

Wiebke Caspari
(1737406)

Victoria Grigg
(1750305)

Franziska Opitz
(1647636)

Ergotherapie in der Onkologie



Beschreibung der ergotherapeutischen Arbeit
mit Brustkrebsklientel

September 2018

Wiebke Caspari
(1737406)

Victoria Grigg
(1750305)

Franziska Opitz
(1647636)

Ergotherapie in der Onkologie

Beschreibung der ergotherapeutischen Arbeit mit Brustkrebsklientel

Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gezondheidszorg“
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

September 2018

Begleitung: Ulla Pott

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen bedanken, die uns in der Zeit des Schreibens begleitet und unterstützt haben.

- Zunächst möchten wir uns bei allen teilnehmenden Experten bedanken, die uns in den Interviews weitreichende und wertvolle Informationen für diese Bachelorarbeit gegeben haben.
- Besonders möchten wir uns bei unserer Mentorin Ulla Pott bedanken, die uns durch den gesamten Prozess begleitet hat und uns mit Rat und Tat zur Seite stand.
- Ein Dank gilt auch der Arbeitsgruppe Onkologie des deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE), die uns bei der Teilnehmersuche unterstützt hat.
- Ein großes Dankeschön möchten wir an unsere Familien, Freunde und Kollegen ausrichten. Sie haben sowohl Höhen und Tiefen mit uns durchgestanden und immer wieder aufmunternde Worte an uns herangetragen.
- Außerdem möchten wir uns bei den Übersetzern, den Korrekturlesern und dem Pretester bedanken, da diese eine entscheidende Rolle im Prozess der Ausarbeitung gespielt haben.
- Als letztes möchten wir uns bei Jonas Heilgeist und Sarah Schankin bedanken. Sie waren das rettende Ufer im Aspekt der grafischen Darstellung und haben unsere Arbeit optisch aufgewertet.

Lesehinweise

Die Autorinnen nutzen in ihrer Arbeit ausschließlich die männliche Personenbeschreibung. Jedoch sind in dem Zusammenhang alle Geschlechtsidentitäten gemeint.

Die gesamte Bachelorarbeit beinhaltet Abkürzungen wie: etc., bspw., z.B., bzw., o.g., u.a., d.h. und ggf. Die genannten Abkürzungen werden nicht in Zitaten angewandt.

Englische Begriffe sind kursiv geschrieben. Das Kennzeichnen englischer Begriffe gilt nicht bei Zitaten und im Anhang.

Gesprochene Interviews mit einem Dialekt wurden in das Hochdeutsche transkribiert.

Bei der Benennung von Abkürzungen wurden diese in voller Schreibweise im Abkürzungsverzeichnis aufgelistet.

Wurden Grafiken ohne eine Quellenangabe genutzt, entstammen diese aus der eigenen Entwicklung über soziale Kontakte der Autorinnen dieser Bachelorarbeit.

Alle mit „*“ gekennzeichneten Begriffe sind im Glossar zusätzlich erklärt.

Abkürzungsverzeichnis

ADLs	=	Activities of Daily Living
AOTA	=	American Occupational Therapy Association
AT	=	Assistive Technologien
AWMF	=	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
ÄZQ	=	Ärztliche Zentrum für Qualität und Medizin
BDSG	=	Bundesdatenschutzgesetz
CAOT	=	Canadian Association of Occupational Therapists
CMOP	=	Canadian Model of Occupational Performance
CMOP-E	=	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	=	Canadian Occupational Performance Measure
COTEC	=	Council of Occupational Therapists for European Countries
DELBI	=	deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung
DVE	=	Deutschen Verbands der Ergotherapeuten e.V.
EBP	=	evidence-based practice
ErgThG	=	Ergotherapeutengesetz
IADLs	=	Instrumental Activities of Daily Living
ICD	=	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	=	International Classification of Functioning, Disability and Health
KTL	=	Klassifikation Therapeutischer Leistungen
MBOR	=	Medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation
MOHO	=	Model of Human Occupations
OTPF	=	Occupational Therapy Practice Framework
PEOP	=	Person-Environment-Occupation-Performance Model
RatSWD	=	Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten
RKI	=	Robert Koch - Institut
RTW	=	return to work

SGB	=	Sozialgesetzbuch
GKV	=	gesetzliche Krankenversicherung
WFOT	=	World Federation of Occupational Therapists
WHO	=	World Health Organization
ZHAW	=	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Abstract

Ergotherapie in der Onkologie – Beschreibung der ergotherapeutischen Arbeit mit Brustkrebsklientel

Mit dem Einzug des demographischen Wandels steigen die Multimorbidität und die Anzahl der an Krebs erkrankten Menschen. Es wird die Arbeit von Ergotherapeuten in Deutschland mit onkologischer Klientel am Beispiel von Brustkrebs untersucht.

Insgesamt acht leitfadengestützte Experteninterviews wurden durchgeführt und inhaltlich auf Grundlage von Gläser und Laudel (2010) ausgewertet.

Die ergotherapeutische Arbeit in der Onkologie ist wichtig für die Rehabilitation der Klienten. Es werden vielfältige Therapiemethoden angewandt. Die Therapie wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst.

Um den Fachbereich bekannter zu machen, ist die Präsenz der Ergotherapeuten in der Öffentlichkeit und die Aufklärung ein entscheidender Faktor. Die Onkologie sollte in der Ausbildung und in der Forschung thematisiert werden.

Schlüsselwörter: Ergotherapie, Onkologie, Brustkrebs, Arbeitsfeldbeschreibung

Occupational therapy in oncology - Description of occupational therapy work with breast cancer clients

With the coming of demographic change, multimorbidity and the number of people with cancer is increasing. This paper examines the work of occupational therapists in Germany with oncological clients having breast cancer.

Eight guideline-based expert interviews were carried out and evaluated on the basis of Gläser and Laudel (2010).

Occupational therapy work in oncology is important for the rehabilitation of clients. A variety of therapeutic methods are used. The therapy is influenced by various factors.

The presence of occupational therapists in public and information is a significant factor in making the department better known. Oncology should be addressed in education and research.

Key words: Occupational therapy, oncology, breast cancer, work field description

Ergotherapie in de oncologie - Beschrijving van het werk van de ergotherapie bij borstkankercliënten

Met de komst van demografische veranderingen nemen multimorbiditeit en het aantal mensen met kanker toe. Het werk van ergotherapeuten in Duitsland met een oncologisch cliënteel wordt bijvoorbeeld aan de hand van borstkanker onderzocht.

Op basis van richtlijnen zijn acht interviews met experts gehouden en is de inhoud geëvalueerd op basis van Gläser en Laudel (2010).

Ergotherapie in de oncologie is belangrijk voor de revalidatie van cliënten. Er worden verschillende therapeutische methoden gebruikt. De therapie wordt door verschillende factoren beïnvloed.

De aanwezigheid van ergotherapeuten in de maatschappij en de informatievoorziening is een doorslaggevende factor om de bekendheid van de afdeling te vergroten. Oncologie moet in onderwijs en onderzoek aan de orde komen.

Sleutelwoorden: Ergotherapie, oncologie, borstkanker, werkschrijving

Zusammenfassung

Die Ergotherapie ist im internationalen Kontext in der Onkologie bereits vertreten. In Deutschland zeigt sich jedoch, dass nur wenige Ergotherapeuten mit onkologischer Klientel arbeiten. Internationale Studien belegen aber, dass Ergotherapeuten ein wichtiger Bestandteil des Teams bei der Behandlung von onkologischen Klienten sind. Aufgrund dessen und durch private Erfahrungen kamen die Autorinnen dieser Arbeit auf die folgende Forschungsfrage:

„Wie arbeiten Ergotherapeuten in Deutschland im Bereich der Onkologie am Beispiel von erwachsenen, an Brustkrebs erkrankten Klienten?“

Dabei orientiert sich das methodische Vorgehen dieser Arbeit nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010). Die Autorinnen erstellten ein hypothetisches Modell, welches auf der Literaturrecherche und dem theoretischen Hintergrund dieser Arbeit beruht. Für die Erhebung der Daten wurden acht Experteninterviews durchgeführt, worin die Teilnehmer zu ihrer Arbeit und ihren Erfahrungen mit Brustkrebsklientel befragt wurden. Die Interviews wurden von den Autorinnen gemeinsam ausgewertet.

Dabei ergaben die Ergebnisse, dass die Onkologie ein vielfältiger Fachbereich ist, in dem verschiedene Therapiemethoden zum Einsatz kommen. Außerdem sehen die befragten Ergotherapeuten dieses Arbeitsfeld als solches an, das sich in der Entwicklung befindet, in dem die Ergotherapie jedoch noch nicht präsent genug ist, um ein fester Bestandteil in der Rehabilitation von Brustkrebsklienten zu sein.

Um den Fachbereich detaillierter zu betrachten, wären weitere Forschungen in Bezug auf die Therapiemethoden und der Einsatz von Assessments wünschenswert. Zudem können weitere Forschungen zu der Arbeit mit anderen onkologischen Erkrankungen, wie z.B. Prostatakrebs, durchgeführt werden. Die vorliegende Bachelorarbeit ist eine erste Beschreibung des Arbeitsfeldes der Onkologie am Beispiel von Brustkrebs, um die Wichtigkeit der Ergotherapie in der onkologischen Behandlung zu verdeutlichen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Lesehinweise	3
Abkürzungsverzeichnis	4
Abstract.....	6
Zusammenfassung	8
Inhaltsverzeichnis	9
1 Einleitung	13
1.1 Einführung in die Thematik	13
1.2 Kapitelübersicht	16
1.3 Das hypothetische Modell	17
2 Theoretischer Hintergrund.....	18
2.1 Das PEOP Modell.....	18
2.1.1 Eigenschaften des Modells	20
2.1.2 Definitionen nach PEOP.....	21
2.1.3 Drei Domänen des PEOP	21
2.1.4 PEOP Occupational Therapy Process.....	25
2.1.5 Ansätze und Prinzipien nach PEOP.....	26
2.2 Der Ergotherapeut.....	30
2.2.1 Fertigkeiten.....	30
2.2.2 Professional Reasoning	32
2.2.3 Therapieprozess	34
2.2.4 Psychohygiene	36
2.2.5 Professional Identity	38
2.3 Qualität und Professionalität.....	40

