statistischen Zusammenhängen auf Kausalzusammenhänge setzt die Anwendung quantitativer Methoden voraus, und die empirische Identifizierung von Kausalzusammenhängen und ihre anschließende

¹ Als empirische Sozialforschung werden Untersuchungen bezeichnet, die einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt beobachten, um mit diesen Beobachtungen zur Weiterentwicklung von Theorien beizutragen. »Auch wenn diese Forschungsprozesse als »empirisch«, d. h. als »auf Erfahrung beruhend« bezeichnet werden, gehen sie von Theorien aus und tragen zu ihnen bei. Sie tun das, indem sie angeleitet von Theorien die soziale Realität beobachten und aus den Beobachtungen theoretische Schlüsse ziehen« (GLÄSER u. LAUDEL, 2006, S. 22).

Verallgemeinerung legen die Anwendung qualitativer Methoden nahe« (GLÄSER u. LAUDEL, 2006, S. 25).

Das Finden einer Antwort auf die Forschungsfrage über verschiedene Lösungswege wird Triangulation genannt. Dabei handelt es sich um ein Verfahren zur Verknüpfung von verschiedenen Analysemethoden, angewendet von verschiedenen Forschern aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven zu ein und dem selben Phänomen (man unterscheidet: Daten-, Methoden-, und Theorientriangulation). Durch die Triangulation sollen Einseitigkeiten und Verzerrungen kompensiert werden (siehe 3.3.).

Quantitative Forschung

Quantitative Forschung erfasst in der empirischen Sozialforschung alle Vorgehensweisen zur numerischen Darstellung empirischer Sachverhalte. Hier werden unter Verwendung bestimmter Daten Forschungshypothesen gebildet und anhand einer Stichprobe überprüft. Der Forschungsansatz basiert auf einem klar definierten und chronologischen Vorgehen. Man spricht von einem linearen Prozess in der quantitativen Forschung, wobei die standardisierte Vorgehensweise relativ genaue Messergebnisse hervorbringt, die statistisch analysiert werden. Der Unabhängigkeit des Beobachters wird ein zentraler Stellenwert eingeräumt.

Qualitative Forschung

Da sich qualitative Forschung am Alltagsgeschehen des zu Untersuchenden orientiert, d. h. ›dicht‹ am Geschehen ist, gewinnt sie in der Wissenschaft immer mehr an Bedeutung. Sie beruht auf rein sozial-theoretischen Analysen und Überlegungen und dient der Weiterentwicklung von Arbeitsthesen und Konzepten. Mit qualitativen Methoden versuchen Forscher herauszufinden, wie Menschen einen Sachverhalt sehen, welche individuelle Bedeutung er für sie hat und welche Handlungsmotive in diesem Zusammenhang auftreten. Es geht also genauer darum, die »Lebenswelten von innen heraus aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie [die qualitative Forschung] zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen« (FLICK, 2007, S. 14).

In der qualitativen Forschung sind die Methoden der Informationsgewinnung sehr offen gegenüber dem Gegenstand gehalten. Sie werden durch eine systematisch ablaufende Prozedur abgesichert. Der Weg, den man bis zum Ergebnis geht, muss nachvollziehbar und dokumentiert sein.

2.2. Methoden der Datenerhebung

In dieser Studie wurden mehrere Analyseverfahren der Datenerhebung kombiniert (Triangulation), um die Forschungsfrage zu beantworten. Dabei ist die Literaturrecherche der theoretische Grundstein, um sich diesem Thema wissenschaftlich zu nähern.

Die Erhebungsmethode in der qualitativen Forschung ist die Inhaltsanalyse von Interviews, die mit deutschen und kanadischen Experten geführt wurden, sowie die Inhaltsanalyse der offenen Fragen aus beiden Fragebögen.

In der quantitativen Forschung ist es die numerische Erfassung und Darstellung des Ist-Zustands von deutschen Berufsanfängern der Ergotherapie in Bezug zur Spiritualität sowie die Erhebung und Auswertung der Daten der Teilnehmer eines Workshops. Die

qualitative Inhaltsanalyse und die quantitative Auswertung der Fragebögen für Berufsanfänger sind die Voraussetzung für die Entwicklung eines Workshops, der sich mit dem Thema »Klientenzentrierung und Spiritualität« im Bezug auf den CMOP befassen soll.

2.3. Vorbereitung und Durchführung der Studie

2.3.1. Literaturrecherche und Literaturlauswertung

Ein umfangreicher Bestandteil dieser Forschungsstudie ist die Literaturrecherche, welche die Forschungsarbeit bis zum Ende begleitete. Zweck einer solchen Recherche ist die Abbildung des aktuellen Standes der Wissenschaft und der Aufbau von relevantem Hintergrundwissen. Ein zeitlicher Rahmen für die Recherche wurde nicht festgelegt, um Neuerscheinungen wie zum Beispiel *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing & Justice through Occupation* (TOWNSEND u. a., 2007) sowie aktuellste Veröffentlichungen in Zeitungen und Zeitschriften in die Arbeit einfließen lassen zu können. Darüber hinaus lieferten die Experteninterviews weitere wichtige Literaturhinweise zu diesen Themen.

Zunächst sollte untersucht werden, inwieweit sich nationale und internationale Forscher aus den medizinischen sowie den sozialwissenschaftlichen Fachbereichen, vor allem aber deutsche und kanadische Experten der Ergotherapie, bereits mit dem Thema Spiritualität auseinandergesetzt haben. Ferner war es von Bedeutung zu recherchieren, ob bereits relevante Studien zum Thema »Ergotherapie und Spiritualität« existieren. Folgende Informationsquellen wurden für die Suche genutzt:

- Universitäts- und Staatsbibliotheken mit deren Fernausleihen
- Internet-Datenbanken: DIMDI, OTSEEKER, MEDPILOT, EMBASE, CINAHL
- Homepages verschiedener Ergotherapeutenverbände (CAOT, C.O.T., AJOT)
- Homepages von niederländischen und deutschen Fachhochschulen (Heerlen, Berlin, Hildesheim, Osnabrück)
- Suche im World Wide Web über Suchmaschinen
- Fachbuchhandel

Für eine zielgerichtete Nachforschung mussten bestimmte Suchbegriffe festgelegt werden, um die gewünschten Informationen herausfiltern zu können. Diese Suchbegriffe ergaben sich aus dem Thema der Bachelorarbeit sowie aus der Art und Weise des Herangehens an diese Arbeit. Folgende Suchbegriffe wurden verwendet:

Zum Thema der Arbeit

Spiritualität, CMOP, CMOP-E, COPM, Klientenzentrierung, Kanada, Spiritualität und Kanada, Spiritualität und Deutschland, Workshop, spirituality, occupational therapy, client-centred, shared decision making, therapeutic uses of self, spirituality und assessment, Spiritualität und Fragebogen

Für die Datenerhebung und Datenanalyse

Qualitative Forschung, quantitative Forschung, Literaturrecherche, Praxisforschung, Datenerhebung, Stichprobenauswahl, Experteninterview, Interviewleitfaden, Fragebo-

gen, Kategorienbildung, Transkription, Triangulation, qualitative Inhaltsanalyse, Gütekriterien, Objektivität, Reliabilität, Validität

Nach Abschluss dieser Vorarbeiten konnte mit der systematischen Literaturanalyse begonnen werden. Da es eine umfangreiche Menge an Literatur zum Thema Spiritualität gibt, war eine thematische Eingrenzung wichtig und notwendig. Aus dem gleichen Grund beschränkte sich die Suche von Primär- und Sekundärliteratur zeitlich auf die Erscheinungsjahre ab 1983; 1983 deshalb, weil zu diesem Zeitpunkt der Begriff »spirituality« im Zusammenhang mit »the spiritual self« in der kanadischen Literatur zum ersten Mal auftauchte (DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE & CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS [Hrsg.], 1983). Allerdings wurde auch in Ausnahmefällen auf ältere Literatur zurückgegriffen, wenn dies notwendig war, um die geschichtliche Entwicklung der Spiritualität besser darstellen zu können.

Bei der ausgewählten Literatur musste entschieden werden, inwieweit sie in Bezug auf das Thema relevant, wissenschaftlich fundiert und repräsentativ ist. Gleiches galt auch für Forschungsarbeiten und Studien, bei denen anhand der Abstracts die Entscheidungen getroffen wurden. Ausgeschlossen wurden Veröffentlichungen, welche sich vorrangig auf den Zusammenhang von Spiritualität und ein spezielles Krankheitsbild oder einen Arbeitsbereich beziehen.

Um die Informationen aus der Literaturanalyse vollständig und verlässlich dokumentieren zu können, wurde das Gelesene auf einem traditionellen Karteikartensystem festgehalten. Zu diesem Zweck wurde eine Karteikarte angelegt, die den Autorennamen, Titel der Arbeit, Namen, Jahrgang und Nummer einer Zeitschrift, Anfang- und Endseitenzahl eines Beitrages, bei Büchern neben Autorennamen und Titeln den Erscheinungsort und das Erscheinungsjahr enthält. Ferner wurden noch Theoriebezug, Methoden und Ergebnisse aufgenommen (vgl. BORTZ u. a. 2006, S. 49). Dies erleichtert später das Nachschlagen der Literatur.

2.3.2. Auswahl und Gewinnung der Teilnehmer

Eine Stichprobe soll ein möglichst repräsentatives Bild der Grundgesamtheit² liefern. Dazu müssen Kriterien für diese bestimmte Grundgesamtheit definiert werden. Für die unterschiedlichen Probandengruppen unserer Studie haben wir verschiedene Auswahlverfahren gewählt.

Berufsanfänger

Um die Repräsentativität der Befragung zu erhöhen, wurde das Zufallsauswahlverfahren eingesetzt. Die Probanden sind Ergotherapeuten, die in den letzten anderthalb Jahren ihre Ausbildung an einer Fachschule für Ergotherapie beendet haben und zurzeit als Ergotherapeuten tätig sind. Damit wird sichergestellt, dass die Ausbildung bereits nach der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erfolgte. Darüber hinaus bringen sie Erfahrungen aus dem beruflichen Ergotherapiealltag mit. Um ergotherapeutische Berufsanfänger aus den verschiedenen Bundesländern zu erreichen, haben wir persönliche Kontakte zu Ergotherapeuten aus dem ganzen Bundesgebiet und zu ehemaligen Prakti-

² In der empirischen Forschung bezeichnet »Grundgesamtheit« (auch: »Population«) die Menge aller potentiellen Untersuchungsobjekte für eine bestimmte Fragestellung. Aus pragmatischen Erwägungen wird normalerweise nicht die Grundgesamtheit, sondern eine Stichprobe untersucht, die für die Grundgesamtheit repräsentativ ist.

kanten genutzt. Diese wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen, sofern sie die genannten Kriterien erfüllen. Überdies baten wir sie, den Fragebogen mit Anschreiben an Kollegen weiterzuleiten, für welche die genannten Kriterien ebenfalls gelten, so dass mittels Schneeballprinzip³ Ergotherapeuten bundesweit erreicht werden konnten. Die Teilnehmeranzahl wurde nicht begrenzt. Es sollten aber mindestens acht Bundesländer erreicht werden.

Deutsche Experten des CMOP

Um spezielle Informationen über das CMOP und sein Kernkonzept der Spiritualität zu ermitteln, haben wir Experten gesucht, die folgende Voraussetzungen erfüllen mussten: Die Teilnehmer mussten Ergotherapeuten sein, die das CMOP mit seinem Assessment COPM theoretisch und praktisch sehr gut kennen und dieses entweder in ergotherapeutischen Berufsschulen oder in Workshops unterrichten. Bei der Teilnehmersuche wurden die Experten des COPM-Teams Deutschland und weitere Experten angeschrieben, die uns durch die Literaturrecherche bekannt geworden waren. Von den zehn angeschriebenen Experten haben zwei nicht geantwortet, zwei weitere entschuldigten sich aus beruflichen Gründen, und ein Experte war nicht deutscher Herkunft. Die Interviews wurden deshalb mit fünf Experten geführt, wovon das erste das nicht in die Auswertung einbezogene Pilotinterview ist.

Kanadische Experten des CMOP

Durch eine gezielte Adressensuche, für die wir die Homepage des kanadischen Verbandes der Ergotherapeuten (CAOT), kanadische Ergotherapieliteratur und Informationen von deutschen CMOP-Experten genutzt haben, konnten wir sieben kanadische Experten anschreiben. Von diesen erklärten sich drei bereit, an der schriftlichen Befragung teilzunehmen.

Teilnehmer des Workshops

Bei der Durchführung des Pilotworkshops haben wir ein bewusstes Auswahlverfahren gewählt. Die gemischte, 14 Personen umfassende Probandengruppe setzte sich aus Ergotherapieschülern des ersten und des dritten Ausbildungsjahres einer Ergotherapeuten-schule sowie zwei Berufskollegen zusammen.

Ausschlaggebend für diese Zusammenstellung war der Wunsch, die Erfahrungen der Kollegen und der Ergotherapieschüler, die schon im Praktikum waren, einzubeziehen, um damit einen Bezug zur Praxis herstellen zu können und den Diskussionsprozess unter den Teilnehmern zu fördern. Im Vorfeld haben wir persönliche Kontakte zur Schulleiterin der betreffenden Ergotherapieschule genutzt, um den räumlichen und zeitlichen Rahmen des Workshops zu vereinbaren.

2.3.3. Die Fragebögen

Die schriftliche Befragung mittels Fragebogen eignet sich besonders für die Untersuchung großer Stichproben und homogener Gruppen sowie zu objektiven Messungen

³ Der Ausdruck Schneeballprinzip kommt aus der Werbung. Als Schneeball- oder Pyramidensystem bezeichnet man einen sozialen Prozess, bei dem bisher Unbeteiligte von Werbenden dazu aufgefordert werden, selber zu Werbenden zu werden. Es wird erwartet, dass jeder Werbende mehrere bisher Unbeteiligte wirbt.

und zum Vergleich der daraus gewonnenen Daten. Die Vorteile einer schriftlichen Befragung liegen in ihrer Objektivität sowie in der höheren externen und statistischen Validität bei einer großen Stichprobenauswahl. Es entstehen nur geringe Kosten, und der personelle und zeitliche Aufwand ist relativ überschaubar. Beim Ausfüllen des Fragebogens stehen die Teilnehmer nicht unter Zeitdruck. Die Zusicherung der Anonymität ist glaubwürdiger als bei einer mündlichen Befragung, und die Ergebnisse lassen sich vergleichen.

Zu den Nachteilen des Fragebogens zählt sicherlich der fehlende persönliche Kontakt zu den Befragten. Die Fragen werden vorher festgelegt. Das individuelle Eingehen auf die Testpersonen sowie die Beantwortung von Verständnisfragen ist somit nicht möglich. Ebenso kann das Umfeld des Befragten nicht beeinflusst werden. Das heißt, dass sich z. B. nicht nachprüfen lässt, von wem, wie und wann der Fragebogen wirklich ausgefüllt wurde. Darüber hinaus haben postalische Befragungen eine geringe Rücklaufquote. Die dazu in der Literatur zu findenden Angaben über Rücklaufquoten schwanken zwischen 10% und 90% (vgl. BORTZ u. a., 2006, S. 235). Anmerkungen seitens der Befragten gibt es überhaupt nur dann, wenn in den Fragebogen offene Fragen integriert sind.

Mittels der ersten schriftlichen Befragung der Berufsanfänger sollte eine unserer Hypothesen beantwortet werden: Laut Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeuten (ErgThAPrV, Anlage 1 zu § 1 Abs. 1) müssen sich die Auszubildenden dieser Fachrichtung an den Berufsschulen mit den verschiedenen ergotherapeutischen Modellen befassen. Da das CMOP eines der bekanntesten und meistgenutzten Modelle ist, kann man davon ausgehen, dass sich die Berufsschüler während ihrer Ausbildung zumindest im Ansatz mit diesem Modell bereits auseinandergesetzt haben. Ziel des ersten Fragebogens war es daher herauszufinden, ob sie sich auch mit dem Konzept der Spiritualität des CMOP, mit der eigenen und der Spiritualität ihrer Klienten befasst haben. Darüber hinaus war es im Hinblick auf das von uns zu entwickelnde Material wichtig zu erfahren, in welchem Maß sich Berufsanfänger in Bezug auf Spiritualität für ihre Arbeit mit Klienten gerüstet fühlen und welche Wünsche sie bezüglich der Ausbildung gehabt hätten.

Ein zweiter Fragebogen im unmittelbaren Anschluss an den Workshop sollte klären, inwieweit das entwickelte Material »Klientenzentrierung und Spiritualität« den Zugang der Teilnehmer zu ihrer eigenen Spiritualität und der ihrer Klienten verändert hat, wie der Workshop bewertet wurde und welche Veränderungen gewünscht sind bzw. sinnvoll wären.

Entwicklung und Aufbau der Fragebögen

Um die verschiedenen Daten für die Studie zu ermitteln, wurden, wie bereits erwähnt, zwei unterschiedliche Fragebögen entwickelt, die sich aber strukturell ähneln. Bei beiden Fragebögen kamen neben geschlossenen auch offene Fragen zur Anwendung, um den Probanden die Möglichkeit zu geben, ihre Verbesserungsvorschläge oder Anmerkungen mitzuteilen. Der Fragebogen für Teilnehmer des Workshops enthielt größtenteils Hybridfragen. Es handelt sich dabei um Fragen, die geschlossen gestaltet werden, aber die Möglichkeit bieten, in einem weiteren Schritt Anmerkungen oder Ähnliches offen zu formulieren. Um den Einstieg zu erleichtern und Anfangshemmungen gar nicht erst aufkommen zu lassen, stehen am Anfang eher allgemeine Fragen zur Methodik des Workshops. Durch diese soll das Engagement der Befragten beeinflusst werden. Sie haben daher trotz ihres allgemeinen Charakters eine besondere Bedeutung.

Bei der Konstruktion der Fragebögen haben wir auf den inneren Zusammenhang der aufeinander folgenden Fragen geachtet. Bei suggestiven Formulierungen besteht nämlich die Gefahr, mit einer Formulierung Einfluss auf die Wahrnehmung folgender Fragen zu nehmen. Man spricht dann von einem »Überstrahlen« bzw. von einem Halo-Effekt. Im Sinne der gewünschten Objektivität sollte bei der Konstruktion der Fragebögen der Halo-Effekt vermieden werden. Hier besteht die Möglichkeit, Pufferfragen einzuarbeiten oder die Reihenfolge der Fragen entsprechend zu verändern.

Zur Beantwortung der Items wurde in beiden Fragebögen eine 4-stufige Likert-Skala herangezogen. Die gewählte geradzahlige Skala bietet den Vorteil, eine mittlere Kategorie, die als neutrale Antwortkategorie gesehen werden kann und häufig als neutrale Ausweichmöglichkeit genutzt wird (Mittentendenz), zu vermeiden.

Weiterhin ist bei einer postalischen Befragung das Begleit- und Instruktionsschreiben wichtig. Es soll:

- über die Namen und Anschriften der Forscher informieren
- darauf hinweisen, dass die Teilnahme freiwillig ist und die Absender bei Rückfragen zur Verfügung stehen
- die Zielgruppe motivieren, den Fragebogen auszufüllen
- Kenntnisse über das richtige Ausfüllen vermitteln
- die Untersuchung transparent darstellen
- über die Auswahl der Empfänger informieren
- Anonymität garantieren
- eine Zeitvorgabe zur Beantwortung und zur Rücksendung des Fragebogens vorgeben
- einen Anreiz zur Beantwortung geben

Der Fragebogen für Berufsanfänger beginnt mit allgemeinen Fragen zur Bedeutung der Spiritualität in der Ergotherapie, um dann zu Fragen über den persönlichen Umgang mit Spiritualität in der ergotherapeutischen Arbeit überzugehen; mit der abschließenden Frage nimmt er wieder Bezug auf die Eingangsfrage. Wir konnten nicht davon ausgehen, dass alle von uns befragten Berufsanfänger den Begriff Spiritualität mit der gleichen Bedeutung belegen. Es wäre jedoch nicht sinnvoll gewesen, eine Definition ins Anschreiben zu stellen, hätte eine solche doch zu einer Beeinflussung der Teilnehmer führen können. Da sich ein Teil der Forschungsarbeit damit beschäftigt herauszufinden, was Berufsanfänger über Spiritualität wissen, kann dieser Aspekt nicht schon vorab definiert werden.

Vor Beginn der eigentlichen Untersuchung haben wir den Fragebogen mit Hilfe eines Pre-Tests (Pilotfragebogen) auf seine Verständlichkeit und Handhabbarkeit geprüft. Mit diesem Test sollten Fehler noch vor der eigentlichen Durchführung ausgeräumt werden.

Der Fragebogen für die Teilnehmer des Workshops wurde in vier Bereiche aufgeteilt: allgemeine Angaben, Fragen zur Methodik des Workshops, inhaltliche Fragen und abschließend offen gestaltete Fragen (siehe Anhang II).

Pilotfragebogen

Der Fragebogen für Berufsanfänger wurde durch eine Testperson überprüft, bei der die Kriterien für das Auswahlverfahren dieser Zielgruppe zutrafen. Bei der Auswertung des Pilotfragebogens fiel auf, dass es bei der Formulierung des Anschreibens nicht gelungen

war, einen ausreichenden Anreiz zur Beantwortung des Fragebogens zu schaffen. Um hier eine Verbesserung zu erreichen, haben wir dem überarbeiteten Anschreiben das Angebot beigelegt, dem Adressaten, wenn gewünscht, die fertige Arbeit zu zusenden.

Weiterhin konnten wir feststellen, dass eine Frage (»Spiritualität findet in der deutschen Ergotherapie ausreichend Beachtung«) missverstanden werden konnte, da nicht eindeutig war, was unter »ausreichend« zu verstehen ist. Darüber hinaus war diese Frage suggestiv, indem sie unterstellte, dass Spiritualität in der Ergotherapie Beachtung finden sollte, und beeinflusste die folgenden Fragen. Diese Frage wurde daraufhin aus dem Fragebogen entfernt.

Den Fragebogen und das Anschreiben konnten wir in nur leicht veränderter Form einsetzen.

Ein Pre-Test für den Fragebogen der Teilnehmer des Workshops haben wir nicht durchgeführt. Dieser Workshop ist, als Ergebnis der Forschungsarbeit, selbst ein Pilotworkshop und kann daher keinem vorherigen Test unterzogen werden.

Durchführung der Befragung

Fragebogen für Berufsanfänger (siehe Anhang II)

Für den Versand der Fragebögen haben wir berufliche und persönliche Kontakte zu Ergotherapeuten genutzt und diese um Weiterleitung an Berufsanfänger gebeten. Aus Gründen der Effizienz wurden die Fragebögen nebst Anschreiben per E-Mail versandt. Da nach der vorgegebenen Frist, die in die Weihnachtszeit fiel, noch nicht viele Rücksendungen erfolgt waren, haben wir die Frist um eine Woche verlängert. Persönliche Telefonate sollten zusätzlich motivierend wirken. Die zurückgesandten Fragebögen wurden von einer neutralen Person ausgedruckt und mit einer fortlaufenden Nummer versehen. Auf diese Weise konnten sie anonymisiert ausgewertet werden. Insgesamt wurden 28 Fragebögen per Email versandt. Da die Zahl der Weiterleitungen an Berufsanfänger nicht definiert bzw. begrenzt wurde, konnte die Rücklaufquote nicht bestimmt werden; sie ist aber hinsichtlich der bundesweiten Verteilung gut. Insgesamt wurden 34 Fragebögen zurückgeschickt.

Fragebogen für Teilnehmer des Workshops (siehe Anhang V)

Zu Beginn des Workshops wurde den 14 Teilnehmern die Verteilung eines Fragebogens am Ende desselben angekündigt, dessen Beantwortung freigestellt wurde. Alle 14 Teilnehmer beantworteten die Fragen und gaben eine Einverständniserklärung zur Datennutzung (siehe Anhang V) ab. Die Fragebögen wurden von den Teilnehmern selbst gesammelt, um die Anonymität zu wahren. Auf die Angabe von Alter und Berufserfahrung haben wir bei diesem Fragebogen verzichtet, da aufgrund der kleinen Population eine Zuordnung möglich gewesen wäre. Da im Zuge des Workshops die Bedingungen für die Beantwortung der Fragen für alle Teilnehmer gleich waren, konnten einige Nachteile (siehe 2.3.3.) ausgeschlossen werden.

2.3.4. Die Experteninterviews

Die qualitative Methode der Befragung in Form von persönlichen und schriftlichen Experteninterviews eignet sich besonders gut, um an das umfangreiche Wissen eines Experten oder an seine speziellen Fähigkeiten auf einem bestimmten Fachgebiet zu gelangen. Experteninterviews haben die »Aufgabe, dem Forscher das besondere Wissen der in die Situation und Prozesse involvierten Menschen zugänglich zu machen« (GLÄSER u.

LAUDEL, 2006, S. 11). Zur qualitativen Vorgehensweise haben wir das nichtstandardisierte Leitfadenterview gewählt. Für dieses Interview wird ein zielorientiert konzipierter Fragenkatalog ausgearbeitet, dessen Fragen in den späteren Interviewleitfaden aufgenommen werden. Der Interviewer selbst tritt in dieser Interaktionssituation als Co-Experte für eine fakten- und datenorientierte Erhebung auf. Da man bei Einzelinterviews individuell auf den Interviewpartner eingehen bzw. auf ihn reagieren kann, betrachten wir diese Art des Interviews als die zweckmäßigste für unsere Fragestellung. Bei unserer Arbeit haben wir als Form der Befragung der deutschen Experten auf Telefoninterviews zurückgegriffen. Die Vorteile liegen im geringeren ökonomischen und logistischen Aufwand. Als Schwäche kann die mangels nonverbaler Aspekte eingeschränkte Kommunikation gesehen werden.

Für das Experteninterview haben wir ein Anschreiben verfasst, in dem die Studie, das Anliegen und der zeitliche Rahmen von etwa 45 Minuten vorgestellt wurden; dieses Anschreiben wurde an die ausgewählten Experten per E-Mail verschickt.

Als Form der Befragung der kanadischen Experten haben wir ein halbstandardisiertes schriftliches Interview gewählt. Dazu wurde ein offener Fragenkatalog (siehe Anhang III) zusammengestellt, dieser ins Englische übersetzt und mit einem Anschreiben per E-Mail an die Experten gesendet.

Entwicklung des Interviewleitfadens für die deutschen Experten

Der Leitfaden ist eine Liste vorbereiteter offener, einfacher und neutraler Fragen, die klar und unmissverständlich formuliert werden. Er wird zur Vorbereitung des Interviews genutzt, dient dem Interviewer als ›Wegweiser‹ durch das Interview und soll ausschließen, dass sich das Gespräch in Themen verliert, die nichts mit der Sache zu tun haben. Bei GLÄSER und LAUDEL heißt es: »Ein leitfadengestütztes Experteninterview zu führen heißt, einen Kommunikationsprozess zu planen und zu gestalten, der an den kulturellen Kontext des Befragten angepasst ist und alle Informationen erbringt, die für die Untersuchung benötigt werden« (GLÄSER u. LAUDEL, 2006, S. 110). Da mehrere Interviews geführt und die Aussagen der Interviewpartner verglichen werden sollten, war eine Standardisierung unerlässlich. Damit wurde sichergestellt, dass die aus den Interviews herausgezogenen Informationen vergleichbar waren. Die Fragen des Leitfadens wurden auf der Basis von Literaturstudien und eigenen Überlegungen zur Forschungsfrage erstellt. Der Leitfaden enthält am Anfang Notizen, die vor dem Interview erklärt oder besprochen werden mussten. Dabei ging es um die informelle Einwilligung der Teilnehmer, um Informationen über das Ziel der Untersuchung, die Wahrung der Anonymität, die Genehmigung für die Tonbandaufzeichnung des Gespräches sowie die Erhebung des fachlichen Hintergrundes der Experten.

Der Leitfaden beginnt mit allgemeinen Fragen. Dies gilt als Aufwärmphase, in der sich das Klima des Interviews herausbildet, die Rollen der Gesprächspartner definiert werden und man sich auf ein bestimmtes Niveau einstellt (vgl. ebd., S. 143). Ebenso wird auch die letzte Frage allgemein gehalten, da sonst die Gefahr besteht, dass das Interview beim Interviewpartner einen unangenehmen Eindruck hinterlässt. Dem Interviewten wird hier die Möglichkeit gegeben, Anmerkung und Hinweise zum Thema zu äußern, die bis dahin noch nicht ausreichend angesprochen wurden. Der Leitfaden zum Experteninterview teilt sich in Themenkomplexe auf. Zu den eigentlichen Hauptfragen wurden Unterfragen formuliert, die ergänzend zur Vertiefung und zur Erweiterung der Hauptfrage genutzt werden konnten. Natürlich war es möglich, auch während des Gesprächs Fragen spontan umzuformulieren und zu ergänzen.

Da der wichtigste ethische Grundsatz lautet, dass den Teilnehmern an einer Untersuchung daraus kein Schaden entstehen darf (vgl. ebd., S. 141), haben wir zum Schluss alle Fragen noch einmal auf diesen Aspekt hin überprüft.

Entwicklung des Interviewleitfadens für die kanadischen Experten

Die Fragen entwickelten wir auf der Grundlage des Interviewleitfadens für die deutschen Experten. Den Schwerpunkt legten wir hier jedoch auf die Umsetzung des CMOP in Kanada und befragten die Experten zu Unterschieden, die sie zwischen der kanadischen und deutschen Ergotherapie sehen. Die Fragen wurden bewusst offen gehalten, um die Antworten nicht vorab zu stark einzugrenzen, zumal die Kompetenz der kanadischen Experten speziell in Bezug auf unsere Fragestellung aus unserer Sicht nur schwer einzuschätzen war.

Pilotinterview

Ein Pilotinterview dient der Leitfadenerprobung und der Schulung des Interviewers in der Gesprächsführung und im Umgang mit der verwendeten Aufnahmetechnik. Unser Interviewleitfaden wurde vor der eigentlichen Untersuchung an einem Experten des CMOP getestet, der mit den späteren Interviewpartnern vergleichbar ist. Es galt dabei herauszufinden, ob die Fragen verständlich und damit die Antworten zu erhalten sind, die für das Thema relevant sind. Außerdem sollte die Benutzung der Aufnahmetechnik für die telefonisch zu führenden Interviews überprüft werden. Die Auswertung des Interviews zeigte, dass die Fragen verständlich und relevant für die Untersuchung waren.

Durchführung der Experteninterviews

Deutsche Experten

Für das Telefoninterview konnten vier Experten des CMOP gewonnen werden, mit denen jeweils der zeitliche Gesprächsrahmen (Zeitpunkt, Dauer) festgelegt wurde. Die tatsächliche Interviewdauer erstreckte sich über einen Zeitraum von 45 Minuten bis zu einer Stunde. Aufgrund der technischen Möglichkeiten fand das Gespräch nur zwischen einem Interviewer und einem Interviewpartner statt. Nach gegebener Einverständniserklärung konnten die Interviews mittels eines Mikrofons und des dazugehörigen Aufnahmeapparates aufgezeichnet werden. Dabei wurden die Nachteile des Telefoninterviews durch Beachtung des Tonfalls, der Tonfrequenz und des emotionalen Ausdrucks des Interviewpartners minimiert. Das Interview wurde anhand des Leitfadens durchgeführt. Am Ende des Gespräches erhielt der Experte noch die Gelegenheit, zusätzliche Anmerkungen zur Studie zu machen bzw. weitere Anregungen zu geben.

Kanadische Experten

Von den angeschriebenen kanadischen Experten erklärten sich drei bereit, den Fragenkatalog zu beantworten. Diesen erhielten sie mit einem Anschreiben per E-Mail.

3. Methoden der Datenanalyse

3.1. Auswertung der Fragebögen

Bei der Auswertung der Fragebögen kamen quantitative und qualitative Methoden zum Einsatz. Die quantitativen Anteile des Fragebogens wurden manuell ausgezählt und mit Hilfe des PC-Programms MS EXCEL ausgewertet. Die Auswertung untergliedert sich in drei Phasen:

1. Anonymisierung

Die Fragebögen wurden von einer neutralen Person von den Absenderdaten entkoppelt, ausgedruckt und so nummeriert, dass sich die Daten des Fragebogens den numerisch kodierte Teilnehmern zuordnen ließen. Außerdem wurde eine Zuordnung der Ausbildungsstätte zu den Bundesländern vorgenommen. Die Ausbildungsstätten wurden danach mit einer Nummer versehen. Auf diese Weise wurde ein anonymisierter Vergleich der Schulen untereinander möglich.

2. Erfassung demographischer Daten

In dieser Phase wurden das Alter, die Berufserfahrung und der Arbeitsbereich der Berufsanfänger sowie die Anzahl der Schulen und die Zuordnung zu den Bundesländern tabellarisch erfasst.

3. Numerische Auswertung der Fragen

Die Daten der einzelnen Fragen wurden in einer Tabelle erfasst. Sie konnten dadurch ausgewertet und grafisch dargestellt werden.

Das Textmaterial der offenen Fragen haben wir mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach GLÄSER und LAUDEL ausgewertet. Diese beruht auf einem systematischen, regelgeleiteten Verfahren, das heißt, dass Abfolgen im Forschungsprozess eingehalten und für die einzelnen Schritte Regeln bestimmt werden müssen. Dabei werden die auszuwertenden Texte als ein Material behandelt, in dem Daten enthalten sind, die für die Auswertung vorher extrahiert werden müssen. Für diese Extraktion wurde ein Kategoriensystem konzipiert, das auf den theoretischen Vorüberlegungen der Fragebogenkonstruktion beruht. Dieses System ist offen und kann verändert werden, sobald relevante Informationen auftauchen, die nicht den Kategorien zugeordnet werden können. Durch diese Extraktion findet gleichzeitig eine Interpretation des Datenmaterials statt. Um »festzustellen, ob relevante Informationen in einem Text enthalten sind«, muss er interpretiert werden (GLÄSER u. LAUDEL, 2006, S. 195). Als nächste Schritte folgen die Aufbereitung und die Auswertung der Daten, die im folgenden Kapitel genauer beschrieben werden.

3.2. Auswertung der Experteninterviews

Hier sollen die vier Phasen der Auswertung von Interviews durch die qualitative strukturierende Inhaltsanalyse nach GLÄSER und LAUDEL beschrieben werden. Texte werden systematisch analysiert, indem das Material schrittweise theoriegeleitet mittels der entwickelten Kategorien bearbeitet wird und so die Aussagen belegt werden können.

1. Transkription

Für eine Auswertung der auf Tonband aufgezeichneten Interviews müssen diese vorher zeitnah transkribiert werden. Eine vollständige wörtliche Erfassung des verbal erhobenen Materials ist die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung (vgl. MAYRING, 2002, S. 89). Folgende Transkriptionsregeln wurden für die Experteninterviews definiert:

- Die gesprochenen Texte werden in ein normales Schriftdeutsch übertragen. Dies bedeutet, dass ein möglicher Dialekt bereinigt wird, Satzbaufehler gegebenenfalls behoben und der Stil geglättet werden.
- Nichtverbale Äußerungen werden nicht transkribiert, außer sie würden der Aussage eine andere Bedeutung geben.
- Besonderheiten der Antwort werden vermerkt, wenn sie für bedeutend gehalten werden (z. B. lachend, gedehnt, zögernd).
- Unverständliche Passagen werden gekennzeichnet.

Nach der Transkription wurden die Aufzeichnungen den interviewten Experten zugesandt und von diesen auf deren Richtigkeit überprüft. Danach konnten die Interviews anonymisiert und für die weitere Verwertung mit einem Code versehen werden.

2. Extraktion

Bei der Extraktion kommt es darauf an, das umfangreiche Material unter Erhaltung der wesentlichen Inhalte zu reduzieren, das heißt, diese Inhalte mittels Extraktion aus dem Text herauszuziehen und auszuwerten. Wir haben ein Kategoriensystem gebildet, das sich nach den theoretischen Ausarbeitungen des Interviewleitfadens richtet und somit der Beantwortung der Forschungsfrage dient. Relevante Informationen aus dem Text wurden den zuvor gebildeten Kategorien zugeordnet. Im gesamten Verlauf der Auswertung konnte das Kategoriensystem durch seine Offenheit an das Datenmaterial angepasst und erweitert werden. Dadurch gingen keine Informationen verloren. Für die Rückverfolgung der einzelnen Schritte in diesem Auswertungsprozess führen die extrahierten Daten die Quellenangaben aus dem Ursprungstext mit. Die Extraktion des Interviewmaterials wurde manuell von zwei unabhängigen Personen durchgeführt und anschließend angeglichen.

3. Aufbereitung der Daten

Die Datenaufbereitung diente vor allem der Verbesserung der Qualität. Kategorien wurden überprüft und strukturiert. Der Umfang des Rohmaterials wurde reduziert und korrigiert. Verstreute und bedeutungsgleiche Informationen konnten unter Mitführung der Quellenangaben zusammengefasst werden. Die nachträgliche Suche im gesamten Text nach Argumenten gegen die gefundenen Kernaussagen hat stattgefunden.

4. Auswertung

Die Auswertung der Daten trug essentiell zur Beantwortung der Forschungsfrage bei. Dabei ging es darum, die Kausalzusammenhänge und -mechanismen des Untersuchungsgegenstandes aufzuklären, da die endgültige Beantwortung der Forschungsfrage darauf aufbaute und die Einbettung in die Theorie sowie die Bestimmung des Geltungsbereiches bereits einschloss.

3.3. Gütekriterien

Am Ende eines Forschungsprozesses steht die Beurteilung der Ergebnisse anhand von Gütekriterien. Damit wird die Qualität einer Untersuchung bestimmt, die Methoden werden verglichen, und es wird der Wahrheitsgehalt und die Haltbarkeit geprüft. Hier unterscheidet man qualitative und quantitative Gütekriterien, da die klassischen Testgütekriterien der quantitativen Forschung nicht einfach auf qualitative Erhebungen übertragbar sind. Es lassen sich zum Beispiel Interviews kurze Zeit später nicht noch einmal mit einem gleichen Ergebnis wiederholen (Re-Test-Reliabilität), da sich schon durch den Eingriff der Forscher der Gegenstand verändert und auch der Informant sich weiter entwickelt. Die im Bereich der qualitativen Forschung entstandenen Kriterien lassen sich nur unter Berücksichtigung der Fragestellung, der Methode, des Forschungsfeldes und des Untersuchungsgegenstandes nutzen.

Für die vorliegende Untersuchung haben wir die *Kriterien qualitativer Forschung* nach PHILIPP MAYRING genutzt:

- **Verlaufsdokumentation:** Das Vorgehen wurde direkt für die Forschungsfrage entwickelt, differenziert und bis in kleinste Detail dokumentiert. Somit ist der Forschungsprozess zu jedem Zeitpunkt nachvollziehbar.
- **Regelgeleitetheit:** Hier galt es, bestimmte Verfahrensregeln für ein systematisches Vorgehen einzuhalten. Der Analyseprozess wurde in einzelne Einheiten unterteilt und so Schritt für Schritt abgearbeitet.
- **Triangulation:** Durch den Einsatz der Triangulation wurden Einseitigkeit und Verzerrungen kompensiert. Es wurden für die Beantwortung der Forschungsfragen und der Hypothesen die qualitative und die quantitative Forschung mit ihren Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse und der statistischen Auswertung von Fragebögen angewendet.
- **Kommunikative Validierung:** Die Transkription der Interviews wurde den Informanten vorgelegt, mit dem Ziel, dass sie von ihnen hinsichtlich ihrer Richtigkeit und der daraus folgenden Gültigkeit bewertet werden (Member checking).
- **Konsenzherstellung:** Das Interview und der Verlauf wurden hinsichtlich des Vorhandenseins eines Bündnisses von Offenheit, Vertrauen und Arbeitsbereitschaft zwischen Forscher und Informant analysiert.
- **Gegenstandsangemessenheit:** Während dieser Arbeit haben wir uns intensiv mit bestimmten Problemen im beruflichen Alltag von Ergotherapeuten beschäftigt. Diese Forschung fand somit im ›Feld‹ statt.

Gütekriterien für die quantitative Forschung

- **Objektivität:** Die Unabhängigkeit der Untersuchung von subjektiven Einflüssen seitens der Forscher wurde durch die Standardisierung und Anonymisierung beider Fragebögen gewährleistet.
- **Reliabilität:** Dieses Gütekriterium gibt die Genauigkeit einer wissenschaftlichen Untersuchung hinsichtlich ihrer Replizierbarkeit unter gleichen Rahmenbedingungen an. Die verschiedenen Messverfahren (Re-Test-Reliabilität, Parallel-Test-Reliabilität und Split-half-Reliabilität) lassen sich aber bei dieser Datenerhebung nicht in vollem Maße anwenden, da subjektive Faktoren, die anonyme Auswertung der Fragebögen und nicht eindeutig fixierbare Rahmenbedingungen die notwendige Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit unmöglich machen.

- Validität: Diese ist ein Maß für die inhaltliche Gültigkeit einer Untersuchung und deren Ergebnisse. Validität gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem ein Testverfahren das misst, was gemessen werden soll. Die Messung sollte objektiv sein (Augenscheinvalidität, Kriteriumsvalidität).

Es wurden für beide Fragebögen die Werte »Mittelwert«, »Standardabweichung« und »Trennschärfe« überprüft. Der Mittelwert bezeichnet das arithmetische Mittel aller Ergebnisse. Die Standardabweichung ist ein Maß für die Streuung der Wahrscheinlichkeitsverteilung von Zufallsvariablen. Eine geringe Streuung ist oftmals von Vorteil, da die Werte mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Nähe des Erwartungswertes liegen. Die Trennschärfe eines Items gibt an, wie gut es das Gesamtergebnis eines Tests repräsentiert (vgl. BORTZ u. DÖRING, 2006). Die Trennschärfe wird charakterisiert durch den Trennschärfekoeffizienten, der nur Werte zwischen -1 und +1 annehmen kann. Dabei sind grundsätzlich Werte ab +0,5 erstrebenswert, da ab diesem Wert aufsteigend die Abweichung vom Gesamtergebnis umso geringer ist.

4. Darstellung der Ergebnisse

4.1. Ergebnisse der Befragung der Berufsanfänger

Quantitative Auswertung des Fragebogens

Von den beantworteten 34 Fragebögen waren 33 auswertbar. Da wir von einer Berufserfahrung von höchstens 1,5 Jahren ausgegangen sind (Verteilung siehe Abb. 2), waren die Teilnehmer des Fragebogens überwiegend jüngere Kollegen (Abb. 3).

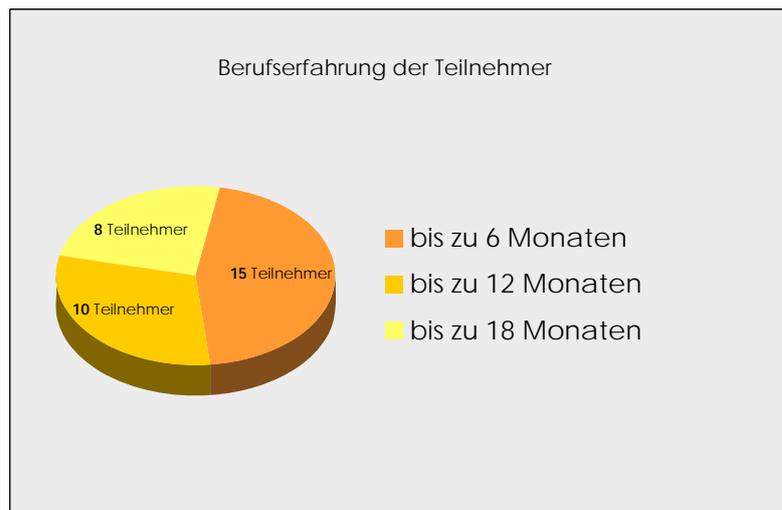


Abb. 2: Berufserfahrung der Teilnehmer

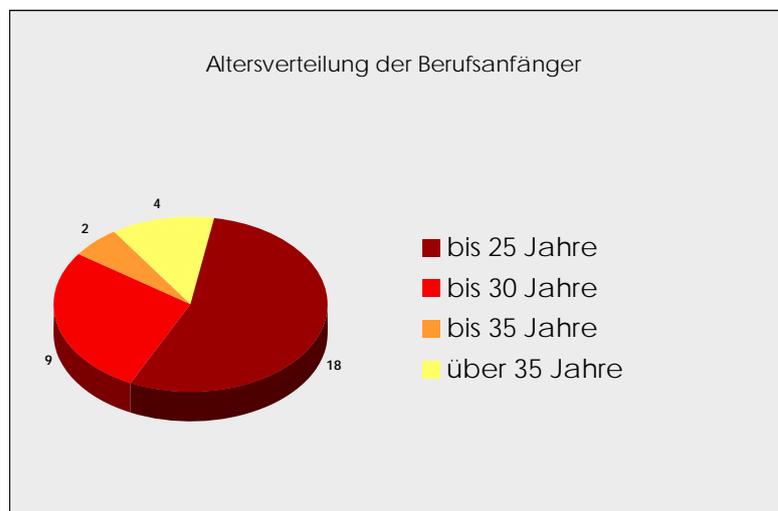


Abb.3: Altersverteilung der Teilnehmer

Mit unserem Fragebogen haben wir Berufsanfänger aus 11 von insgesamt 17 Bundesländern erreicht. Diese verteilten sich auf jeweils eine Schule in Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen. In Mecklenburg-Vorpommern kamen von insgesamt acht Teilnehmern fünf von einer Schule, in Niedersachsen von insgesamt sechs

Teilnehmern drei von einer Schule (Abb. 4). Insgesamt erreichten wir mit unserem Fragebogen Absolventen von 24 Schulen.

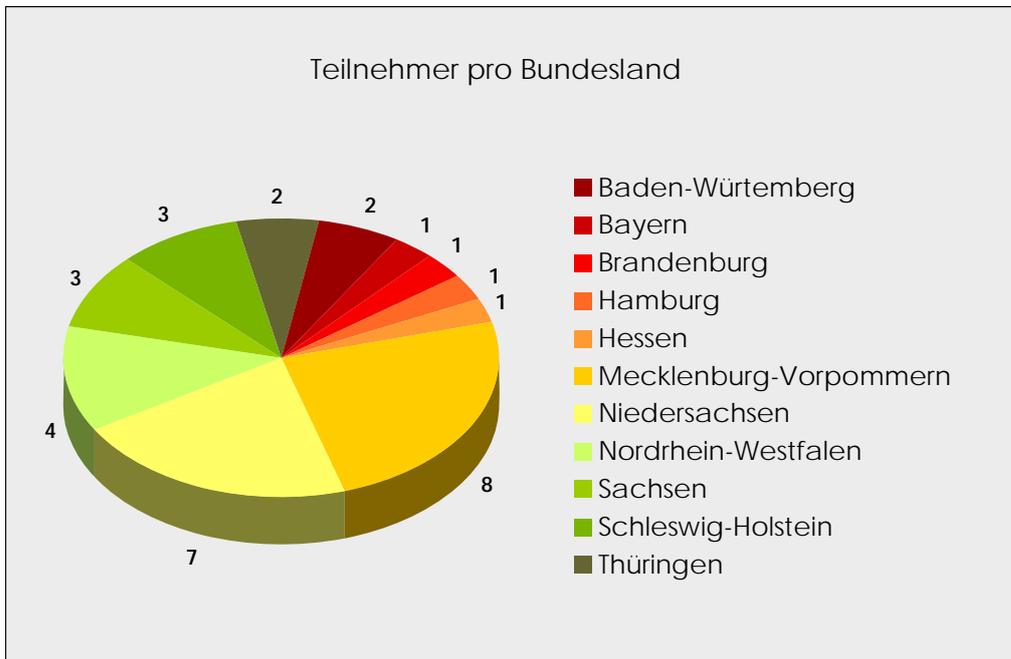


Abb. 4: Teilnehmer pro Bundesland

Abbildung 5 veranschaulicht die Verteilung der Teilnehmer auf die verschiedenen Arbeitsbereiche.

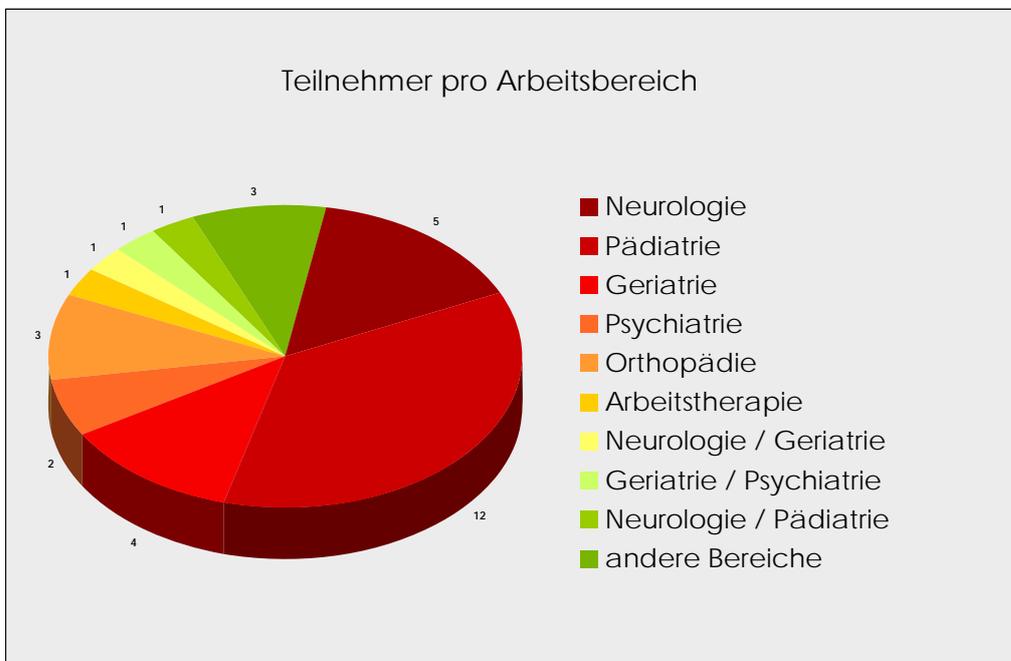


Abb. 5.: Arbeitsbereiche der Teilnehmer

Inhaltlich wurden die Fragen in folgende Bereiche gegliedert:

- Wichtigkeit von Spiritualität im therapeutischen Prozess
Frage 5: Es ist wichtig, Spiritualität im ergotherapeutischen Prozess zu beachten.
- Persönliche Umsetzung von Spiritualität
Frage 6: Spiritualität spielt bei meiner Arbeit als Ergotherapeut/in eine wichtige Rolle.
- Spiritualität in der Ergotherapieausbildung
Frage 7: Der Begriff Spiritualität wurde in der Ausbildung behandelt.
Frage 8: Im Rahmen der Ausbildung habe ich mir Gedanken zu meiner eigenen Spiritualität gemacht.
- Persönliche Voraussetzungen für die Umsetzung in der Praxis
Frage 9: Ich fühle mich gut vorbereitet, auf die Spiritualität der Klienten einzugehen.

Die Fragen 8 und 9 wurden ergänzt um die Frage: »Was hätten Sie sich weiterführend dazu gewünscht?«

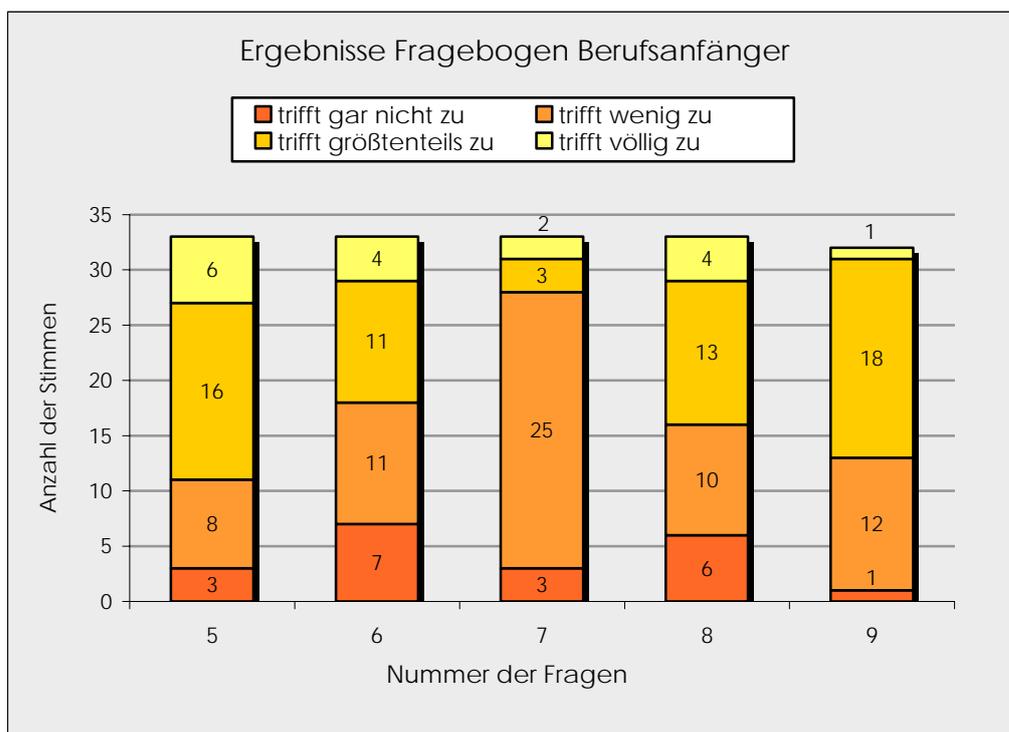


Abb. 6: Quantitative Auswertung der Fragen 5-9 (Fragebogen Berufsanfänger)

Bei der Auswertung der Fragebögen zeigte sich, dass ein großer Teil der Befragten, nämlich 67%, der Meinung ist, dass es wichtig sei, Spiritualität im ergotherapeutischen Prozess zu beachten (Frage 5). Hingegen geben deutlich weniger der befragten Kollegen (54,5%) an, dass Spiritualität in ihrer Arbeit eine wichtige Rolle spiele (Frage 6). Ein verhältnismäßig großer Teil (21,2%) meinte sogar, dass Spiritualität in ihrer Arbeit keine Rolle spiele. Auf die Frage, ob Spiritualität in der Ausbildung behandelt wurde (Frage 7), antworteten 87,9% der Befragten, dass dies nicht (9,1%) oder wenig (78,8%) geschehen sei. Bei der Befragung gaben 51,5% (39,4%: »trifft überwiegend zu«; 12,12%:

»trifft völlig zu«) der Befragten an, dass sie sich im Rahmen der Ausbildung Gedanken zu ihrer eigenen Spiritualität gemacht hätten. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die intensive Auseinandersetzung mit Menschen und ihren Problemen während der Ausbildung bei den Schülern dazu führt, sich Gedanken über ihre eigenen Werte, Wünsche und Bedeutungen wie auch die ihrer Klienten zu machen, auch wenn sie hierfür nicht in jedem Fall den Begriff Spiritualität verwenden würden. Es zeigt auf jeden Fall ein großes Bedürfnis, sich mit unterschiedlichen Lebensentwürfen und Wertesystemen zu befassen, wenn man eine therapeutische Beziehung eingeht, und es zeigt auch, dass Schüler Handwerkszeug benötigen, um mit manchmal schwierigen Situationen umgehen zu können.

59,4% der Befragten antworteten auf die Frage, ob sie sich gut vorbereitet fühlen, auf die Spiritualität der Klienten einzugehen, dass dies größtenteils (56,2%) oder völlig (3%) zutreffe. Nur 3% gaben an, dass dies nicht zutreffe.

Die Ermittlung der Gütekriterien belegt eine hohe bis sehr hohe Aussagekraft der Befragung.

	Mittelwert	Standardabweichung	Trennschärfe
Frage 5	2,76	5,56	0,73
Frage 6	2,36	3,40	0,95
Frage 7	2,12	11,68	0,63
Frage 8	2,45	4,03	0,92
Frage 9	2,59	8,45	0,94

Tab. 1: Gütekriterien Fragebogen Berufsanfänger

Die qualitativen Antworten zur Frage 8: »Im Rahmen der Ausbildung habe ich mir Gedanken zu meiner eigenen Spiritualität gemacht.« »Was hätten Sie sich weiterführend dazu gewünscht?«, ließen sich zu folgenden Kategorien zusammenfassen:

Auseinandersetzung / praktische Beispiele

- TN^B 1 sich mehr damit auseinanderzusetzen
- TN^B 9 Da hätte ich mir mehr Einheitlichkeit gewünscht. Und etwas konkreter zu erfahren, wie diese Spiritualität zu erfahren und herauszufinden ist.
- TN^B 14 noch weiter vertiefende Gedanken, verschiedene Aspekte der Spiritualität beleuchten
- TN^B 16 sich mehr damit auseinanderzusetzen
- TN^B 21 praktische Beispiele
- TN^B 26 Mehr Gesprächsrunden zu diesem Thema im Rahmen des Unterrichts, vielleicht Mitarbeiter eines Hospiz dazu einladen
- TN^B 27 mehr Berücksichtigung und Besprechung während der Praktika

Definition / Begriffsbestimmung

- TN^B 6 Habe diesen Begriff während der Ausbildung nicht gehört!
- TN^B 9 Leider gehen die Definitionen des Begriffs weit auseinander, es scheint schwierig, den Begriff genau zu bestimmen. Da hätte ich mir mehr Einheitlichkeit gewünscht.

Supervision

- TN^B 15 Supervision
- TN^B 17 Unterstützung und Supervision während der Praktikumsphase

Zusammenhang Ergotherapie und Spiritualität

- TN^B 6 Habe diesen Begriff während der Ausbildung nicht gehört!
- TN^B 18 Zusammenhang zwischen Spiritualität und Ergotherapie
- TN^B 19 Aus meiner Sicht spielt Spiritualität in der Ergotherapie eine untergeordnete Rolle.
- TN^B 23 Erklärungen anhand praktischer Beispiele (nicht nur durch die Modelle)
- TN^B 29 Der Glaube ist ein wichtiger Teil unseres Lebens. Trotzdem sollten wir die Patienten nicht beeinflussen.

Kenntnis christlicher Rituale

- TN^B 28 Mit dem Thema Spiritualität wurde ich erst während meiner Berufstätigkeit bei einem kirchlichen Träger konfrontiert. Ich kenne mich nicht mit den christlichen Ritualen aus.

Glaube und Beeinflussung von Patienten

- TN^B 29 Der Glaube ist ein wichtiger Teil unseres Lebens. Trotzdem sollten wir die Patienten nicht beeinflussen.

Fehlender Bezug zu Spiritualität in der Arbeit

- TN^B 29 Der Glaube ist ein wichtiger Teil unseres Lebens. Trotzdem sollten wir die Patienten nicht beeinflussen.
- TN^B 30 In meinem Arbeitsbereich spielt Spiritualität keine Rolle.
- TN^B 32 Ich habe in meiner Arbeit keinen Bezug zur Spiritualität.

Obwohl in der qualitativen Auswertung von Frage 8 eine große Unsicherheit und der Wunsch nach mehr (und vor allem praktischer) Auseinandersetzung mit Spiritualität in der Ergotherapie während der Ausbildung deutlich wurde, fühlen sich 59,4% der befragten Kollegen (Frage 9) gut vorbereitet, um auf die Spiritualität ihrer Klienten einzugehen.

Die Kategorienbildung zur Frage 9: »Ich fühle mich gut vorbereitet, auf die Spiritualität meiner Klienten einzugehen.« »Was hätten Sie sich weiterführend dazu gewünscht?«, sieht folgendermaßen aus:

Praktische Beispiele

- TN^B 1 mehr über praktische Beispiele in Zusammenhang mit Spiritualität erfahren
- TN^B 9 Ich hätte mir mehr Klarheit gewünscht, wie mit der Spiritualität umzugehen ist, sprich, was mache ich, wenn ich die Spiritualität meines Klienten kennen gelernt habe, und was bedeutet das konkret für meine Therapie?
- TN^B 12 Es wurden zwar viele Assessments zur Erfassung der individuellen Lebenswelt des Klienten durchgenommen, dennoch fällt es mir schwer, diese bei der praktischen Umsetzung der Ziele in der Therapie zu berücksichtigen.

- TN^B 14 Hätte mir gewünscht, konkrete Hinweise zu bekommen, wie ich auf die verschiedenen Dinge bei meinem Klienten eingehen kann.
- TN^B 15 Fallbeispiele
- TN^B 16 mehr über praktische Beispiele im Zusammenhang mit Spiritualität sprechen
- TN^B 18 Messen von Spiritualität
- TN^B 24 öfter anwenden zu können
- TN^B 27 mehr Berücksichtigung und Besprechung während der Praktika
- TN^B 28 Umgang mit christlichen Ritualen

Zusammenhang von Spiritualität und Sinnggebung

- TN^B 3 weitere bzw. intensivere Überlegungen zu den Zusammenhängen zwischen individueller Spiritualität und allgemeiner Sinnggebung des Lebens; vor allem in Hinblick auf sinnbesetztes Handeln

Interkulturelle und altersabhängige Aspekte

- TN^B 3 Überlegungen zu interkulturellen und altersabhängigen Unterschieden

Begriff

- TN^B 6 Begriffserklärung, Bedeutung, ...?!?
- TN^B 7 den Begriff Spiritualität erklären, da er, denke ich, nicht allen Leuten ein Begriff ist bzw. sich die Leute nicht alle das Gleiche darunter vorstellen

Umgang mit christlichen Ritualen

- TN^B 28 Umgang mit christlichen Ritualen

Auch wenn Unsicherheiten hinsichtlich der Begrifflichkeit und der Umsetzung in der therapeutischen Praxis bestehen, sind die befragten Kollegen aus unserer Sicht sehr wohl dafür sensibilisiert, dass es notwendig ist, Wünsche und Werte des Klienten zu beachten, wenn man klientenzentriert arbeiten möchte. Angesichts dieser Antworten ist zu vermuten, dass innerhalb der Ausbildung eine Auseinandersetzung mit diesen grundlegenden Themen stattgefunden hat, wenn auch nicht unter dem Begriff der Spiritualität. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass durch Erziehung innerhalb der Familie und der Schule oder durch gesellschaftliche Einflüsse eine Beschäftigung mit diesen Themen erfolgt ist. Die Auseinandersetzung der Fragebogenteilnehmer mit dem Thema spiegelt sich wider in den Antworten auf die qualitativen Anteile der Fragen 8 und 9: »Was hätten sie sich weiterführend dazu gewünscht?« Hier zeigte sich, dass die Berufsanfänger besonders praktische Beispiele wünschen, und zwar sowohl während der theoretischen Ausbildung als auch in den Praktikumsstellen. Zum Beispiel äußerten sie auch den Wunsch, Mitarbeiter eines Hospizes in den Unterricht einzuladen. Diese Aussagen bekräftigen auch die Ergebnisse zur Frage 7. So beklagten einige Teilnehmer, dass der Begriff Spiritualität in der Praktikumsstelle keine Rolle gespielt habe. Auch die Unsicherheit bei der Definition wurde als problematisch beschrieben. Zwei Teilnehmer zeigten in ihren Antworten, dass sie diesen Begriff ausschließlich in religiösem Kontext ansiedeln. Einige Teilnehmer konnten keinen Zusammenhang zwischen Spiritualität und Ergotherapie erkennen.

Da von zwei Schulen mehrere Teilnehmer (drei bzw. fünf TN^B) geantwortet hatten, konnten wir die Antworten innerhalb dieser Schulen vergleichen. Hierbei zeigte sich innerhalb der einen Schule (drei TN^B) eine vollständige (Fragen 7, 8 und 9) bzw. hohe Übereinstimmung (Fragen 5 und 6), was als Hinweis auf eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik innerhalb der Ausbildung gewertet werden kann. Bei der zweiten Schule mit fünf Fragebogenteilnehmern war das Ergebnis deutlich uneinheitlicher. Lediglich bei den Fragen 5 und 9 ließ sich eine hohe Übereinstimmung feststellen. Hier lässt sich vermuten, dass die Auseinandersetzung mit Spiritualität in der Ausbildung zumindest nicht explizit erfolgt ist.

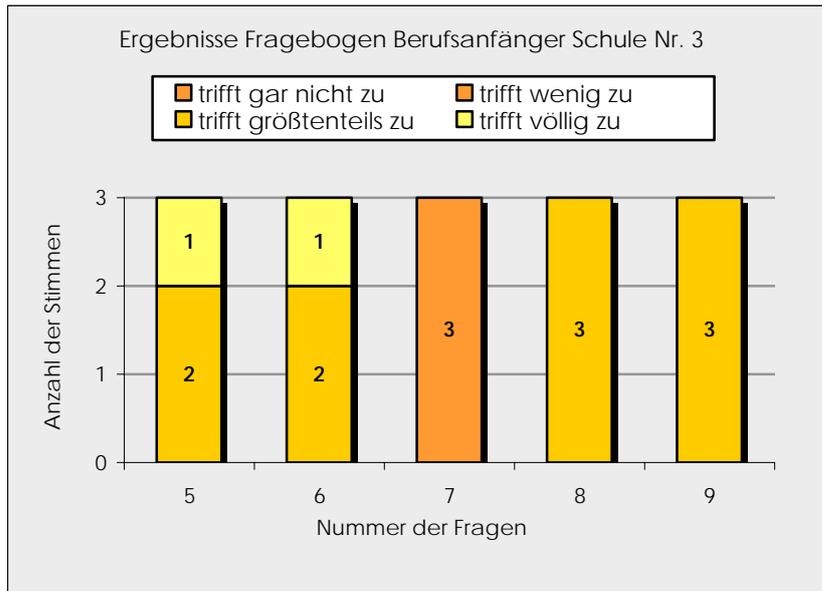


Abb. 7: Ergebnisse Fragebogen Berufsanfänger Schule Nr. 3

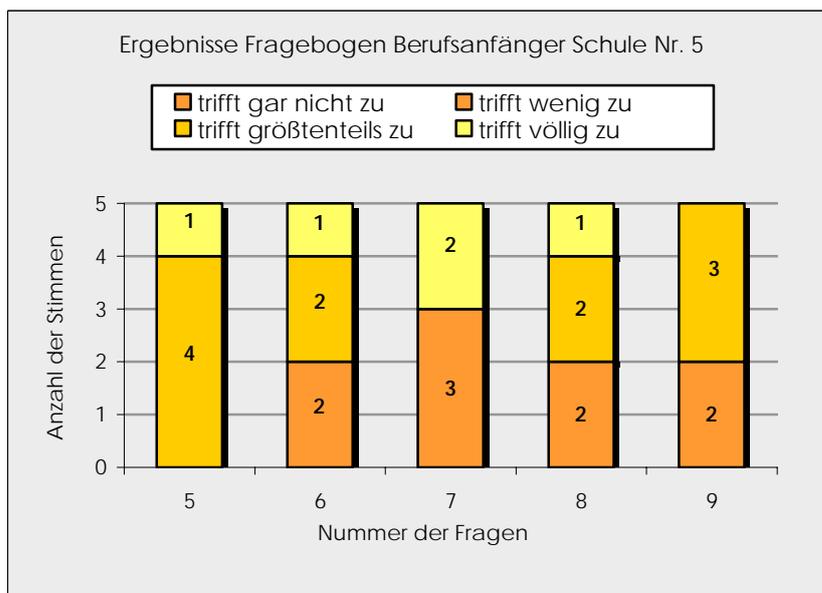


Abb. 8: Ergebnisse Fragebogen Berufsanfänger Schule Nr. 5

Interessant war für uns auch die Frage, ob eine Korrelation zwischen der Bedeutung von Spiritualität in der Arbeit und dem Arbeitsbereich, der Berufserfahrung oder dem Alter der befragten Berufsanfänger gegeben ist. Hinsichtlich der Berufserfahrung zeigte sich keine Korrelation, hinsichtlich des Arbeitsbereiches eine leichte Tendenz in Richtung »wichtig« in den Bereichen Geriatrie und Neurologie. Auffällig war, dass für die zwei Kollegen über 35 Jahren Spiritualität eine wenig wichtige bzw. keine Rolle spielt. In Anbetracht der Größe unserer Stichprobe kann die Aussagekraft allerdings nur als minimal bewertet werden.