2.3.1	Der Begriff Qualität.....	40
2.3.2	Qualitätssicherung	41
2.3.3	Professionalität	44
2.3.4	Gesundheitspolitische Aspekte.....	45
2.4	Der Klient	50
2.4.1	Brustkrebsdiagnose.....	51
2.4.2	Allgemeine Informationen zu Krebserkrankungen	52
2.4.3	Definition von Brustkrebs	52
2.4.4	Epidemiologie.....	52
2.4.5	Symptomatik.....	53
2.4.6	Diagnostik und Behandlungsformen	53
2.5	Die Umwelt.....	55
2.5.1	Der Begriff der Umwelt.....	55
2.5.2	Soziale Umweltfaktoren	57
2.5.3	Physische und natürliche Umweltfaktoren	59
2.6	Internationale und nationale Veröffentlichungen in der onkologischen Ergotherapie	62
2.6.1	Nationale Studien und Veröffentlichungen	62
2.6.2	Ergotherapie in der ambulanten Rehabilitation – onkologische Erkrankungen .	64
2.6.3	Leitlinie zur Behandlung bei Brustkrebs.....	66
2.6.4	Internationale Studien.....	68
2.6.5	Leitlinien aus England und Amerika	72
3	Methodik.....	75
3.1	Verlauf der Studie	75
3.2	Ethik.....	76

3.2.1	Datenschutz	76
3.2.2	Integrität der Forschenden	77
3.2.3	Verhalten gegenüber den Teilnehmern.....	77
3.2.4	Forschungsergebnisse	77
3.3	Methode	78
3.3.1	Studiendesign	78
3.4	Theoretische Vorüberlegungen:.....	79
3.4.1	Entwicklung der Forschungsfrage und der Leitfragen	79
3.4.2	Literaturrecherche.....	80
3.5	Hypothetisches Modell	81
3.5.1	Variablen	82
3.6	Erhebungsmethode.....	89
3.6.1	Teilnehmer.....	89
3.6.2	Kriterien für die Teilnahme:	89
3.6.3	Erstellung des Interviewleitfadens:	89
3.6.4	Pretest	90
3.6.5	Verlauf der Interviews	90
3.7	Auswertungsmethode.....	91
3.7.1	Vorbereitung:.....	92
3.7.2	Extraktion	92
3.7.3	Aufbereitung und Auswertung:	92
4	Ergebnisse.....	94
4.1	Kategorie Ergotherapeut	94
4.2	Kategorie Qualität und Professionalität	99
4.3	Kategorie Klient.....	103

4.4	Kategorie Umwelt	105
5	Diskussion	108
5.1	Stärken und Schwächen der Bachelorarbeit	108
5.2	Diskussion der Ergebnisse	109
6	Schlussfolgerung	119
6.1	Beantwortung der Forschungsfrage	119
6.2	Fazit	122
6.3	Ausblick	122
	Glossar	124
	Abbildungsverzeichnis	131
	Literaturverzeichnis	132
	Anhang	156
	Anhang I: Beurteilung der S3 Leitlinie	156
	Anhang II: Beurteilung qualitativer Studie	159
	Anhang III: Übersicht von der Literaturrecherche	165
	Anhang IV: Interviewleitfaden	166
	Anhang V: Anschreiben für Teilnehmer	169
	Anhang VI: Einverständniserklärung für Teilnehmer	170
	Anhang VII: Transkriptionsregeln	172
	Anhang VIII: Auszug des Transkriptes des ersten Teilnehmers	175
	Anhang IX: Extraktionsregeln	176
	Anhang X: Auszug der Extraktion des ersten Teilnehmers	177
	Anhang XI: Auszug der Zuordnung der Ergebnisse entsprechend der Dimension – Fertigkeiten des Ergotherapeuten	178
	Anhang XII: ehrenwörtliche Erklärung	179

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Der demografische Wandel erhält immer mehr Einzug in die Bevölkerung und somit ergibt sich eine Multimorbidität*. In diesem Zusammenhang steigt die Rate der Krebserkrankungen an. Weltweit sind 30% der Betroffenen an Brustkrebs erkrankt (Vaughn, 2014). Dazu geben Barnes et al. (2016) an, dass 2013 ca. 71.640 Frauen und ca. 682 Männer an Brustkrebs erkrankt sind. Eine Dunkelziffer kann nicht ausgeschlossen werden.

Diese Zahlen zeigen auf, dass Krebserkrankungen weiterhin zunehmen werden (Barnes et al., 2016) und stellen die Betroffenen vor eine Zeit mit komplexen Behandlungen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017). In diesem langjährigen Heilungsprozess treten eine Reihe von Symptomen bzw. Nebenwirkungen auf.

Nach der Broschüre vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (2011) ist ein Klient rehabilitationsbedürftig, wenn bei ihm „[...] eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, [...]“ (p.13) festgestellt wird. Eine Einschränkung der Teilhabe hat zur Folge, dass der Klient nicht länger bzw. nur eingeschränkt seinen bedeutungsvollen Betätigungen* nachgehen kann und dies sein Wohlbefinden und seine Lebensqualität einschränkt (Law, 2002). Die Ergotherapie ist eine Berufsdisziplin, die nach dem DVE (2007) die Aufgabe hat, die Menschen zu unterstützen und zu fördern, wenn diese in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von einer solchen bedroht sind. So sind innerhalb der ergotherapeutischen Interventionen die bedeutungsvollen Betätigungen der zentrale Ausgangspunkt in der Behandlung (Götsch, 2011). Im internationalen Kontext wird die Ergotherapie nach dem *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT) (2012) wie folgt definiert: „[...] to enable people to participate in activities of everyday life.“ (p.1). D.h., dass die Ergotherapie diese Einschränkung der Teilhabe und der Betätigung innerhalb der Behandlung aufgreifen und den Einsatz der Ergotherapie bei Einschränkungen der Teilhabe bei onkologischen Erkrankungen (Grewohl, 2009), wie z.B. mit Brustkrebsklienten, vornehmen kann.

In diesem Zusammenhang zeigen internationale Studien auf, dass die Ergotherapie hilfreich in der Behandlung von Defiziten im Alltag bei Brustkrebsklienten ist (Indermühle & Sutter, 2015). Aebischer und Scheidegger (2011) zeigen in ihrer Bachelorarbeit auf, dass eine Krebserkrankung einen Einfluss auf die Betätigung hat und eine ergotherapeutische Behandlung sinnvoll ist. Nebenwirkungen in Folge der komplexen Behandlungen führen zu funktionellen Einschränkungen, welche einen negativen Einfluss auf die Ausführung von Betätigungen haben. Nicht partizipieren zu können, wird von brustkrebskranken Klienten als eine starke Einschränkung empfunden, sodass die Ergotherapie bei der Wiederausführung von bedeutungsvollen Betätigungen unterstützen kann (Fleischer & Howell, 2017).

Die übereinstimmenden Aussagen seitens der Aufgabe der Ergotherapie führen zu der Frage, wie Ergotherapeuten mit Brustkrebsklienten in Deutschland arbeiten. In diesem Kontext gibt es nur wenige nationale Forschungsergebnisse (Deimel, 2014; Hofmann, 2016). Nach einer ausführlichen Literaturrecherche hat sich ergeben, dass keine Forschungsergebnisse bezüglich der Beschreibung des Arbeitsfeldes der Ergotherapie in der Onkologie mit Brustkrebsklientel in Deutschland vorliegen und auf weitere Forschung verwiesen wird. Aufgrund dessen wird dies in der vorliegenden Bachelorarbeit aufgegriffen.

Mit der Arbeitsfeldbeschreibung in dieser Bachelorarbeit wird ein möglichst genaues Bild der Ergotherapie in der Onkologie am Beispiel von Brustkrebsklientel vermittelt. Die Bachelorarbeit baut auf folgender Fragestellung nach dem PIO*-Schema und den angeschlossenen Leitfragen auf:

„Wie arbeiten Ergotherapeuten in Deutschland im Bereich der Onkologie am Beispiel von erwachsenen, an Brustkrebs erkrankten Klienten?“

- Welche Fertigkeiten und Erfahrungen muss ein Ergotherapeut bei der Arbeit mit an Brustkrebs erkrankten Klienten besitzen?
- Welche Methoden im Therapieprozess werden bei der Behandlung mit Brustkrebsklienten von Ergotherapeuten genutzt?

- Welche Rahmenbedingungen müssen bei dem Einsatz der Ergotherapie in der Arbeit mit Brustkrebsklienten berücksichtigt werden?
- Was sind Grenzen und *Enabler** der Ergotherapie in der Onkologie mit Brustkrebsklienten?

Ziel dieser Forschung ist eine Arbeitsfeldbeschreibung deutscher Ergotherapeuten, welche in der täglichen Arbeit Brustkrebsklienten behandeln. Der Fokus liegt dabei auf einem Gebiet, das nur wenig von Ergotherapeuten eingenommen wird (Grewohl, 2009) und betrachtet die Wichtigkeit von Ergotherapeuten in der Behandlung mit onkologischer Klientel im nationalen Kontext. Außerdem wird ein Einblick darauf gegeben, welche Möglichkeiten die Ergotherapie im Bereich der Onkologie mit dem Krankheitsbild Brustkrebs im klinischen Kontext hat. Der Arbeit wird das Modell des *Person-Environment-Occupational-Performance* (PEOP) (Christiansen, Baum, & Bass, 2015) zugrunde gelegt. Bei bestehenden Betätigungsproblematiken könnten Ergotherapeuten eine entscheidende Rolle in der interdisziplinären Behandlung spielen. Diese Arbeitsfeldbeschreibung stellt eine Ergänzung zu den vorhandenen Studien dar.

1.2 Kapitelübersicht

Im Weiteren folgt in **Kapitel 1** eine kurze Beschreibung des hypothetischen Modells.

In **Kapitel 2** werden im theoretischen Hintergrund Themen vertieft, die unmittelbar mit der ergotherapeutischen Arbeit mit Brustkrebsklientel zusammenhängen.

Das methodische Vorgehen dieser Bachelorarbeit wird in **Kapitel 3** u.a. durch die Beschreibung der Methodik, dem Erschließen eines hypothetischen Modells, der Erhebungs- und anschließender Auswertungsmethode etc. aufgezeigt.

Die Ergebnisse der Experteninterviews werden in **Kapitel 4** mithilfe von Zitaten der Experten aufgezeigt.

In **Kapitel 5** werden in der Diskussion Ergebnisse und Vorüberlegungen in Verbindung mit der Evidenz* gebracht. Gleichzeitig werden Stärken und Schwächen dieser Bachelorarbeit aufgezeigt.

In **Kapitel 6** stellen die Autorinnen eine Schlussfolgerung dieser Arbeit an. Dabei wird die Forschungsfrage beantwortet, ein allgemeines Fazit gezogen und dem Leser ein Ausblick gegeben.

1.3 Das hypothetische Modell

Für die Ausarbeitung dieser Arbeit haben sich die Autorinnen an dem Vorgehen nach Gläser und Laudel (2010) orientiert (► 3.7).