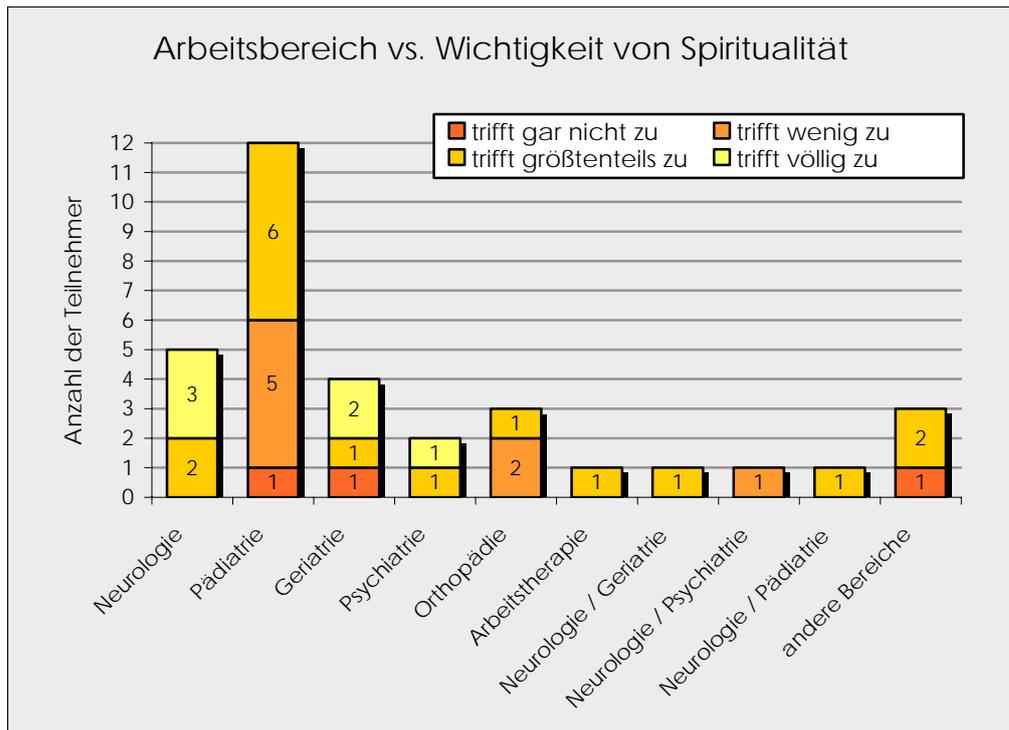


Abb. 9: Verhältnis Arbeitsbereich und Wichtigkeit von Spiritualität

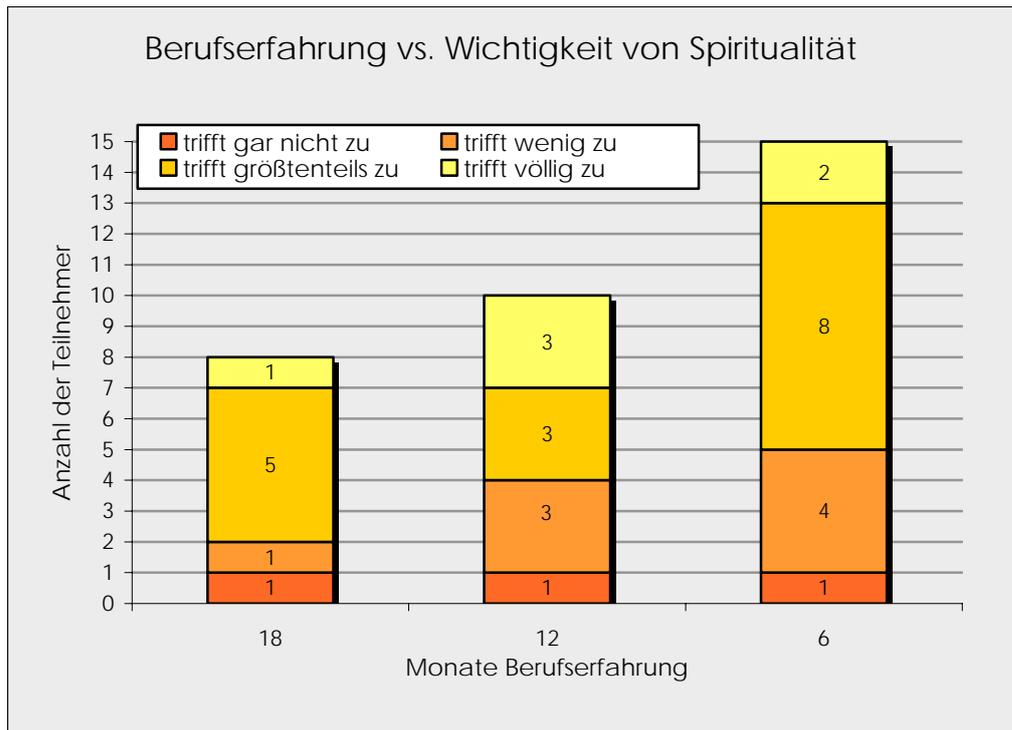


Abb. 10: Verhältnis Berufserfahrung und Wichtigkeit von Spiritualität

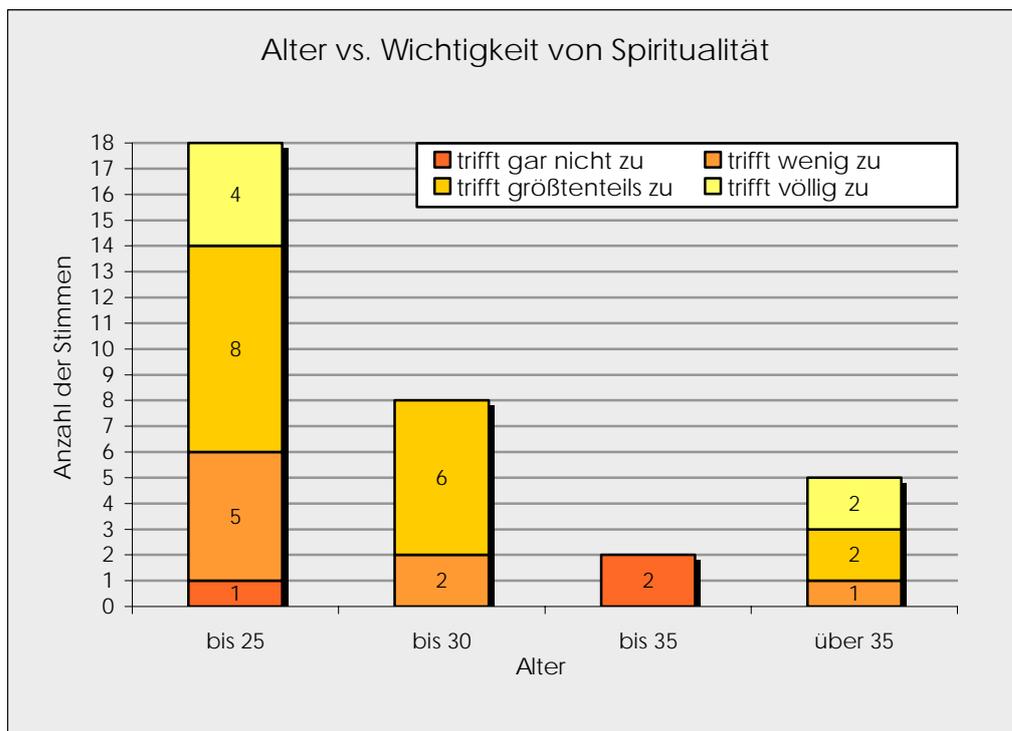


Abb. 11: Verhältnis Alter und Wichtigkeit von Spiritualität

Zusammenfassend zeigte der Fragebogen deutlich, dass sich der überwiegende Teil der Berufsanfänger sehr wohl der Bedeutung von Spiritualität bewusst ist, ihr Transfer in die tägliche Arbeit mit dem Klienten allerdings noch nicht gelingt, hier also noch ein großer Bedarf an persönlicher Auseinandersetzung und praktischer Erfahrung besteht.

So verfügen die Berufsanfänger zwar über ein fundiertes theoretisches Wissen über Assessments und Modelle, jedoch ist ihnen nicht klar, wie sie diese in der Praxis umsetzen können. Auch wünschten sich die Berufsanfänger mehr Übung im Umgang mit interkulturellen und altersabhängigen Unterschieden.

4.2. Ergebnisse der Interviews mit deutschen Experten des CMOP

Der Begriff Spiritualität

Die mittels Extraktion (siehe Anhang III) gewonnenen Kategorien »Aussagen zur Definition des Begriffs Spiritualität« und »Ethik« wurden unter der Überschrift »Der Begriff Spiritualität« aufbereitet.

Auffällig ist, dass die deutschen Experten den Begriff Spiritualität zwar nicht übereinstimmend definieren konnten, sich ihre Beschreibungen jedoch sehr nahe kommen. So haben alle Experten betont, dass Spiritualität für sie viel mit Werten, Normen, Motivation, Antrieb, Einstellungen und Bedeutungen zu tun hat. Der Begriff ist für sie zum einen verbunden mit dem Charakter einer Person, also dem, »was ein Mensch von der Anlage her mitbringt« (TN^D 1), zum anderen geprägt von der Sozialisation und Lebenserfahrung eines Menschen. Die persönliche Spiritualität erlebt viele Wandlungen. Sie ist individuell und offen. Schwierig ist die Abgrenzung gegenüber dem religiösen Kontext. Die Aussagen dazu blieben schwammig (TN^D 2: »Ich persönlich würde Spiritualität nicht mit Religiosität definieren, ich würde es aber auch nicht ausschließen.«). Deutlich wurde, dass Spiritualität sowohl zum religiösen als auch zum anthropologischen und ethischen Kontext Bezüge hat.

Spiritualität im CMOP

Die mittels Extraktion (siehe Anhang III) gewonnenen Kategorien »Spiritualität im CMOP« und »Fragestellungen zum CMOP« wurden unter der Überschrift »Spiritualität im CMOP« aufbereitet.

Uneinigkeit besteht unter den deutschen Experten darüber, ob die Stellung der Spiritualität im Zentrum des kanadischen Modells begründet ist. So sagte ein Experte, dass er eher die Betätigungsorientierung oder die Klientenzentrierung in den Mittelpunkt stellen würde. Ein anderer Experte betonte hingegen, dass für ihn dadurch die »Autonomie des Gegenübers und Klientenzentrierung [...] einfach noch einmal einen ganz anderen Rahmen« bekämen und anders verstanden werden könnten (TN^D 4). Insofern sei die Stellung im Mittelpunkt des CMOP sinnvoll. Dieser Teilnehmer äußerte die Vermutung, dass auch in Kanada die Diskussion zu diesem Thema noch lange nicht abgeschlossen sei. Fraglich sei auch, ob sich die Verfasserinnen des CMOP selbst wirklich intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt haben.

Deutlich wurde auf jeden Fall, dass die Ansichten unter den deutschen Experten zum Teil sehr weit auseinander gehen und eine zusammenhängende Diskussion zum Thema in Deutschland noch aussteht.

Vergleich Deutschland-Kanada

Die mittels Extraktion (siehe Anhang III) gewonnenen Kategorien »Spiritualität in Deutschland«, »Ergotherapieausbildung in Kanada«, »Spiritualität in Kanada«, »Ver-

gleich Deutschland-Kanada« und »Vergleich Deutschland-Kanada« wurden unter der Überschrift »Politische Rahmenbedingungen« aufbereitet.

Spiritualität wird in Deutschland oft mit Religiosität gleichgesetzt. Selbst zum Spiritismus werden Verbindungen gezogen. Die Bewertung der Notwendigkeit der Einbeziehung von Spiritualität in die deutsche Ergotherapie wurde sehr unterschiedlich beurteilt. Betont wurde die Wichtigkeit, nicht nur den Spiritualitätsbegriff aus dem kanadischen Modell nach Deutschland zu übertragen, sondern ihn mit Leben zu füllen, so dass das Konzept der Spiritualität Auswirkungen auf die Therapie entfalten kann. Die befragten deutschen Experten äußerten die Vermutung, dass der Spiritualitätsbegriff stärker im Sprachgebrauch der kanadischen Studenten ist, als dies in Deutschland der Fall sei. Allerdings äußerte ein Experte den Eindruck, dass die Ausbildung dort nicht so in die Tiefe gehe.

Nach dem Eindruck eines Experten wird Spiritualität in Deutschland noch stärker als in Kanada mit Esoterik gleichgesetzt. Deutlich wurde in den Interviews zudem, dass das Gesundheitssystem in Deutschland wie auch in Kanada stark hierarchisch aufgebaut ist. Jedoch sind in beiden Ländern mittlerweile deutliche Tendenzen hin zu mehr Klientenautonomie und Selbstbestimmung zu beobachten. Im Sinne von »shared-decision-making« werden Ärzte ausgebildet, klientenzentriert zu arbeiten. Aber auch die Klienten müssen sich umgewöhnen. In Deutschland sind durch das SGB IX beste Bedingungen gegeben, die Selbstbestimmung und Autonomie unterstützen. Um politisch etwas zu bewegen, müsse sich die »Kommunikation zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen verändern« (TN^D 4).

Klientenzentrierte Ergotherapie

Deutlich wurde in den Interviews, dass der Begriff Klientenzentrierung in aller Munde ist, jedoch seine Umsetzung in den therapeutischen Alltag noch ganz am Anfang steht. So ist es sowohl für Therapeuten als auch für Klienten ungewohnt, Macht abzugeben bzw. zu übernehmen und die Verantwortung für die Therapie, die Bestimmung von Mitteln und Zielen zu teilen. Gerade ältere Klienten sind irritiert, wenn sie ihre Ziele und Wünsche benennen sollen.

Spiritualität in der Ergotherapie

Wenn es gelingt, die Spiritualität des Klienten in den therapeutischen Prozess einzubinden, wird die Behandlung sowohl von Klienten als auch Therapeuten als deutlich befriedigender und positiver bewertet (vgl. TN^D 2). Dies zu tun sei jedoch schwierig, da man Spiritualität nicht messen bzw. fassen könne. Dies »bedeutet ja auch, dass ich mich richtig mit dem Menschen auseinandersetzen muss, dass ich ihn kennen lerne und auch seine Werte erfassen kann« (TN^D 2). Gerade für Berufsanfänger sei dies oftmals schwer. Oft fehlten diesen nämlich in der Praxis die Vorbilder. Ein anderer Experte sagte, dass er nicht wisse, ob von »unseren Berufsanfängern später noch Modelle angewendet werden«. Das Erlernen von Behandlungstechniken habe aus der Perspektive von Berufsanfängern Vorrang, das »andere sind dann Sachen, die ein bisschen hinten runterfallen« (TN^D 3). Dies zeugt nach unserer Einschätzung von einer großen Unsicherheit sowohl hinsichtlich des Stellenwertes von Spiritualität in der Ergotherapie als auch hinsichtlich ihrer Umsetzung in die Praxis.

Spiritualität in der Ausbildung

Die mittels Extraktion (siehe Anhang III) gewonnenen Kategorien »Ergotherapieausbildung in Kanada«, »Ergotherapie-Ausbildung in Deutschland«, »Spiritualität in der Ausbildung«, »Berufsanfänger«, »Vorschläge für eine Fortbildung zum Thema Spiritualität« und »Praktikumseinrichtungen« wurden unter der Überschrift »Spiritualität in der Ausbildung« aufbereitet.

Während ein Experte die Beschäftigung mit Spiritualität als »Luxus« bewertete, betonte ein anderer, dass gerade Spiritualität kein Thema unter vielen anderen sein sollte, sondern seinen eigenen Raum in der Ergotherapie (und Ergotherapieausbildung) brauche, und dies auch unabhängig von der Einbindung in ein Modell. Es wurde berichtet, dass die Schulen die ergotherapeutischen Modelle sehr unterschiedlich vermitteln. Während einige den Schwerpunkt auf Kommunikation oder Umgang mit Patienten bzw. auf die Therapeut-Patienten-Beziehung legen, sehen andere den Schwerpunkt in der Klientenzentrierung oder im »clinical reasoning«. Es stellte sich heraus, dass der größte Teil der Experten hier ein deutliches Manko sieht. Uneinigkeit besteht darüber, ob man wirklich von »Spiritualität« sprechen müsse. Es gehe eher um eine »Haltung, um eine Wertschätzung, um ein Menschenbild« (TN^D 3).

Die Experten machten verschiedene Vorschläge, wie die Ausbildung verbessert werden könnte. So schlug ein Experte Arbeitsblätter vor, die sämtliche Aspekte des CMOP verbinden. Ein anderer Experte sagte, dass auch Kollegen, die noch nicht nach den neuen Modellen unterrichtet wurden, die Möglichkeit brauchten, sich z. B. mit dem Aspekt der Spiritualität im Hinblick auf Klientenzentrierung auseinanderzusetzen. Nur so könnten die Schüler während ihrer Praktika Erfahrungen damit sammeln. Zudem sollte die transkulturelle Kompetenz der Schüler verbessert werden.

4.3. Ergebnisse der Interviews mit kanadischen Experten des CMOP

Spiritualität im CMOP

Die mittels Extraktion (siehe Anhang IV) gewonnenen Kategorien »Der Begriff Spiritualität« und »Spiritualität im CMOP« wurden unter der Überschrift »Spiritualität im CMOP« aufbereitet.

Spiritualität wurde als ein sehr persönlicher Anteil eines jeden Menschen bezeichnet. Sie sei wesentliches Moment aller Menschen, werde durch die Therapeuten jedoch nur selten in die therapeutische Praxis einbezogen. Die Autoren des CMOP hätten ihr einen zentralen Platz in ihrem Modell eingeräumt. Vergleiche man allerdings die von den verschiedenen Autoren dieses Modells veröffentlichten Definitionen, so erkenne man, dass sie zum Teil sehr unterschiedliche Sichtweisen haben, was Spiritualität sei. Große Unsicherheit bestehe nach wie vor auch in Kanada darüber, was Umsetzung von Spiritualität in die Praxis bedeute. Kritisch wurde auch angemerkt, dass ein Modell klare Beziehungen seiner Konzepte zueinander verlange, was im Fall der Spiritualität nicht gegeben sei. Insofern bleibe dieser Teil des kanadischen Modells »grau« und »problematisch«.

Vergleich Deutschland-Kanada

Die Experten berichteten, dass man in Kanada sehr verschiedene Definitionen erhält, wenn man sowohl erfahrene Praktiker als auch Berufsanfänger danach fragt, wie der

Begriff Spiritualität zu definieren oder zu beschreiben sei. In Kanada ist Spiritualität danach kein konstituierendes Element der täglichen therapeutischen Praxis, und in einem Krankenhaus wird man in einer gewöhnlichen Patientenakte keinen Hinweis auf die Spiritualität des Klienten finden, genauso wenig wie auf Klientenzentrierung. Aufgrund der stetigen Suche nach Evidenz werde dieses Element in der ergotherapeutischen Praxis unterdrückt.

Spiritualität in der Ergotherapie

Nach Meinung eines Experten haben sich auch kanadische Ergotherapeuten nicht ausreichend mit Spiritualität auseinandergesetzt, weder mit der eigenen noch mit der der Klienten. Sie gehöre nicht zu den Alltagsroutinen. Als Hauptproblem wurde hierbei die unsaubere Trennung zwischen Spiritualität und Religion gesehen. Sowohl Klienten als auch Therapeuten fühlten sich verunsichert angesichts der Beziehung zwischen Spiritualität und Religion. Dies sei einer der Hauptstreitpunkte des Konzepts. Nach Meinung der Experten glauben Klienten, dass von Religion gesprochen wird, wenn sie nach ihrer Spiritualität gefragt werden, da Spiritualität im Englischen eine ähnliche Konnotation habe wie Religion, obwohl sich die Frage der Ergotherapeuten auf den Sinn und die Werte des Klienten richtet. »Was gibt dem Leben Sinn? Was sind die Werte des Klienten? Wie denken sie über Behinderung?« (TN^K 2). Die Praxis sei nach wie vor stark vom medizinisch-mechanistischen Paradigma beeinflusst, da dieses aufgrund von Evidenz höher bewertet werde. Dadurch würden die »sanften Konzepte der Spiritualität« (TN^K 3) unterdrückt. Nach Auskunft der kanadischen Experten erkennen die kanadischen Ergotherapeuten zwar die Wichtigkeit von Spiritualität für die Betätigungsperformance, sind aber noch nicht in der Lage, diese in die Praxis einzubeziehen. Jeder erkenne, dass Spiritualität ein wichtiger Teil im Alltagsleben ist, aber nur wenige beschäftigten sich damit.

Der Umgang mit Spiritualität in den verschiedenen Arbeitsbereichen

Nach Aussage eines Experten besteht der Unterschied in diesem Punkt eher zwischen den Therapeuten als zwischen den Arbeitsbereichen. Insgesamt beziehe man Spiritualität eher im mentalen Bereich und bei der Behandlung chronisch kranker Klienten ein, ein wenig wohl auch in der Pädiatrie, aber niemals im Bereich physischer und/oder akuter Erkrankungen.

Spiritualität in der kanadischen Ausbildung

Die mittels Extraktion (siehe Anhang IV) gewonnenen Kategorien »CMOP und Spiritualität in der Ausbildung in Kanada« und »Ergotherapieausbildung in Kanada« wurden unter der Überschrift »Spiritualität in der kanadischen Ausbildung« aufbereitet.

In der »Revised Edition« von *Enabling Occupation* (TOWNSEND, 2002) wie auch in der aktuellen Ausgabe von 2007 (TOWNSEND u. a.) stehe Spiritualität im Zentrum des Modells, allerdings werde inhaltlich recht wenig darüber gesagt. Nach Ansicht der Experten gibt es in Kanada sowohl unter berufserfahrenen Praktikern als auch unter Berufsanfängern, die gerade ihren Abschluss gemacht haben, ein recht unterschiedliches Verständnis von Spiritualität und davon, wie diese Eingang in die therapeutische Praxis finden sollte bzw. könnte. Einen deutlichen Vorteil der deutschen Ausbildung sieht ein kanadischer Experte darin, dass die deutschen Ergotherapieschüler sich in ihrer Ausbil-

dung intensiv mit Kunst und Handwerk auseinandersetzen. Sie hätten so die Möglichkeit, die Bedeutung von Betätigung und Handeln zu erfahren. Dies komme in der kanadischen Ausbildung zu kurz.

Auch in Kanada besteht also nach wie vor das Dilemma, dass der Begriff Spiritualität unklar ist und nicht gut gegen Religion abgegrenzt werden kann. Die Therapeuten erkennen je nach Arbeitsbereich und Persönlichkeit mehr oder weniger die Notwendigkeit, Spiritualität in den therapeutischen Alltag einzubeziehen; jedoch mangelt es auch ihnen an Handwerkszeug. Zudem fehlt Evidenz zu diesem Thema.

5. Materialentwicklung

5.1. Literaturrecherche zu vorhandenen Materialien

In der Literatur sind verschiedene Ansätze zu finden, die sich mit der Vermittlung von Fähigkeiten im Umgang mit den spirituellen Bedürfnissen der Klienten beschäftigen (GEROY, 2005; PELLETIER u. MCCALL 2005; SPECK, 2005; TAYLOR, 2000; WYSER, 2007; GABRIEL, 2005). Über Schwierigkeiten bei der Einbeziehung von Spiritualität in den therapeutischen Alltag wird in allen berücksichtigten Studien berichtet: Die Schwierigkeiten sind organisatorischer Art (zeitliche und räumliche Voraussetzungen), begründet in fehlendem Wissen um die Art und Weise, wie man die Spiritualität des Klienten erfassen kann und damit umgehen soll, und/oder in emotionalen Hindernissen (Angst vor emotionaler Überforderung und fehlende Auseinandersetzung mit der eigenen Spiritualität).

Es lassen sich verschiedene Beispiele aus dem medizinischen und psychologischen Bereich finden, wie Spiritualität, wenn auch nicht erfasst, so doch mit dem Klienten angesprochen werden kann (z. B. COLLINS, 1998; OSTERMANN u. a., 2004; GEISLER, 2005; WEBER u. FRICK, 2005; ZWINGMANN, 2004.). Ein Assessment, das Spiritualität im ergotherapeutischen Kontext explizit erfasst, steht jedoch nicht zur Verfügung.

Spirituality in Enabling Occupation. A learner-centred workbook

Mit dem »Workbook Spirituality« (TOWNSEND, DELAAT u. a.) wurde 1999 im Auftrag des KANADISCHEN VERBANDES DER ERGOTHERAPEUTEN (CAOT) ein Arbeitsmittel zur Verfügung gestellt, das dem interessierten Ergotherapeuten die Möglichkeit bietet, sich schrittweise sowohl mit seiner eigenen Spiritualität auseinanderzusetzen als auch mit den spirituellen Bedürfnissen seiner Klienten sowie mit der Einbeziehung und Umsetzung des Konzeptes der Spiritualität in den ergotherapeutischen Prozess. Dieses Buch liefert keine fertigen Antworten; vielmehr begleitet es den Leser in seiner Entwicklung. Es ist angelegt als ein Arbeitsbuch für Gruppen, aber auch geeignet, sich allein mit dem Thema Spiritualität im ergotherapeutischen Prozess zu beschäftigen. Es ist in vier thematische Bereiche gegliedert:

- eine persönliche Reflektion über die Bedeutung und den Kontext von Spiritualität
- die Einbettung von Spiritualität in das Konzept von *Enabling Occupation*
- die Einbettung von Spiritualität in die tägliche Praxis unter Einbeziehung von Organisationsstrukturen und
- die Weiterbeschäftigung mit dem Thema

5.2. Anforderungen an das zu entwickelnde Material

Eine der Hauptaufgaben unserer Arbeit ist es, ein Material zu Klientenzentrierung und Spiritualität im CMOP-E zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen, das auf die Bedürfnisse deutscher Ergotherapeuten zugeschnitten ist. Sowohl aufgrund der Literaturrecherche als auch aufgrund der von uns erhobenen Daten sind wir zu folgenden Aspekten gekommen, die durch unser Material abgedeckt werden sollen:

- Auseinandersetzung mit Spiritualität; Kategorisierung, Abgrenzung und Entwicklung einer persönlichen Definition des Begriffs (siehe Anhang I, Arbeitsblatt 2: Definition Spiritualität)
- Auseinandersetzung mit der eigenen spirituellen Biographie (siehe Anhang I, Arbeitsblatt 3: Persönliche und professionelle spirituelle Biographie)
- Übung zum Umgang mit kulturellen, religiösen und altersabhängigen Unterschieden und Ritualen (siehe Anhang I, Arbeitsblatt 4: Kulturelle Kompetenz)
- Erhebungsmöglichkeiten von Spiritualität (siehe Anhang I, Arbeitsblatt 5: Erhebung von Spiritualität)
- Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang zwischen Klientenzentrierung und Spiritualität (siehe Anhang I, Arbeitsblatt 6: Klientenzentrierung)
- Einbettung von Spiritualität in den ergotherapeutischen Prozess (siehe Anhang I, Arbeitsblatt 7: Einbezug von Spiritualität)
- Kenntnisse über Spiritualität im CMOP-E (siehe Anhang I, Arbeitsblatt 8: CMOP-E)

Unser Material ist so konzipiert, dass es z. B. im Rahmen von Workshops mit Berufskollegen und innerhalb der Ausbildung eingesetzt werden kann. Wir stellen uns eine Verbindung des Materials mit Themen wie Klientenzentrierung oder den Einsatz innerhalb der Behandlung des kanadischen Modells der Betätigungsperformanz vor. Das Material ist so konzipiert, dass es auch von verwandten Berufsgruppen z. B. aus Therapie oder Pflege verwendet werden kann. Bei der Entwicklung des Materials entschieden wir uns für Arbeitsblätter, die, nach einem ersten einführenden Arbeitsblatt, nach den oben genannten Themen gegliedert sind und jeweils Leitfragen, theoretische Ausführungen, eine oder mehrere praktische Aufgaben sowie Literaturhinweise zur Weiterführung enthalten. Zusätzlich haben wir Berichte von Klienten aus unterschiedlichen Bereichen gesammelt, die innerhalb von Workshops als Fallarbeiten genutzt werden können (siehe Anhang I).

5.3. Der Pilotworkshop

Bei der Durchführung unseres Pilotworkshops haben wir uns für eine gemischte Gruppe aus Schülern der Ergotherapie aus dem ersten und dritten Ausbildungsjahr sowie Berufskollegen entschieden. Ausschlaggebend für diese Zusammenstellung war der Wunsch, die Erfahrungen aus der Praxis der Kollegen einzubeziehen und dadurch den Diskussionsprozess zu fördern. Die Teilnahme am Workshop war freiwillig, er dauerte sieben Unterrichtsstunden (à 45 Min.). Den Teilnehmern wurde zu Beginn des Workshops das gesamte Material zur Verfügung gestellt. Hierin enthalten waren sowohl die für den Tag benötigten Arbeitsblätter als auch weiterführendes Material. Es war uns wichtig, schon zu Beginn des Tages klarzustellen, dass bei diesem Thema eine persönliche Auseinandersetzung notwendig ist und dass jeder Teilnehmer seine eigenen Grenzen reflektiert und diese auch respektiert werden. Für den Workshop nutzten wir verschiedene Arbeitsformen und Methoden.

Planung Pilotworkshop April 2008

Zeit		Thema	Arbeitsform	Methode / verwendete Literatur	Ziel	Material
1	8.00-8.15	Einführung Vorstellung der Studie Bezug zum CMOP-E und klientenzentrierten Arbeiten Tagesplan und Arbeitsformen Evaluation Bitte um Mitarbeit	Plenum		TN erhalten Kenntnis über die Inhalte des Tages TN werden zur Mitarbeit motiviert	Stichwortkartei Einverständniserklärung
2	8.15-9.30	Persönliche Definition von Spiritualität	Kleingruppe (3-4 Personen) Zusammentragen im Plenum	Metaplan (Definitionen von Spiritualität aus: UNRUH u. a., 2002)	TN werden sich unterschiedlicher Vorstellungen von Spiritualität bewußt	Arbeitsblatt 2: Definition Spiritualität Schema von UNRUH u. a. Karteikarten Stifte Klebestreifen Tafel
3		Pause				
4	10.00-11.15	Persönliche spirituelle Biographie	Kleingruppe (3-4 Personen) Zusammentragen im Plenum	Lebensspirale (RUHE, 1998)	TN setzen sich mit ihrer persönlichen spirituellen Biographie auseinander	Arbeitsblatt 3: Persönliche und professionelle spirituelle Biographie DIN A3-Blätter

5	11.15-11.45	Einfluss von Familie, Religion, Kultur	Plenum	Metaplan (BAUMER, 2004; DOMENIG, 2001; HOFSTEEDE, 1993)	TN werden dafür sensibilisiert, den Einfluss kultureller Unterschiede in der Therapie wahrzunehmen und erhalten ein Handwerkszeug, um sich dem kulturellen Kontext ihrer Klienten zu nähern	Arbeitsblatt 4: Kulturelle Kompetenz
6		Mittagspause				
7	12.45-14.00	Fallarbeit	3 Kleingruppen, dann Zusammentragen und Vorstellen im Plenum	Fallbeispiele mit Leitfragen (DRECHSEL,2002; DÜNNWALD, 2007)	Erkennen der persönlichen Sicht des Klienten Verbindung zu persönlicher Betätigung / Rolle Wie kann ich Spiritualität beim Klienten unterstützen? Zielfindung unter klientenzentrierten Gesichtspunkten Bezug zum CMOP-E	Arbeitsblatt 6: Klientenzentrierung Fallbeispiele Arbeitsblatt 8: CMOP-E Folien CMOP-E
8	14.00-14.30	Einbezug in den therapeutischen Alltag	Plenum Wichtig, um die Verantwortung abzugeben	Verwendung der Fallarbeiten (BACHMAIR, 2007)	TN erhalten Ideen für den Umgang mit der Spiritualität ihrer Klienten	Arbeitsblatt 7: Einbezug von Spiritualität in den therapeutischen Alltag
9	14.30	Evaluation / abschließende Fragen				Fragebogen

Tab. 2: Planung Pilotworkshop April 2008

5.4. Evaluation des Pilotworkshops

Von den 14 Teilnehmern des Workshops haben alle den Fragebogen ausgefüllt. Alle Fragebögen konnten ausgewertet werden. Das Durchschnittsalter der ausschließlich weiblichen Teilnehmer betrug 25,14 Jahre (Abb. 12).

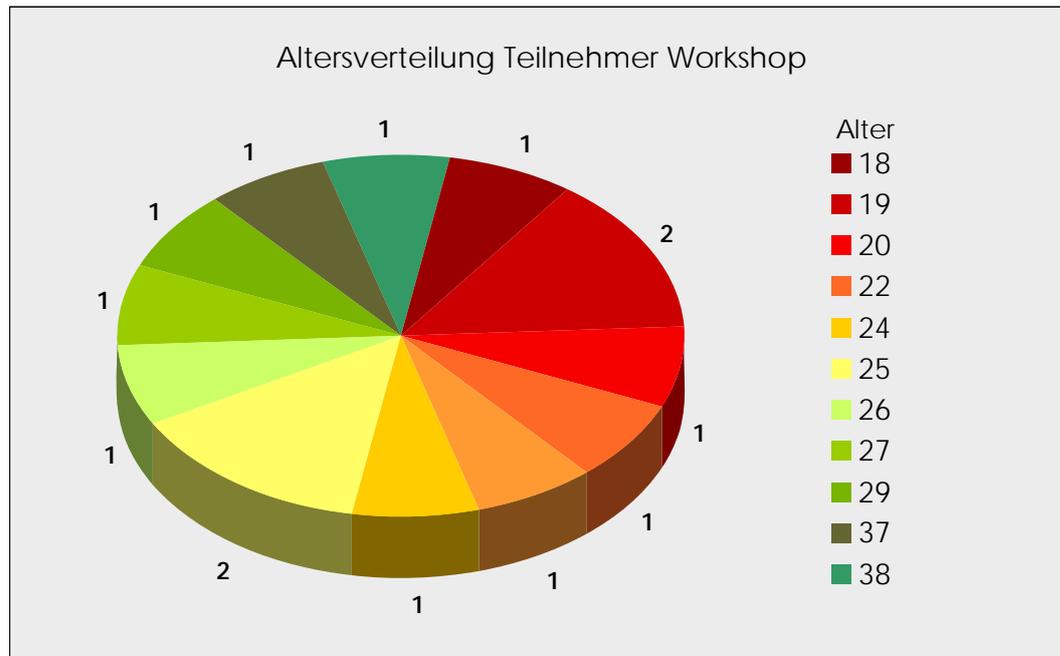


Abb 12. Altersverteilung Teilnehmer Workshop

Der Workshop wurde sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgewertet. Neben der Erhebung von Geschlecht und Alter wurden Informationen zu folgenden Punkten erfragt:

- Methodik

Frage 3: Das Lernklima war angenehm und förderlich.

Frage 4: Der methodische Aufbau des Workshops war angemessen, abwechslungsreich und interessant.

Frage 5: Die Arbeitsblätter waren übersichtlich und anregend gestaltet.

Frage 6: Die Fallbeispiele waren hilfreich.

Frage 7: Den Wechsel zwischen den Kleingruppen und dem gemeinsamen Austausch fand ich angemessen.

- Inhaltliche Gestaltung

Frage 8: Innerhalb des Workshops konnte ich mich mit meiner eigenen spirituellen Biographie auseinandersetzen.

Frage 9: Der Workshop hat mir dabei geholfen, eine eigene Definition von Spiritualität zu finden.

Frage 10: Der Workshop hat mich z. B. für kulturelle, religiöse oder familiäre Unterschiede sensibilisiert.

Frage 11: Der Zusammenhang von Spiritualität und Klientenzentrierung ist mir deutlicher geworden.

Frage 12: Ich fühle mich sicherer, mit der Spiritualität meiner Patienten umzugehen.

Frage 13: Durch die Teilnahme an diesem Workshop hat sich meine Haltung bezüglich Spiritualität und deren Umsetzung in der Ergotherapie verändert.

- Offene abschließende Informationen

Frage 14: Was gefiel Ihnen an diesem Workshop?

Frage 15: Was haben Sie in diesem Workshop vermisst?