Ein Merkmal dieser Vorgehensweise ist die Erstellung eines hypothetischen Modells. Gläser und Laudel (2010) erklären das hypothetische Modell wie folgt: „Das hypothetische Modell ist gewissermaßen eine aus der Theorie abgeleitete partielle Vermutung, die durch die empirischen Befunde nicht bestätigt oder verworfen, sondern modifiziert und ergänzt werden soll.“ (p.90). Das vorliegende Modell ist das letztendliche, das die Arbeit gelenkt hat. Zu der Zeit der Erstellung handelt es sich in Bezug auf die festgelegten Variablen* und Dimensionen um hypothetische Annahmen, die zu diesem Zeitpunkt keineswegs vollständig sein mussten. Im Verlauf der Forschung wurden Veränderungen an dem Modell vorgenommen.

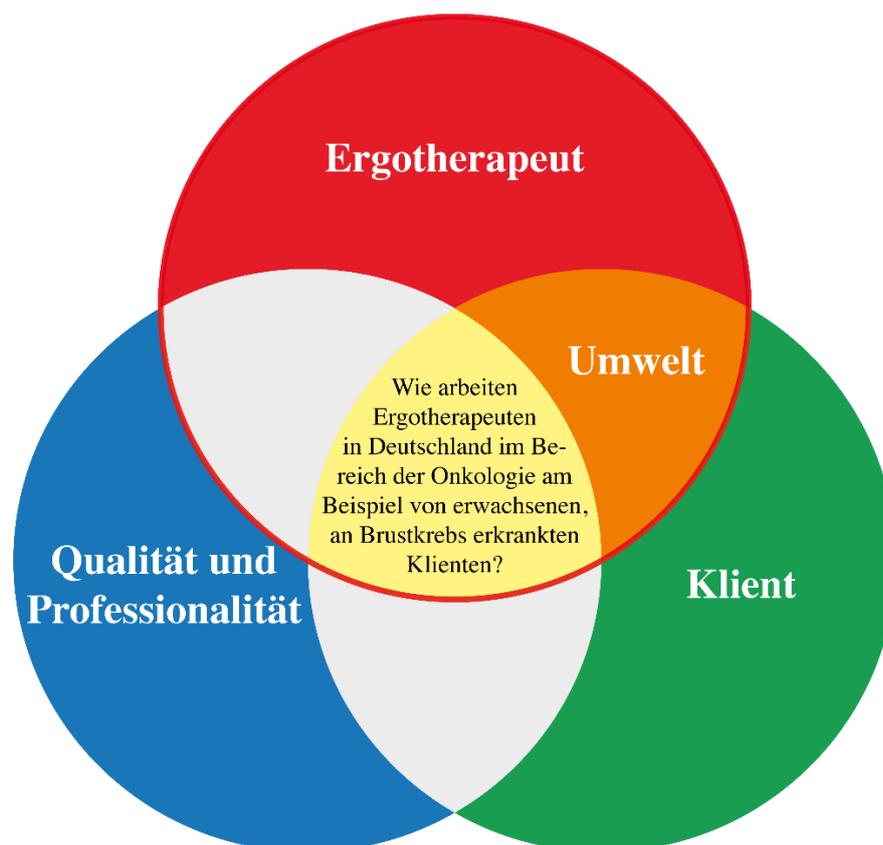


Abbildung 1: Hypothetisches Modell: Ergotherapeut in der Onkologie

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Das PEOP Modell

Ergotherapeuten können sich in ihrem professionellen Handeln nach verschiedenen Modellen orientieren. Ergotherapeutische Modelle, wie z.B. das PEOP (Christiansen et al., 2015) werden von der Therapeutengruppe genutzt, da diese Praxismodelle mit ihren Prozessen ein Rahmenwerk stellen, welches das systematische Handeln beschreibt (Turpin & Iwama, 2011). Außerdem erläutern Turpin und Iwama (2011), dass der ergotherapeutische Behandlungsprozess kompliziert ist, sodass ein Wegweiser bei der Umsetzung hilfreich ist und gleichzeitig Transparenz gegenüber Außenstehenden aufzeigen kann.

Die Autorinnen haben sich entschlossen diese Bachelorarbeit dem PEOP Modell (Christiansen et al., 2015) (Abbildung 2) zugrunde zu legen. Diese Entscheidung beruht auf der ganzheitlichen Sicht, die das Modell bietet. Ganzheitlich bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Klient, dessen Umwelt und seine Betätigung in einem direkten Zusammenhang gebracht werden, welche der Ergotherapeut umfassend betrachten kann. Ansätze und Prinzipien (►2.1.5), die vom Ergotherapeuten eingenommen werden können, bieten die Möglichkeit, das ergotherapeutische Handeln und den ergotherapeutischen Prozess mit der Klientel Brustkrebs zu strukturieren. Interessant ist für den Ergotherapeuten, der nach diesem Modell arbeitet, dass der Fokus beim PEOP (Christiansen et al., 2015) auf der *occupational performance** liegt. Ein Ziel der Ergotherapie kann das Ermöglichen der *occupational performance* bei der Arbeit mit Brustkrebsklienten sein. Inhalte und Ergebnisse der Arbeit werden mit diesem Modell in Verbindung gebracht und somit genauer erläutert. Wird von der PEOP Brille gesprochen, so bedeutet dies, dass die Inhalte und Erläuterungen unter dem Blick von PEOP (Christiansen et al., 2015) betrachtet werden.

Das o.g. Modell wurde erstmals 1991 veröffentlicht. Aktuell befindet sich die vierte Auflage auf dem Markt (Christiansen et al., 2015). Es baut auf verschiedenen Wissenschaften, wie der *occupational science**, den Neurowissenschaften, der Physiologie, der Psychologie und der Umweltwissenschaft auf und dient dem Ergotherapeuten dazu, den Menschen in seinem ganzen Wesen zu betrachten. Baum, Bass und Christiansen (2015) beschreiben die Möglichkeiten

durch die Nutzung des Modells wie folgt: „The PEOP Model can provide the structure for knowledge that enables the performance of occupation (doing), for participation (engagement in everyday life), and well-being (health and quality of life).” (p.40), sodass die Anwendung dieses Modells dem Ergotherapeuten in seinem ergotherapeutischen Prozess begleiten kann.

PEOP: Enabling Everyday Living

THE NARRATIVE

The past, current and future perceptions, choices, interests, goals and needs that are unique to the Person, Organization, or Population

PERSON

- Cognition
- Psychological
- Physiological
- Sensory
- Motor
- Spirituality

Occupation

- Activities
- Tasks
- Roles

Environment

- Culture
- Social Determinants
- Social Support and Social Capital
- Education and Policy
- Physical and Natural
- Assistive Technology

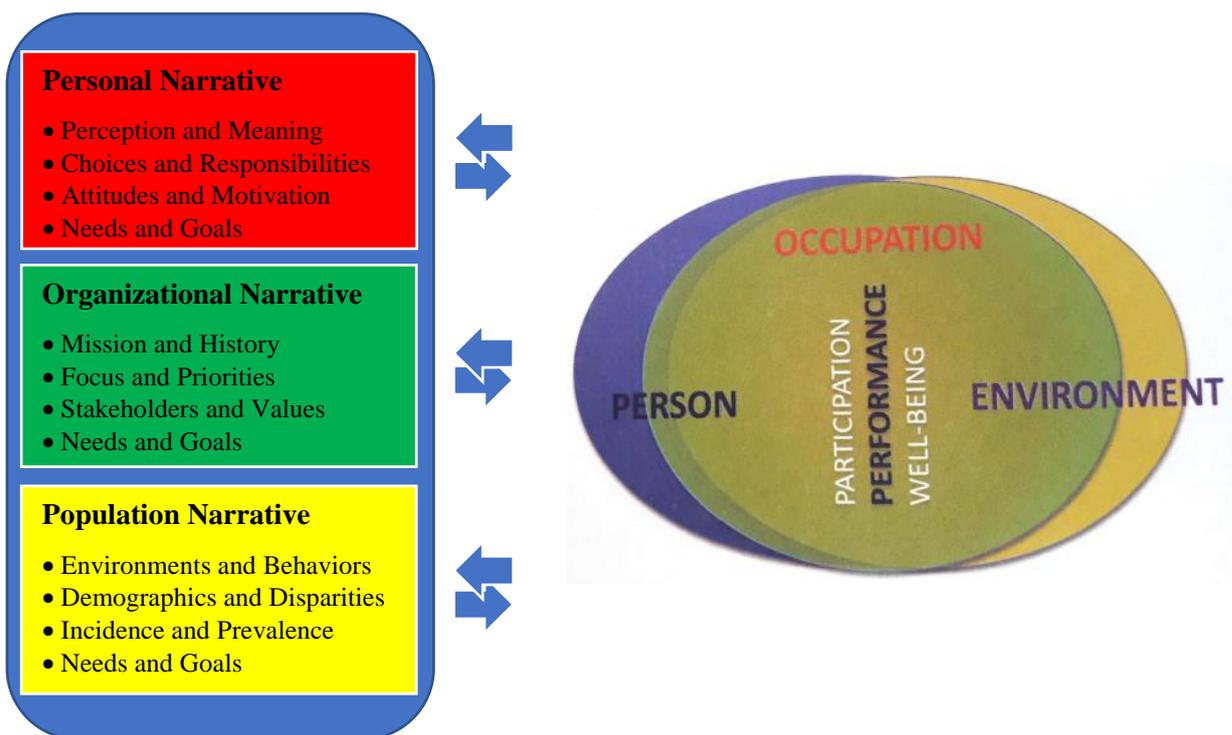


Abbildung 2: Angelehnt an PEOP: Enabling Everyday Living (Christiansen, C.H., Baum, C.M., & Bass, J.D. (2015). Cover. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being (4th ed.)*. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.)

2.1.1 Eigenschaften des Modells

Das PEOP (Christiansen et al., 2015) ist ein Praxismodell, das den Ergotherapeuten dabei verhelfen soll, mithilfe der Betrachtung der verschiedenen Domänen (Person, Umwelt, Betätigung, Performanz) ein genaues Verständnis über die *occupational performance* einer Person erörtern und einen umfassenden Behandlungsplan entwickeln zu können (Baum et al., 2015). In diesem Zusammenhang beschreiben Baum et al. (2015): „[...] the model focuses on the characteristics of the person and his or her living environment.“ (p.49). Außerdem existiert hierzu ein Prozessmodell*, nach dem der Ergotherapeut das *clinical reasoning* in der Behandlung von Klienten anwendet (Bass et al., 2015).

Das PEOP (Christiansen et al., 2015) wird als ein systemisches Modell bezeichnet, da es die dynamische Interaktion der verschiedenen Faktoren der Person, der Umwelt, der Betätigung und der Performanz aufzeigt (Baum et al., 2015). Das bedeutet, dass die Betätigung beeinflusst werden kann oder einen Einfluss auf die Umwelt und die Person hat, sodass sich eine *occupational performance* individuell herausstellt. In dem Zusammenhang weisen Baum et al., (2015) darauf hin, dass das Modell bei einem Individuum, einer Gruppe bzw. einer Organisation und einer Population angewendet werden kann.

Ein entscheidender Aspekt, der mithilfe des PEOP (Christiansen et al., 2015) verfolgt werden kann, ist die klientenzentrierte Arbeit. Dies ist möglich, indem der individuelle Kontext des Klienten betrachtet, seine Ressourcen identifiziert und seine persönlichen Ziele und Anliegen in der Behandlung beachtet werden (Baum et al., 2015). Die Autoren sprechen in dem Zusammenhang von einer Brücke (Baum et al., 2015), die vom Ergotherapeuten bei dem Klienten mit seinen Eigenschaften, seiner derzeitigen Situation und seinen Zielen geschlagen wird.

Des Weiteren kann das Modell unter dem Top-down* Ansatz angewandt werden. Es gilt, dass der Ergotherapeut ein umfassendes Bild von den Klienten erhält und der Blick auf die Probleme im Alltag gerichtet ist, die die Betätigung und somit die Partizipation einschränken (Fisher & Denhardt, 2014).

Der *PEOP Occupational Therapy Process* (Bass et al., 2015) erklärt dem Anwender den zu gestaltenden Prozess mit den entsprechenden Schritten. Gleichzeitig legt das PEOP (Christiansen et al., 2015) einen Fokus auf die *occupational performance* in Zusammenhang mit dem Wohlbefinden und der daraus einhergehenden Lebensqualität (Baum et al., 2015).

Diese sollen im *outcome** vom Klienten eingenommen werden und durch die Behandlung verbessert, bzw. ermöglicht werden. Aufgrund des Fokus‘ auf der Performanz, dem Wohlbefinden und der Partizipation, haben Baum et al. (2015) diese Eigenschaften in das Modell eingebaut (siehe Abbildung 2: PEOP: *Enabling Everyday Living*).

Diese Eigenschaften des Modells zeigen auf, nach welchen Aspekten sich ein Ergotherapeut in seiner Behandlung unter der Betrachtung der PEOP Brille richtet. Durch das Modell werden allgemeine Eigenschaften der Ergotherapie, wie die Klientenzentrierung, die Anwendung nach Top-Down und das theoriegeleitete Arbeiten mithilfe von Modellen aufgezeigt. Gleichzeitig bietet das Modell eigene Eigenschaften, wie bspw. die spezifische Betrachtung der *occupational performance*.

2.1.2 Definitionen nach PEOP

Jeder Autor verschiedener Modelle definiert nach seinem Verständnis die Begriffe der *occupation* und der *occupational performance*. So definieren Baum et al. (2015) die *occupation* als eine gewöhnliche und vertraute Sache, derer Menschen jeden Tag nachgehen. Das bedeutet, dass die Menschen eine alltägliche Situation ausführen, die ihnen vertraut ist und ein Teil ihres Alltages darstellt. Zudem definieren die Autoren Baum et al. (2015) die *occupational performance* wie folgt: „[...] the doing of meaningful activities, tasks, and roles through complex interactions between the person and environment.” (p.52). Eine Betätigung auszuführen bedeutet demnach, dass das Individuum bedeutungsvollen Aktivitäten, Aufgaben und Rollen, in einer dynamischen Interaktion mit den Faktoren der Person und der Umwelt, nachgehen kann. Wenn alle Faktoren und dynamischen Interaktionen zwischen Domänen stimmig sind, führt dies erfolgreich zur Partizipation und Wohlbefinden (Baum et al., 2015).

Mithilfe der klaren Definition der Autoren besteht für den Ergotherapeuten ein eindeutiges Verständnis zur Anwendung dieser Begrifflichkeiten und er kann diese bspw. mit anderen Berufsgruppen kommunizieren.

2.1.3 Drei Domänen des PEOP

In dem Modell nach PEOP (Christiansen et al., 2015) werden drei verschiedene Domänen benannt, welche sich in einer dynamischen Interaktion befinden. Baum et al. (2015) benennen folgende Domänen:

- die Person
- die Umwelt
- die Betätigung

Diese beeinflussen sich gegenseitig und stellen verschiedene Faktoren dar, woraus die *occupational performance* gebildet wird (Baum et al., 2015). Diese werden im weiteren Verlauf beleuchtet.

Die Faktoren der Person beschreiben deren Kapazitäten und verhelfen bei der Identifizierung von Behinderungen (Baum et al., 2015). Unter dem psychischen Faktor der Person versteht das Modell die Motivation und die intrinsische Motivation sowie das Selbstbewusstsein und den emotionalen Zustand. Die Spiritualität und der übersinnliche Glaube werden separat aufgelistet und als eine besondere Essenz beschrieben, über das eigene Selbst und dessen Platz in der Welt (Eakman, 2015). Bei den physischen Faktoren werden u.a. die Stärke, das Aushaltvermögen, die Ernährung und die allgemeine Gesundheit genannt. Des Weiteren zeichnet sich eine Person durch ihre Kognition aus. Darunter versteht Rogers (2015) das Gedächtnis, die gedankliche Strukturierung, die Aufmerksamkeit, das Bewusstsein, das logische Denkvermögen, die Entscheidungsfindung und die Zielorientierung. Diese stehen in Zusammenhang mit exekutiven Funktionen (Baum et al., 2015). Ein anderer Faktor der Person sind die neurobiologischen Gegebenheiten. Darunter fallen nach Carey (2015) alle Sinneswahrnehmungen. Die motorischen Faktoren der Person sind nach Dutton (2015) der Tonus, die Stärke, die motorische Kontrolle und die Koordination. Das bedeutet für die Ergotherapeuten, welche sich mit der Klientel Brustkrebs befassen, dass diese nach diesem Modell arbeiten können und dabei die Faktoren der Person, bzw. des Klienten betrachten und erfassen müssen, um die Behandlung entsprechend auf die Person abstimmen zu können. Die Faktoren bestimmen in dem Sinne das Ausmaß der Behandlung und die Mitarbeit des Klienten.

Person

- Cognition
- Psychological
- Physiological
- Sensory
- Motor
- Spirituality

Bei den Faktoren der Umwelt handelt es sich um physische, soziale, kulturelle, politische und technologische Einflüsse. Diese können sich bei dem Menschen als Barrieren oder sogenannte *Enabler* erweisen (Baum et al., 2015). Ein möglicher *Enabler* wäre z.B. die soziale Unterstützung durch Freunde, Familie, Bekannte, Arbeitskollegen etc. Im weiteren Zusammenhang wird das soziale Netzwerk (*social capital*) in einer Gesellschaft und die daran

angeschlossenen Organisationen, die die Person unterstützen bzw. vernachlässigen können, genannt (Bass, Baum, Christiansen, & Haugen, 2015). Die kulturelle Umwelt wird in dem PEOP nach Padilla (2015) so beschrieben, dass viele Eigenschaften dieser zugehörig sind, wie die Rasse, die Volkszugehörigkeit, das Geschlecht, das Alter, die Religionszugehörigkeit, die Sprache, der soziale Status, der gesundheitliche Status und die Wertsysteme. Zudem handeln die Menschen nach eigenen bzw. vorgelebten Überzeugungen und leben demnach ihre Gesundheit. Des Weiteren wird unter der Umwelt des Menschen die physische und natürliche Umwelt betrachtet (Stark, March, & Keglovits, 2015). Dabei kann es sich um Gegenstände, Produkte und verschiedene technologische Geräte, sowie natürliche Gegebenheiten (Klima, Gelände, Luftdruck und Bevölkerungsdichte) handeln. Polgar (2015) umschreibt einen weiteren Aspekt der Umwelt, die assistive Technologie (AT)* (► 2.5.3).

Menschen mit einer Brustkrebserkrankung bringen ein spezifisches und individuelles Umfeld mit in die Behandlung, sodass der Ergotherapeut angehalten wird, dieses in seine Analyse und in die Behandlung miteinzuschließen. Mögliche Anpassungen, die vom Ergotherapeuten getroffen werden müssen, betreffen entweder die Umwelt oder den Klienten selbst.

Environment

- Culture
- Social Determinants
- Social Support and social Capital
- Education and Policy
- Physical and Natural
- Assisstive Technology

Die Betätigung wird im PEOP (Christiansen et al., 2015) als eine Aktivität und Aufgabe verstanden, die der Mensch tätigt, da er dies möchte bzw. machen muss. Diese Ausführung der Betätigung wird durch die Faktoren der Person und der Umwelt unterstützt und zeigt sich schlussendlich in der *occupational performance* (Baum et al., 2015). Nach Erlandsson und Christiansen (2015)

Occupation

- Activities
- Tasks
- Roles

wird die *occupational performance* durch die Charaktereigenschaften einer Person, der Umwelt und der Betätigung beeinflusst. Führt die Person ihre Betätigung durch (*occupational performance*), verbindet sie sich mit einer bestimmten Rolle und der soziokulturellen Umwelt (Baum et al., 2015). Die Rollen, die eine Person einnimmt, werden durch deren Umstände beeinflusst und individuell eingenommen. So zeichnen diese Rollen die *occupation competence* (Matuska & Barrett, 2015, p.159) aus und entwickeln sich differenziert.

Die Betätigung eines Menschen ist komplex, wird durch eine intrinsische Motivation ausgelöst und zeigt sich individuell durch verschiedene Gegebenheiten, wie den Betätigungsmustern, den Gewohnheiten und Routinen, die individuelle Zeitnutzung und das Ausleben dieser (Erlandsson & Christiansen, 2015). Wird die Betätigung genau betrachtet, so ist zu erkennen, dass diese aus mehreren Untereinheiten bzw. Sequenzen von Aktivitäten besteht, die zusammengeslossen zu einer Betätigung führen. Diese Aktivitäten, welche in Sequenzen betrachtet werden können, stehen in Zusammenhang mit den Überzeugungen, den „*occupational circumstances*“ (Erlandsson & Christiansen, 2015, p.115), den kulturellen Gegebenheiten und den eigenen Vorstellungen. Die Betätigung wird individuell durchgeführt. Erlandsson und Christiansen (2015) beschreiben in dem Zusammenhang: „[...] occupation is always unique; even if the same person performs the same occupation again, he or she will have a new and slightly different way of performing it.“ (p.115).