Frage 16: Meine persönliche Anmerkung:

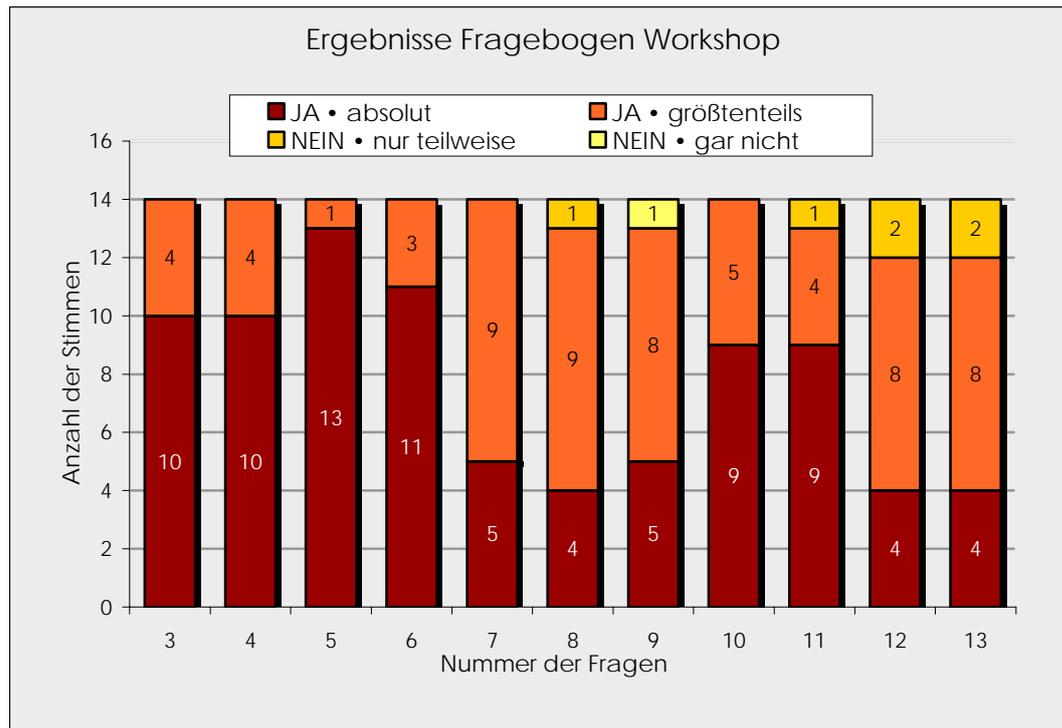


Abb. 13: Quantitative Auswertung der Fragen 3-13 (Fragebogen Workshopteilnehmer)

Die Ergebnisse der Extraktion aus den qualitativen Erhebungen des Workshops zu den Fragen 3 bis 16 wurden unter folgenden Überschriften aufbereitet:

Arbeitsmaterial

- TN^W 1 mehr Zeit zum Skriptlesen
 übersichtliches Skript
 Danke für weitere Literaturempfehlungen!
- TN^W 6 gute Lehrmaterialien, die auch später noch brauchbar sind
- TN^W 14 Hätte teilweise mehr Zeit zum Lesen und Austausch benötigt
- TN^W 10 Die Arbeitsmappe wird mich sicherlich in meiner zukünftigen Arbeit als Ergotherapeutin und im Praktikum unterstützen.

Durchführung des Workshops

- TN^W 1 Durch die unterschiedlichen Erfahrungen/Biographien entstanden interessante Gesprächsperspektiven.

- der gelungene Versuch, Nichtfassbares, Nichteingrenzbare begreifbarer und beschreibbarer zu machen
Danke für die Anregungen.
- TN^W 2 Gemeinsames Reflektieren der Arbeitsschritte wäre (zumindest in Kleingruppen) schön gewesen.
- TN^W 4 Der Workshop war wirklich gut erarbeitet, und das Handout ist super!
- TN^W 5 das lockere Arbeitsklima
Der Workshop hat mich angeregt, noch mehr über das Thema nachzudenken.
Fand den Tag super.
Bereicherung, hätte ich schon gern in der Ausbildung in diesem Umfang gehabt!
- TN^W 6 angenehme Atmosphäre
Es waren immer Ansprechpartner da.
- TN^W 7 Insbesondere der Aufbau, der Workshop war sehr anschaulich und auch praxisbezogen; ich hatte die Möglichkeit, mich mit meiner eigenen Spiritualität auseinanderzusetzen.
- TN^W 9 Dass sich alle geduzt haben, hat es vielleicht ein wenig einfacher gemacht.
- TN^W 10 Gruppenstellung der Tische führte zur Auflockerung des Klimas
Ich hatte keine Scheu, mich einzubringen, da die Atmosphäre sehr entspannt war; kein »richtig/falsch-Leistungsdruck« herrschte
- TN^W 11 Zusammenarbeit mit den Leitern
- TN^W 12 Mehr Diskussionsrunden
Ich könnte mir gut vorstellen, nach dem Praktikum einen weiteren Workshop zu dem Thema zu besuchen.
- TN^W 13 das Umfeld, die Lernsituation, Zusammenarbeit
die Art und Weise des Erklärens und Erzählens
die Dozentinnen, frei gesprochen
Denkanstöße
- TN^W 14 Das nette Klima
Ich mag es, etwas Schriftliches in der Hand zu haben und dazu Notizen machen zu können.
Ich kann mir vorstellen, dass ein großer Tisch plus Augenkontakt zu allen zu mehr Austausch geführt hätte.
mehr Austausch
Interessant wäre ein Treffen einige Zeit später.

Für den Workshop zur Verfügung stehende Zeit

- TN^W 1 Mehr Zeit für gemeinsame Diskussionen wäre gut, um gezieltes Hinterfragen nach Spiritualität zu vertiefen.
- TN^W 2 Austausch in der Kleingruppe war gut, in der Großgruppe nicht so sehr gut (Zeitmangel?).
Es war zu wenig Zeit, sich alles durchzulesen und einen roten Faden zu finden.
- TN^W 3 Es hätte noch einen Tag mehr sein können, da wir einiges nicht geschafft haben zu besprechen.
- TN^W 4 Etwas wenig Zeit für den Austausch und eine große Diskussion
Es war sehr gut, dass für die Kleingruppenarbeit viel Zeit gegeben wurde, sonst steigt man schon zu Beginn nicht tief ein ins Überlegen.

- TN^W 5 etwas mehr Zeit und vorherige Ankündigung, um sich schon im voraus Gedanken machen zu können
- TN^W 7 Etwas mehr Zeit wäre gut gewesen.
- TN^W 10 Ich hätte mir die restliche Zeit für das Gruppengespräch gewünscht, dass leider ziemlich knapp ausfiel.
Sicherlich hätten wir gut 2 Tage füllen können, und ich hätte mich darüber gefreut.
- TN^W 11 Für dieses Thema mehr Unterrichtseinheiten
- TN^W 14 Ich hätte mir für die Erklärung/Austausch der Begriffe auf den Karten mehr Zeit und Gespräch gewünscht.

Fallbeispiele

- TN^W 3 Sie waren sehr hilfreich, da es reale Fälle waren.
- TN^W 4 Vielleicht wäre es gut, 2 bis 3 Beispiele (Kasuistiken) in der ganzen Gruppe zu besprochen bzw. zu entwickeln (die Gruppe war ja angenehm klein dafür), um zu schauen, wie man sich Lösungsstrategien in diesen unterschiedlichen Situationen erarbeiten kann.
- TN^W 5 Besonders durch die Fallbeispiele
- TN^W 6 Die Einschätzung der Fallbeispiele war sehr schwer, da wenig Erfahrung.
- TN^W 8 Mir gefiel gut, dass wir an Fallbeispielen gearbeitet und so Meinungen anderer Gruppenmitglieder erfahren haben.
- TN^W 9 Mir hat gefallen, dass die Fallbeispiele wahrheitsgemäß sind.
Ich habe für mich persönlich einige Denkanstöße bekommen in Bezug auf ein Fallbeispiel.
- TN^W 10 lebhaftes/anschauliches Bild der Person entstand
Hat das Denken, die Arbeit erleichtert
Konkrete Fallbeispiele machten die Gespräche lebendig und interessant / Neugier auf die Praktika
- TN^W 12 Es wäre sehr interessant und gleichzeitig hilfreich, sich mit Personen auszutauschen, die die Fallbeispiele persönlich kennen.
- TN^W 14 Die Bearbeitung der Fallbeispiele war angeregt und interessant.

Spiritualität

- TN^W 1 Wird religiöse Spiritualität heute noch gelebt?
Durch die vielen Einflüsse auf meine Spiritualität würde ich jetzt den Begriff viel weiter und umfassender verwenden als vorher und ihn eher be- und umschreiben als versuchen, ihn zu definieren.
viele Definitionsmöglichkeiten
- TN^W 2 Hatte ich eigentlich schon vorher, wurde aber noch klarer.
Weil ich jetzt gezielt danach schaue und mir noch einmal alles durchlesen und nachvollziehen werde
- TN^W 4 Und viel Stoff zum Drübernachdenken und evtl. Fortführen der Definition
Die Auseinandersetzung mit dem Begriff Spiritualität, was bedeutet er in Bezug auf den Patienten und warum ist es wichtig, sich damit auseinanderzusetzen
- TN^W 5 Der Begriff Spiritualität ist mir noch nicht vollkommen bewusst. Hier hätte ich mir vielleicht noch etwas Handfestes gewünscht, z. B. Synonyme.

- Schwierig mit Patienten zu reden, worüber ich selbst nicht mit vielen sprechen würde.
 Der Begriff war mir vorher fast gar nicht bewusst, so auch die Umsetzung fern. Jetzt kann ich schon etwas mehr damit anfangen.
- TN^W 7 Insbesondere, weil wir uns heute intensiv mit den Begrifflichkeiten auseinandergesetzt haben, was spielt alles in die Spiritualität rein und alles anhand der Fallbeispiele durchzusprechen
- TN^W 10 Sicherlich wird mir in den nächsten Tagen, evtl. Jahren immer Neues einfallen, kann ich Neues hinzufügen, um die Definition abzurunden.
- TN^W 12 Meine eigene Definition noch einmal durchdenken, addieren
 Spiritualität ist Betätigungsbedürfnis, der Therapeut sollte diese berücksichtigen und bestärken.
- TN^W 13 Der Begriff Spiritualität ist für mich ein sehr groß und weit gefächertes Begriff. Deshalb habe ich keine eigene Definition. Ich habe im Workshop aber gelernt, was man da alles beachten muss und was alles dazugehört und dass es für jeden noch wieder etwas anderes ist oder dazugehört und was Spiritualität für mich z. T. bedeutet.
- TN^W 14 Ja, auch wenn ich für das Definierte wahrscheinlich nicht den Begriff spirituell verwenden würde.

Spiritualität im CMOP

- TN^W 2 Es war mir beim CMOP nicht eindeutig klar, dass es um Spiritualität ging, eine zusätzliche Auswertung plus Zusammenfassung im Hinblick auf Spiritualität wäre gut gewesen.
- TN^W 7 Da dieses Modell in der Ausbildung vorgestellt wurde, war die jetzige Anwendung eine gute Wiederholung.

Biographiearbeit / persönliche und professionelle Spiritualität

- TN^W 1 Gut fand ich die Symbolisierung des Lebensweges als Spirale.
- TN^W 5 Es braucht wahrscheinlich mehr Zeit, damit ich mich mit meiner eigenen spirituellen Biographie auseinandersetzen kann.
 Die Idee, sich mit seiner eigenen spirituellen Biographie auseinanderzusetzen und das Ausarbeiten der Fallbeispiele
 Die Idee, sich mit seiner eigenen spirituellen Biographie auseinanderzusetzen
- TN^W 6 Es war schwer, diese einzuschätzen.
- TN^W 7 Ich hatte die Möglichkeit, mich mit meiner eigenen Spiritualität auseinanderzusetzen.
- TN^W 9 Ich hatte am Anfang Probleme, mich zu öffnen und mich damit zu beschäftigen.
- TN^W 10 Das Thema möchte ich allein zuhause noch gründlicher durchdenken.
- TN^W 11 Offenheit gegenüber den eigenen Vorstellungen und Werten
 Es war ein spannender und abwechslungsreicher Tag, an dem ich mir intensiv Gedanken über meine eigenen Spiritualität und Biographie machen konnte, diesbezüglich auch im Austausch mit anderen Teilnehmern.
- TN^W 12 Es fiel mir leicht, weil ich mich schon des Öfteren mit dem Thema beschäftigte.

Klientenzentrierung

- TN^W 1 Viele Anregungen, um weiter klientenzentriertes Handeln zu verbessern
- TN^W 2 Es ist mir jetzt klar, dass dies eine Rolle spielt.
- TN^W 4 Kam zu Beginn der Auswertung der Kleingruppen nicht ganz raus, bei den letzten beiden Beispielen wurde es deutlicher, wie die Spiritualität sich im Therapieprozess ausdrückt bzw. beachtet werden sollte.
- TN^W 7 Ich habe auch im Vorfeld versucht, klientenzentriert zu arbeiten. Das wird mir jetzt leichter fallen.
- TN^W 10 Auf dem Gebiet der Klientenzentrierung fühle ich mich noch sehr unsicher und hoffe auf weitere Infos/Erfahrung in der Ausbildung/Praktika.

Kultur

- TN^W 1 Sehr gut im Hinblick auf klientenzentrierten Ansatz und dessen Wichtigkeit bei der Therapie
- TN^W 7 Habe mich im Vorfeld damit beschäftigt, und für mich ist es durch den heutigen Workshop auf den Punkt gebracht worden.
- TN^W 10 Viele Themen diesbezüglich deckten sich mit Unterrichtsinhalten (Soziologie, Psychologie) und waren daher schon bekannt, bzw. angedacht.

Arbeit / Umgang mit der Spiritualität des Klienten

- TN^W 1 Offener und aufmerksamer, sensibilisierter für Umgang mit Klienten
- TN^W 2 Dass man bei sich selbst anfängt, um nachzuvollziehen, welche Rolle bestimmte Faktoren für den Patienten spielen. Zu verstehen, dass der Klient auch eine ebenso komplexe Lebensgeschichte hat wie man selbst.
- TN^W 4 Die Auseinandersetzung mit dem Begriff Spiritualität, was bedeutet er in Bezug auf den Patienten und warum ist es wichtig, sich damit auseinanderzusetzen
- TN^W 6 Man weiß, worauf man achten sollte und wo beim Patienten evtl. Grenzen sind.
- TN^W 10 Ich hoffe, in der praktischen Arbeit am Klienten später vom Gelernten zu profitieren und dadurch Sicherheit zu gewinnen.
- TN^W 11 Ich lerne mehr und mehr die Persönlichkeit eines anderen Menschen zu hinterfragen und zu erfassen.
- TN^W 12 Mir ist bewusst geworden, dass die Spiritualität des Klienten auch in der Ergotherapie eine große Rolle spielt.
- TN^W 13 Das glaube ich schon und werde es bei dem nächsten Patienten versuchen, so gut es geht, umzusetzen.

Deutlich wurde durch die Evaluation, dass die Teilnehmer ein großes Bedürfnis haben, sich mit Spiritualität, Klientenzentrierung und deren Einbezug in die therapeutische Praxis auseinanderzusetzen. Als interessant und förderlich wurde sowohl von den Workshopteilnehmern als auch von uns als Referenten die Zusammensetzung aus Schülern der Ergotherapie im 1. und 3. Jahr sowie Praktikern empfunden. Besonders die Erfahrungen der erfahrenen Kollegen bereicherten die Arbeit sehr. Die Verwendung von Fallbeispielen wurde von den Teilnehmern des Workshops positiv aufgenommen. Deutlich wurde jedoch, dass ein Umfang von sieben Unterrichtsstunden nicht ausreichend ist. Gerade die Fallbeispiele erfordern mehr Diskussionszeit. Sinnvoll wäre ein weiterer Tag

zu diesem Thema. Dieser könnte direkt im Anschluss stattfinden oder aber nach ca. drei Monaten, um den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, sich mit dem Thema und dem zur Verfügung gestellten Material zu befassen. Dies sollte aus unserer Sicht in der gleichen Gruppenzusammensetzung erfolgen. Sinnvoll ist ebenso die Wiederaufnahme des Themas in unterschiedlichen Fachbereichen und auch innerhalb der Praktikumsphase. Vorstellbar wäre ein Workshop mit dem gleichen Material für Praktikumsanleiter. Die Evaluation hat gezeigt, dass das von uns entwickelte Material sehr gut geeignet ist, sich dem Thema zu nähern, aber auch die Möglichkeit bietet, sich im Anschluss an den Workshop entweder allein oder in Kleingruppen damit zu befassen.

Die Ermittlung der Gütekriterien belegt eine hohe bis sehr hohe Aussagekraft der Befragung.

	Mittelwert	Standardabweichung	Trennschärfe
Frage 3	1,29	4,73	0,94
Frage 4	1,29	4,73	0,94
Frage 5	1,07	6,35	0,78
Frage 6	1,21	5,2	0,89
Frage 7	1,64	4,36	0,82
Frage 8	1,79	4,04	0,73
Frage 9	1,79	3,7	0,84
Frage 10	1,36	4,36	0,98
Frage 11	1,43	4,04	0,94
Frage 12	1,86	3,42	0,71
Frage 13	1,86	3,42	0,71

Tab. 3: Gütekriterien Fragebogen Workshopteilnehmer

6. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Ziel unserer Studie war zum einen der Vergleich zwischen dem deutschen und dem kanadischen Spiritualitätsbegriff vor dem Hintergrund seiner Geschichte, zum anderen die Entwicklung eines darauf bezogenen Unterrichtsmaterials zur Verbesserung der Ausbildung von Ergotherapeuten. Für uns bestand die Frage darin zu klären, ob sich der Spiritualitätsbegriff des CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE (CMOP) ohne weiteres sowohl in die deutsche Kultur im Allgemeinen als auch auf die deutsche Ergotherapie im Besonderen anwenden bzw. übertragen lässt.

Bei der Formulierung unserer Forschungsfrage sind wir von der Annahme ausgegangen, dass es in der kanadischen Ergotherapie eine allgemein akzeptierte Definition von Spiritualität innerhalb des CMOP gibt. Die Grundüberlegung war dabei, dass die Anwendung des CMOP mit seinem Assessment CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE (COPM) in Deutschland nur möglich ist, wenn alle Begriffe und Konstrukte des Modells auch auf die deutsche Ergotherapie übertragbar sind. Dabei sind wir vom klientenzentrierten Ansatz ausgegangen, der dem kanadischen Modell zugrunde liegt. Es musste zunächst die Frage beantwortet werden, warum es notwendig ist, sich mit Spiritualität auseinanderzusetzen, um klientenzentriert arbeiten zu können.

Aufgrund der zunehmenden Zahl von Veröffentlichungen und Fortbildungsangeboten zum CMOP hatten wir den Eindruck gewonnen, dass dieses Modell in Deutschland mit seinen Bereichen Umwelt, Betätigung und Person immer mehr Beachtung und damit vermutlich auch Anwendung findet, wohingegen der Kern des Modells, die Spiritualität, in einigen deutschen Veröffentlichungen kaum oder gar keine Erwähnung findet und somit auch nicht adäquat in der Praxis beachtet wird. Mit unserer Forschung wollten wir einen Beitrag dazu leisten, das CMOP zusammen mit seinem Kern – der Spiritualität – für die deutsche Ergotherapie anwendbar zu machen.

Sowohl die Auseinandersetzung mit der von uns ausgewerteten Literatur als auch unsere Interviews mit kanadischen und deutschen Experten des CMOP als auch die Befragung von Berufsanfängern zeigen, dass es notwendig ist, sich innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses mit dem Sinn, der Motivation und der Bedeutung, die der Klient seinem Sein und Tun gibt, kurz: mit seiner Spiritualität, auseinanderzusetzen. Mit dem CMOP steht ein Modell zur Verfügung, das dazu einen guten Zugang eröffnet. Allerdings wurde durch unsere Studie auch deutlich, dass sowohl in Kanada als auch in Deutschland die Auseinandersetzung mit dem Kernkonzept Spiritualität noch in der Entwicklung begriffen ist und die Umsetzung in den therapeutischen Alltag erst am Anfang steht.

Eine allgemein anerkannte Definition von Spiritualität würde die Akzeptanz ihrer Stellung innerhalb des kanadischen Modells der Betätigungsperformanz erhöhen und ihre Implementierung in den therapeutischen Alltag erleichtern. Das Definitionsproblem erweist sich jedoch als ein schwer lösbares (siehe 1.2.).

Wir sind zu der Überzeugung gekommen, dass durch das Konzept der Spiritualität auch solche Aspekte in das Modell eingefügt werden sollen, die nicht messbar und nicht rationalisierbar, aber mitentscheidend sind für die individuelle Bedeutung, den Antrieb und den Sinn, den Menschen ihrem Leben geben. Die Positionierung von Spiritualität im Kern des kanadischen Modells ist aus unserer Sicht ein mutiger Schritt, wenn man bedenkt, dass in der Medizin immer wieder die Frage nach Evidenz gestellt wird. In den von uns geführten Interviews wurde jedoch deutlich, dass gerade diejenigen therapeuti-

schen Beziehungen als besonders effektiv und positiv empfunden wurden, in denen es den Therapeuten gelang, Zugang zur Spiritualität ihrer Klienten zu finden (siehe 3.2.).

Aus unserer Sicht ist der Begriff Spiritualität sowohl im anglo-amerikanischen als auch im deutschsprachigen Raum heute sehr eng mit Religiosität und in letzter Zeit auch mit Esoterik verbunden, taucht aber auch in Kontexten auf, die mit Religion im eigentlichen Sinne nichts zu tun haben. Es finden sich in der kanadischen und englischen Literatur diverse Auseinandersetzungen darüber, ob der Begriff religiös zu interpretieren sei (siehe 1.5.). Wenn man von dem Anspruch der Ganzheitlichkeit und einem klientenzentrierten Ansatz ausgeht, kann Religiosität aber nur als ein möglicher, nicht als bindender Aspekt von Spiritualität gesehen werden. Folgt man dem Vorschlag, den Begriff durch »meaningful occupation« zu ersetzen, so wird der Blick ausschließlich auf das Tun des Menschen gelenkt. Dies zeigt eine sehr westliche Sichtweise und schließt Kulturen aus, in denen das Sein einen dem Tun ebenwertigen, wenn nicht sogar höheren Stellenwert besitzt. Der Begriff »intrinsicity« von HAMMELL (2001) hingegen umfasst nach unserem Verständnis nicht alles, was mit ›Spiritualität‹ im kanadischen Modell gemeint ist. Wir verstehen unter dem Konzept der Spiritualität des CMOP zum einen dasjenige, was uns antreibt, was uns motiviert, aber auch dasjenige, was uns Befriedigung verschafft und uns die Möglichkeit gibt, unseren Platz im Leben, in unserer Kultur und Umwelt zu finden. Sinnvoll erscheint es uns, sich dem Begriff durch Ein- bzw. Abgrenzung zu nähern. Hierfür finden sich verschiedene Ansätze in der Literatur (siehe Kapitel 1.5.). Wir schließen uns im Hinblick auf die Definition von Spiritualität der Aussage von BAPTISTE im neuen *Enabling Occupation* (2007) an, dass es dem Wesen von Spiritualität widerspreche, diese zu definieren. Was die Einbeziehung von Spiritualität in den therapeutischen Alltag betrifft, erachten wir es jedoch für notwendig, Spiritualität gegenüber Religion, Kultur und Individualität abzugrenzen.

Nach der Literaturoswertung, den Interviews mit deutschen und kanadischen Experten und der Auswertung unseres Fragebogens ist deutlich geworden, dass die Auseinandersetzung des Therapeuten mit seiner eigenen Spiritualität und seiner spirituellen Biographie hierfür zwingend notwendig ist. Weiterhin notwendig ist die Auseinandersetzung mit kultureller Diversität und in gewissem Maße auch die Kenntnis von religiösen Normen und Ritualen.

Zu Beginn unserer Arbeit hatten wir uns die Frage gestellt, was Berufsanfänger über das Konzept der Spiritualität im kanadischen Modell wissen. Durch die Auswertung der Literatur und hier besonders der Arbeit von OBWALD und GÖBL wurde deutlich, dass es im Moment noch weniger darum gehen kann, in welchem Umfang die Berufsanfänger mit dem Thema vertraut sind, als darum, ob diese sich mit dem Thema professionell auseinandergesetzt haben. Ob eine Auseinandersetzung mit dem Thema Spiritualität im Rahmen der Ausbildung in einem für Berufsanfänger befriedigenden Maße stattgefunden hat und diese sich ausreichend auf den Berufsalltag vorbereitet fühlen, haben wir mit unserem Fragebogen quantitativ und zum Teil auch qualitativ erhoben und unsere Hypothese, dass hier noch eine große Unsicherheit herrscht, bestätigt gefunden (siehe 3.1.). Deutlich wurde auch, dass eine Auseinandersetzung mit Spiritualität zwar oft stattgefunden hatte, jedoch eher im privaten Bereich. Dass dies in Kanada ähnlich ist, wurde durch die Experteninterviews und die Literaturoswertung deutlich (siehe 3.2.).

Entgegen unserer Vermutung zu Beginn der Studie finden sich kaum Unterschiede zwischen Kanada und Deutschland. Sowohl von den kulturellen als auch von den gesellschaftlichen Voraussetzungen her ähneln sich beide Länder. Wie in Kanada zeigt sich auch in Deutschland eine Veränderung im Gesundheitswesen hin zu einer ganzheit-

lichen Sicht des Patienten/Klienten, die dieser einfordert und die dort ihren Ausdruck findet im holistischen Ansatz bzw. in der Ergotherapie in verschiedenen Modellen.

Insgesamt konnten wir feststellen, dass die Themen Spiritualität und Klientenzentrierung nicht nur im Rahmen des CMOP für die Ergotherapie von großer Bedeutung sind. Die große Zahl aktueller Literatur aus anderen Fachbereichen, sei es aus der Medizin, der Soziologie, der Psychologie oder auch der Wirtschaftswissenschaft, zeigt deutlich, dass sich unsere Gesellschaft im Umbruch befindet. Ergotherapeuten müssen sich sowohl mit ihrer eigenen als auch mit der Spiritualität ihrer Klienten auseinandersetzen, um den sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen Rechnung zu tragen. Dies dient sowohl der Qualitätssicherung als auch der Sorge um die eigene Person (siehe 5.2.).

Wir sind zu der Überzeugung gekommen, dass der Ausdruck Spiritualität sehr wohl gut geeignet ist, das mit ihm Gemeinte zu bezeichnen. Trotz intensiver Beschäftigung mit dem Thema konnten wir keinen passenderen finden. Ein wirklich befriedigender therapeutischer Prozess schließt die Beachtung der spirituellen Bedürfnisse des Klienten ein. Insofern gilt es, das Konzept der Spiritualität mit Leben zu füllen und in der therapeutischen Beziehung umzusetzen. Gerade in der Ausbildung darf Spiritualität kein »Thema unter vielen« sein, sondern muß ihren Platz während des gesamten Ausbildungsprozesses haben. Darüber hinaus dürfte es sich hierbei um ein Thema handeln, dass die gesamte berufliche Tätigkeit betrifft und mal mehr, mal weniger stark in den Vordergrund tritt.

Weitere Forschungen müssten sich der Frage widmen, in welchem Maße der Einbezug von Spiritualität in den therapeutischen Alltag Einfluss auf den Genesungsprozess des Klienten hat, und klären, in welcher Form dies in den verschiedenen Fachbereichen und unter Verwendung unterschiedlicher Therapiemethoden geschehen kann. Um das Konzept der Spiritualität innerhalb des klientenzentrierten Ansatzes umsetzen zu können, erscheint es uns auch notwendig, Spiritualität klar gegenüber Religion, Kultur und Individualität abzugrenzen. In Zukunft müssen und werden Aspekte wie Klientenzentrierung und »therapeutic use of self« Ausdruck der Qualität unserer Arbeit sein. Zu betrachten wären insofern in zukünftigen Forschungen nicht nur die Auswirkung dieses Ansatzes auf den Klienten (Mikroebene), sondern ebenso diejenigen auf Einrichtungen (Mesoebene) und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Makroebene).

Kritik

Abschließend gilt es zu diskutieren, ob das von uns gewählte Studiendesign geeignet war, die Forschungsfrage zu klären, und welche Fehler aufgetaucht sind.

Die Entscheidung für einen vorwiegend quantitativ ausgelegten Fragebogen für die Berufsanfänger fiel infolge des Literaturstudiums. Eine qualitative Erhebung hätte bedeutet, den ersten Schritt vor dem zweiten zu tun. Die mittels Fragebogen erhobenen Daten bestätigten unsere Vermutung, dass das Konzept der Spiritualität des CMOP eher »unter den Tisch fällt«. Eine Befragung per Interview hätte Informationen in die Tiefe geliefert; wir hätten allerdings keine so große Streuung von Schulen über das gesamte Bundesgebiet erreichen können. Insofern war unsere Art der Befragung angemessen. Eine größere Stichprobe hätte erreicht werden können, wenn wir z. B. Internetforen oder Ähnliches genutzt hätten. Angesichts der Tatsache, dass die Ergebnisse der Befragung jedoch recht homogen ausgefallen sind, wäre lediglich zu erwarten gewesen, dass unsere Ergebnisse bekräftigt worden wären. Negativ ist zu bemerken, dass unsere Fra-

gestellungen ein gewisses Maß an sozialer Erwünschtheit beinhalten. Selbst wenn man dies bedenkt, sind die Aussagen deutlich und aussagekräftig.

Für die Befragung ausgewiesener deutscher Experten des CMOP haben wir uns aus organisatorischen Gründen für eine telefonische Befragung entschieden; es wäre nicht mit angemessenem Aufwand möglich gewesen, die Befragten an einem Ort zu versammeln. Das Telefoninterview hatte den Vorteil, dass die Experten in einer von ihnen gewählten Umgebung offener sind und sich gerne auf ein Gespräch eingelassen haben. Durch den Interviewleitfaden wurde sichergestellt, dass die Interviews vergleichbar sind. Möglich wäre hier auch die Datenerhebung mittels Fokusrunde oder Delphigruppe gewesen. Das telefonische Interview bot jedoch eine gute Möglichkeit, die verschiedenen Sichtweisen der Experten herauszuarbeiten. Dies hat uns interessante und für die Forschungsfrage relevante Informationen geliefert. Ein Defizit der Studie ist darin zu sehen, dass die Befragung der kanadischen Experten schriftlich und nicht mündlich wie bei den deutschen Experten erfolgte. Wir haben diese Form gewählt, da wir uns ein telefonisches Interview in englischer Sprache nicht zugetraut haben und die Sorge hatten, dass dabei wichtige Informationen hätten verloren gehen können. Wir waren von der Bereitwilligkeit der kanadischen Experten überrascht, mit der sie auf unsere Bitte zum Interview eingingen. Von ihren Antworten gingen starke Impulse für unsere Arbeit aus. Die Evaluation des Workshops mittels Fragebogen haben wir aus zeitlichen Überlegungen gewählt. Hier wäre sicher eine Fokusgruppe eine interessante Alternative gewesen.

Zusammenfassend können wir sagen, dass das Studiendesign gut geeignet war, unsere Studienfrage zu beantworten.

Literaturverzeichnis

- BACHMAIR, S. u. a.: *Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene*. 8. Aufl., Beltz, Weinheim u. a. 2007.
- BARTH, H. M.: *Spiritualität*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1993.
- BAUMER, TH.: *Handbuch interkultureller Kompetenz*. Bd. 2: *Anforderungen, Erwerb und Assessments*. Orell Füssli, Zürich 2004.
- BERTELSMANN STIFTUNG (Hrsg.): *Religionsmonitor 2008*. Verlagsgruppe Random House, Gütersloh 2007.
- BEYERMANN, G.: »Professionalisierung und Klientenzentrierung – Zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken«. In: *ergoscience* 3 (2006), S. 92-99.
- BOGNER, A. (Hrsg.): *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung*. 2. Aufl., VS, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2005.
- BORTZ, J. u. DÖRING, N.: *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4., überarb. Aufl., Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (Hrsg.): *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeuten 1999*. In: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ergthapr/gesamt.pdf> (gefunden am 15. 2. 2008).
- BRANDT, C. u. SCHAUBERICK, M.: »*Therapeutic use of self*« im klientenzentrierten Ansatz in der Ergotherapie. Welche Bedeutung hat der Einsatz der eigenen Person des Therapeuten für Klienten und Ergotherapeuten? Unveröff. Bachelorarbeit des Fachbereiches Ergotherapie der HOGESCHOOL ZUYD (Heerlen) 2006.
- BUSCHNER, S.: »Eine Kultur des Miteinanders – Transkulturelle Kompetenz in der Ergotherapieausbildung«. In: *Ergotherapie und Rehabilitation* 2 (2006), S. 6-10.
- BÜSSING, A. u. a.: »Spirituelle Bedürfnisse krebserkrankter Menschen – Einstellung und Praxis«. In: *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 37 (2005), S. 13-22.
- BÜSSING, A. u. a.: »Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire«. In: *Health and Quality of Life Outcomes* 3 (2005).
- BÜSSING, A. u. a.: »Spirituality, religiosity and dealing with illness in Arabic and German patients«. In: *Saudi medical journal* 28 (2007), S. 933-942.
- CAOT Position Statement: »Occupational Therapy and End-of-Life Care« (2005). <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1284> (gefunden am 18. 4. 2008).
- CARPENTER, K. u. a.: »Spirituality: a dimension of holistic critical nursing. Dimensions of critical nursing«. In: *DCCN* 27 (2008), S. 16-20.
- CHRISTIANSEN, CH.: »Acknowledging a Spiritual Dimension in Occupational Therapy Practice«. In: *AJOT* 51 (1997), S. 169-172.
- COLLINS, M.: »Occupational Therapy and Spirituality: Reflecting on Quality of Experience in Therapeutic Interventions«. In: *British Journal of Occupational Therapy* 61 (1998), S. 280-284.
- BERDING, J.: *Fachwörterbuch Ergotherapie: deutsch-englisch; englisch-deutsch*. 5., komplett überarb. Aufl., Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein 2006.
- DEHN-HINDENBERG, A.: »Die Bedeutung von Kommunikation und Empathie im Therapieprozess: Patientenbedürfnisse in der Ergotherapie«. In: *Ergotherapie und Rehabilitation* 7 (2007), S. 5-10.

- DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE & CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (Hrsg.): *Guidelines for the client-centred practice of occupational therapy*. Ottawa 1983.
- DITTMAR, N.: *Transkription: ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien*. 2. Aufl., Leske + Budrich, Wiesbaden 2004.
- DOMENIG, D.: *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. Huber, Bern u. a. 2001.
- DÖRING, D.: *Rollentausch: wenn Eltern in die Jahre kommen*. Neukirchener Verlagshaus, Neukirchen-Vluyn 2004.
- DRECHSEL, W.: *Lebensgeschichte und Lebens- Geschichten: Zugänge zur Seelsorge aus biographischer Perspektive*. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2002.
- DUNCAN, E.: *Foundations for Practice in occupational therapy*. 4. Aufl., Elsevier, Edinburg 2006, bes. S. 242-246.
- DÜNNWALD, U.: *Lebensgeschichten in der Ergotherapie*. Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein 2007.
- EGAN, M. u. DELAAT, D.: »Considering spirituality in occupational therapy practice«. In: CJOT 61 (1994), S. 95-101.
- EGAN, M. u. DELAAT, D.: »The implicit spirituality of occupational therapy practice«. In: CJOT 64 (1997), S. 115-122.
- EGAN, M. u. SWEDERSKY, J.: »Spirituality as Experience by Occupational Therapists in Practice«. In: AJOT 57 (2003), S. 525-53.
- ELKINS, D. N. u. a.: »Toward a humanistic-phenomenological spirituality: Definition, description and measurment«. In: Journal of Humanistic Psychology 28 (1988), S. 5-18.
- ENQUIST, D. E. u. a.: »Occupational Therapist's Beliefs and Practice with Regard to Spirituality and Therapy«. In: AJOT 51 (1997), S. 173-180.
- ERBSCH, W. u. a.: *CMOP in Deutschland: Betrachtung der derzeitigen Anwendbarkeit des Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) und seines Meßinstruments (COPM) innerhalb der deutschen Ergotherapie*. (Diplomarbeit der Fachrichtung Ergotherapie, HOGESCHOOL LIMBURG). Eigenverlag Aha, o. O. 2001.
- FEILER, M. (Hrsg.): *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Springer Verlag, Berlin 2003.
- FISCHER-ROSENTHAL, W. u. ALHEIT, P. (Hrsg.): *Biographien in Deutschland: Soziologische Rekonstruktion gelebter Gesellschaftsgeschichte*. Westdeutscher Verlag, Opladen 1995.
- FLICK, U. u. a. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Orig.-Ausg., vollst. überarb. u. erw. Neuausg., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck 2007.
- FLICK, U.: *Triangulation: Eine Einführung*. 2. Aufl., Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008.
- GABRIEL, L.: »Reflections on Spirituality: Implications for ethics education«. In: PURTILO, R. u. a. (Hrsg.): *Educating for moral action: a sourcebook in health and rehabilitation ethics*. Davis, Philadelphia 2005, S. 203-213.
- GEISLER, L. S.: »Medizin und Spiritualität«. In: Die Tagespost, 58. Jg., Nr. 18, 12. Febr. 2005, S. 17-18.
- GEISLER, L. S.: »Spiritualität in der Medizin. Arznei – Placebo – Droge?«. In: Universitas 61, Nr. 716, Febr. 2006, S. 132-143.
- GEROY, G. G.: »Preparing Students for Spirituality in the Workplace«. In: New Directions for Teaching and Learning, Wiley Periodicals 104 (2005), S. 67-74.

- GLÄSER, J. u. LAUDEL, G.: *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006.
- GÖTSCH, K.: *Ausbildungskonzept Ergotherapie: Frankfurter Curriculum*. Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein 2001.
- GRÄB-SCHMIDT, E.: »Spiritualität«. In: *Religion in Geschichte und Gegenwart*. 4. Aufl., Bd. 7, J. C. B. Mohr (Siebeck), Tübingen 2004, Sp. 1593.
- GRANSE, M. LE: »Wenn man einander nicht versteht, sind qualitativ gute Therapie und Betreuung nicht möglich«. In: *Ergotherapie und Rehabilitation* 7 (2006), S. 13-20.
- HACK, B. M.: *Ethik in der Ergotherapie*, Springer Verlag, Berlin u. a. 2004.
- HAMMELL, K. W.: »Intrinsicity: Reconsidering spirituality, meaning(s) and mandates«. In: *CJOT* 68 (2001), S. 186-194.
- HARDER, H.-M.: »Kirche als Teil des Gemeinwesens [...]«. In: Ders.: *Kirche – Recht – Wirtschaft. Aufsätze und Beiträge aus vier Jahrzehnten*. Zum 65. Geb. hrsg. v. SUSANNE HARDER-SDZUJ u. a. Peter Lang-Verlag, Frankfurt/M. u. a. 2007, S. 132-138.
- HARVEY, V. A.: *Handbook of theological terms*. Simon and Schuster, New York 1992.
- HASSELKUSS, B.: *The meaning of everyday occupation*. Slack Corp., Thorofare 2002, Kap. 8: Occupation as a source of spirituality, S. 102-122.
- HOFSTEDE, G.: *Interkulturelle Zusammenarbeit: Kulturen, Organisationen, Management*. Gabler, Wiesbaden 1993.
- HUME, C.: »Spirituality: a Part of Total Care«. In: *British Journal of Occupational Therapy* 8 (1999), S. 367-370.
- JEROSCH-HEROLD, CHR. u. a. (Hrsg.): *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis*. Springer Verlag, Berlin u. a. 2004.
- KAMAN, M.: »Die Mär von der Wiederkehr des Glaubens«. In: *Die Welt online* 17. 12. 2007. In: http://www.welt.de/welt_print/article1468552/Die_Maer_von_der_Wiederkehr_des_Glaubens.html (gefunden am 18. 4. 2008).
- KAUFMANN, Y. u. a.: »Cognitive decline in Alzheimer's disease: Impact of spirituality, religiosity, and QOL«. In: *Neurology* 68 (2007), S. 1509-1514.
- KEITH, N.: »Kanada«. In: *Theologische Realenzyklopädie*. Bd. 17, Walter de Gruyter, Berlin, New York 1988, S. 557-562.
- KIELHOFNER, G. u. a.: *Model of Human Occupation (MOHO) – Grundlagen für die Praxis*. Springer-Verlag, Heidelberg 2005.
- KIRCHHOFF, S.: *Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*. 3., überarb. Aufl., Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006.
- KIRSH, B. u. a.: »Developing awareness of spirituality in occupational therapy students: Are our curricula up to the task?«. In: *Occupational Therapy International* 8 (2001), S. 119-125.
- KOENIG, H. G.: »Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease«. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 195 (2007a), S. 389-395.
- KOENIG, H. G.: »Religion and depression in older medical inpatients«. In: *American Journal of Geriatric Psychiatry* 15 (2007b), S. 282-291.
- KOENIG, H. G. (Hrsg.): *Handbook of religion an mental health*. Academic Press, San Diego 2002.
- KÖPF, U.: »Spiritualität«. In: *Religion in Geschichte und Gegenwart*. 4. Aufl., Bd. 7, J. C. B. Mohr (Siebeck), Tübingen 2004, Sp. 1589-1591.

- KOPMANN, P.: »Anne ... nur gute Erfahrungen«. In: BUNDESVEREIN CDG-SYNDROM (Hrsg.): *Wie das Leben eben ist: Erfahrungen mit besonderen Kindern. Eltern als Autoren*. Seester 2001, S. 30-32.
- KROEKER, P. T.: »Spirituality and occupational therapy in a secular culture«. In: CJOT 64 (1997), S. 122-126.
- KUNSTMANN, J.: »Zur Lage der Religion in der spätmodernen Gesellschaft« (Sept. 2000). In: <http://www.bewusst-gemacht.de/artikel.htm> (gefunden am 10. 05. 2008).
- LAW, M. (Hrsg.): *Client-centered occupational therapy*. Slack Corp., Thoroface 1998.
- LAW, M.: *Das Canadian Occupational Performance Measure*. Übers. v. B. DEHNHARDT u. a. 3. Aufl., Eigenverlag, o. O. 1999.
- LITWIN H.: »Evidence suggests that people who attend synagogue live longer«. In: European Journal of Ageing 4 (2007), S. 71-82.
- MAGENREUTER, GISELA: »Am Anfang saßen wir stundenlang vor dem Computer«. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE e. V. (Hrsg.): *Ergebnisse einer Fachtagung der Bundesvereinigung Lebenshilfe. Ich will, ich kann! EDV-gestützte Kommunikation mit schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen*. Marburg 1993, S. 113f.
- MAGENREUTER, RALF: »Weil ich nicht sprechen kann ...«. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE e. V. (Hrsg.): *Ergebnisse einer Fachtagung der Bundesvereinigung Lebenshilfe. Ich will, ich kann! [...]*. Marburg 1993, S. 115f.
- MAYRING, PH.: *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5., überarb. u. neu ausgestattete Aufl., Beltz-Verlag, Weinheim 2002.
- MAYRING, PH.: *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 9. Aufl., Beltz-Verlag, Weinheim 2007.
- MCCOLL, M. A. u. O'BRIEN, P.: »Spirituality and occupational therapists«. In: MCCOLL, M. A. (Hrsg.): *Spirituality and occupational therapy*. Ottawa 2003, S. 31-51.
- MCCOLL, M. A. (Hrsg.): *Spirituality and occupational therapy*. CAOT Publications ACE, Ottawa 2003.
- MCCOLL, M. A.: »Muriel Driver Memorial Lecture. Spirit, occupation and disability«. In: CJOT 67 (2000), S. 217-229.
- MEYER, A.: »The Philosophie of Occupational Therapy«. In: Archives of Occupational Therapy 1 (1922), S. 1-10 (Reprint in: AJOT 31, 1977, S. 639-642).
- MICHEL, H.-P. (Hrsg.): *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: psychosoziale Betreuung und Rehabilitation*. Dgvt-Verlag, Tübingen 1996.
- MÖDE, E. (Hrsg.): *Spiritualität der Weltkulturen*. Styria, Graz 2000.
- MOHR, ST.: »Alles Roger(s) oder was? – Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Erhebung der Situation der Klientenzentrierung in der Ergotherapie«. In: Ergotherapie und Rehabilitation 6 (2005).
- MOSEY, A. C.: »An alternative: the biopsychosocial model«. In: AJOT 28 (1974), S. 137-140.
- MOSEY, A. C.: *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. Raven Press, New York 1986.
- NEUGEBAUER, E.: *Von der Idee zur Publikation: eine Anleitung zum erfolgreichen wissenschaftlichen Arbeiten*. Thieme-Verlag, Stuttgart 2004.
- NEUMANN, J.: »Medizin«. In: *Religion und Geschichte der Gegenwart*. 4. Aufl., Bd. 5, J. C. B. Mohr (Siebeck), Tübingen 2002, Sp. 971-985.

- OBWALD, A. u. GÖBL, K.: *Spiritualität in der deutschen Ergotherapie. Wie erfahren deutsche Ergotherapeuten die Spiritualität des Klienten in der therapeutischen Begegnung*. Unveröff. Bachelorarbeit des Fachbereiches Ergotherapie der HOGE-SCHOOL ZUYD (Heerlen) 2005.
- OSTERMANN, TH. u. a.: »Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung spiritueller und religiöser Einstellung und des Umgangs mit Krankheit (SpREUK)«. In: Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde 11 (2004), S. 346-353.
- PELLETIER, A. L. u. MCCALL, J. W.: »A Modular Curriculum for Integrating Spirituality and Health Care«. In: New Directions for Teaching and Learning, Wiley Periodicals 104 (2005), S. 51-58.
- PELOQUIN, S. M.: »The spiritual depth of occupation: making worlds and making lives«. In: AJOT 51 (1997), S. 167-168.
- PURTILO, R. u. a.: *Educating for moral action: a sourcebook in health and rehabilitation ethics*. Davis, Philadelphia 2005.
- RAGIN, C. C.: *Constructing Social Research*. Pine Forge Press, thousand Oaks, Calif. u. a. 1994.
- RATHSMANN-SPONSEL, I. u. SPONSEL, R.: »Spiritualität – eine psychologische Untersuchung« (2006). In: <http://www.sgipt.org7wisms/gb/spirit0.htm> (gefunden am 18. 4. 2008).
- REICH, K. H.: »Säkulare und religiöse/spirituelle Psychologie und Psychotherapie: Wie können sie zusammenarbeiten?« (2003). In: <http://www.unifr.ch/pedg/staff/reich/reich.htm> (gefunden am 15. 3. 2008).
- REICHEL, K.: *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – Das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein 2005.
- ROSE, A.: »Spirituality and Palliative Care: the Attitudes of Occupational Therapists«. In: British Journal of Occupational Therapy 62 (1999), S. 307-312.
- ROSENFELD, M.: »Spirituality, Motivation and Performance«. In: OT now Nov./Dez. 2001.
- ROSENTHAL, G.: *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte: Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibung*. Campus Verlag, Frankfurt/M. 1995.
- ROTZETTER, A.: *Lexikon christlicher Spiritualität*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2007.
- RUHE, H. G.: *Methoden der Biografiearbeit: Lebensgeschichte und Lebensbilanz in Therapie, Altenhilfe und Erwachsenenbildung*. Beltz, Weinheim 1998 (3. Aufl. 2007).
- SCHEEPERS, C. u. a. (Hrsg.): *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. 3. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2007.
- SCHIPPERGES, H.: »Medizin«. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Bd. 5, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1980, Sp. 976-984.
- SPECK, B. W.: »What is Spirituality?« In: New Directions for Teaching and Learning, Wiley Periodicals 104 (2005).
- STEINHÖFEL, H.: *Chemnitzer Curriculum*. Zwickau 2001. In: <http://www.curriculum-ergotherapie.de/ueberuns.htm> (gefunden am 12. 10. 2007).
- STIERL, S.: »Das Wesentliche unseres Tuns: Wie sich psychotherapeutisches Handeln im psychiatrischen Alltag abbildet«. In: Soziale Psychiatrie 2 (2006), S. 12-15.

- STREBEL, H. u. SULZMANN, I.: *Don't tell – ask! Ergotherapeutisches Handbuch zur praktischen Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes in der Ergotherapie*. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein 2005.
- SUMSION, TH.: *Klientenzentrierte Ergotherapie: Umsetzung in die Praxis*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2002.
- TAYLOR, R. u. a.: »Attitudes of Occupational Therapists toward Spirituality in Practice«. In: AJOT 54 (2000), S. 421-426.
- TAYLOR, R.: *The intentional relationship: occupational therapy and therapeutic use of self*. F. A. Davis Co., Philadelphia 2008.
- TAYLOR, R.: »Use of self in der Ergotherapie: Beziehungen bewusst gestalten«. In: ergoscience 1 (2008), S. 22-31.
- THIBEAULT, R.: »A funeral of my fathers mind: A therapist's attempt at grieving«. In: CJOT 64 (1997), S. 107-114.
- THOMAS, A. (Hrsg.): *Psychologie interkulturellen Handelns*. Hogrefe Verlag, Göttingen 1996.
- THOMPSON, B. E. u. MACNEIL, CH.: »A Phenomenological Study Exploring the Meaning of a Seminar on Spirituality for Occupationa Therapy Students«. In: AJOT 60 (2006), S. 531-539.
- TOWNSEND, E.: *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Revised Edition. CAOT Publications ACE, Ottawa 2002.
- TOWNSEND, E. u. POLATAJKO, H.: *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing & Justice through Occupation*. CAOT Publications ACE, Ottawa 2007.
- TOWNSEND, E. u. a.: *Spirituality in Enabling Occupation: A learner-centred workbook*. CAOT Publications ACE, Ottawa 1999.
- TRENT, M. E.: »Ward Aides«. In: *The Vocational Bulletin* (June) 1919, S. 2-4.
- UNRUH, A. M. u. a.: »Spirituality unplugged: A review of commonalities and contentions, and a resolution«. In: CJOT 69 (2002), S. 5-19.
- URBANOWSKI, R. u. VARGO, J.: »Spirituality, daily practice, and the occupational performance model«. In: CJOT 88 (1994), S. 88-94.
- UTSCH, M.: »Spiritualität – Chance oder Risiko für seelische Gesundheit?«. In: http://www.ekd.de/ezw/dateien/EZW_Utsch_Spiritualitaet_Religositaet.pdf (gefunden am 18. 4. 2008).
- UTSCH, M.: »Spiritualität / Religiosität«. In: http://www.ekd.de/ezw/dateien/EZW_Utsch_Spiritualitaet_Religositaet.pdf (gefunden am 18. 4. 2008).
- VRKLJAN, B. H.: »The Role of Spirituality in Occupational Therapy Practice«. In: OT now 2 (2000).
- WAMPOLD, B. E.: *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. Mahwah, New York 2001.
- WAREN, P. u. HUGHES, J.: »Spirituality Assessment«. In: <http://www.courage2change.net/spiritassess.htm> (gefunden am 12. 4. 2008).
- WEBER, B. u. HEIL, G.: *Ein neuer Weg in der Zielfindung: Eine Analyse des Zielfindungsprozesses in der Ergotherapie im Fachbereich Neurologie: Inwieweit ist die Anwendung des Canadian Occupational Performance Measure (COPM) für die Formulierung von ergotherapeutischen Behandlungszielen in Deutschland von Nutzen?* Eigenverlag, o. O. 2000.

- WEBER, M.: *Wirtschaft und Gesellschaft* (zuerst 1921). 2 Halbbde. 5., revid. Aufl. hrsg. v. JOHANNES WINCKELMANN. J. C. B. Mohr (Siebek), Tübingen 1976.
- WEBER, S. u. FRICK, E.: »Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie«. In: TUMORZENTRUM MÜNCHEN u. SELLSCHOPP, A. (Hrsg.): *Psychoonkologie*. 2. Aufl., Zuckschwerdt, München 2005.
- WEIB, K. u. DIEGRITZ, CHR.: »*Meine eigenen vier Wände*«. *Wohnraumgestaltung – ein klientenzentrierter, kreativer Ansatz in der Ergotherapie*. Unveröff. Bachelorarbeit HOGESCHOOL ZUYD, Heerlen, 2006.
- WENGER, CHR.: »Einblick in das Kanadische Modell und sein Messinstrument CMOP«. In: Ergotherapie und Rehabilitation 10 (2005), S. 6-10.
- WYSER, F.: *Spiritualität das Herzstück im CMOP (Canadian Model of Occupational Performance) – ein Workshop*. Unveröff. Bachelorarbeit, SCHULE FÜR ERGOTHERAPIE, Zürich, 2007.
- ZIMMERMANN, E.: *Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. Bern u. a. 2000.
- ZIMMERMANN, J.: »Religion, Spiritualität und Psychotherapie«. In: Sinn und Sein, Blatt der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-Ost-e.V. 1 (2007).
- ZOTTER, M.: *Ethik in der Ergotherapie. Eine kritische Betrachtung des Deutschen Berufskodex und des Ethischen Reasoning sowie erste Überlegungen zur Berufsethik*. Unveröff. Bachelorarbeit des Fachbereichs Sozialpädagogik, FACHHOCHSCHULE HILDESHEIM, 2003.
- Zwingmann, C. (Hrsg.): *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung, neue Beiträge zur Religionspsychologie*. Waxmann, Münster u. a. 2004.
- ZWINGMANN, CHR.: »Spiritualität/Religiosität als Ressource zur Bewältigung einer chronischen Erkrankung?« (PowerPoint-Präsentation). In: www.akademieeps.de/download/5375-AT-Zwingmann.ppt (gefunden am 13. 9. 2007).

Internetadressen

- www.interscience.wiley.com (medizinische, technische und sozialwissenschaftliche Veröffentlichungen)
- www.caot.ca (Canadian Association of Occupational Therapists)
- www.ezw-berlin.de (Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen)
- www.cot.co.uk (British Association/College of Occupational Therapists)
- www.aota.org (The American Occupational Therapy Association, Inc.)
- www.dimdi.de (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)
- www.medpilot.de (Virtuelle medizinische Fachbibliothek)
- www.embase.com (Excerpta Medica Database)
- www.cinahl.com (Pflege und damit zusammenhängende Literatur)

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 Studienablauf
- Abb. 2 Berufserfahrung der Teilnehmer
- Abb. 3 Altersverteilung der Teilnehmer
- Abb. 4 Teilnehmer pro Bundesland
- Abb. 5 Arbeitsbereiche der Teilnehmer
- Abb. 6 Quantitative Auswertung der Fragen 5-9 (Fragebogen Berufsanfänger)
- Abb. 7 Ergebnisse Fragebogen Berufsanfänger Schule Nr. 3
- Abb. 8 Ergebnisse Fragebogen Berufsanfänger Schule Nr. 5
- Abb. 9 Verhältnis Arbeitsbereich und Wichtigkeit von Spiritualität
- Abb. 10 Verhältnis Berufserfahrung und Wichtigkeit von Spiritualität
- Abb. 11 Verhältnis Alter und Wichtigkeit von Spiritualität
- Abb. 12 Altersverteilung Teilnehmer Workshop
- Abb. 13 Quantitative Auswertung der Fragen 3-13 (Fragebogen Workshop)

Tabellenverzeichnis

- Tab. 1 Gütekriterien Fragebogen Berufsanfänger
- Tab. 2 Planung Pilotworkshop April 2008
- Tab. 3 Gütekriterien Fragebogen Workshopteilnehmer

**WORKSHOP
KLIENTENZENTRIERUNG
UND SPIRITUALITÄT**



Inhaltsverzeichnis

Arbeitsblatt 1: Einführung

Arbeitsblatt 2: Definition von Spiritualität

Arbeitsblatt 3: Persönliche und professionelle spirituelle Biographie

Arbeitsblatt 4: Kulturelle Kompetenz

Arbeitsblatt 5: Erhebung von Spiritualität

Arbeitsblatt 6: Klientenzentrierung

Arbeitsblatt 7: Einbezug von Spiritualität in den therapeutischen Alltag

Arbeitsblatt 8: CMOP-E

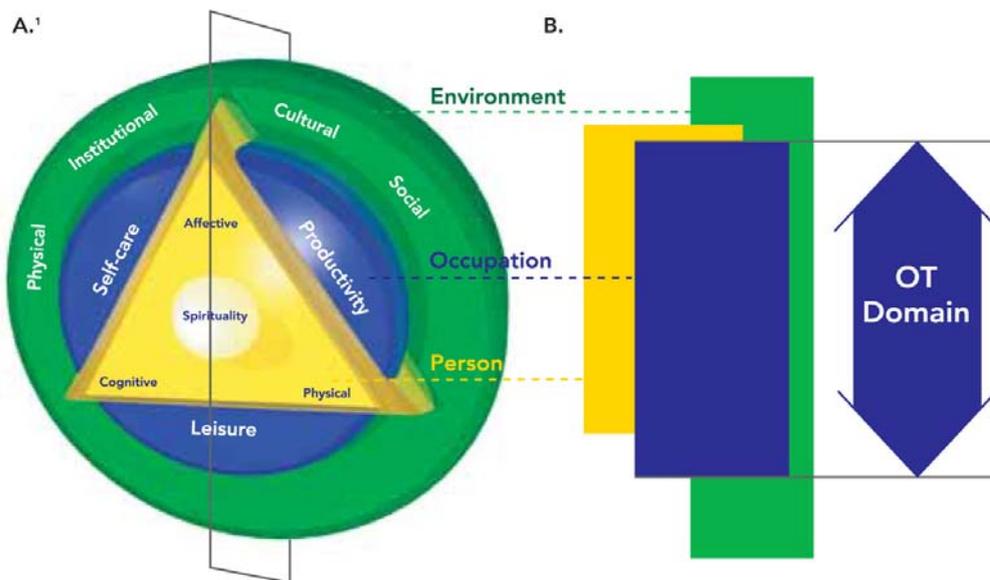
Arbeitsblatt 1: Einführung



Woraus beziehe ich meinen Lebensmut und meine Lebensfreude? Was treibt mich an? Was ist mir wichtig? Was ist für mich akzeptabel und was lehne ich grundsätzlich ab? Diese Fragen kann jeder Mensch nur ganz persönlich für sich beantworten. Geprägt sind seine Antworten durch Umwelt und Erziehung, vorgelebte Normen und Werte, aber auch ganz entscheidend durch persönliche Erfahrungen. Besonders deutlich wird uns das, wenn wir uns in Krisen befinden.

Krankheit kann als eine mehr oder weniger starke Krise empfunden werden. Als Ergotherapeuten arbeiten wir mit Menschen und ihren Angehörigen zusammen, für welche sich durch die Erkrankung viele Fragen stellen. Aus der Erfahrung wissen wir, dass unsere Klienten sehr unterschiedlich mit Situationen wie Krankheit und Behinderung umgehen. Wollen wir klientenzentriert arbeiten und den Klienten ganzheitlich betrachten, müssen wir uns damit auseinandersetzen, was ihn antreibt, motiviert oder auch z. B. davon abhält, bestimmte Angebote anzunehmen.

Im Kanadischen Modell der Betätigungsperformanz (CMOP-E) bildet die Spiritualität den Kern des Modells, um zu betonen, dass Spiritualität Einfluss nimmt auf alle Bereiche des Klienten.



Quelle: ELISABETH A. TOWNSEND u. a. (Hrsg.): Enabling Occupation II. Ottawa 2007, S. 23.

Um uns allerdings der Spiritualität unseres Klienten zu öffnen, müssen wir uns mit unserer eigenen spirituellen Biografie auseinandergesetzt haben. Wir müssen uns mit dem Konzept Spiritualität beschäftigen und die Fertigkeit erlangen, Spiritualität in den therapeutischen Prozess einbeziehen zu können. Das vorliegende Material soll den Einstieg dazu erleichtern. Es ist sowohl für den Einsatz innerhalb der Ausbildung geeignet als auch als Arbeitsmaterial für Workshops oder zum Selbststudium. Leitfragen auf jedem Arbeitsblatt sollen als Anregung dienen, sich dem jeweiligen Thema zu nähern. Darauf folgen theoretische Ausführungen und eine oder mehrere praktische Aufgaben. Die Literaturangaben dienen der Vertiefung.

Arbeitsblatt 2: Definition von Spiritualität



Leitfragen

- Wie definierst Du den Begriff Spiritualität?
- Welche Begriffe verwendest Du synonym?
- Welche Anteile hat Spiritualität für Dich?

Spiritualität im kanadischen Modell der Betätigungsperformanz

Die Definition des Begriffs Spiritualität ist auch im kanadischen Modell nicht unumstritten. Wie auch im deutschsprachigen Raum wird der Begriff Spiritualität in Kanada oft mit Religiosität oder Esoterik in Verbindung gebracht. Dies ist jedoch nicht Anliegen des kanadischen Modells. Religiosität oder Esoterik können als möglicher, nicht aber als notwendiger Anteil der Spiritualität des Klienten gesehen werden.

ANITA M. UNRUH, JOAN VERSNEL und NATASHA KERR führten eine intensive Literaturrecherche zu Definitionen von Spiritualität durch (UNRUH u. a., 2002). Dabei fanden sie viele sehr unterschiedliche Definitionen, welche sie in folgende inhaltliche Kategorien einteilen: Spiritualität als

- Verhältnis zu Gott, einem spirituellen Wesen, einer höheren Kraft oder einer Realität, die größer ist als man selbst
- Nicht aus einem selbst
- Transzendenz oder Verbundenheit, ohne einen Glauben an ein höheres Wesen
- Existenziell, nicht materieller Art
- Sinn und Ziel des Lebens
- Lebenskraft, die persönliche Aspekte der Person einschließt
- Mischung aus den oben genannten Punkten

Im Folgenden haben wir verschiedene Definitionen und Aussagen zu Spiritualität zusammengestellt und aus dem Englischen übersetzt, um zum Nachdenken anzuregen.

Arbeitsauftrag

Überlege Dir, welcher Definition Du Dich am ehesten anschließen kannst und welche Dir eine professionelle Hilfe sein kann!

Definition in *Enabling Occupation II*

»Spirituality is sensitivity to the presence of spirit (MCCOLL, 2000), a »pervasive life force, manifestation of a higher self, source of will and self-determination, and a sense of meaning, purpose and connectedness that people experience in the context of their environment« (CAOT, 1997a; 2002, p. 182); »spirituality resides in persons, is shaped by the environment, and gives meaning to occupations« (CAOT, 1997a; 2002, p. 33)« (S. 374)

»Spiritualität ist das Gefühl für die Präsenz von Geist (MCCOLL, 2000), »eine durchdringende Lebenskraft, Manifestation eines höheren Selbst, Quelle des Willens und der Selbstbestimmung und Sinn für Bedeutung, Zweck und Verbundenheit, den Menschen im Kontext ihrer Umwelt erfahren« (siehe 2002); Spiritualität wohnt der Person inne, ist geformt durch die Umwelt und gibt der Betätigung Bedeutung«.

A. BÜSSING u. a.: Spirituality, religiosity and dealing with illness in Arabic and German patients. In: Saudi medical journal 28 (2007), S. 933-942.

»Spirituality can be viewed as an opposite to religion, or as a vital aspect of religiosity« (S. 934).

»Spiritualität kann verstanden werden als Gegenteil der Religion oder als vitaler Bestandteil derselben«.

»For our research, we conceptualized spirituality as an attitude of search for meaning, and religiosity as an attitude of reference, trust and hold.« (S. 934)

»Zu Forschungszwecken haben wir Spiritualität konzeptualisiert als eine Haltung der Suche nach Sinn und Religiosität als eine Haltung der Bezugnahme, des Glaubens und Gehaltenwerdens.«

CH. CHRISTIANSEN: Acknowledging a Spiritual Dimension in Occupational Therapy Practice. In: The American Journal of Occupational Therapy 51 (1997), S. 169-172.

»Spirituality is a metaphysical phenomenon; thus, by nature, it is difficult to define.« (S. 169)

»Spiritualität ist ein metaphysisches Phänomen; es ist also seiner Natur nach schwer zu definieren.«

»[...] nine aspects of spirituality: transcendence, meaning and purpose, mission, sacredness of life, the rejection of materialistic values, altruism, idealism, awareness of the tragic, and fruits of spirituality« (S. 170).

»[...] neun Aspekte von Spiritualität: Transzendenz, Sinn und Zweck, Mission, Heiligkeit des Lebens, Zurückweisung materieller Werte, Altruismus, Idealismus, Bewußtheit der Tragik und Früchte der Spiritualität.«

M. COLLINS: Occupational Therapy and Spirituality Reflecting on Quality of Experience in Therapeutic Interventions. In: British Journal of Occupational Therapy 61 (1998), S. 280-284.

»[...] our truest selves that we attempt to express in all our actions« (S. 280, zit. nach EGAN U. DELAAT, 1994, S. 96).

»[...] unser wahrstes Selbst, das wir in allen unseren Handlungen auszudrücken versuchen«.

»The spirit is not merely viewed as a component of the individual. Rather, the spirit is seen as the essence of the person. In this way the spirit cannot be made more healthy. It can only be allowed more freedom through a strengthening or adjustment to the tools which it uses to express itself« (S. 283).

»Der Geist wird nicht einfach als eine Komponente des Individuums verstanden. Vielmehr wird der Geist als das Wesen der Person gesehen. Auf diese Weise kann der Geist nicht gesünder gemacht werden. Ihm kann nur mehr Freiheit erlaubt werden durch eine Stärkung oder eine Einstellung auf die Werkzeuge, die er zum Ausdruck seiner selbst gebraucht«.

M. EGAN u. D. DELAAT: The implicit spirituality of occupational therapy practice. In: Canadian Journal of Occupational Therapy 64 (1997), S. 115-122.

»Spirituality relates to our thoughts, feelings and actions concerning the meaning that we make of our daily lives ([...] CAOT [...] 1991; FRANKL (1952/1978); URBANOWSKI & VARGO, 1994). Meaning is constructed through our relationships with ourselves, other humans, other inhabitants of the earth, the earth itself and, for many individuals, a higher power or Creator (BELLINGHAM, COHEN, JONES & SPANIOL, 1989; BURKHARDT, 1994; REED, 1992)« (S. 116).

»Spiritualität bezieht sich auf unsere Gedanken, Gefühle und Handlungen, die den Sinn betreffen, den wir unserem täglichen Leben geben [...]. Sinn ergibt sich aus den Beziehungen zu uns selbst, zu anderen Menschen, anderen Bewohnern der Erde, zur Welt selbst und – für viele Menschen – zu einer höheren Macht oder zum Schöpfer«.

M. EGAN u. D. DELAAT: Considering spirituality in occupational therapy practice. In: Canadian Journal of Occupational Therapy 61 (1994), S. 95-101.

»[...] an individual's spirit is the true essence of that person and [...] this essence is connected to all living things« (S. 96).

»[...] der Geist eines Individuums ist das wahre Wesen dieser Person, und [...] dieses Wesen ist mit allen Lebewesen verbunden«.

»In Hebrew, Latin and many Asian languages the word spirit literally means, *breath* or *air in motion* (PERRY, 1986). Greek philosophy, as well as Hindu and Buddhist tradition, views spirit as the essence of the individual which resides in the body (PAGELS, 1979). JUNG (1957) defined the spirit as the guiding principle within psychic life which regulates thoughts, allowing meaningful insights and a sense of well-being. Ancient and current concepts of spirituality view the spirit as the live-giving, motivating force in humans (PERRY, 1986). For the purposes of this paper, the spirit is seen more simply as our truest selves which we attempt to express in all of our actions« (S. 96).

»Im Hebräischen, Lateinischen und vielen asiatischen Sprachen bedeutet ›spirit‹ wörtlich ›Hauch‹ oder ›Luft in Bewegung‹ [...]. Die griechische Philosophie und die hinduistische und buddhistische Tradition verstehen Geist als das Wesen eines Individuums, das im Körper wohnt [...]. JUNG [...] definierte ›Geist‹ als leitendes Prinzip innerhalb des psychischen Lebens, das die Gedanken lenkt und bedeutsame Einsichten und das Gefühl des Wohlbefindens erlaubt. Alte und gegenwärtige Konzepte von Spiritualität verstehen ›Geist‹ als Leben gebende, motivierende Kraft in den Menschen [...]. Für die Zwecke des vorliegenden Textes wird ›Geist‹ einfacher als das wahrste Selbst verstanden, das wir in allen unseren Handlungen zum Ausdruck zu bringen suchen.«

»In its most basic meaning, a person's spirituality is the way that person leads his or her life. In this sense, every human being has a spirituality. The direction given to one's life, the story one tells with one's life, is itself rooted in and embodies a certain way of looking at life. [T]his lived-out vision of life relies on certain individual or group activities and practices in order to be sustained and expressed. These may be forms of reflection, prayer, conversation, ritual, social involvement, or even assimilation of attitudes fostered by the mass media (MULDOON & KING, 1991; pp. 100-101)« (S. 96).

»In seiner grundlegendsten Bedeutung ist die Spiritualität einer Person der Weg, auf dem eine Person ihr Leben führt. In diesem Sinn hat jeder Mensch eine Spiritualität. Die Richtung, die jemand seinem Leben gibt, die Geschichte, die jemand mit seinem Leben erzählt, wurzeln selbst in einer bestimmten Art, das Leben zu betrachten, und verkörpern diese. Diese ausgelebte Vision des Lebens verlässt sich auf bestimmte individuelle oder Gruppenaktivitäten und Praktiken, um gestützt und ausgedrückt zu werden. Dies können Formen der Reflexion sein, Gebet, Konversation, Ritual, soziales Engagement oder sogar Anpassung an Haltungen, die durch die Massenmedien gefördert werden [...].

DOUGLAS E. ENQUIST u. a.: Occupational Therapists' Beliefs and Practices with Regard to Spirituality and Therapy. In: The American Journal of Occupational Therapy 51 (1997), S. 173-180.

»Spirit is acknowledged as the impetus and motivation to discover purpose and meaning in life (BANKS, 1997; ELLISON, 1983)« (S. 174).