Die Beschreibung einer Betätigung kann also nicht verallgemeinert werden. Das bedeutet für den Menschen, dass die täglichen Betätigungen in einem Gleichgewicht stehen sollten, um Betätigungsmuster nicht zu durchbrechen und die allgemeine Gesundheit nicht beeinträchtigt wird. In dem Zusammenhang werden nach dem PEOP (Christiansen et al., 2015) die verschiedenen Betätigungen von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen, Senioren, Organisationen und Populationen betrachtet. Die Erwachsenen durchleben verschiedene Stufen ihres Lebens, die einen Einfluss auf ihre Lebensverhältnisse und die damit verbundene

Betätigung haben (Matuska & Barrett, 2015). So werden folgende, wichtige Betätigungen von Matuska und Barrett (2015) genannt: Arbeit, Pflege und Freizeit. Einer bezahlten Arbeit nachzugehen, ist eine essentielle Betätigung für erwachsene Menschen, bei der diese sich mit ihrem Beruf identifizieren. Des Weiteren kommt es häufig vor, dass Menschen sich um andere mit pflegerische Maßnahmen kümmern müssen, wie z.B. bei der Pflege der eigenen Eltern im hohen Alter oder das Pflegen und Erziehen der eigenen Kinder als ein Elternteil. Damit geht einher, dass diese Personen eine bestimmte Rolle haben, wie z.B. die der umsorgenden Mutter. Unter Freizeit verstehen Matuska und Barrett (2015), dass die Menschen sich erholen. Dabei wird spezifischen Aktivitäten nachgegangen, welche sich aus einer intrinsischen Motivation herauskristallisiert haben und häufig am Wochenende oder im Urlaub durchgeführt werden. Wird die Ausführung einer Betätigung bedroht, kann dies einen Einfluss auf die sogenannte *life balance* (Matuska & Barrett, 2015, p. 163) haben und sich z.B. zu Schlafstörungen, Inaktivität und Armut entwickeln.

Der Ergotherapeut betrachtet bei dem Klienten mit einer Brustkrebserkrankung seine *occupation* und *occupational performance*. Diese bildet sich individuell ab und wird durch die Krebserkrankung beeinflusst. Demnach sollten die Einschränkungsgebiete in der *occupation* dem Ergotherapeuten bewusst sein und in der Behandlung berücksichtigt werden.

2.1.4 PEOP Occupational Therapy Process

Das Prozessmodell weist dem Ergotherapeuten den Behandlungsweg auf und wird durch das *clinical reasoning* unterstützt. Es ist an das PEOP Modell (Christiansen et al., 2015) angelehnt und verfolgt die Implementierung der Theorie in die praktische Behandlung. Das Prozessmodell kann bei dem Individuum, einer Gruppe bzw. einer Organisation oder einer Population angewandt werden (Baum et al., 2015).

Bass et al. (2015) weisen darauf hin, dass der Prozess auf den Kapazitäten und Ressourcen der Umwelt des Menschen aufgebaut ist, welche ihn in der Ausführung seiner Betätigung unterstützen. Zudem ist das Modell klienten- und evidenzbasiert.

Dieses Prozessmodell besteht aus vier verschiedenen Komponenten: *narrative*, Assessment* und Evaluation, Intervention und *outcome*, die vom Ergotherapeuten berücksichtigt und durchgeführt werden.

Im narrativen Schritt erschließt der Ergotherapeut durch Gespräche und gezielte Beobachtungen die individuellen Anliegen und Ziele des Klienten.

Baum et al. (2015) beschreiben als nächsten Schritt die Assessments und Evaluation. Hier kann der Ergotherapeut auf Grundlage der Evidenzlage Assessments bzw. Testungen auswählen, die zur Befundaufnahme dienen. Dabei wird auf die Gütekriterien* (reliabel, valide, objektiv) geachtet. Mithilfe dieser Assessments werden sowohl Einschränkungen und Barrieren, wie auch Kapazitäten und *Enabler* (Baum et al., 2015, p.61) erfasst und ergeben einen Überblick über den Klienten mit seinen ganzen Facetten.

Bei der Auswahl der Interventionen beruft sich der Ergotherapeut auf den narrativen Schritt und den Ergebnissen aus der Evaluation. Mithilfe dieser Interventionen verhilft der Ergotherapeut dem Klienten dazu, seine Ziele zu erreichen und wieder teilzuhaben bzw. durch seine Betätigung partizipieren zu können.

Baum et al. (2015) erklären, dass die „[...] occupation (doing), for participation (engagement in everyday life), and well-being (health and quality of life).“ (p.40) das outcome einer ergotherapeutischen Behandlung nach dem Modell kennzeichnen.

Die Entwickler weisen außerdem darauf hin, dass nur ein erfahrener Ergotherapeut mit weitreichenden Fertigkeiten nach diesem Modell arbeiten sollte, da das Verhältnis zwischen Therapeut und Klient in ihrer Zusammenarbeit elementar wichtig und ausschlaggebend ist, wie bspw. die richtigen Fragen bei der narrativen Komponente zu stellen.

Das Arbeiten nach Prozessmodellen, wie in diesem Falle des *PEOP Occupational Therapy Process* (Bass et al., 2015), verhilft dem Ergotherapeuten dazu, seine Behandlung mit der Klientel und den Umständen der Umwelt zu planen. Außerdem kann der Ergotherapeut den Behandlungsstand transparent nach außen gegenüber anderen Professionen oder Kollegen in der interdisziplinären Zusammenarbeit darstellen.

2.1.5 Ansätze und Prinzipien nach PEOP

Befindet sich der Ergotherapeut mit dem Klienten in der Interventionsphase, so werden von dem Ergotherapeuten verschiedene Ansätze genutzt, um die Ziele des Klienten und ein entsprechendes Ergebnis zu erreichen. Des Weiteren stellt das Modell verschiedene Prinzipien vor, die bei der Planung und Umsetzung von Interventionen angewendet werden (Bass et al., 2015).

Bass et al. (2015) beschreiben acht verschiedene Ansätze, die von einem Ergotherapeuten verwendet werden können:

- *create-promote*
- *establish-restore*
- *maintain-habilitate*
- *modify-compensate*
- *present*
- *educate*
- *consult*
- *advocate* (p.64).

Nach dem Ansatz *create-promote* liegt der Fokus der Behandlung auf dem Wohlbefinden und der Lebensqualität des Klienten, in dem dieser seinen Betätigungen nachgehen und ein ausgeglichenes Leben führen kann. Gilt es bspw., Funktionen bzw. Strukturen des Körpers zu trainieren, um die *performance capacity* auszubauen, wird nach dem Modell von *establish-restore* gesprochen. Des Weiteren werden Ressourcen und Einschränkungen des Klienten betrachtet. Dabei versucht der Ergotherapeut im Sinne des *maintain-habilitate* die Ressourcen aufrecht zu erhalten und zu stärken. Bei dem Ansatz des *modify-compensate* gilt es, dass Einschränkungen und Barrieren aufgehoben werden und mögliche Hilfsmittel zum Einsatz kommen. Außerdem ist es wichtig, dass der Ergotherapeut die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (*prevent*) in seinem Handeln berücksichtigt. Zudem gibt er sein eigenes Wissen bzw. seine Expertise an den Klienten weiter (*educate*), arbeitet mit dem Klienten in enger Zusammenarbeit, um dessen Ziele und Anliegen zu erreichen (*consult*) und tritt für diesen vor anderen Berufsgruppen ein oder unterstützt den Klienten dabei, für sich selbst einzutreten (*advocate*).

Die genannten Ansätze sind so gesehen Fertigkeiten des Ergotherapeuten, die in der Behandlung mit der Klientel Brustkrebs angewendet werden. Diese Fertigkeiten zeichnen den Ergotherapeuten in seiner Kompetenzfähigkeit aus und stellen gleichzeitig eine flexible Einstellung des Ergotherapeuten gegenüber der Klientel dar.

Im Modell werden acht verschiedene Prinzipien benannt, wonach ein Ergotherapeut arbeiten sollte. Nach Bass et al. (2015) fallen darunter die folgenden Begriffe:

- *client-centered*
- *evidence-based*
- *ethics and advocacy*
- *communication*
- *culture*
- *professional lifelong development*
- *business fundamentals*
- *therapeutic use of self* (p.65).

Im Kapitel (►2.2.1) werden fünf dieser Prinzipien genauer erläutert. Daher wird im Folgenden nur auf drei der Prinzipien (*ethics and advocay*, *business funsamental*, *culture*) eingegangen. So werden vom Ergotherapeuten ethische Werte des Klienten angenommen. Der Ergotherapeut spricht sich daraufhin im Sinne des Klienten für ihn vor anderen aus (*ethics and advocacy*). Nach dem Prinzip des *business fundamental* ist der Ergotherapeut darum bemüht, dass er bspw. sinnvolle und effektive Programme in Organisationen oder Unternehmen durchführt, um dieses mit seinen Angestellten zu unterstützen. Des Weiteren sollten innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung die Vorstellungen und der Glauben einer Kultur (*culture*) bezüglich der Gesundheit und deren Heilung bzw. Genesungsprozess berücksichtigt werden. Die Prinzipien nach PEOP (Bass et al., 2015) zeigen u.a. auf, nach welchen Grundgedanken der Ergotherapeut in seiner Arbeit mit dem Klienten handeln muss. Aspekte wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die kommunikativen Fertigkeiten und die lebenslange Weiterbildung sind besonders wichtig für die multidisziplinäre Zusammenarbeit in der Rehabilitation von onkologischer Klientel. Zudem sollte der Ergotherapeut nach der *evidence-based practice* (EBP)* arbeiten.

In allem betrachtet, bietet das PEOP (Christiansen et al., 2015) dem Ergotherapeuten in der Behandlung mit Brustkrebsklientel eine umfassende Versorgungsmöglichkeit, unter der Betrachtung der verschiedenen Dimensionen, dem Arbeiten nach dem spezifischen Prozess und

der Anwendung der Ansätze und Prinzipien. Durch die Erkrankung an Brustkrebs und die damit verbundene langjährige und aufwendige Behandlung des Tumors, kann der Ergotherapeut nach diesem Modell den Klienten in der Ausführung seiner Betätigung befähigen. Außerdem kann es von Ergotherapeuten genutzt werden, um die Qualität der Arbeit mit den Klienten zu gewährleisten, indem bspw. evidenzbasierte Assessments eingesetzt und re-evaluiert werden und das professionelle Handeln der Ergotherapeuten damit dargestellt werden kann. Eigenschaften, die ein Ergotherapeut nach dem Modell einnehmen sollte, wie die Prinzipien und die Ansätze, stellen eine essentielle Grundlage im Umgang mit dem in dieser Arbeitsfeldbeschreibung genannter Brustkrebsklientel dar. Aufgrund der komplexen Vorbehandlung der Klienten besteht häufig das Anliegen, die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu verbessern. Dieses kann mittels der PEOP Brille verfolgt werden.

2.2 Der Ergotherapeut

Das Thema dieser Bachelorarbeit ist die Arbeit des Ergotherapeuten in der Onkologie mit dem Hauptaugenmerk auf Brustkrebsklienten. Dazu werden die Fertigkeiten eines Ergotherapeuten beschrieben, die er für die Ausübung seiner Arbeit benötigt.

Der Ergotherapeut ist der Dienstleistungserbringer der Ergotherapie. Laut der Definition des DVE werden in der Ergotherapie Menschen jeden Alters behandelt, die in ihren Betätigungen in den Bereichen „[...] Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit [...]“ eingeschränkt sind (DVE, 2007). Dabei geht es um alltägliche Aktivitäten, die für den Menschen von Bedeutung sind. Ergotherapeuten unterstützen die Klienten dabei, mit ihren Einschränkungen hinsichtlich der Betätigungen zu leben, diese wieder auszuführen und weiteren Einschränkungen vorzubeugen (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2008). Außerdem unterstützen Ergotherapeuten ihre Klienten darin, an der Gesellschaft teilhaben zu können (Boyt Schell, Scaffa, Gillen, & Cohn, 2014). Die Voraussetzung für die Tätigkeit als Ergotherapeut in Deutschland ist eine dreijährige Ausbildung. Ein Studium mit anschließendem Bachelorabschluss ist ebenfalls möglich.

2.2.1 Fertigkeiten

Ergotherapeuten sollten verschiedene Fertigkeiten in die Therapie mit einbringen. Neben elementaren Fertigkeiten, Menschen zu mögen und neugierig zu sein (Dickerson, 2014), gibt es auch spezifische Fertigkeiten.

Im PEOP Model von Christiansen et al. (2015) sind verschiedene Prinzipien genannt, die ein Therapeut in seine Interventionen mit einfließen lassen sollte. Es werden acht verschiedene Prinzipien genannt, auf die im Kapitel (► 2.1.5), genauer eingegangen wird. Diese Prinzipien lassen sich als Fertigkeiten betrachten, da sie grundlegend erklären, wie ein Therapeut in den Interventionen handeln sollte. Die Prinzipien sind *client-centered*, *evidence-based*, *ethics and advocacy*, *communication*, *culture*, *professional lifelong development*, *business fundamentals* und *therapeutic use of self* (Christiansen et al., 2015). In diesem Kapitel (► 2.2.1) wird auf fünf dieser Prinzipien genauer eingegangen, da die Autoren diese als die für den Ergotherapeuten am Wichtigsten ansehen, um mit Brustkrebsklienten zu arbeiten.

Das klientenzentrierte Arbeiten ist eines dieser Prinzipien. Es beinhaltet, dass der Klient aktiv in den Therapieprozess miteingebunden wird. Dies geschieht, indem mit dem Klienten gemeinsam besprochen wird, welche Ziele er in der Therapie verfolgt. Der Therapeut nimmt die Perspektive des Klienten ein (Bass et al., 2015). Zudem akzeptiert und respektiert der Ergotherapeut den Klienten und bindet dessen Wissen und Erfahrungen ebenfalls mit in die Therapie ein (Gillen, 2014).

Auch das evidenzbasierte Arbeiten gehört zu den Fertigkeiten, die ein Therapeut in die Therapie mitbringen sollte. Es wird zwischen der internen Evidenz (therapeutisches Fachwissen) und der externen Evidenz (wissenschaftliche Forschung, z.B. Studien) (Borgetto, 2017) unterschieden. Evidenzbasiertes Arbeiten untermauert das Handeln des Ergotherapeuten und dessen Entscheidungen für eine Intervention oder ein Assessment. Mittels der Evidenz können sie *best-practice methods* (Bass et al., 2015) in ihre Praxis mit einfließen lassen und diese begründen. Innerhalb der therapeutischen beruflichen Laufbahn ist es wichtig, dass sich die Therapeuten mit dem aktuellen Stand der Forschung beschäftigen und sich weiterbilden. Deshalb zählt zum *professional lifelong development* (Baum et al., 2015) die Teilnahme an Fortbildungen und der Austausch mit Kollegen. Auf diese Weise erweitert der Ergotherapeut sein Wissen und bekommt zunehmende Erfahrungen, die er in seinen Therapien nutzen kann.

Ein Ergotherapeut hat in seinem beruflichen Alltag mit verschiedenen Berufsgruppen zu tun, mit denen er zusammenarbeiten muss, um dem Klienten die bestmögliche Therapie zu ermöglichen. Dabei ist es wichtig, dass sich die verschiedenen Professionen über den Stand, Fortschritt sowie das weitere geplante Vorgehen informieren und zusammenarbeiten (Bass et al., 2015). In interdisziplinären und multidisziplinären Teams sind die Kommunikation und Zusammenarbeit wichtige Aspekte, um eine effektive Therapie zu ermöglichen (*communication*). Durch Teamsitzungen kann gemeinsam reflektiert werden, was erreicht werden soll, welche Ziele bereits erreicht wurden und wie die Therapie gestaltet und angepasst werden muss (Falk-Kessler, 2014). Dabei ist die Fertigkeit der Kommunikation wichtig, da nur auf diese Weise ein Austausch mit anderen Professionen möglich ist.

Die Fertigkeit der Kommunikation ist für den Umgang mit dem Klienten wichtig. Förster (2018) beschreibt in ihrem Buch die Kommunikation mit Menschen, die im Bereich der Palliative Care* sind. Darin erklärt sie, dass Ergotherapeuten besonders gute Kommunikationsfertigkeiten benötigen, um eine gute Kommunikation mit schwerkranken oder

sterbenden Menschen zu gewährleisten. Speziell für den onkologischen Bereich gibt es bislang noch keine deutschen Veröffentlichungen, die aufzeigen, welche Kommunikationsfertigkeiten im Umgang mit Brustkrebsklienten wichtig sind. Aufgrund dessen kann mit dieser Arbeit zusätzlich herausgefunden werden, welche spezifischen Kommunikationsfertigkeiten ein Ergotherapeut aufweisen soll.

Innerhalb des Therapieprozesses nutzt der Ergotherapeut seine Fertigkeiten, um eine Beziehung zu dem Klienten aufzubauen. Diese Therapeuten-Klienten-Beziehung beruht neben den o.g. Prinzipien auch auf dem Prinzip des *therapeutic use of self* (Baum et al., 2015). Dabei setzt der Ergotherapeut gezielt sein Verhalten, sein Wissen und seine Wahrnehmung ein, um so auf den Klienten einzuwirken und diesen dabei zu unterstützen sowie Veränderungen wahrzunehmen (Baum et al., 2015).

Anne Cronin Mosey war die Erste, die den Begriff des *therapeutic use of self* nutzte, welcher damals noch als *conscious use of self* genutzt wurde (Seymour, 2012). Sie sah in der Interaktion zwischen Klient und Therapeut eine Art Manipulation seitens des Therapeuten, durch die er den Klienten unterstützt und befähigt, eigene Entscheidungen zu treffen (Seymour, 2012). Der Therapeut plant, seine Persönlichkeit einzusetzen, um so Einfluss auf den therapeutischen Prozess zu bekommen. Der *therapeutic use of self* ist Teil der Therapeuten-Klienten-Beziehung und fördert die Interaktion untereinander (Gillen, 2014). Die von der AOTA aufgezeigte Definition des *therapeutic use of self* bezieht sich auf Ergotherapeuten, die in Amerika tätig sind. Der Begriff des *therapeutic use of self* hat innerhalb von Deutschland noch keine Beachtung gefunden.

Außerdem nutzt der Therapeut in der Beziehung das *narrative* und das *clinical reasoning* sowie Empathie, Klientenzentrierung und partnerschaftliche Zusammenarbeit, wie die AOTA (2014) beschreibt. Dies ist entscheidend für eine gute Behandlung. Sowohl der Klient, als auch der Ergotherapeut bringen Fertigkeiten und Wissen in die Beziehung mit (AOTA, 2014).

Durch diese Arbeit möchten die Autorinnen auf die Wichtigkeit aller genannten Fertigkeiten, die ein Ergotherapeuten besitzen sollte, hinweisen.

2.2.2 Professional Reasoning

Professional reasoning, clinical reasoning (Mattingly & Fleming, 1994) oder das *therapeutic reasoning* (Forsyth, 2017) ist ein Prozess, in dem sich der Ergotherapeut von Beginn der

Therapie an befindet (Boyt Schell, 2014). Dieser Prozess findet in der Metakognition, dem „[...] thinking about thinking.“ (Boyt Schell, 2014, p.384), statt. Die Metakognition stellt eine weitere Fertigkeit des Ergotherapeuten dar, da es für den Reflexionsprozess des Ergotherapeuten wichtig ist, dass er über sein eigenes therapeutisches Handeln nachdenken kann. Nur so kann er beurteilen, ob er im Sinne des Klienten handelt.

Der *Reasoning*-Prozess wird durch die Wechselwirkung von Therapeut, Klient und Umwelt beeinflusst. Er wird als Prozess bezeichnet, um die Therapie zu planen, durchzuführen und stetig zu reflektieren, was sich positiv auf die Behandlung und somit den Klienten auswirkt (Boyt Schell & Benfield, 2018). Hierbei wird nach Schell (2014) zwischen *narrative*, *pragmatic*, *ethical* und *interactive reasoning* unterschieden, welche während des ergotherapeutischen Therapieprozesses miteinander verbunden sind.

Unsworth (2004) entwickelte auf der Grundlage der Definition von Mattingly und Fleming das hierarchische Modell des *clinical reasoning*. In dem Modell werden drei Stufen beschrieben sowie der Umweltkontext, in dem der Ergotherapeut und der Klient leben. Die erste Stufe des Therapeuten ist die *world view* (Boyt Schell & Schell, 2018), die alle Denkweisen des *Reasonings* beinhaltet. Auf der zweiten Stufe stehen die aus Sicht von Unsworth drei wichtigsten Reasoningformen (prozedural, interaktiv, konditional). Bei der Anwendung des *Reasonings* nutzt der Ergotherapeut vor allem Erfahrungen, die er in der Vergangenheit erworben hat, um diese auf den momentanen Klienten zu übertragen und anzupassen (Boyt Schell & Schell, 2018). Bei der Begründung für die gewählte Reasoningform, bedient sich der Ergotherapeut entweder an der Wissenschaft (prozedural) oder an narrativen Denkweisen. Auf der letzten Stufe des Modells befindet sich das *pragmatic reasoning*, das sich mit der Umwelt und deren Einschränkungen und Ressourcen befasst (Boyt Schell & Schell, 2018). Weitere Bestandteile des *professional reasonings* eines Ergotherapeuten sind nach Kasar und Muscari (2000) as cited in Kasar, Clark, Watson und Pfister (1996): Zuverlässigkeit, professionelle Präsentation, Initiative, Empathie, Kooperation, Organisation, Beobachtungsprozesse sowie mündliche und schriftliche Kommunikation.