»Geist ist anerkannt als Impetus (Anstoß) und Motivation, um Sinn und Zweck im Leben zu entdecken [...]«.

CLEPHANE HUME: Spirituality: a Part of Total Care. In: British Journal of Occupational Therapy 62 (1999), S. 367-370.

»Spirituality is story, memory, symbolism, language, poetry and song. Spirituality is the capacity for resistance and the courage to construct new alternatives and paradigms. Spirituality is the energy that transforms relationships.« (S. 368)

»Spiritualität ist Erzählung, Erinnerung, Symbolik, Sprache, Dichtung und Gesang. Spiritualität ist die Fähigkeit zum Widerstand und der Mut, neue Alternativen und Beispiele zu schaffen. Spiritualität ist die Energie, die Beziehungen verändert.«

BETTY R. HASSELKUSS: The Meaning of Everyday Occupation. Thorofare, New York 2002, Kap. 8: Occupation as a source of spirituality, S. 102-122.

»[...] spirituality is a dimension of living that helps us find coherence and meaning in our lives« (S. 102).

»[...] Spiritualität ist eine Dimension des Lebens, die uns hilft, Zusammenhang und Sinn in unserem Leben zu finden«.

»The term *spiritual health* has been used by some to describe an optimal state of balance in life between the spiritual essence of one's inner being and the worldly connections of one's outer self.«

»Der Terminus »spirituelle Gesundheit« wurde von einigen benutzt zur Beschreibung des optimalen Zustands der Balance im Leben zwischen dem spirituellen Wesen des inneren Seins und den weltlichen Verbindungen des äußeren Selbst.«

Literaturempfehlung

UNRUH, ANITA M., VERSNEL, JOAN u. KERR, NATASHA: Spirituality unplugged: A review of commonalities and contentions, and a resolution. In: Canadian Journal of Occupational Therapy 69 (2002), S. 5-19.

MCCOLL, MARY ANN: Spirituality and occupational therapy. Ottawa 2003.

Arbeitsblatt 3: Persönliche und professionelle spirituelle Biographie



Leitfragen

Persönliche spirituelle Biographie

- Welche Bedeutung hat Spiritualität für Dich?
- Was ist Dein kultureller Kontext?
- Welche Personen haben Deine Spiritualität geprägt?
- Welche Ereignisse haben Deine Spiritualität geprägt?

Professionelle spirituelle Biographie

- Hat Deine Berufswahl etwas mit Deiner spirituellen Erfahrung zu tun?
- Hat sich Dein Menschenbild während der Ausbildung verändert?
- Was ist für Dich besonders wichtig in der Arbeit mit Klienten?
- Wie verstehst Du Deine Rolle als Ergotherapeut/in?
- Kannst Du Dich an eine Situation erinnern, in welcher Deine eigenen Vorstellungen mit denen des Klienten kollidiert sind? Wie bist Du mit der Situation umgegangen?

Arbeitsauftrag

Zeichne auf einem DIN A3-Blatt eine große Spirale. Betrachte Dein Leben als eine immer größer werdende Spirale und versuche Momente, Ereignisse, Menschen, aber auch Brüche in Deinem Leben zu finden, die Deine persönliche Lebenseinstellung, Deine Motivation und Spiritualität geprägt haben! Nutze die Leitfragen als Anregungen zum Nachdenken und zeichne so Deine persönliche Lebensspirale!

Literaturempfehlung

RUHE, HANS GEORG: Methoden der Biographiearbeit: Lebensgeschichte und Lebensbilanz in Therapie, Altenhilfe und Erwachsenenbildung. Weinheim 1998.

ROSENTHAL, GABRIELE: Erlebte und erzählte Geschichte: Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibung. Frankfurt/M. 1995.

FISCHER-ROSENTHAL, WOLFRAM u. ALHEIT, PETER (Hrsg.): Biographien in Deutschland. Soziologische Rekonstruktionen gelebter Gesellschaftsgeschichte. Opladen 1995.

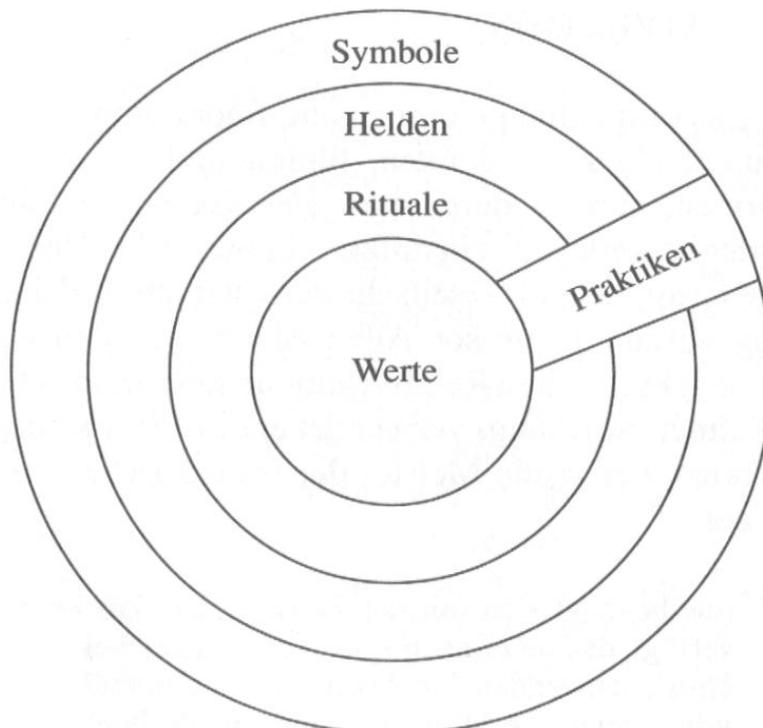
Arbeitsblatt 4: Kulturelle Kompetenz



Leitfragen

- Was sind Deine sozialen Erwartungen?
- Was bestimmt Deine kulturelle und soziale Zugehörigkeit?
- Welche Werte und Erwartungen bringt der Klient mit und wie kannst Du diese in der Therapie beachten und unterstützen?

Religiöse und ethnische Zugehörigkeit, soziale Klasse, Geschlecht und Generationszugehörigkeit üben einen großen Einfluss auf unsere Werte und Normen aus. Wir sind geprägt durch unsere Erziehung. Dies gibt uns Sicherheit und ermöglicht uns Routine.



Quelle: GEERT HOFSTEDE: Lokales Denken, globales Handeln. München 1997.

Kulturelemente

Nach HOFSTEDE (1993) manifestiert sich Kultur durch ihre sichtbaren Elemente: Symbole, Helden und Rituale (zusammengefasst unter dem Oberbegriff »Bräuche« bzw. »Praktiken«), und durch ihre unsichtbaren Elemente: Werte. Die genannten Elemente der Kultur können als kollektive Basisprogrammierung eines Gruppenmitglieds beschrieben werden.

Bräuche / Praktiken

Symbole

Unter Symbolen versteht man Worte, Gesten, Bilder oder Objekte, die eine bestimmte Bedeutung oder Aussagekraft besitzen, mit der sich nur die Menschen identifizieren können, die derselben sozialen Gruppe angehören. Dem Element ›Symbole‹ wird jedoch nur eine oberflächliche Bedeutung zugemessen, da es relativ unbeständig ist. Neue Symbole entstehen, die anderen Kulturen werden kopiert und alte verschwinden.

Helden

Unter Helden versteht man lebendige, verstorbene wie auch imaginäre Personen/Charaktere, die in der entsprechenden Kulturgruppe einen hohen Stellenwert genießen und das Verhaltensmuster dieser Kulturgruppe stark beeinflussen.

Rituale

Rituale können beschrieben werden als kollektive Tätigkeiten, wie z. B. die gruppenübliche Art, einander zu begegnen, einander zu grüssen, oder durch gruppenübliche soziale oder religiöse Zeremonien.

Werte

Hofstede definiert Werte als allgemeine Neigung, bestimmte Umstände anderen vorzuziehen. Werte und Wertvorstellungen reflektieren die tiefste Ebene einer Kultur. In der unbewussten Gefühlsebene der Menschen verankert, dienen sie als Orientierungsgerüst für das Verhalten und Denken eines Individuums und bilden die Grundlage für Reaktionen und Bewertungen (gut/schlecht, schön/häßlich, schmutzig/sauber, anormal/normal etc.). Wertvorstellungen erzeugen ein einigendes Grundgefühl unter den Mitgliedern einer Kultur und können in negativer Konsequenz zu Intoleranz und Ignoranz gegenüber Wertvorstellungen anderer Kulturen führen.

Arbeitsauftrag

1. Erstelle Dein eigenes Zwiebelndiagramm!
2. Befrage einen anderen Menschen zu seinen Werten, Ritualen, Helden und Symbolen! (Besonders interessant ist es natürlich, wenn Du jemanden interviewen kannst, der aus einer anderen Kultur, einer anderen Generation oder einem anderen Umfeld stammt.)

Literaturempfehlung

- HOFSTEDDE, GEERT: Interkulturelle Zusammenarbeit: Kulturen, Organisationen, Management. Wiesbaden 1993.
- HOFSTEDDE, GEERT: Lokales Denken, globales Handeln. Kulturen, Zusammenarbeit und Management. München 1997.
- BAUMER, THOMAS: Handbuch interkultureller Kompetenz. Zürich 2004.
- THOMAS, ALEXANDER (Hrsg.): Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen u. a. 1996 (2. Aufl. 2003).
- GRANSE, MIEKE LE: Wenn man einander nicht versteht, sind qualitativ gute Therapie und Betreuung nicht möglich. In: Ergotherapie und Rehabilitation 6 (2007), S. 13-20.
- ZIMMERMANN, EMIL: Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Bern u. a. 2000.

Arbeitsblatt 5: Erhebung von Spiritualität



Da es keinen Konsens darüber gibt, wie Spiritualität zu definieren ist, ist es natürlich auch nicht möglich, diese zu messen. Eine Erhebung eines ›Grades‹ von Spiritualität kann eigentlich auch nicht sinnvoll sein. Vielmehr ist die Suche nach Quellen des Antriebs und nach internen Stützmöglichkeiten des Klienten sowie nach seinem ganz persönlichen Lebenskonzept notwendig, um klientenzentriert zu arbeiten. Dies stellt eine große Bereicherung der Arbeit dar.

Trotz der angedeuteten Schwierigkeiten haben wir eine Übersicht über verschiedene Möglichkeiten der Erfassung von Spiritualität zusammengestellt. Diese können als Anregung in der Arbeit mit dem Klienten dienen. Wir wissen, dass die Erfassung der spirituellen Biographie sehr viel Fingerspitzengefühl verlangt. Grundlage bietet für uns hier eine klientenzentrierte Arbeitsweise.

Assessments

Ergotherapeutische Assessments, die explizit die Spiritualität des Klienten erfragen, gibt es nicht. Das COPM bietet jedoch aufgrund seiner semi-strukturierten Form die Möglichkeit, auch Aspekte von Spiritualität zu erfassen. Hilfreich kann auch der VOLITIONAL-QUESTIONNAIR auf der Grundlage des MOHO sein, da Informationen über die Volition und den Einfluss der Umwelt auf die Volition beobachtet werden.

Das **Spirituality Assessment** (<http://www.courage2change.net/spiritassess.htm>) ist ein Selbst-Assessment mit 12 Items, um die eigene spirituelle Entwicklung zu unterstützen. Es wurde entwickelt von PAUL WARREN, einem klinischen Psychologen, und JAN HUGHES, einem klinischen Sozialarbeiter, um Ärzte in der Arbeit mit Familien von Klienten zu unterstützen. Spiritualität wird hier nicht als eine Form von Religion gesehen, sondern als Ausdruck der eigenen Erfahrungen des Selbst, als Ausdruck der eigenen Persönlichkeit. Religion wird im Kontrast dazu gesehen als eine institutionelle Form von Spiritualität, welche Menschen unterstützen soll.

Dieses Assessment bietet die Möglichkeit, sich mit seiner eigenen Spiritualität auseinander zu setzen, ist jedoch nicht geeignet für die Erhebung von Spiritualität von Klienten.

Qualitative Erhebungen im Gespräch

Die Erhebung der spirituellen Biographie erfolgt in der Ergotherapie meistens über ein Interview. Oft haben Klienten aber auch spontan das Bedürfnis, zu erzählen und Wünsche, Ängste und Hoffnungen zum Ausdruck zu bringen. Aufgabe des Therapeuten ist dabei das aktive Zuhören.

Das **AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIAN (ACP)**, einer der größten Zusammenschlüsse von Ärzten in den Vereinigten Staaten, hält zum Einstieg vier Fragen zu den spirituellen Bedürfnissen ernsthaft erkrankter Menschen für ausreichend: »Ist Glaube (Religion, Spiritualität) für Sie in dieser Krankheit wichtig?«; »Hat Glaube zu anderen Zeiten in Ihrem Leben eine wichtige Rolle gespielt?«; »Haben Sie jemanden, mit dem Sie über religiöse Belange sprechen können?«, und »Möchten Sie religiöse Anliegen mit jemandem besprechen?«.

(www.linus-geisler.de/art2005/200502dt-medizin_spiritualitaet.html)

SPIR (vgl. S. WEBER u. E. FRICK, 2005) ist ein halbstrukturiertes, klinisches Interview. Die Abkürzung SPIR soll die vier Schritte bei der Erfassung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen darstellen, nämlich:

Spirituelle und Glaubens-Überzeugungen

Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen

Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft/Gruppe

Rolle des Arztes: Wie soll der Arzt mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen?

Die folgenden Standardfragen bieten eine Hilfe für das Gespräch. Sie können an den Sprachgebrauch des Klienten angepasst werden:

S: »In wen oder in was setzen sie Ihre Hoffnungen? Woraus schöpfen Sie Kraft? Gibt es etwas, das Ihrem Leben einen Sinn verleiht? Welche Glaubensüberzeugungen sind für Sie wichtig? Betrachten Sie sich als spirituellen oder religiösen Menschen?«

P: »Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben? Welchen Einfluss haben sie darauf, wie Sie mit sich selber umgehen und in welchem Maß Sie auf Ihre Gesundheit achten? Wie haben Ihre spirituellen und Glaubens-Überzeugungen Ihr Verhalten während dieser Erkrankung bestimmt? Welche Rolle spielen Ihre Überzeugungen dabei, dass Sie wieder gesund werden?«

I: »Gehören Sie zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe)? Bedeutet dies eine Unterstützung für Sie? Wie? Gibt es eine Person oder Gruppe von Leuten, die Ihnen wirklich viel bedeuten und die wichtig für Sie sind?«

R: »Wie soll ich als Ihr [...] Therapeut ... mit diesen Fragen umgehen? Wer ist Ihr wichtigster Gesprächspartner in Bezug auf spirituelle Fragen und Glaubens-Überzeugungen? Welche Rolle sollen diese Überzeugungen in der ärztlichen Behandlung spielen? Spirituelle und Glaubensfragen sind für Krank- und Gesundsein ein wichtiger Bereich. Haben Sie den Eindruck, dass wir über Ihre Überzeugungen so gesprochen haben, wie Sie es sich wünschen? Möchten Sie etwas hinzufügen?«

Literaturempfehlung

DRECHSEL, WOLFGANG: Lebensgeschichte und Lebens-Geschichten. Zugänge zur Seelsorge aus biographischer Sicht. Gütersloh 2002.

WEBER, S. u. FRICK, E.: Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie. In: Psychoonkologie. Hrsg. v. Tumorzentrum München u. a. 2. Aufl. München 2005.

ZWINGMANN, CHRISTIAN (Hrsg): Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster u. a. 2004.

Arbeitsblatt 6: Klientenzentrierung



»Klientenzentrierte Ergotherapie ist eine Partnerschaft zwischen Therapeut und Klient. Den Betätigungszielen des Klienten wird Priorität eingeräumt, sie stehen im Mittelpunkt von Erhebung und Therapie. Der Therapeut hört dem Klienten zu, respektiert dessen Maßstäbe und adaptiert seine Intervention so, dass sie den Bedürfnissen des Klienten gerecht wird. Der Klient ist aktiv an der Vereinbarung der Behandlungsziele beteiligt, und es wird ihm durch Training und Unterweisung ermöglicht, Entscheidungen zu treffen. Therapeut und Klient arbeiten gemeinsam an den herausgefundenen Schwierigkeiten, die durch unterschiedliche Umweltaspekte zustande kommen, damit der Klient seine Rollenerwartungen erfüllen kann.« (SUMSION, 2002, S. 6)

Wirkungsvolle Prinzipien des klientenzentrierten Ansatzes sind:

- Empathie
- Unbedingte positive Achtung
- Kongruenz bzw. Echtheit und Vertrauen

Arbeitsauftrag

Nutze eine Kasuistik oder ein Beispiel aus Deiner Arbeit und überlege, welchen Einfluss die Spiritualität sowohl auf den Klienten als auch auf seine Betätigung und seine Umwelt und umgekehrt haben. Stelle dies im Übersichtsblatt des CMOP in Bezug auf die Spiritualität des Klienten zusammen!

Leitfragen

- Welche Werte und Wünsche sind für den Klienten wichtig?
- Wie kannst Du den Klienten unterstützen, sich darüber klar zu werden, was ihm wichtig ist?
- Wie kannst Du den Klienten unterstützen, Risiken und Konsequenzen abzuschätzen?
- Wie kannst Du den Klienten bei der Auswahl des Outcomes unterstützen?
- Wie kannst Du Deinen Klienten darin unterstützen, aktiv an der Planung und Durchführung der Therapie teilzuhaben?
- Wie gehst Du damit um, wenn sich Deine eigenen Vorstellungen von denen Deines Klienten unterscheiden?
- Lädst Du den Klienten ein, seine Stärken und seinen sozialen Hintergrund zu nutzen?

Literaturempfehlung

BEYERMANN, GISELA: Professionalisierung und Klientenzentrierung. Zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken. In: ergoscience 3 (2006), S. 92-99.

KRETSCHMER, MARIA: Occupational Justice und klientenzentrierte Praxis. In: ergoscience, 3/2006, S. 119-120.

MOHR, STEFAN: Alles Roger(s) oder was? Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Erhebung der Situation der Klientenzentrierung in der Ergotherapie. In: Ergotherapie und Rehabilitation 2 (2005).

SUMSION, THELMA: Klientenzentrierte Ergotherapie. Umsetzung in die Praxis. Stuttgart 2002.

Arbeitsblatt 7: Einbezug von Spiritualität in den therapeutischen Alltag



Hemmungen bei der Einbeziehung von Spiritualität sind unserer Studie zufolge vor allem folgender Art:

- organisatorisch
- zeitlich
- emotional

Wenn man sich entschließt, klientenzentriert zu arbeiten, kann dies keine Einzelentscheidung sein. Diese Entscheidung muss von der gesamten Einrichtung getragen werden und zieht weitreichende Folgen mit sich.

Soziale Handlungskompetenz im interkulturellen Handlungsfeld (THOMAS, 1996)

- Kontaktinitiative
- Kommunikationsflexibilität
- Zielführendes Interaktionshandeln
- Wertschätzendes Interaktionsverhalten
- Emotionale Stabilität

Arbeitsauftrag

Überlege in Deiner Kleingruppe, welchen guten Beispielen Du in der Praxis begegnet bist! Gliedere diese nach organisatorischen, zeitlichen und emotionalen Aspekten! Bedenke, inwiefern Du Dich auf der Grundlage des klientenzentrierten Arbeitens entlasten kannst!

- Supervision, Peer-Supervision und Fallsupervision
- Hospitation bei Kollegen
- Abgabe von Verantwortung
- Klarheit verschaffen über die eigenen Rollen

Entwicklung spiritueller Haltungen (WEBER u. FRICK, 2005)

- Akzeptanz und Achtsamkeit: das Leben im gegenwärtigen Moment zu akzeptieren und leben, ohne passiv oder resigniert zu werden
- Selbstvertrauen: selbst Entscheidungen treffen; den eigenen Körper wahrnehmen; emotionale Reaktionen erkennen; Sicherheit aufbauen, dass alles sich entwickelt, wie es sein soll
- Geduld: die Beziehung zu sich selbst und die Beziehung zu anderen sich entwickeln lassen
- Großzügigkeit: loslassen und geben, ohne selbst etwas zu erwarten
- Empathie: den anderen verstehen und lernen, sich gegenseitig mitzuteilen

Literaturempfehlung

BACHMAIR, SABINE u. a.: Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene. Weinheim u. a. 1999.

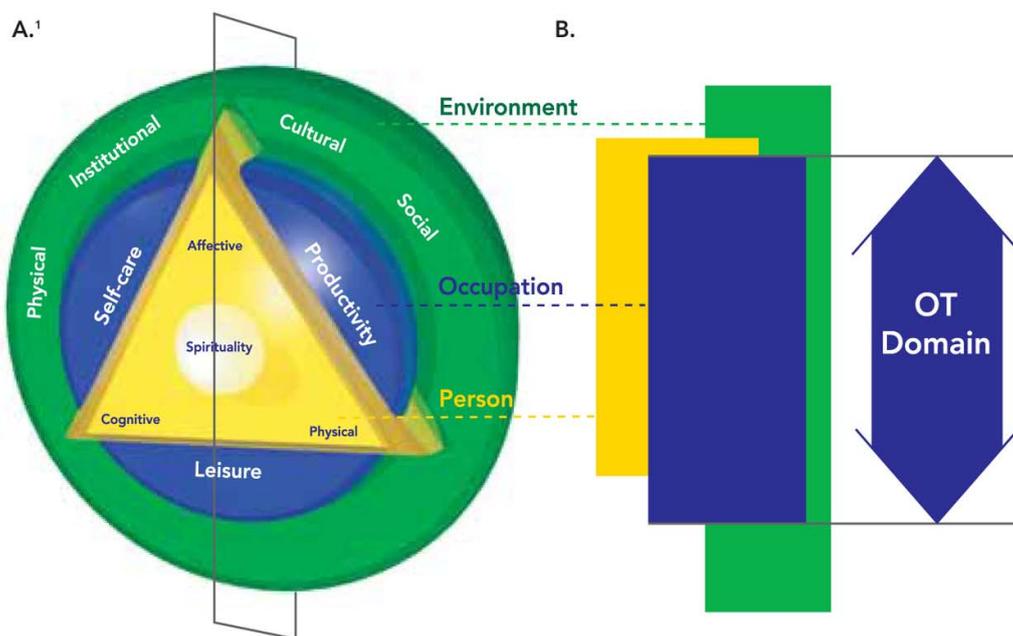
THOMAS, ALEXANDER (Hrsg.): Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen u. a. 1996 (2. Aufl. 2003).

**Arbeitsblatt 8: CMOP-E
CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE
AND ENGAGEMENT**



Das kanadische Modell der »occupational performance« beschreibt den Zusammenhang zwischen Personen, den Betätigungen, die sie ausführen, und der Umwelt, in der sie leben, arbeiten und spielen. Entwickelt wurde es vom kanadischen Berufsverband der Ergotherapeuten in Zusammenarbeit mit dem kanadischen Ministerium für Gesundheit und Soziales.

Die zwei Kernelemente des Modells sind *Klientenzentriertheit* und *Betätigung*.



Quelle: ELISABETH A. TOWNSEND u. a. (Hrsg.): Enabling Occupation II. Ottawa 2007, S. 23.

Im kanadischen Modell steht die *Spiritualität* des Individuums im Zentrum. »Spiritualität bezieht sich auf das ganz persönliche Innere, die Anteile einer Person, die sie motivieren, sich den Aufgaben und Tätigkeiten im täglichen Leben zu stellen« (MAROTZKI, 2002, S. 110).

Person

In der Art, sich zu betätigen, spielen charakteristische Züge einer Person, die affektive, kognitive und physische Komponenten enthalten, eine Rolle. »In der therapeutischen Situation ist es von Bedeutung zu erkennen und zu verstehen, welche dieser Performanzkomponenten einer Person bei den alltäglichen Betätigungen hilfreich sind oder welche sie hindern oder einschränken« (ebd.).

Affektive Komponenten

Alle sozialen und emotionalen Anteile, die bei Betätigung vorkommen

Kognitive Komponenten

Geistige Faktoren, wie Kognition, Intellekt, Konzentration, Gedächtnis und Beurteilung

Physische Komponenten

Alle sensorischen und motorischen Anteile, die bei Betätigung zum Tragen kommen

Environment / Umwelt

Die Betätigung einer Person wird sehr stark von ihrer Umwelt beeinflusst; das sind kulturelle, institutionelle, physische und soziale Faktoren. Auch diese Faktoren können sich positiv oder negativ auf die Betätigung auswirken.

Kulturelle Umwelt	Institutionelle Umwelt	Physische Umwelt	Soziale Umwelt
Traditionen und Werte von Personengruppen innerhalb einer Gesellschaft, auch ethnische Praktiken, Feier- und Routinegewohnheiten	Gesellschaftliche Praktiken und Institutionen, auch ökonomische, rechtliche und politische Institutionen wie Regierungen und Behörden	Natürliche und geschaffene Gebilde, in denen sich menschliche Betätigung abspielt	Beziehungen, Organisationsstrukturen innerhalb der Gemeinde sowie soziale Einstellungen und Überzeugungen

Performanzbereiche

Die Ausführung der Betätigungen einer Person findet in den drei Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit statt.

Selbstversorgung	Produktivität	Freizeit
Eigene körperliche Versorgung, Mobilität, Regelung persönlicher Angelegenheiten	Bezahlte/unbezahlte Arbeit, Haushaltsführung, Spiel/Schule	Ruhige Erholung, aktive Freizeit, soziales Leben

Bei Problemen in der Ausführung von Betätigungen ist es die Aufgabe des Ergotherapeuten, gemeinsam mit dem Klienten zu ergründen:

- welche Betätigungen für ihn wichtig sind
- welche er unbedingt durchführen will
- welche aufgrund seiner *Lebensrolle* von ihm erwartet werden
- ob er mit der Art und Weise der Betätigungsausführung zufrieden ist

Literaturempfehlung

MAROTZKI, ULRIKE: Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Berlin u. a. 2002.
 JEROSCH-HEROLD, CHRISTINA u. a. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Berlin u. a. 2004.
 GEORGE, SABINE: Praxishandbuch COPM. Idstein 2002.

Person

Woran erkennst Du die Spiritualität einer Person? Wie wird sie in den Komponenten der Person deutlich?

Kognitive Komponenten (Wahrnehmung, Intellekt, Konzentration, Verständnis, Denken, Urteilsvermögen)	
Affektive Komponenten (Stimmungen, Gefühle, Sympathien, Motivation, Antrieb)	
Physische Komponenten (Sensorik, Motorik, Sensomotorik)	

Umwelt

Wie durchdringt die Spiritualität einer Person die Umwelt, und welchen Einfluss hat die Umwelt auf die Spiritualität der Person?

<p>Kulturelle Umwelt (Gebräuche, Riten, Traditionen, alltägliche Gewohnheiten, Religionen, Haltungen und Werte, Rollenverständnis)</p>	
<p>Institutionelle Umwelt (Ämter, Behörden, Schul-, Versicherungs- und Gesundheitswesen)</p>	
<p>Physische Umwelt (Klima, Wetter, Gebäude, Straßen, alle Gegenstände, technische Geräte)</p>	
<p>Soziale Umwelt (soziale Kontakte, Einstellungen und Überzeugungen Organisationsstrukturen innerhalb einer Gemeinde)</p>	

Performanzbereiche

Wie zeigt sich Spiritualität in den verschiedenen Betätigungsbereichen? Was sind wichtige und bedeutungsvolle Aktivitäten?

<p>Selbstversorgung (Hygiene, Anziehen, Essen, Mobilität, Regeln persönlicher Angelegenheiten, Umgang mit Geld)</p>	
<p>Produktivität (Bezahlte und unbezahlte Arbeit, Haushaltsführung, waschen, kochen, spielen, zur Schule gehen)</p>	
<p>Freizeit (Lesen, Hobbys, Sport, Reisen, Freunde besuchen, telefonieren usw)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ruhige Freizeit • aktive Freizeit • soziale Freizeit 	

ANNE



»Meine Tochter ANNE ist jetzt 12 Jahre alt und besucht eine Tageseinrichtung zur individuellen Lebensbewältigung. Es handelt sich dabei um eine Schule für geistig Behinderte, in der jetzt langsam mit der Integration von Grundschulern begonnen wird. In der Praxis sieht es so aus, dass seit zwei Jahren 16 unserer Schüler in einer Grundschule unterrichtet werden. Jetzt ist es endlich soweit, dass umgekehrt Grundschulklassen dauernd ihren Schulalltag in unseren Räumlichkeiten verbringen sollen.

Meine Tochter besucht diese Schule seit 6 Jahren, sie konnte glücklicherweise mit 6 Jahren eingeschult werden. Wir alle in der Familie waren froh darüber und auch sehr stolz, denn der Weg dahin war ebenso steinig wie bei allen anderen CDG¹-Kindern auch.

Gerade die ersten Lebensjahre waren sehr problematisch. Den Druck und die ständige Frage einer fehlenden endgültigen Diagnose haben wir ähnlich wie andere Eltern durchlitten. Am schlimmsten daran war für mich, dass ich mich von den Ärzten nicht ernst genommen und unverstanden fühlte.

Gerade die ersten Jahre waren sehr problematisch [...]. Meine Tochter war 3 Jahre alt, als sie diagnostiziert wurde, 1992 natürlich noch nicht zweifelsfrei – wir alle kennen ja die Zeittafel der CDG-Forschung.

Fest stand nur, dass eine schwere geistige Behinderung und körperliche Beeinträchtigung vorliegen. Es wusste niemand, was unsere Kleine haben könnte, und nach dem ersten Schock musste es erst einmal weitergehen, vor allem für sie.

Zum Zeitpunkt, als sicher eine geistige Behinderung diagnostiziert wurde, war ANNE 5 Monate alt. Wir versuchten also, ANNE ständig Nahrung einzutrichern, eine Tagesstätte für behinderte Kinder zu finden und ansonsten das Leben nach ihren Bedürfnissen zu gestalten. Allerdings war es für uns viel leichter als für andere Kinder/Eltern/Familien, denn wir hatten zu diesem Zeitpunkt noch nicht mit so einschneidenden Problemen wie dauerhafter Infektanfälligkeit und der Notwendigkeit einer Magensonde zu kämpfen. Mittlerweile sorgen auch wir uns über die Häufigkeit von Infekten und Krampfanfälle bei ANNE.

ANNE war 5 Jahre in einer Einrichtung für Kleinkinder, die behinderte Kinder integrierte. Diese Einrichtung würde heutigen Maßstäben der Frühförderung nicht mehr genügen. Aber eine andere Möglichkeit gab es zu dem Zeitpunkt nicht, und auch ANNES Betreuerinnen dort haben Anteil an der weiteren Entwicklung, die ANNE nehmen konnte.

Ich sprach schon von der Schule, die sie nun besucht. Unsere Kinder können dort mit 6 Jahren eingeschult werden. Im Regelfall (der hier natürlich selten vorkommt) durchlaufen die Kinder und Jugendlichen eine Schulzeit von 12 Jahren in vier Stufen: Unterstufe, Mittelstufe, Oberstufe und Werkstufe. Vorbereitet wird auf eine Arbeit in einer Behinderten-Werkstatt, nicht erst in der Werkstufe, sondern auch schon in den Jahren davor. ANNE besucht jetzt die erste Klasse der Oberstufe und kann sich z. B. im Neigungsunterricht entscheiden, wo sie arbeitet. Ich bin voller Hoffnung, dass ANNE, wenn es soweit ist, in der Lage sein wird, alltäglich Arbeit zu verrichten – und dass mit Freude.

Obwohl ich selbst andere Vorstellungen für meinen Lebensweg hatte, die ich aufgegeben habe, um mich um meine schwerstbehinderte Tochter zu kümmern, hadere ich nicht mehr damit. Auch das musste erst einmal gelernt werden, aber damit bin ich ganz sicher nicht allein. Wohl alle, die es unvorbereitet traf, müssen den Weg noch gehen.

Angst, Machtlosigkeit, mitunter auch Zorn. Heute sind meine Sorgen anderer Art. Vor allem habe ich Angst vor der Zukunft, denn ANNES Allgemeinzustand ist im Moment nicht besonders

¹ CDG (Congenital Disorders of Glykosylation) ist ein genetisch bedingter Stoffwechseldefekt.

gut. Die Frage, ob sie jemals selbständig leben kann, stellen wir uns nicht, denn sie ist zweitrangig. Wichtig ist, dass sie weiterhin gut und in Geborgenheit leben wird. Deshalb habe ich manchmal mehr Angst, dass mir etwas passiert, was mich nicht mehr in der Lage sein lässt, sie weiterhin bei mir wohnen zu lassen, als dass ANNE selbst etwas zustößt.

Ärger bereitet mir die Organisation ganz alltäglicher Dinge, die Rolli-Fahrer aus oft unverständlichen Gründen vieles erschwert. Barrieren und Hindernisse, über die Fußgänger nicht oder zu wenig nachdenken.

Im Umgang mit Menschen und was das Verständnis anderer für die Behinderung von ANNE betrifft, habe ich nur gute Erfahrungen gemacht. Anne selbst nimmt Kontakt auf, und die Berührungssängste bei Nachbarn, Kollegen und Bekannten schwinden schnell.

Unser Leben normalisiert sich mehr und mehr, je älter sie wird. Zum Beispiel hat sich ANNE auch an das Verreisen gewöhnt, was früher nicht möglich war, da sie mit Angst auf die Ankündigung, nicht zu Hause zu schlafen, reagierte. Bis heute bedürfen derartige Veränderungen der behutsamen Vorbereitung. Mittlerweile sind also auch Urlaubsreisen und Übernachtungen möglich. Ihre Offenheit und freudige Neugier muss sich dann aber mit sichtlich geleisteter Tapferkeit paaren.

Noch bis vor zwei Jahren schlief ANNE nur zu Hause oder bei ihrer Oma – allerdings könnte man das auch als ihr zweites »Zuhause« bezeichnen, denn ANNE verbringt dort sehr viel Zeit. Sicher deshalb, weil beide die Wochenenden und Ferienzeit mögen, die sie gemeinsam verbringen können, aber vor allem hilft mir meine Mutter, indem sie mir ein Stückchen Freiheit schenkt. Nicht nur, dass sie großen Anteil an ANNES Entwicklung und Förderung trägt, sie nimmt auch eine Menge Druck von mir und ermöglicht mir etwas Unabhängigkeit.

Hilfe ist überhaupt nötig, und ich bin sehr dankbar, dass meine Familie und mein Lebensgefährte neben mir stehen und mich unterstützen, wie ich auch auf das Verständnis meiner Freunde und Freundinnen bauen kann. Um es klar zu sagen – Verständnis für mich, meinen Lebensplan und für ein bisschen weniger Zeit für sie.