Somit kann wie o.g. auch das *professional reasoning* als eine Art der Fertigkeit des Ergotherapeuten betrachtet werden.

Die Fertigkeit, über sein eigenes Handeln nachzudenken und sich so im Bereich der Metakognition zu befinden, ist für den Therapieprozess essentiell. Die Frage, die sich hier stellt, ist, wie die Ergotherapeuten diese Fertigkeit in die Arbeit integrieren. In verschiedenen internationalen Veröffentlichungen wird über die Bedeutung von *professional reasoning* geschrieben. Inwieweit Ergotherapeuten bei ihrer Arbeit mit Brustkrebsklienten in Deutschland den Prozess des *professional reasonings* nutzen, ist nicht bekannt. Dies bedarf jedoch einer genaueren Beschreibung, um diese Fertigkeit für den Bereich der Onkologie zu spezifizieren.

Es ist anzunehmen, dass es weitere spezielle Fertigkeiten gibt, die ein Ergotherapeut für die Arbeit mit Brustkrebsklientel benötigt. Aus Sicht der Autoren stellen die Fertigkeiten eines Therapeuten einen wichtigen Punkt in der Arbeit mit Brustkrebsklienten dar. Da es dazu in Deutschland noch keine Studien gibt, soll diese Studie Aufschluss darüber geben, welche Fertigkeiten vom Ergotherapeuten benötigt werden.

2.2.3 Therapieprozess

Die Interventionen gestalten den Therapieprozess. Nach ausführlichen Befundgesprächen und der Durchführung von ausgewählten Assessments wird auf Grundlage dessen das weitere Vorgehen in der Therapie geplant. Dabei ist die Zusammenarbeit mit dem Klienten wichtig. Der Ergotherapeut wählt gemeinsam mit dem Klienten die Ansätze für die Interventionen aus. So wird der Klient als aktiver Teil in die Therapie miteinbezogen (Baum et al., 2015). Bass et al. (2015) nennen für die Interventionen zehn verschiedene *approaches*, die ein Ergotherapeut in die Therapie miteinbeziehen kann. Die Ansätze stehen laut Baum et al. (2015) in Zusammenhang mit den bereits genannten Prinzipien.

Um den Klienten von Beginn an in die Therapie miteinzubeziehen und so den klientenzentrierten Ansatz zu verfolgen, ist es wichtig, mittels Assessments die Betätigungsprobleme zu erheben und daraufhin gemeinsam mit dem Klienten Ziele zu formulieren. Dazu eignet sich z.B. das *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) (Law et al., 2015). Der Ergotherapeut erfasst in einem Gespräch mit dem Klienten dessen Betätigungsprobleme in den Bereichen Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit. Aus diesen bestimmt der Klient bis zu fünf Probleme, an denen er in der Therapie arbeiten möchte. Daraus werden gemeinsame Ziele formuliert (Law et al., 2015). So wird der Klient befähigt,

eigene Entscheidungen im Prozess zu treffen und diesen aktiv mitzubestimmen (Lindsell, 2006). Auch anderen Assessments, die von weiteren ergotherapeutischen Modellen bereitgestellt werden, wie z.B. vom MOHO (Taylor, 2017) können genutzt werden, um die Betätigungsprobleme und -wünsche des Klienten zu erheben. Vockins (2004) nennt in ihrer Studie weitere Assessments und Vorgehensweisen bei Brustkrebsklienten, die in England angewendet werden. Bspw. wird ein Eingangsgespräch geführt, in dem sich der Ergotherapeut ein umfassendes Bild über die Situation, die physischen Fähigkeiten und die Rollen des Klienten machen kann.

Vockins (2004) beschreibt in ihrem Survey auch verschiedene Interventionsansätze, die Ergotherapeuten aus den USA nutzen. In Einzeltherapien werden Entspannungstechniken trainiert, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Symptomen der Klientinnen anpassen. Ebenfalls wird von Ergotherapeuten das Fatigue - Management durchgeführt, welches laut Vockins (2004) auf lange Sicht gesehen bei vielen Klientinnen mit Brustkrebs erfolgreich gegen das Fatigue-Symptom angewandt wird. Dabei werden den Klienten in mehreren Einheiten von je zwei bis drei Stunden Techniken und Fertigkeiten beigebracht, um mit auftretender oder bestehender Müdigkeit umgehen und selbst darauf einwirken zu können (Saarik & Hartley, 2010).

Vockins (2004) nennt als weitere Interventionen Gruppentherapien sowie Interventionen, in denen das Körperbild und das Körpergefühl thematisiert werden. Diese Interventionen finden in Einzeltherapien statt. Ergotherapeuten können hier ihre Fertigkeiten bezüglich der Beziehungsgestaltung nutzen, um mit den Klientinnen über dieses sensible Thema zu sprechen. Interventionen für Klienten mit einer onkologischen Diagnose richten sich nach den Bedürfnissen und Wünschen des Klienten sowie nach dem Stadium der Erkrankung, den Symptomen und den Einschränkungen, die die Erkrankung mit sich bringt (Vaughn, 2014). Allgemeine Methoden, die in den USA von Ergotherapeuten in den Interventionen genutzt werden, sind die Wiedererlernung von „[...] activities of daily living (ADL) [...]“* (Vaughn, 2014, p.1122) sowie kognitives Training, um die kognitiven Fähigkeiten zu erhalten und wiederherzustellen. Außerdem werden in den Interventionen Bewältigungsstrategien erarbeitet und trainiert, um mit den Symptomen der Krebserkrankung besser umgehen zu können. Ebenso ist die Umwelanpassung ein Bestandteil der Behandlung (Vaughn, 2014). Wie die Interventionen und die Vorgehensweisen innerhalb Deutschlands umgesetzt werden, ist bislang

nicht erforscht worden. Es liegen zwar einzelne Artikel mit Erfahrungen von Ergotherapeuten zu möglichen Interventionsansätzen vor, jedoch wäre es wünschenswert, wenn die Wirksamkeit dieser Interventionen auch in Deutschland durch Studien nachgewiesen werden würde.

Lindsell (2006) beschreibt in einer *Case Study* das Interventionsprogramm einer Klientin mit Brustkrebs. Um die Interventionen zu planen, werden gemeinsam mit dem Klienten die Problemstellungen priorisiert (Lindsell, 2006). Ein großer Fokus in der Therapie liegt auf den ADLs (Lindsell, 2006). Um den Klienten zu befähigen, diese Betätigungen wieder ausführen zu können, werden zudem Hilfsmittel eingesetzt, die die Ausführung erleichtern (Lindsell, 2006). So können gemeinsam mit dem Klienten Kompensationsstrategien entwickelt werden, die einen selbstständigen Alltag ermöglichen.

Jeder der o.g. Interventionsansätze sowie die Assessments wurden in internationalen Studien beschrieben und erhoben. Für die Arbeit mit onkologischer Klientel, insbesondere mit Brustkrebsklientel, liegen in Deutschland keine Studien vor. Es wurden ausschließlich Artikel veröffentlicht, die die Interventionsmöglichkeiten zwar beschreiben, ihre Wirksamkeit jedoch nicht nachweisen oder sich auf die Palliative Care beziehen, die Onkologie aber nicht weiter betrachten. Aus diesem Grund soll diese Arbeit Aufschluss darüber geben, welche Interventionen sich bei Brustkrebsklienten in Deutschland umsetzen lassen und welche sich als wirksam gezeigt haben.

2.2.4 Psychohygiene

Die Behandlung von an Krebs erkrankten Klienten kann für den Ergotherapeuten eine Belastung sein und Stress bedeuten. Die ergotherapeutische Arbeit mit dieser Klientel verlangt den Therapeuten viel an psychischer Stärke ab, da sie ihr gesamtes ergotherapeutisches Wissen aufbringen müssen (Grewohl, 2009). Außerdem muss der Ergotherapeut den Klienten in dieser schwierigen Situation unterstützen. Er muss den Fokus des Klienten von dem Negativen, der Erkrankung, hinlenken zum Positiven, zu den Fähigkeiten, die erhalten geblieben sind. Dabei darf er jedoch die Realität nicht außer Acht lassen (Grewohl, 2009).

Um mit dieser Belastung umzugehen, kann der Ergotherapeut verschiedene Strategien nutzen und entwickeln und so für sich selbst Psychohygiene betreiben.

Innerhalb der Stressforschung gibt es verschiedene Stressmodelle sowie -theorien. Eine davon ist die transaktionale Stresstheorie von Lazarus und Folkman (1984) (as cited in Morgenroth,

2015, p.28). In deren Fokus steht die Wechselwirkung zwischen der Umwelt und der Person. Dieser Theorie zufolge entsteht Stress durch einen subjektiven und situativen Einschätzungsprozess (Morgenroth, 2015). Der Mensch bewertet den Stress und schätzt ihn ein.

Ob der Stress als angenehm bzw. positiv eingeschätzt wird, hängt von den eigenen Kompetenzen und Ressourcen ab. Werden die Ressourcen als überlegen zum Stress angesehen, kommt es zu dieser positiven Einschätzung. Ist dies nicht der Fall, überwiegt der Stress und es kommt zu einer stressrelevanten Bewertung, da die eigenen Bewältigungsstrategien nicht ausreichen, um dem Stress entgegenzuwirken (Morgenroth, 2015). Dies ist somit die sekundäre Einschätzung, bei der der Stress als Herausforderung, Schädigung oder Bedrohung wahrgenommen wird.

Cooper (2006) zeigt in ihrem Buch auf, was Stress für Ergotherapeuten, die mit onkologischer Klientel arbeiten, bedeuten kann und wie diese damit umgehen können. Durch die Schwere der Erkrankung und deren Symptome kann es vorkommen, dass sich Verbesserungen in den Funktionen und Betätigungen erst nach langer Therapie einstellen. Dadurch könnten Ergotherapeuten an ihren fachlichen Fähigkeiten zweifeln, wenn zunächst keine Erfolge sichtbar sind (Cooper, 2006). Weitere Stressbereiche können nach Cooper (2006) z.B. die Fokussierung auf den Menschen mit Krebs, das Übermitteln von schlechten Nachrichten oder der Verlust eines Klienten mit der einhergehenden Trauer sein. Um damit umgehen zu können, ist es wichtig, dass der Ergotherapeut seine eigenen Bedürfnisse nicht außer Acht lässt (Cooper, 2006). Er muss sich bewusst sein, dass er nicht jedem Menschen helfen und nicht jedes Problem lösen kann (Cooper, 2006).