Für mich ist das alles immer am wichtigsten gewesen, denn nach den bisherigen Jahren mit ANNE heißt »Leben mit einem behinderten Kind« für mich nicht anderes als »Leben mit einem Kind«. Das leben wir alle gemeinsam und sind glücklich.«

PETRA KOPMANN

Quelle: Bundesverein CDG-Syndrom (Hrsg.): Wie das Leben eben ist. Erfahrungen mit besonderen Kindern. Eltern als Autoren. Seester 2001, S. 30f.

Leitfragen

- Worin zeigen sich in dieser Darstellung der Mutter Werte, Wünsche, Spiritualität der Familie?
- Welche Entscheidungen der Familie lassen sich daraus begründen?
- Gibt es etwas, was Du anders entscheiden würdest, wenn Du in derselben Situation wärst?
- Welche Rollen nehmen Mutter und Tochter ein?
- Wo siehst Du die Grenzen der Belastbarkeit der Mutter bzw. der Familie?
- Woher nimmt die Mutter/die Familie die Kraft, um mit den Belastungen umzugehen?

DOROTHEA



»Wo fängt man an, wenn man anderen Mut machen will, ihr Leben ohne Alkohol zu leben, ich fang mal bei heute an.

Ich bin 43 Jahre alt und Mutter von 4 Kindern im Alter von 19, 18, 14 und 7 Jahren, lebe von meinem Mann seit 3 Jahren getrennt und bin seit 5 Jahren trocken, die letzten 4 zufrieden trocken.

Ich bin in einem Dorf aufgewachsen, sehr behütet, in dem jeder jeden kannte. Zur Schule ging es dann in den nächstgrößeren Ort. Dort wurde mehr oder weniger der Grundstein für meinen Lebensweg gelegt. In der Schule wurde ich gehänselt, die kleine Doofe vom Dorf, dann noch geschiedene Eltern. Mein Selbstbewusstsein wurde im Keim erstickt. Ich traute mir nichts zu, bekam immer mehr Komplexe.

Dass ich mich auch in meiner Jugend nicht traute in die Disco zu gehen oder sonstige Jugendveranstaltungen zu besuchen, versteht sich von selbst. Bis 14, 15 etwa habe ich mit den Jungen im Dorf Fußball und so gespielt. So mit etwa 16 fingen wir an in der Dorfkneipe rumzuhängen, Knobel und Karten spielen. Natürlich wurde dort auch getrunken, welches Ausmaß das alles hatte, ist mir erst im Nachhinein klar geworden.

Dort lernte ich auch recht bald meinen späteren Mann kennen, 12 Jahre älter als ich und damals schon recht gut dabei mit dem Trinken. Naiv wie ich war, habe ich das damals auch nicht gesehen, ich war auch nicht sehr wählerisch mit meinem angeknacksten Selbstwertgefühl.

Mit nicht einmal 20 war ich dann verheiratet, habe einen Beruf gelernt. Wir gingen beide arbeiten und haben unsere Freizeit mehr oder weniger in der Dorfkneipe verbracht. Dort wurde gespielt, natürlich darum, wer die nächste Runde bezahlt. Zu dem Zeitpunkt konnte ich noch jederzeit auf alkoholfreie Getränke umschwenken. Aber die Gewöhnung und damit die Toleranz nahmen stetig zu.

Mit 24 bekam ich unseren Sohn, die 2-Zimmerwohnung wurde zu klein, wir brauchten eine größere Wohnung, im Dorf war nichts frei, also in den nächsten Ort. Das hat alles eine Weile gedauert. Kaum waren wir dort eingezogen merkte ich, dass ich wieder schwanger war.

Ich hatte mittlerweile einen Minijob, aber in dem neuen Ort keine Freunde gefunden. Mein Mann fuhr täglich um 17 Uhr in die Kneipe, ich saß mit Kind, Arbeit und Haushalt allein zu Hause. Als meine Tochter dann geboren war, wurde alles nur noch schlimmer, ich war immer allein und völlig überfordert. Mein Mann kümmerte sich um nichts, und ich fing an, abends Bier zu trinken, aus ein bis zwei Flaschen wurden recht schnell mehr.

Mir war bald klar, dass ich ein Problem hatte, aber die Scham, die Angst ließen mich nicht handeln. Ich soff weiter. 4 Jahre später war ich wieder schwanger und gab meinen Minijob auf. Meine Familie lieb uns Geld, damit wir bauen konnten und aus der kleinen Wohnung raus kamen. Auch hier glänzte mein Mann mit Abwesenheit. Ich frage mich heute oft, wie ich das damals alles geschafft habe. Ich habe trotz der Schwangerschaft öfter getrunken. Die Sucht hatte mich voll im Griff.

Das Geld reichte nicht mehr zum Weggehen, mein Mann soff nun auch zu Hause und hat seine Unzufriedenheit an uns ausgelassen. Streit, Suff und Scham lösten einander ab, und die Zeit verging. Als meine jüngste Tochter 7 war, merkte ich, dass ich wieder schwanger war. Ich war totunglücklich, hatte furchtbare Angst um das Ungeborene, konnte mich aber jetzt immer noch nicht aus dem Teufelskreis befreien. Auch dieses kleine Mädchen ist Gott sei Dank gesund.

Es sollten noch 2 weitere Jahre vergehen, bis ich endlich die Kurve bekam. Ich soff mittlerweile manchmal schon am Vormittag, meine Kinder litten furchtbar, all das war mir so klar, ich wollte das alles nicht mehr, wusste mir aber irgendwie nicht wirklich zu helfen, ich schämte mich so unendlich, so versagt zu haben.

Dann kam mein Tag, ich hatte aus lauter Wut und Frust schon am Vormittag getrunken. Ich bin dann zum Einkaufen gefahren, statt zu laufen, warum ich das tat, weiß ich nicht, ich kann mich daran nicht erinnern, Alkohol war noch genug da. Als ich nach Hause kam, erwartete mich die Polizei, all das ist in dichtem Nebel, ich weiß es nur aus dem Protokoll. Es folgte Blutabnahme und Führerscheinentzug, die Beamten waren so nett, mich wieder nach Hause zu bringen.

Kurz nachdem ich mich völlig verzweifelt wieder meiner Flasche zugewandt hatte, klingelte es. Meine Nachbarin stand vor der Tür und bot mir Hilfe an. Ich bin ihr heute noch so unsagbar dankbar. Sie rief bei meinem Hausarzt an und machte einen Termin für den nächsten Morgen, ebenso bei der Suchtberatung.

Ich bekam auch gleich die Zusage zur stationären Entgiftung am nächsten Tag. Ich fing noch im Suffkopp an, meine Koffer zu packen. Meine Nachbarin rief dann noch meine Mutter an, dass sie am nächsten Morgen kam, um sich um die Kinder zu kümmern.

Am nächsten Tag pünktlich um 7 stand sie wieder auf der Matte, packte mich samt Koffer in ihr Auto und brachte mich erst mal zum Arzt, der hatte die Einweisung schon fertig, sagte mir, dass er mich nicht untersuchen muss, da das ja gleich im Krankenhaus geschieht. Er hat mir alles Gute gewünscht und gesagt, dass ich kommen soll, wenn ich entlassen werde.

Danach ging es zur Suchtberatung. Dort wurden meine Daten aufgenommen und mir einige Möglichkeiten der Therapie erklärt. Da ich noch nicht nüchtern war, sollte ich mich erst nach der Entgiftung entscheiden, hierfür haben wir dann gleich einen Termin gemacht. Von hier aus ging es dann direkt ins Krankenhaus.

Auch hier wurde ich sehr nett und keinesfalls abfällig behandelt. Ich bekam Medikamente, die die Entzugserscheinungen dämpfen. Die ersten Tage habe ich so fast verschlafen. Mein Mann hat mich in der Zeit ein Mal besucht und mir nur Vorwürfe gemacht, das hat mich erst recht in meinem Beschluss bestärkt, dass ich das nicht mehr will.

DOROTHEAS Leben nach dem Alkohol

Mein Körper war jetzt frei vom Gift, aber nicht mein Kopf. Die wirkliche Arbeit stand mir jetzt bevor, und Probleme gab es mehr als genug. Das erste nahm mich gleich bei meiner Entlassung in Form meiner Schwiegermutter in Empfang. Den ganzen Weg nach Hause hagelte es Vorwürfe. Wie ich meinen Mann so bloßstellen konnte, indem ich mit meiner Sauferei ins Krankenhaus gehe, anstatt einfach damit aufzuhören.

Zuhause empfing mich ein Kasten Bier gleich hinter der Tür. Mein Mann war arbeiten, die Grossen in der Schule, die Kleinste bei meiner Mutter. Ich habe mich umgezogen, bin zum Bus gedackelt und erst mal zu meiner Mutter, die Kleine abholen. Dann habe ich mich um meine Termine gekümmert.

Bei der Suchtberatung war mir sehr schnell klar, dass ich eine ambulante Therapie wollte, schon wegen der Kinder. Davon war der Therapeut nicht sehr begeistert, nachdem er hörte, dass mein Mann auch säuft. Hat dann aber nachgegeben, weil ich stur und dumm, wie ich damals war, sonst sicher nicht gegangen wäre. Auf einer Option hat er aber bestanden, dass, sollte ich trinken, die Therapie sofort in eine stationäre gewandelt wird. Damit konnte ich leben, ich wusste zwar nicht, was ich wollte, aber dafür sehr genau, was ich nicht wollte, und das war je wieder Alkohol trinken.

Bis die Therapie beginnen konnte, wurde ich in einer so genannten Auffanggruppe betreut. Wir trafen uns ein Mal die Woche. Ich stolperte zwar täglich über irgendwelche Flaschen, blieb aber eisern. Ich hatte das Gefühl, dass mein Mann noch mehr Alk als sonst nach Hause schleppte, um mich zum Rückfall zu verleiten. Dieser Gedanke hat mich richtig wütend gemacht, und nun wollte ich es Ihm erst recht zeigen, dass ich ohne kann. Wie oft habe ich meinen Sohn gebeten, die Flaschen zu verstecken, dass ich sie nicht sehen musste.

Die Therapie lief dann so ab, das ich jede Woche 3 Stunden Gruppengespräche hatte, dazu kamen noch alle 14 Tage Einzelgespräche, bei Bedarf öfter, und ein Mal im Monat ein Gespräch mit den Angehörigen. Dahin kam mein Mann natürlich nie mit. Ich bin da 1 Jahr lang brav hingedackelt und habe mit meiner Diskutiererei und Sturheit die Therapeuten jede Menge Nerven gekostet. Sie waren so manches Mal der Meinung, ich bin kurz vor einem Rückfall, schon erst recht, wenn zu Hause immer Alkohol rumsteht.

Ich habe lange rumgeeiert, aber nicht getrunken. Kurz vor Ende der Therapie ist dann etwas mit mir passiert, es hat irgendwie Klick gemacht. Ich weiß nicht, wie ich das beschreiben soll. Von Heute auf Morgen habe ich meine Art zu denken geändert. Die Krankheit als solche akzeptiert. Ich habe begriffen, dass es Dinge gibt, die ich einfach nicht ändern kann, egal was ich tue, die ich einfach so hinnehmen muss. Von da an brauchte ich nicht mehr gegen den Alkohol zu kämpfen, er war mir egal geworden. Es störte mich nicht mehr, wenn jemand neben mir stand und trank, kein Neid mehr, dass ich das nicht mehr darf. Keine Verzichtsgefühle mehr. Es gab nur noch »ich will nicht, weil ich es nicht mehr brauche.«

Ich hatte mein Ziel erreicht, ich war zufrieden trocken. Die Therapie war zu Ende, den Führerschein bekam ich danach auch schnell zurück. Mein Leben normalisierte sich. Ich habe noch ein Jahr lang versucht, nun auch meinen Mann zur Therapie zu bewegen, aussichtslos, er war seiner Meinung nach ja nicht abhängig. So haben wir uns schließlich getrennt. Er hängt immer noch an der Flasche.

Es war natürlich nicht einfach die erste Zeit allein mit den Kindern. Das Geld war knapp, aber auf jeden Fall besser als der ewige Streit. Ich fand bald wieder einen Minijob, und es wurde leichter. Meine Grossen fingen an, mich mit in die Disco zu nehmen, ein sehr kleiner, fast familiärer Laden. Ich habe mich dort sehr schnell mit den Stammgästen und dem Personal angefreundet, meine Krankheit habe ich nicht verheimlicht. Keiner hat ein Problem damit, dass ich nicht trinke. Die meisten setzen sich mit einem Kaffee oder einer Cola zum Klönen zu mir, weil ich immer ein offenes Ohr habe und nie benebelt bin.

Ich habe heute wieder einen großen Freundeskreis, das Alter reicht von 18-80. Ich habe Selbstvertrauen, weiß wer ich bin, kann über mich selbst lachen. Ich muss es niemandem mehr recht machen, ich bin nur noch für mich und meine Kinder verantwortlich. Ich bin glücklich.

Es war ein sehr langer harter Weg bis hier her, ich bin glücklich ihn gegangen zu sein.

Mein größter Dank gilt meiner Nachbarin, danke MARIANNE, du hast mir das Leben gerettet.»

DOROTHEA

Quelle: <http://www.alkoholiker-hilfe.de/lebensgeschichten-alkohol/lebensgeschichte-dorothea.html>

Leitfragen

- Woher bezieht DOROTHEA die Kraft, mit dem Trinken aufzuhören?
- Welche Rollen verliert DOROTHEA durch den Alkohol und gewinnt sie dann wieder?
- Was sind ihre Werte, woher nimmt sie ihre Motivation?
- Was hat sie (als Kind, Jugendliche, Erwachsene) geprägt?

Frau F.



»Meine Mutter ist 73 Jahre alt, war immer topfit und leistungsfähig, bis sich schleichend und eher unauffällig Alzheimer einstellte. Zunächst war alles noch recht unauffällig. Die Altersvergesslichkeit wurde von ihr vorzüglich entschuldigt und kaschiert. Aber irgendwann ging es mit ihr rapide bergab. Mir ist diese gravierende Entwicklung vor etwa 3 Jahren erstmalig aufgefallen, dass mit ihr etwas nicht stimmt. Ich brachte sie nach dem Geburtstagskaffee zur Tür, und sie lief plötzlich in die falsche Richtung, um nach Hause zu gehen. Dann kam die Phase, dass sie ständig in ihrer Handtasche kramte und nach irgendetwas suchte. Die nächste Stufe war, dass sie Licht brennen ließ, die Herdplatten nicht abstellte und äußerlich zu verwahrlosen begann. Sie hatte völlig abgedreht, bekam nichts mehr mit. Mich machte das unendlich traurig, nicht mehr mit meiner Mutter, wie gewohnt, alles besprechen, sie überhaupt nicht mehr erreichen zu können. Irgendwann war sie in einer anderen Welt, zu der ich keinen Zugang hatte. Ich fühlte mich ohnmächtig, hilflos, außen vor. Weil ich selber allein stehend und in Folge voll berufstätig sein muss, blieb mir nichts anderes übrig, als meine Mutter schweren Herzens in ein Pflegeheim zu geben. Obwohl ich vom Verstand her weiß, dass meine Mutter nicht mehr allein leben kann, weil sie nicht mehr weiß, wer sie ist, wo sie wohnt, keine Toilette mehr findet und hilflos geworden ist, wie ein Kind, wehrt sich mein Gefühl gegen diese Rückentwicklung und will das nicht akzeptieren. Einmal ist sie aus dem Heim weggelaufen und musste mit Hilfe der Polizei gesucht werden. Während Kinder um Hilfe rufen können, wenn sie sich verlaufen haben, war meine Mutter so erschrocken, nicht zu wissen, wo sie war, dass sie erstarrte und verstummte und die Angst sie lähmte. Das Schlimmste ist für mich, dass es bei meiner Mutter keinen Rückweg, keine Hoffnung auf Besserung mehr gibt, nur noch ein Fortschreiten des Persönlichkeitsverlusts. Es tut mir weh feststellen zu müssen, dass meine Mutter selbst im Heim nicht mehr in ihr Zimmer zurückfindet. Noch trauriger macht es mich, wenn sie die Türklinke anstarrt und nicht weiß, wie sie funktioniert oder wie sie zu bedienen ist. [...]

Für mich ist das Leben sehr anstrengend geworden, weil ich in ständiger Anspannung leben muss. Abgesehen davon habe ich große Angst, dass auch ich im Alter Alzheimer bekommen könnte mit dem Schicksal eines so unwürdigen Endes. «

Quelle: DOROTHEE DÖRING: Rollentausch. Wenn Eltern in die Jahre kommen. Neukirchen-Vluyn, 2004, S. 62f.

Leitfragen

- Warum fällt es der Tochter so schwer, die fortschreitende Demenz der Mutter zu akzeptieren?
- Wie verändern sich die Rollen von Mutter und Tochter?
- Was macht das Leben für die Tochter so anstrengend? Warum hat sie so große Probleme damit, ihre Mutter in einem Altersheim unterzubringen?
- Wie würdest Du entscheiden, wenn Du in ihrer Situation wärest?
- Welchen Rückhalt könnte sich die Tochter suchen, um mit ihren Ängsten umzugehen?

GERD



»Was ist Lebensqualität? Wann ist das Leben für mich zu Ende? Diese Fragen haben mich, seit 1999, wo ich zu ahnen begann, dass ich vielleicht an einer unheilbaren, progredienten, neuromuskulären Krankheit litt, immer wieder beschäftigt.

Meine Mutter starb im selben Jahr an Parkinson Plus, einer anderen neurologischen Krankheit. Sie hat ihr Schicksal nie akzeptiert und machte das Leben meines Vaters, der sie fast bis zu ihrem Ende gepflegt hat, zur reinsten Hölle. Sie konnte nicht ertragen, dass er noch relativ gesund war, während es ihr immer schlechter ging. Als meine Mutter starb, war sie nur noch ein hilfloses Bündel, ohne Möglichkeit ihren Willen oder Wunsch zu äußern. Ohne Sprechvermögen, durch eine Trachialkanüle beatmet und durch eine Magensonde ernährt, war sie der Willkür von anderen Menschen ausgeliefert. Die Frage, ob für sie das Leben noch einen Sinn hatte, konnte sie leider nicht mehr beantworten.

Als mir meine endgültige Diagnose, Amyotrophe Lateralsklerose² (ALS), mitgeteilt wurde, stand für mich von vornherein fest, dass ich nicht so enden wollte wie meine Mutter.

Nun lebe ich schon 6 Jahre mit der Gewissheit, dass ich an ALS leide, und mehr als 10 Jahre, seitdem ich die ersten Einschränkungen in meinem Leben hinnehmen musste. Ich war ein Workaholic und Endorfinjunkie, für den, neben der Familie, die Arbeit und die körperliche Fitness alles bedeutete.

Im Laufe der Jahre habe ich dem Begriff Lebensqualität immer wieder einen neuen Inhalt geben müssen. Der Mensch ist halt, wie ein Kollege, in einem anderen Zusammenhang, sagte, sehr anpassungsfähig. Für jeden Menschen gibt es aber eine Grenze, die er nicht überschreiten will.

Ich bin jetzt in einer Situation, wo ich mich nicht mehr ohne Sprechhilfegerät verständigen kann, wo ich auf meinen Rollstuhl angewiesen bin, mit meiner Hand aber kaum noch den Joystick vom Rollstuhl bedienen kann. Welche Lebensqualität habe ich denn noch?

Ich bin ein lebensfroher, kommunikativer Mensch, der gutes Essen und guten Wein, in geselliger Runde unter Freunden, genießt. Das ist es, was mir an Lebensqualität erhalten geblieben ist.

Wenn ich nicht mehr mit meinem Umfeld kommunizieren kann oder nicht mehr natürlich essen und atmen kann, dann habe ich die Grenze erreicht, wo für mich das Leben zu Ende ist.

Ein Film von ARTE über das Leben mit ALS schildert, wie einige Betroffene ihr Schicksal erleben. Der Film zeigt, dass fast alle Betroffenen eine Meinung haben, wann für sie das Leben zu Ende ist, auch wenn für jeden von ihnen die Grenze anders aussieht.

Ich kann nur jedem schwerkranken Menschen empfehlen, sich, soweit er es noch kann, Gedanken darüber zu machen, wie er sterben möchte. Nachdem ich diesbezüglich meinen Willen in meiner Patientenverfügung zu Papier gebracht habe, kann ich entspannt meine letzte Zeit noch genießen. Für einen gesunden Menschen muss es schwierig sein, eine Patientenverfügung zu verfassen. Woher soll er wissen, wo die Grenze ist, wo für ihn das Leben aufhört, einen Sinn zu haben. Seine Grenze wird einem erst mit dem Fortschreiten der Krankheit bewusst. So war es für mich. Dennoch will ich jedem Menschen raten, eine Patientenverfügung zu schreiben.

Als ich noch gesund war, hatte ich ganz andere Vorstellungen von dem, was für mich im Leben wertvoll war. Erst als meine Einschränkungen deutlicher wurden, wurde mir klar, wann für mich das Leben keinen Sinn mehr hat.

Das Schlimmste, was mir passieren kann, ist, dass ich mich nicht mehr mit meinem Umfeld verständigen kann und meinen Willen nicht mehr äußern kann.

² Amyotrophe Lateralsklerose ist eine progressive degenerative Erkrankung des motorischen Nervensystems, die mit einer irreversiblen Lähmung der Willkürmotorik einhergeht.

Ich spüre keine Angst vor dem Sterben, aber ich verspüre Angst beim Gedanken, der Willkür von Fremden ausgeliefert zu sein, wenn es so weit ist. Ich glaube, dass ich diese Angst mit vielen anderen teile. Hand aufs Herz, ist es nicht so? Jeder Mensch muss letztendlich selbst entscheiden, wann für ihn das Leben keinen Sinn mehr hat. Die Verantwortung kann kein anderer übernehmen, kein Arzt und schon gar keine Angehörigen.

Wann und wie er es macht, hat kein weltliches Gesetz zu bestimmen, vorausgesetzt, der Mensch ist beim Äußern seines letzten Willens noch bei vollem Verstand.«

GERD STETTER

Leitfragen

- Was bedeutet Lebensqualität für GERD?
- Wie verändert sich der Begriff Lebensqualität im Laufe seines Lebens?
- Kannst Du GERDS Entscheidung, auf künstliche Beatmung und Ernährung zu verzichten, akzeptieren? Wie sähe Deine Entscheidung aus?
- Was wünschst Du Dir für Dein Lebensende? Wie möchtest Du sterben?

Herr B.



»Da kann man nichts machen, sein Gehirn ist irreparabel zerstört. Ihr Mann leidet unter einem apallischen Syndrom, auch Wachkoma genannt. Er wird niemals wieder aus seiner Bewusstlosigkeit aufwachen. Sie werden sich um ein Pflegeheim bemühen müssen.«

Als Frau B. die Patientenverfügung ihres Mannes vorlegt, sagten die Ärzte, es zähle in diesem Fall nicht, denn ihr Mann sterbe schließlich nicht, sondern brauche nur künstliche Ernährung. Dafür bräuchten sie die Erlaubnis, eine Magensonde legen zu dürfen. »Und wenn ich mich weigere?« fragte die Ehefrau. »Dann wird er eben über die Nase ernährt«, erklärten die Ärzte. Das sei das Gleiche. Die Antwort war falsch, aber Frau B. wusste es nicht und unterschrieb. Es sollte nicht das letzte Mal bleiben, übergangen, entmündigt und bevormundet zu werden: Behandlungen ohne Zustimmung, falsche Abrechnungen, einbehaltene Arztberichte. Vor kurzem wurden Herrn B.s Haare abrasiert, um die Pflege zu erleichtern, wie es nachträglich hieß. »Er hätte das nie gewollt«, sagt seine Frau erschüttert. »Und wenn er wüsste, wie ihm die Schwestern manchmal die Wange tätscheln, wie einem Kind, dann hätte er sich dagegen gewehrt«.

Stets waren B.s auf Unabhängigkeit bedacht, weder lagen sie jemals im Krankenhaus, noch standen sie jemals vor Gericht. Doch nun musste Frau B. erleben, wie Fremde: Ärzte, Pfleger, Richter über das Leben ihres Mannes entschieden und seinen wichtigsten Wunsch ignorierten. Er wollte nicht so dahinvegetieren und hatte das schriftlich niedergelegt. Frau B. kann nicht verstehen, warum die Patientenverfügung nicht akzeptiert wurde.

Jeden zweiten Tag besucht Frau B. ihren Mann im Heim. Eigentlich handelt es sich hierbei um Kontrollvisiten, um nachzuschauen, ob ihr Mann wenigstens pflegerisch gut versorgt wird. Selten bleibt sie länger als 15 Minuten, dann geht sie wieder, denn dieser Mann, den sie wegen seiner vielen Fähigkeiten so bewundert und geliebt hat, mit dem sie ihr ganzes Leben verbracht hat, liegt vor ihr wie ein lebender Vorwurf. Immer wieder wird sie an seine letzte Verfügung erinnert, die unwirksam ist.«

Quelle: DOROTHEE DÖRING: Rollentausch. Wenn Eltern in die Jahre kommen. Neukirchen-Vluyn, 2004. S. 138f.

Leitfragen

- Stimmen die Werte von Herrn und Frau B. mit Deinen eigenen Werten überein?
- In welchem Dilemma befindet sich Frau B.? Warum ist es für sie so schwierig, die derzeitige Situation zu akzeptieren?
- Wo zeigen sich Unterschiede in der Sichtweise der Ärzte und Schwester und den Wünschen des Ehepaares?
- Wie würde ein klientenzentrierter Umgang mit Herrn B. aussehen?

RALF



RALF: Weil ich nicht sprechen kann

»Ich bin behindert seit meiner Geburt. Das Schlimmste daran ist, dass ich nicht sprechen kann. Es ist schwierig, sich den Leuten mitzuteilen. Als ich klein war, habe ich mich mit meinen Eltern über die Augen (Zeigen), ja-nein-Fragen und Körperzeichen unterhalten. Das hat nicht ausgereicht, weil sie vieles nicht verstanden haben. Andere Leute haben mich gar nicht verstanden.

Dann bin ich in die Schule gekommen. Ich habe Schreibmaschine gelernt und später am Computer (C64) gearbeitet. Aber weil ich nicht sprechen kann, kann ich auch nicht gut schreiben. Die Schreibmaschine und der C64 waren wichtig, weil ich damit Lesen lernen und am Unterricht teilnehmen konnte, aber verständlich machen konnte ich mich damit nicht.

Dann habe ich von URSI BLISS³ gelernt. Ich bin sehr dankbar dafür. Die BLISS-Tafel ist immer noch das wichtigste Kommunikationsmittel für mich.

Als ich im REHA-ZENTRUM NECKARGEMÜND war, habe ich angefangen, mit BYPASS (Bildschirmtastatur) an einem PC zu arbeiten.

Für die »Alltagssprache« benutze ich BLISS, aber weil ich den Computer habe, kann ich Briefe an Freunde schreiben, zeichnen, mir Notizen machen, wenn ich mit jemandem reden möchte. Und sehr wichtig ist auch, dass ich damit mal Geld verdienen kann.

Seit zwei Jahren bin ich in einer Werkstatt für Behinderte in der Fördergruppe. Weil ich nicht sprechen kann, habe ich einen Individualbetreuer. Mein Computer steht in der Produktionshalle, und ich arbeite bis zu vier Stunden am Tag. Ich erledige kleine Abschreibarbeiten. Oder ich schreibe Briefe für mich selbst, z. B. ans Fernsehen oder an meine Freunde. Wenn ich einen längeren Artikel schreiben möchte, so wie diesen, mache ich mir Stichpunkte und schreibe dann mit meiner Betreuerin ordentliche Sätze.

Am Wochenende nehme ich meinen Computer mit nach Hause. Da habe ich mehr Zeit zum Überlegen.

In ein paar Jahren will ich in eine Wohngemeinschaft ziehen. Dann werde ich den Computer auch als Umweltkontrolle brauchen. Es wird wichtig sein, dass ich einen Zivi habe, mit dem ich reden kann.

Es ist blöd, dass das Reden mit den Hilfsmitteln so lange dauert. Wenn mein Partner nicht die Ruhe hat, kann ich nichts sagen. Und manchmal will ich etwas sagen, und mir fallen einfach nicht die richtigen Worte ein.

Mein Ziel ist es, mit meiner Arbeit am Computer Geld zu verdienen und so zu leben, wie ich es mag.«

GISELA MAGENREUTER: Am Anfang saßen wir stundenlang vor dem Computer

»Mein Sohn ist inzwischen 25 Jahre alt; wenn ich an die Zeit zurückdenke, wo noch alles offen war, als wir noch nicht wussten, wie groß die Behinderung sein würde, weiß ich heute, dass Lehrer, Therapeuten, wir Eltern, eben alle Menschen, die sich mit Behinderung und vor allen Dingen mit dem Wesen meines Sohnes »auseinandergesetzt und eingelassen« haben, ihm die Möglichkeit gaben, sich weiterzuentwickeln.

RALF ist seit seiner Geburt durch Sauerstoffmangel mehrfach behindert. Er sitzt im Rollstuhl, kann nicht sprechen und seine Glieder nicht gezielt einsetzen.

Die medizinische Diagnose lautet: Infantile Cerebralparese, spastisch-athetotische Tetraplegie, Anarthrie. Das »Nichtsprechenkönnen« (Anarthrie), was nicht gleichzeitig »Nichtverstehen«

³ BLISS ist ein piktogrammartiges Kommunikationssystem.

bedeutet, mit seinen Mitmenschen sich nicht spontan verständigen können, bezeichne ich bis zu seinem 18. Lebensjahr als die schlimmste Behinderung. Im Kindes- und Jugendalter verständigte er sich durch Mimik und Gestik. Das war oft mühsam und kostete sehr viel Zeit. Im 18. Lebensjahr lernte er, mit der BLISS-Symbolsprache umzugehen. Seine Lehrerin entwickelte eine zusammenklappbare BLISS-Tafel, diese Tafel konnte er überallhin mitnehmen. Von diesem Zeitpunkt an konnte er sich auch mit fremden Menschen verständigen. Dabei orientiert er sich heute nicht mehr vorrangig an den BLISS-Symbolen. Er kann auch buchstabengeschriebene Wörter lesen. Diese BLISS-Tafel war und ist ein großer Fortschritt für meinen Sohn.

Dann hielt der Computer Einzug in die MARTINSCHULE in Ladenburg. RALFS damaliger Lehrer hatte viele Ideen, wie er am Computer schreiben lernen könnte. Er sprach mit mir über Hardware und Software, Chips und Disketten, über Schnittstelle, Adapter und kompatibel. Von diesen Begriffen hatte ich noch nie etwas gehört, das machte mir zunächst ganz schöne Magenschmerzen. Als ich dann einen Einführungskurs der EDV belegte, wo diese Begriffe erklärt wurden, ging auch das Magenweh weg. Der Förderverein der MARTINSCHULE finanzierte einen Computer für die Schule. Mein Sohn bekam von der Krankenkasse einen Computer für zu Hause genehmigt. [...]

Es wurden spezielle Programme für Behinderte entwickelt. Mein Sohn war motiviert und interessierte sich sehr für diese Möglichkeit des Lernens und der Kommunikation. Er begriff sehr schnell den Ablauf eines Programms, es wurde speziell für seine Behinderung ein Fußgeber entwickelt, mit dem er den Computer bedienen konnte. Er ist jetzt in der Lage, ein Textverarbeitungsprogramm zu benutzen und eigene, ganz kurze Texte zu erstellen.

Ich kann nur alle jungen Eltern ermutigen, diese technische Möglichkeit für ihr behindertes Kind auszuprobieren. Wenn ich die Behinderung meines Sohnes vor Augen habe, hätte ich es vor einigen Jahren nicht für möglich gehalten, dass er am Computer ›arbeiten‹ könnte. Es ist vor allen Dingen ein stetiges Lernen und Beschäftigen, dass seinem Leben Abwechslung und Sinn gibt. [...]

Obwohl in unserer heutigen Zeit die Leistung am Arbeitsplatz zählt, ist es nach meiner Meinung für einen schwerstbehinderten Menschen Leistung genug, den Alltag zu bewältigen, in seinem Leben einen Sinn zu finden und zufrieden zu sein.

Quelle: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE e. V. (Hrsg.): Ich will, ich kann! EDV-gestützte Kommunikation mit schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen. Marburg 1993, S. 113-116.

Leitfragen

- Was sind die Werte und Wünsche der Familie?
- Wie ist die Sicht der Mutter auf die Behinderung ihres Sohnes?

SUSANNE HARDER-SDZUJ
KAREN JACOB

SUSANNE HARDER-SDZUJ

TELEFON [REDACTED]
E-MAIL harder.s@freenet.de

KAREN JACOB

TELEFON [REDACTED]
E-MAIL k.jacob@t-online.de

Greifswald, 17. II. 2007

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir sind Studentinnen des Fernstudienganges Ergotherapie an der HOGESCHOOL ZUYD in Heerlen. In unserer von MIEKE LE GRANSE betreuten Bachelorarbeit beschäftigen wir uns mit der Übertragbarkeit des Spiritualitätsbegriffes des kanadischen Modells auf die deutschen Verhältnisse.

Mit einem Fragebogen möchten wir klären, inwiefern Kollegen, welche in den letzten 1,5 Jahren ihre Ausbildung beendet haben, sich mit ihrer eigenen Spiritualität auseinandergesetzt haben und ob sie sich gut gerüstet fühlen, hierauf auch in ihrer Arbeit mit den Klienten einzugehen.

Es wäre uns eine große Hilfe, wenn Sie die Fragen innerhalb der nächsten 3 Wochen, also bis zum, beantworten und an uns zurückschicken würden. Eine große Hilfe wäre es auch, wenn Sie den Fragebogen an Kollegen weiterschicken würden.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Alle im Rahmen der Befragung anfallenden Daten werden streng vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form bearbeitet. Die Fragebögen sind Dritten unzugänglich. Selbstverständlich werden Ihre Daten anonym behandelt. Die Informationen über Ihre ausbildende Schule benötigen wir, da wir möglichst bundesweit Schulen berücksichtigen wollen. Die Auswertung der Daten erfolgt nicht schulbezogen; diese werden im nach hinein anonymisiert.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 10-15 Minuten. Bitte lesen Sie die Fragen gut durch und kreuzen Sie die passende Antwort an (jede Frage bitte nur mit einem Kreuz), oder tragen Sie Ihre Gedanken in das vorgegebene Feld ein.

Über Ihre Mitarbeit würden wir uns sehr freuen. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

SUSANNE HARDER-SDZUJ und KAREN JACOB

Trifft völlig zu	Trifft größten- teils zu	Trifft wenig zu	Trifft gar nicht zu
---------------------	--------------------------------	--------------------	---------------------------

5. Es ist wichtig, Spiritualität im ergotherapeutischen Prozess zu beachten.
6. Spiritualität spielt bei meiner Arbeit als Ergotherapeut/in eine wichtige Rolle.
7. Der Begriff Spiritualität wurde in der Ausbildung behandelt.
8. Im Rahmen der Ausbildung habe ich mir Gedanken zu meiner eigenen Spiritualität gemacht.

Was hätten Sie sich weiterführend dazu gewünscht?

9. Ich fühle mich gut vorbereitet, auf die Spiritualität der Klienten einzugehen.

Was hätten Sie sich weiterführend dazu gewünscht?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

**SUSANNE HARDER-SDZUJ
KAREN JACOB**

SUSANNE HARDER-SDZUJ

TELEFON [REDACTED]
E-MAIL harder.s@freenet.de

KAREN JACOB

TELEFON [REDACTED]
E-MAIL k.jacob@t-online.de

Greifswald,

Sehr geehrte Frau / sehr geehrter Herr

Wir sind Studentinnen des Fernstudienganges Ergotherapie an der HOGESCHOOL ZUYD in Heerlen. In unserer von MIEKE LE GRANSE begleiteten Bachelorarbeit beschäftigen wir uns mit der Übertragbarkeit des Spiritualitätsbegriffes des kanadischen Modells auf die deutschen Verhältnisse.

Uns war während der Studienzeit aufgefallen, dass wir den im Zentrum des kanadischen Modells stehenden Begriff der Spiritualität zwar verwenden, ihn in unseren Kasuistiken auch bedenken, in unserer therapeutischen Praxis aber nur intuitiv einbinden können. Daraufhin haben wir uns intensiv mit der einschlägigen Literatur auseinandergesetzt und sind der Frage nachgegangen, wie dieser Begriff in der kanadischen Ergotherapie verstanden wird und ob er in dieser Form überhaupt auf deutsche Verhältnisse übertragbar ist.

Mit einem Fragebogen möchten wir klären, inwiefern Berufsanfänger sich in ihrer Ausbildung mit ihrer eigenen Spiritualität auseinandergesetzt haben und ob sie sich gut gerüstet fühlen, hierauf auch in ihrer Arbeit mit den Klienten einzugehen.

Ziel unserer Studie ist es, ein Material zu entwickeln, dass z. B. während der ergotherapeutischen Ausbildung oder in Workshops verwendet werden kann, um die Annäherung an diese Thematik zu erleichtern.

Nachdem wir nun erste Einsichten gewonnen haben, würden wir gerne mit Ihnen als Experte/in des kanadischen Modells ein telefonisches Interview führen, um Ihre Meinung dazu zu hören und unsere bisherigen Erkenntnisse zu prüfen. Hiefür benötigen wir ca. 30-45 Minuten. Nach der Transkription bitten wir Sie, uns noch einmal ein Feedback zu geben. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich.

Wenn Sie sich für ein telefonisches Interview von ca. 30 bis 45 Minuten zur Verfügung stellen, würden wir uns freuen. Wir bitten Sie, uns per E-Mail Antwort zu geben und uns eine Zeit zu nennen, zu der wir Sie anrufen können.

Bei Interesse werden wir Ihnen unsere Arbeit am Ende gerne zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

SUSANNE HARDER-SDZUJ und KAREN JACOB

Leitfaden für das Experteninterview

Datum	Geschlecht	Alter	Arbeitsbereich

Einleitung

- Begrüßung
- Persönliche Vorstellung
- Rahmenbedingungen des Interviews (Dauer, Aufnahme, Anonymisierung, Transkription, Memberchecking)
- Ziel und Absicht des Interviews (uns ist während der Studienzeit aufgefallen, dass wir den im Zentrum des kanadischen Modells stehenden Begriff der Spiritualität zwar verwenden, ihn in unseren Kasuistiken auch bedenken, in unserer therapeutischen Praxis aber nur intuitiv einbinden können. Daraufhin haben wir uns intensiv mit der einschlägigen Literatur auseinandergesetzt und sind der Frage nachgegangen, wie dieser Begriff in der kanadischen Ergotherapie verstanden wird und ob er in dieser Form überhaupt auf deutsche Verhältnisse übertragbar ist.)

Warming up

- In welchem Bereich der Ergotherapie arbeiten Sie im Moment?
- Seit wann beschäftigen Sie sich mit dem CMOP?
- Wie sind Sie dazu gekommen?

Begriffsentwicklung in Kanada und Definition

Nach dem Studium der Literatur haben wir den Eindruck gewonnen, dass der Begriff Spiritualität in der kanadischen Literatur sehr unterschiedlich definiert wird. Manche Autoren verstehen ihn eher in religiösem Kontext (z. B. MCCOLL), andere weichen stark davon ab und verstehen ihn als »meaning«, als Manifestation eines höheren Selbst oder als Verbundenheit mit der Natur. Für manche ist der Begriff so missverständlich, dass sie dafür andere Begriffe (z. B. »intrinsicity«, HAMMELL) vorschlagen. Auch im neuen *Enabling Occupation* warnt BAPTISTE davor, dem Versuch einer Definition zu erliegen.

- Wie definieren Sie persönlich den Begriff Spiritualität?
- Welchen/welche Begriff/e nutzen Sie stattdessen?
- Können Sie in der kanadischen Ergotherapie eine bestimmte Tendenz in der Diskussion erkennen?

Vergleichbarkeit der deutschen und der kanadischen Verhältnisse

Wir haben uns zu Beginn unserer Auseinandersetzung mit der Frage der Übertragbarkeit des kanadischen Modells und hier besonders der der Spiritualität als des Kerns des CMOP die Frage gestellt, ob die kanadische Gesellschaft in Hinsicht auf den Stellenwert und den Umgang mit Spiritualität mit der deutschen zu vergleichen ist.

- Haben Sie Erfahrungen dazu sammeln können?
- Welche Unterschiede gibt es aus Ihrer Erfahrung?

- Wirken sich diese Unterschiede auf die ergotherapeutische Arbeit aus?
- Welchen Stellenwert hat dabei die Spiritualität?
- Inwiefern findet sie Eingang in die tägliche Arbeit?
- Welche Unterschiede gibt es in den einzelnen Arbeitsbereichen?

Anwendung und Umsetzung in Deutschland

In Deutschland findet das CMOP zunehmend Eingang in die ergotherapeutische Praxis. Nach der AVPrüf müssen die Modelle unterrichtet werden und das CMOP wird neben dem MOHO oft gelehrt.

- Können Sie einschätzen, inwiefern dies auch für die Spiritualität gilt?
- Wie setzen Sie selbst dies in ihrer Arbeit um?
- Was haben Sie damit für Erfahrungen gemacht?

Voraussetzungen der kanadischen Ergotherapeuten

Wir selbst haben bis zu unserem Studium keinen Kontakt mit dem kanadischen Modell gehabt und haben uns auch mit dem Begriff Spiritualität innerhalb der Ergotherapie nicht auseinandergesetzt. Aus der Literatur haben wir den Eindruck gewonnen, dass auch die kanadischen Kollegen sich nicht ausreichend auf das Thema vorbereitet fühlen und sich sowohl mit ihrer eigenen als auch der Spiritualität von Patienten zu wenig befasst haben.

- Wie versucht man in Kanada, den Kollegen den Zugang sowohl zu ihrer eigenen als auch zur Spiritualität ihrer Klienten zu erleichtern?
- Was können wir von den Kanadiern in dieser Hinsicht lernen?

Wünsche an die deutsche Ergotherapieausbildung

Die neue AVPrüf gibt vor, dass sich die Schüler in der Ausbildung mit den neuen Modellen beschäftigen müssen. Wir haben jedoch den Eindruck, dass den Berufsanfängern noch grundlegende Voraussetzungen (Auseinandersetzung mit der eigenen Spiritualität, Umgang mit eigenen und fremden Werten, Kenntnis anderer Kulturen) fehlen. Hier soll unsere Arbeit ansetzen.

- Was fehlt Ihnen in der deutschen Ergotherapieausbildung hinsichtlich der Auseinandersetzung der Schüler mit ihrer eigenen Spiritualität und der ihrer zukünftigen Klienten?

Implementierung von Klientenzentrierung auf Meso- und Makroebene

In den letzten Jahren ist in der deutschen Ergotherapie eine Tendenz hin zur Klientenzentrierung zu beobachten. Die Umsetzung gestaltet sich erfahrungsgemäß aber sehr schwierig.

- Welche institutionellen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen müssten aus Ihrer Sicht verändert bzw. verbessert werden?

Extraktion und Kategorisierung der deutschen Experteninterviews

Aussagen zur Definition

- TN^D 1
- was ein Mensch von der Anlage her mitbringt, also zum Beispiel Charakter
 - was man durch Sozialisation erwirbt, z. B. wie man auf andere Leute zugeht und was man in der Familie erlebt, wie sie mit einem umgeht
 - was man durch Sozialisation erwirbt
 - HELENE POLATAJKO, die ja deutschstämmig ist, die hat mal gesagt, der eigene Geist, das finde ich eine ganz schöne Beschreibung
- TN^D 2
- der Kern des Menschen, der Sitz der Motivation, des Antriebes, aber auch die Werte, die den Menschen, so wie man ihm gerade begegnet, ausmachen
 - durch ganz viele Erfahrungen geprägt und hat schon viele Wandlungen durchmacht
 - Ich persönlich würde Spiritualität nicht mit Religiosität definieren, ich würde es aber auch nicht ausschließen.
 - Spiritualität ist sehr offen, es ist was ganz, ganz Individuelles und ganz unterschiedlich geprägt durch Lebenserfahrung, auch durch Charakter und durch Gene.
- TN^D 3
- ist das Wesen des Patienten, seine Einstellung, sein Charakter und sein Glauben
 - wie man sich die Welt erklärt
 - muss es immer Spiritualität heißen?
- TN^D 4
- es hat auch ein bisschen einen religiösen Kontext
 - einen anthropologischen Kontext oder ethischen Kontext
 - also Erfahrungen und Bedeutungen im täglichen Leben
 - wie sie sich selbst erleben
 - oft hat es auch damit zu tun, wie ich dann den Umgang in der Umwelt mit anderen Wesen lebe oder erlebe
 - Wertvorstellungen, die Normen
 - die Art des Umgangs
 - die drei Bedeutungen, die Spiritualität hier hat, also, die religiöse, die ethische und die esoterische
- Zusammenfassung*
- Anlage (TN^D 1)
 - durch Sozialisation erworben (TN^D 1), durch Erfahrung geprägt, sehr offen, individuell, durch Charakter, Gene, Lebenserfahrung geprägt (TN^D 2, TN^D 4)
 - der eigene Geist (TN^D 1)
 - der Kern des Menschen (TN^D 2)
 - Motivation/Antrieb (TN^D 2)
 - Werte (TN^D 2)

- nicht Religiosität (TN^D 2)
- ein bisschen religiös (TN^D 4)
- anthropologischer und ethischer Kontext (TN^D 4)
- das Wesen, Einstellung, Charakter, Glauben (TN^D 3, TN^D 4)
- wie man sich die Welt erklärt (TN^D 3)
- religiöse, esoterische und ethische Bedeutung (TN^D 4)
- kulturlos definiert (TN^D 1)

Spiritualität in der Ergotherapie

- TN^D 1
 - ein gewisser Luxus
 - ein Thema von ganz vielen
- TN^D 2
 - Motivation, Antrieb, Glauben
 - Wenn ich in der therapeutischen Arbeit herausfinde, was das ist, dann gelingt es meistens auch, wirklich gut mit dem Klienten zusammen zu arbeiten, weil ich verstehe, was diesen Menschen antreibt. In sofern finde ich den Begriff für mich ganz, ganz wichtig, aber auch mit einen der schwierigsten, denn den sieht man ja nicht.
 - weiß, was er wirklich will, wenn der es selber auch weiß. Manche wissen das ja auch nicht.
 - denn es bedeutet ja auch, dass ich mich richtig mit dem Menschen auseinander setzen muss, dass ich ihn kennen lerne und auch seine Werte erfassen kann.

Spiritualität in Deutschland

- TN^D 1
 - wenn man fragt, denken viele gleich an Spiritismus
 - In Deutschland hat es vielleicht einen leichten Touch von Esoterischem. Aber jemand, der bereit ist, ernsthaft über Spiritualität nachzudenken, der würde es erstmal mit Religion verbinden.
- TN^D 4
 - esoterische Bedeutung
 - gehört zum religiös akzeptierten Bereich

Ergotherapieausbildung in Kanada

- TN^D 1
 - Ich glaube nicht, dass die so in die Tiefe gehen mit solchen Dingen.
- TN^D 2
 - Aber ich denke, dass die Begriffe dann im Sprachgebrauch der Studenten sind.

Spiritualität in Kanada

- TN^D 2
 - Das kann ich schwer beantworten. Dazu müsste man ganz klar eine Gegenüberstellung machen zwischen den Diskussionen, die in Deutschland und in Kanada stattfinden.

Vergleich Kanada / Deutschland

- TN^D 1
- die ich da so erlebe sind im Wesentlichen nicht soviel anders als bei uns.
 - Esoterik ist in Deutschland mehr noch ›in‹, als in Kanada.

Spiritualität im CMOP

- TN^D 1
- Ich wundere mich so ein bisschen, dass Sie sich so einen Begriff aus dem Modell herausgreifen, die Spiritualität steht im Zentrum
 - Für mich stehen viel mehr die Betätigungsorientierung und die Klientenzentrierung im Mittelpunkt.
 - Es ist aber völlig kulturlos gelöst definiert worden.
- TN^D 2
- Kann man nicht sagen, das hat immer etwas mit Religion zu tun? Mit Glauben also auf jeden Fall.
 - Ich verstehe dieses Konzept auch ganz offen.
 - Wo ist mein Antrieb, wo will ich hin oder möchte ich einfach nur Ruhe finden?
- TN^D 4
- Also wenn man es immer so pragmatisch zu fassen versucht, mit der Zielsetzung, damit die Therapie gelingt. Das ist aber zu pragmatisch.
 - Das alleine macht meines Erachtens nicht Spiritualität aus.

Klientenzentrierung

- TN^D 1
- hat ja was mit Machtverteilung zu tun
 - Wie kann ich den Klienten dazu bringen, dass er Macht annimmt und Verantwortung für die Therapie mit übernimmt?
 - Jeder würde sagen, er arbeitet klientenzentriert, er arbeitet betätigungsorientiert, und wenn Sie aber dann genau hinsehen ...
- TN^D 2
- Ich glaube, dass wir da mitten in einem Paradigmenwechsel stecken, und ich denke, dass in ganz vielen Orten immer noch nach dem medizinischen Modell gearbeitet wird
 - Vielleicht ist es mit jüngeren Klienten schon ein bisschen anders, mit älteren Klienten ist meine Erfahrung so, dass die lieber abwarten.
 - Ich sollte als Therapeutin fragen, z. B. was bringt sie zu mir, was möchten sie verändern.
- TN^D 3
- sozusagen mitzuschwingen mit diesem Patienten und ihn dann fachlich zu begleiten
- TN^D 4
- ist immer noch ein bisschen mit dem Aspekt des informed consent verbunden und mit dem Aspekt des gemeinsamen Therapiegestaltens, was dann leichter läuft. Um Widerstände aufzulösen
 - dass ich das Gegenüber ernst nehme, dass ich das Gegenüber als Experten seiner Geschichte anerkenne und ihm auch Raum gebe, den therapeutischen Prozess und den Gesundheitsprozess oder Gesunderhaltungsprozess mit zusteuern, mit zugestalten
 - aber die Praxis sieht noch anders aus. Das darf es ja auch noch. Man darf noch Zeit haben zum Umlernen.

Fragestellung zum CMOP

- TN^D 4
- Oder ist vielleicht deshalb der Begriff Spiritualität in diesem Modell gewählt, weil man sich nicht so sehr damit auseinander gesetzt hat oder auseinander setzen wollte, was das vielleicht für weitreichende oder tiefer liegende Bedeutung hat oder haben kann?
 - ob die Damen, die das Modell entwickelt haben, tatsächlich so weitreichend denken wollten oder ob das vielleicht mehr so eine Intuition war
 - Gemeint ist, ob das tatsächlich in irgendeiner Form gewollt war und man das auch so auslegen kann auf einem ethischen Fundament.

COPM-Kurs

- TN^D 1
- Ich frage in unseren Kursen ... da kommt gar nicht so oft die Religion, sondern ... der eigene Geist, das, was mich als Persönlichkeit ausmacht.
 - Wir könnten das [die Spiritualität, Anm. Interv.] in unserem Kurs besprechen. Wir haben das bisher nicht als notwendig gesehen.
 - Ich würde es nicht für notwendig ansehen, das so in den Mittelpunkt zu stellen.

Übertragbarkeit des CMOP auf Deutschland

- TN^D 4
- Es ist halt die Frage, zu was übertragen oder wofür übertragen. Das wäre meine Frage dazu. Sie können mit dem Konzept, mit dem Kernkonzept oder mit dem Begriff arbeiten. Wir können den hier in Deutschland auf unsere Art und Weise füllen oder hinterfragen. Aber die Frage ist ja, mit welcher Zielrichtung, also wofür übertragbar. Soll das jetzt nur heißen, dass man es hier verstehen kann und füllen kann oder soll es auch so übertragen werden, dass man sehen kann, welche Auswirkung es auf Therapie hat, die auch weiterreichend sein kann.

CMOP

- TN^D 4
- dass die Autonomie des Gegenübers und Klientenzentrierung dadurch einfach noch mal einen ganz anderen Rahmen kriegen, anders verstanden werden können
 - dann geht es auch darum, wie ich das Menschsein überhaupt achte, dann bin ich in moralischen Prinzipienebenen, dann mache ich mir Gedanken über das Menschenbild, was da dahinter steht.

Ergotherapieausbildung in Deutschland

- TN^D 1
- Ich habe die Erfahrung gemacht, dass an manchen Schulen das Thema in einer halben Stunde abgewickelt wird. So dass keiner was davon versteht, aber ich glaube nicht, dass es daran liegt, dass das Modell nicht übertragbar ist.

- TN^D 2
- Das Problem ist, dass die Schüler gar keine Vorbilder haben in der Praxis.
 - Also in der Ausbildung glaube ich, geht das nur, indem man Selbsterfahrungsübungen anbietet. Man kann dies gut mit klientenzentrierter Gesprächsführung üben.
- TN^D 3
- Das ist eigentlich ein sehr kleiner Stundenumfang, um ein ganzes Modell zu erklären.
 - Daher werden so bestimmte Begriffe nicht bis ins Detail diskutiert oder ergründet.
 - Schüler sind eher vom Umgangston in den Praktikumsstellen schockiert, in dieser Beziehung fehlt ihnen der Realitätsbezug.
 - Schüler bringen eher die Modelle in Einrichtungen
 - Lernfelder, die auf die Wertschätzung der Patienten, auf die Beziehungsgestaltung eingehen, was sehr wichtig ist
- TN^D 4
- Viele legen da in Bereichen wie Kommunikation oder Umgang mit dem Patienten oder Therapeut-Patientbeziehung Schwerpunkte. Andere legen Schwerpunkte eben in Richtung Klientenzentrierung oder klinisches Reasoning. Wieder andere überlegen das gar nicht so genau und sagen, es wird immer mal wieder schon mit thematisiert werden, aber es hat keinen wirklich festen Platz. Aus meiner Perspektive, nachdem ich mich viele Jahre damit beschäftige, ein großes Manko. Eine der Ideen, dazu etwas zu konzipieren.

Spiritualität in der Ausbildung

- TN^D 1
- Ich würde sagen, dass die Beschäftigung mit Spiritualität ein zweiter vertiefender Schritt ist.
- TN^D 2
- Das Thema kann man nicht noch in eine 3-jährige Ausbildung hinein packen.
 - Als Schüler hat man anderes zu erfüllen, Schüler müssen im Praktikum andere Leistungen erbringen.
- TN^D 3
- Spiritualität wird nicht explizit unterrichtet, dann eher Klientenzentrierung oder Ethik oder Menschenbild.
 - ein Lernfeld, in dem es um transkulturelle Kompetenz geht
 - Die Frage ist nur, ob ich es Spiritualität benennen muss.
 - Und ob ich es dann im kanadischen Modell Spiritualität nenne oder in einem anderen Modell anders, finde ich unterm Strich eigentlich egal.
 - Aber es geht nicht so sehr um diesen Begriff, sondern es geht um eine Haltung, um eine Wertschätzung, um ein Menschenbild. Was heißt es wirklich, klientenzentriert zu arbeiten. Was sind meine Grenzen. Wer bin ich? Wer ist die andere Person?
- TN^D 4
- Ob in der Ausbildung eben genau solche Überlegungen Platz haben sollten, Spiritualität oder von mir aus Ethik oder ethische Grundhaltung oder wie immer man das sonst benennen sollte, einen eigenen Raum haben sollte und nicht ein Baustein von 150 sein sollte, dann bin ich unbedingt dafür. Mir ist das ein Bereich, der viel zu unterbelichtet ist.

Berufsanfänger

- TN^D 1
 - Denen ist aber nicht klar, dass sie selber nicht klientenzentriert arbeiten, denen ist nicht klar, was das wirklich bedeutet.
- TN^D 3
 - Ich weiß aber nicht, ob von unseren Berufsanfängern nachher noch Modelle angewendet werden, weil ich denke, dass die Perspektive von den Berufsanfängern eher ist, ich muss erst einmal fachlich kompetent sein.

Politische Rahmenbedingungen

- TN^D 1
 - Es ist ja wirklich schwierig, unser ganzes Gesundheitssystem ist so aufgebaut. Wenn sie sich Kliniken angucken, wie da immer noch die Hierarchie existiert.
 - Ein gewisser Anfang ist gemacht, dadurch, dass die Praxisinhaber diese Fortbildungspunkte erwerben müssen.
- TN^D 2
 - Wir haben ja eine fantastische Gesetzgebung mit SGB IX, die ja im Grunde auch die Gesetze für Selbstbestimmung, Autonomie beinhaltet.
 - Es gibt eine neue Bewegung, dieses »shared decision-making«, das ist eine Bewegung, wo man versucht, Ärzte weiter auszubilden im Sinne der Klientenzentrierung.
- TN^D 4
 - Alle, auch die Klienten selber, müssen sich umgewöhnen.
 - Das ist letztendlich ein Aspekt, der ein gemeinsames Handeln verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen erfordert. Insofern ist da vielleicht gesundheitspolitisch etwas zu bewegen.

Vorschläge für Spiritualitätsfortbildung

- TN^D 2
 - Also, was ich da hilfreich für Schüler finde, sind so eine Art Arbeitsblätter. Ich finde ja das ganze Modell sehr praktisch, um überhaupt mal einen Klienten zu beschreiben. Man müsste ein Arbeitsblatt entwickeln, in dem das ganze CMOP aufgelistet ist.
- TN^D 4
 - und das andere ist ja sowieso lebenslanges Lernen
 - Gut finde ich auch den Ansatz an der eigenen Spiritualität oder an den eigenen Wertvorstellungen und Normvorstellungen oder dem Reflektieren darüber, wie die entstanden sind oder was die dann spiegeln und wie die dann auslegbar oder nicht mehr auslegbar sind und dann die Frage, wie komme ich eigentlich an das heran
 - Wann weiß ich, dass ich wo an der Grenze bin und schon drüber gestiegen bin? Was habe ich dann für Reaktionsmöglichkeiten?

Interdisziplinäre Arbeit

- TN^D 3
 - Dann ist oft auch noch ein großer Zeitdruck, dann muss die Ergotherapie zeigen, dass sie notwendig ist.
 - Ich erlebe das oft in der Praxis, dass die Wertschätzung von Kollegen untereinander nicht vorhanden ist.

Praktikumseinrichtungen

- TN^D 3
- Ja, das stimmt, in den Praktikumsstellen fehlen die Vorbilder

Ethik

- TN^D 4
- Achtung des Gegenübers als Menschen
 - Wie verstehe ich dann die Autonomie des Gegenübers?
 - Die Frage der Werthaltung, der Wertschätzung des Gegenübers, der Art, ob und wie da Sinnggebung möglich ist, ob das von Ergotherapeuten berücksichtigt werden kann

Anschreiben kanadische Experten / halbstandardisiertes Interview (per E-Mail)

Dear

we are students of the extra occupational study in Occupational Therapy at HOGESCHOOL ZUYD in Heerlen (Netherlands). In our Bachelor-Theses, accompanied by MIEKE LE GRANSE, we are examining the transferability of the concepts of spirituality, being the core of the Canadian Modell, into the German context.

During our study we won the impression that we use the notion of spirituality in fact, but in our daily praxis only in an intuitive way. Therefore we dealt with the relevant literature intensively and raised the question, how this notion is understood in the Canadian occupational therapy and if it can be transferred into the German context at all. The aim of our study is to generate a material suitable for first-time employees which facilitates their access to the CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE and especially to its core-concept of spirituality.

At first we thought that spirituality has a firm position in the Canadian occupational therapy and is a normal part of the education. As a result of our study of literature we think that the development in Canada is advanced compared with that in Germany in fact, but that spirituality is a topic discussed controversially further on. We would like to question you to this topic.

- In what way is the concept of the spirituality of the CMOP a constituent element of the daily routine of the Canadian occupational therapists and her clients?
- Are there differences between the various work areas of occupational therapists regarding spirituality?
- How do you try to facilitate the peer to approach her own spirituality and the spirituality of her clients? What can we (Germans) learn from the Candians in this respects?
- Can you assess if there are differences in the political and/or institutional prevailing circumstances in Canada and Germany? Can you observe developments in Canada in the last years and what can German occupational therapists learn from these?

We would be very happy about your support and would like to send you our study when it is finished.

We wish you a Merry Christmas.

Yours sincerely,

SUSANNE HARDER-SDZUJ and KAREN JACOB

Extraktion und Kategorisierung der kanadischen Experteninterviews

Spiritualität in CMOP

- TN^K 1
- Es ist in jedem drin, aber sie setzen es wenig um.
- TN^K 3
- da ich glaube, dass Spiritualität ein sehr persönlicher Teil der Praxis ist
 - Die Autoren gaben dem Konzept der Spiritualität einen großen und zentralen Status, aber dieses Konstrukt ist sehr problematisch, abstrakt und grau geblieben.
 - Ein Modell verlangt klare Beziehungen in den Prinzipien, die die Konzepte miteinander verbindet, dieses fehlt im zentralen Teil des kanadischen Modells.
 - TOWNSEND, POLATAJKOW, LAW, MCCOLL stehen hinter diesem Modell, und sie haben unterschiedliche Sichtweisen darüber, was Spiritualität bedeutet, veröffentlicht.
 - So entsteht Verwirrungen, da wir nicht wissen, was diese Spiritualität in der Praxis bedeutet.
 - Man kann sich die Originaldefinitionen der Autoren anzusehen, aber dieses Konstrukt bleibt problematisch und grau.

CMOP und Spiritualität in der Ausbildung in Kanada

- TN^K 2
- Im CMOP, veröffentlicht in *Enabling Occupation*, steht Spiritualität im Zentrum des Modells, aber es wurde recht wenig darüber gesagt.
 - Im überarbeiteten *Enabling Occupation II* steht Spiritualität immer noch im Zentrum, aber es wird wiederum nicht diskutiert, sondern nur erwähnt.
- TN^K 3
- In diesem Bereich scheinen die kanadischen Studenten nicht weiter zu sein als die deutschen Schüler.
 - Sie lesen die gleiche Artikel.
 - Bei Befragungen unter Lehrern, Studenten oder Praktikern in der Ergotherapie und zwar sowohl denjenigen, die gerade ihren Abschluss gemacht haben, als auch Leute, die schon lange dabei sind, erhält man zahlreiche Definitionen und Erklärungen dieses Konzepts.

Spiritualität in der Ergotherapie

- TN^K 2
- Ich glaube nicht, dass kanadische Ergotherapeuten sich sehr gründlich mit Spiritualität befasst haben.
 - Therapeuten fühlen sich unwohl angesichts der Beziehung zwischen Spiritualität und Religion. Dieses ist einer der Hauptstreitpunkte in dem Konzept.
 - Patienten denken ,wenn wir von Spiritualität sprechen, wir reden über ihren religiösen Glauben, da im englischen beide Wörter die gleiche Konnotation haben.
 - Ergotherapeuten fragen meistens nach dem Sinn und nach Werten.

- TN^K 3
- Was gibt dem Klienten Sinn in seinem Leben?
 - Was sind für ihn Werte? Wie denken sie über Behinderung?
 - Gibt es den Versuch, den ›Geist‹ einer Person ins Zentrum zu rücken?
 - Spiritualität ist kein Bestandteil der Alltagsroutine kanadischer Therapeuten und ihrer Klienten.
 - Wenn Du auf ein typisches Patientenblatt in einem Hospital schaust, wird man in gleicher Weise keinen Bezug zur Klientenspiritualität erkennen.
 - Die Praxis der Ergotherapie wird vom medizinischen Modell sehr beeinflusst, da aufgrund der Suche nach Evidenz dieses höher bewertet wird. Dadurch werden die sanften Konzepte der Spiritualität unterdrückt oder völlig ausgeschlossen aus dem ergotherapeutischen Lexikon, was sehr schlecht wäre.
 - Da Ihr solche Fragen stellt, seid Ihr den Kanadiern schon voraus.
 - Die Kanadier scheinen die Wichtigkeit der Spiritualität in der Betätigungsperformanz anzuerkennen,
 - sind aber nicht in der Lage zu erklären, wie sie dieses in ihrer Praxis umsetzen und damit umgehen wollen.
 - Spiritualität wird unter den Teppich gekehrt, es existiert nicht.
 - Jeder erkennt an, dass Spiritualität ein wichtiger Teil im Alltagsleben ist, aber niemand beschäftigt sich damit intensiv.

Unterschiede in den Bereichen

- TN^K 1
- Die Unterschiede bestehen eher unter den Therapeuten als zwischen den Arbeitsbereichen.
- TN^K 2
- Im Ganzen gesehen bezieht Spiritualität mehr auf den mentale Gesundheitsbereich
 - Etwas im pädiatrischen Bereich
 - Niemals im physischen Bereich
 - Wenig in der akuten Betreuung
 - Etwas mehr in der Behandlung von chronischen Patienten

Unterschiede in den politischen und institutionellen Rahmenbedingungen von Kanada und Deutschland

- TN^K 1
- Natürlich gibt es Unterschiede und Ähnlichkeiten in mancherlei Hinsicht.
 - Vielleicht könnte ich das nächste Mal in Heerlen in Ihre Klasse eingeladen werden, um das zu diskutieren
- TN^K 3
- kann er wenig dazu sagen
 - Deutsche Ergotherapeuten wollen von den Nordamerikanern lernen.
 - Viel wichtiger ist aber, dass deutsche Ergotherapeuten den anderen zeigen, was für ein einzigartiges Konstrukt die dt. Ergotherapie ist und wie viel Kraft sie besitzt.
 - Deutsche Ergotherapeuten sollten ihre Ergotherapie kritisch untersuchen (einschließlich ihrer theoretischen Systems und der Theorie und der praktischen Strukturen) und sie sollten evaluieren.

- Statt über Ideen oder Vorstellungen der Kanadier zu sprechen und versuchen diese anzuwenden, sollten wir lieber nach innen schauen und eine eigene Ergotherapie entwickeln, die den Bedürfnissen unserer Gesellschaft verbunden ist.

Ergotherapieausbildung in Kanada

- TN^K 1 • Das wird in den verschiedenen Schulen unterschiedlich gehandhabt.
- TN^K 2 • Zur Verbesserung unserer Fähigkeiten, mit den Klienten über ihre Spiritualität zu sprechen, wäre es, unsere eigene Spiritualität, wie Glaubenssystem, Werte, Vorstellungen, was unserem Leben Sinn gibt, zu erforschen und mit anderen zu diskutieren.
- TN^K 3 • In Deutschland befassen sich die Schüler in ihrer Ausbildung mit Kunst und Handwerk.
 - Das existiert in Nordamerika schon nicht mehr. Unsere nordamerikanischen Studenten der Ergotherapie erhalten nicht viel Gelegenheit, das ›Tun‹ zu üben und neue Fähigkeiten zu erwerben.
 - Westliche Ergotherapeuten sollten nach Deutschland kommen und von den deutschen lernen. Es gibt viel, was man teilen und wechselseitig voneinander lernen kann.

SUSANNE HARDER-SDZUJ und KAREN JACOB

KLIENTENZENTRIERUNG UND SPIRITUALITÄT

(Bachelorarbeit HOGESCHOOL ZUYD / Heerlen/NL)

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Angaben im Fragebogen zum Workshop »Klientenzentrierung und Spiritualität« in einer Bachelorarbeit an der HOGESCHOOL ZUYD, Heerlen (Niederlande), verwendet werden. Die Daten zu meiner Person werden vertraulich und anonym behandelt.

Vorname:

Name:

Greifswald, 4. April 2008

Unterschrift:

SUSANNE HARDER-SDZUJ und KAREN JACOB

KLIENTENZENTRIERUNG UND SPIRITUALITÄT

(Bachelorarbeit HOGESCHOOL ZUYD / Heerlen/NL)

Fragebogen zum »Workshop Klientenzentrierung und Spiritualität«

Bitte lesen Sie sich die Fragen durch und kreuzen die passende Antwort an (jede Frage bitte nur ein Kreuz) oder tragen Sie Ihre Gedanken in das vorgesehene Feld ein

Allgemeine Angaben

1. Geschlecht: männlich: weiblich:
2. Alter:

Ja, absolut	ja, größtenteils	nur teilweise	nein, gar nicht
-------------	------------------	---------------	-----------------

Fragen zur Methodik

3. Das Lernklima war angenehm und förderlich

Anmerkungen:
.....

4. Der methodische Aufbau des Workshops war angemessen, abwechslungsreich und interessant

Anmerkungen:
.....

5. Die Arbeitsblätter waren übersichtlich und anregend gestaltet

Anmerkungen:
.....

6. Die Fallbeispiele waren hilfreich

Anmerkungen:
.....

Ja, absolut	ja, größtenteils	nur teilweise	nein, gar nicht
-------------	------------------	---------------	-----------------

7. Den Wechsel zwischen den Kleingruppen und den gemeinsamen Austausch fand ich angemessen

Anmerkungen:

Inhaltliche Fragen

8. Innerhalb des Workshops konnte ich mich mit meiner eigenen spirituellen Biographie auseinander setzen

Anmerkungen:

9. Der Workshop hat mir dabei geholfen, eine eigene Definition von Spiritualität zu finden

Anmerkungen:

10. Der Workshop hat mich z.B. für kulturelle, religiöse oder familiäre Unterschiede sensibilisiert

Anmerkungen:

11. Der Zusammenhang von Spiritualität und Klientenzentrierung ist mir deutlicher geworden

Anmerkungen:

12. Ich fühle mich sicherer, mit der Spiritualität meiner Patienten umzugehen

Anmerkungen:

Ja, absolut	ja, größtenteils	nur teilweise	nein, gar nicht
-------------	---------------------	------------------	--------------------

- 13.** Durch die Teilnahme an diesem Workshop hat sich meine Haltung bezüglich Spiritualität und deren Umsetzung in der Ergotherapie verändert

Anmerkungen:

.....

Abschließende Fragen

- 14.** Was gefiel Ihnen an diesem Workshop?
-
-
-
-
-

- 15.** Was haben Sie in diesem Workshop vermisst?
-
-
-
-
-

- 16.** Meine persönliche Anmerkung:
-
-
-
-
-

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.