Außerdem ist es wichtig, dass der Ergotherapeut seine Arbeitszeit effektiv einteilt und eine Grenze zwischen Arbeitszeit und Privatleben zieht, um auf seine eigene Gesundheit zu achten (Cooper, 2006).

Neben den genannten, allgemeinen Strategien zur Stressbewältigung, ist es möglich, dass die Ergotherapeuten eigene Strategien entwickelt haben, um mit belastenden Situationen innerhalb ihres beruflichen Alltags umzugehen. Die von Cooper (2006) genannten Strategien beziehen sich allgemein auf Krebserkrankungen und nicht speziell auf die Diagnose Brustkrebs.

Die vorliegende Arbeit beleuchtet in einem Punkt die spezifischen Strategien, die Ergotherapeuten anwenden, um mit der o.g. Belastung umzugehen.

2.2.5 Professional Identity

Nach dem Duden online steht Identität für die Echtheit einer Person oder einer Sache und dafür, mit anderen oder mit einer Sache (z.B. einer ergotherapeutischen Intervention) übereinzustimmen (Identität, 2018). Die Übereinstimmung eines Menschen mit seinem Beruf bezeichnet demnach die berufliche Identität (*professional identity*). In Bezug auf die Ergotherapie spricht man von beruflicher Identität, wenn der Ergotherapeut sich selbst aufgrund beruflicher Eigenschaften als der Berufsgruppe zugehörig empfindet.

Innerhalb von Gesundheitsberufen wird der Begriff der Berufsidentität häufig gleich verwendet. Es ist die Anerkennung von Werten, Wissen, Fertigkeiten, Vorstellungen und Einstellungen eines jeden Menschen in seiner Profession (Ashby, Adler, & Herbert, 2016). Es ist ferner ein dynamischer Prozess, der von vielen Faktoren beeinflusst wird und dessen Bildung essentiell wichtig ist, um einen guten Übergang von der Ausbildung in die Arbeitswelt eines Ergotherapeuten zu ermöglichen (Ashby et al., 2016).

Die Entwicklung der Berufsidentität hängt zudem stark mit den anderen medizinischen Professionen und dem Gesundheitssystem zusammen (Clouston & Whitecombe, 2008) und ändert sich mit der Zeit und durch den Einfluss verschiedener Kontexte (Turner, & Knight, 2015). Außerdem besteht ein wichtiger Zusammenhang zwischen der Interaktion mit Menschen und den sozialen Kontexten, die zur Formung einer Identität beitragen (Turner & Knight, 2015). In ihrer Studie beschreiben Drolet und Désormeaux-Moreau (2016) ergotherapeutische Werte, die Ergotherapeuten in ihrer Praxis beachten und einfließen lassen. Durch diese Werte, wie z.B. Autonomie des Klienten, Erhaltung der menschlichen Würde, Professionalität und Partnerschaft, kann es den Ergotherapeuten erleichtert werden, ihre Berufsidentität zu entwickeln (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2016). Mit den Werten können sie ihr therapeutisches Handeln beschreiben und erklären.

Die Profession der Ergotherapie nutzt u.a. das ausgewählte Wissen, das Bezugswissenschaften zugeordnet wird (Götsch, 2011). Dadurch können der Ergotherapie jedoch eigenes Wissen und eigene Theorien fehlen, was die Beschreibung des Berufes weiter erschwert (Boniface, 2012). Auf der anderen Seite ist dennoch nicht außer Acht zu lassen, die Bezugswissenschaften in die Behandlung miteinzubeziehen.

Wichtig ist, dass sich die Ergotherapie als eigenständige Profession darstellt. Das heißt, dass Ergotherapeuten sich klar von anderen Professionen abgrenzen müssen. In Bezug auf die Arbeit

in der Onkologie mit Brustkrebsklanten bedeutet das, dass darauf geschaut werden muss, was genau die Arbeit der Ergotherapeuten von der Arbeit anderer Professionen unterscheidet und wie sich die berufliche Identität innerhalb dieses Arbeitsfeldes zeigt. Aus diesem Grunde möchten die Autorinnen mit dieser Studie herausfinden, welche typischen Behandlungsmethoden die Ergotherapeuten anwenden und was sie tun, um die Ergotherapie nach außen darzustellen.

2.3 Qualität und Professionalität

Nach Hucke und Gans (2009) werden Forderungen nach Qualität und Qualitätssicherung in den vergangenen Jahren immer häufiger vor allem im Bereich sozialer Dienstleistungen und im Gesundheitswesen formuliert. „Qualität wird zum Maßstab und Bewertungskriterium erhoben.“ (Hucke & Gans, 2009, p.9). In Bezug auf die Ergotherapie hat dies zur Folge, dass die Qualität bspw. in ergotherapeutischen Befunderhebungen und Interventionen sowie im Verfassen von Berichten gewährleistet sein sollte.

Damit ergotherapeutische Prozesse qualitativ bewertet werden können, sollte die Arbeit von außen objektiv, messbar und transparent nachvollziehbar sein. Mittels einer Arbeitsfeldbeschreibung können die genannten Prozesse der ergotherapeutischen Arbeit mit Klienten mit der Diagnose Brustkrebs aufgedeckt und transparent dargelegt werden. Überdies werden mögliche Defizite in Bezug auf die Qualität der ergotherapeutischen Arbeit offengelegt und bieten demzufolge die Möglichkeit, diese auf lange Sicht anzupassen und zu verändern. Aus diesem Grund spielt der Begriff der Qualität in der vorliegenden Arbeit eine wichtige Rolle. Diesbezüglich folgt eine themenspezifische Begriffserklärung.

2.3.1 Der Begriff Qualität

„Der Begriff Qualität kommt aus dem Lateinischen (= qualitas) und bedeutet zunächst ‚Beschaffenheit‘, ‚Verhältnis‘, ‚Güte‘, ‚Eigenschaft‘.“ (Hucke & Gans, 2009, p.12). Nach der Recherche einer geeigneten Definition für den Begriff Qualität wird jedoch deutlich, dass es hierfür keine universale Definition gibt. Unterschiedliche Autoren schreiben dem Begriff Qualität vielfältige Definitionen und Bedeutungen zu. Besonders für den Bereich sozialer Dienstleistungen zeigt sich, dass eine Definition für Qualität problematisch ist (Hucke & Gans, 2009). Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2010) definiert den Begriff Qualität wie folgt: „Als Qualität bezeichnet man den Grad, in dem ein Satz von Qualitätsmerkmalen bestimmte Anforderungen erfüllt“. Demzufolge stehen sich Merkmale einer Dienstleistung und Anforderungen, die an die Dienstleistung gestellt werden, gegenüber (Pasche & Schrappe, 2001). Qualität beinhaltet die Bewertung dieser Merkmale, welche u.a. an externen Erwartungen gemessen werden (Hucke, & Gans, 2009). Das bedeutet, dass sie von

Zielen und Erwartungen abhängig und demzufolge veränderlich ist. Nach Pasche und Schrape (2001) ist Qualität ein wertfreier Begriff, der entsprechend anzuwenden ist.

In Bezug auf das Gesundheitswesen hat Qualität zum Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse eines Menschen zu erhöhen (ÄZQ, 2010). Demnach wird deutlich, dass die Qualität ein essentieller Bestandteil der ergotherapeutischen Arbeit ist. In Therapieprozessen in der Arbeit mit Brustkrebsklientel muss Qualität gesichert sein, sodass das Erreichen eines gewünschten Behandlungsergebnisses möglichst erfüllt wird.

Die Arbeitsfeldbeschreibung der vorliegenden Arbeit ermöglicht es, einen Status über die im Moment gewährleistete Qualität von Ergotherapeuten in Deutschland in der Arbeit mit Brustkrebsklientel zu erhalten.

2.3.2 Qualitätssicherung

Der Begriff Qualitätssicherung wird im Rahmen des Arbeitsalltags im Sozial- und Gesundheitswesen sowie innerhalb deren rechtlicher Formulierungen verwendet (Hucke & Gans, 2009). Der Ursprung des Begriffs liegt in der Vorstellung, dass Qualität durch nachträgliches Prüfen gesichert werden kann (Pasche & Schrape, 2001). Nachdem der Begriff an die internationalen Begrifflichkeiten angeglichen wurde, wird unter Qualitätssicherung heute ein Teil des Qualitätsmanagements verstanden. Dieser Teil zielt darauf ab, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden (Pasche & Schrape, 2001).

Daraus kann geschlussfolgert werden, dass es in der Qualitätssicherung darum geht, ein zuvor formuliertes Qualitätsziel verlässlich zu erreichen und gesetzte Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Die Arbeitsfeldbeschreibung für die Ergotherapie in der Behandlung mit Brustkrebsklientel stellt eine Möglichkeit dar, die Qualität innerhalb der ergotherapeutischen Prozesse darzustellen und demnach mögliche Ziele zu formulieren. Eine nachträgliche Sicherung der Qualität, wie zuvor nach Hucke und Gans (2009) beschrieben, ist demzufolge möglich.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Damit für Qualität eine detailliertere Umschreibung stattfindet und mögliche Einflüsse herausgestellt werden können ist es notwendig, Qualität in drei Aspekten zu betrachten (Hucke & Gans, 2009). Donabedian (2003) definiert diese als Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,

um die Qualität der Versorgung und Dienstleistung im Gesundheitswesen zu beurteilen. Wichtig ist eine transparente und eindeutige Definition der drei Dimensionen, sodass diese verstanden werden und ein Transfer in die Praxis stattfinden kann (Donabedian, 2003).

Strukturqualität: Darunter werden Leistungsvoraussetzungen verstanden (Hucke & Gans, 2009), worunter z.B. „[...] die Ausstattung der Klinik, die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter sowie deren Anzahl und die Organisationsstruktur.“ fallen (Pasche & Schrappe, 2001, p.500). In Bezug auf die Ergotherapie in der Onkologie können demzufolge unter die Strukturqualität alle Rahmenbedingungen und organisatorischen Strukturen gefasst werden die es bedarf, um die Leistungserbringung festzulegen. Es werden innerhalb der Strukturqualität Konditionen beschrieben, unter welchen die Versorgung bereitgestellt wird (Donabedian, 2003).

In Hinblick auf die ergotherapeutische Arbeit mit Brustkrebsklientel fallen unter die Strukturqualität Ausstattungen, Mittel und Ressourcen, welche Qualität in der Arbeit gewährleisten.

Prozessqualität: Prozesse im Rahmen von Dienstleistungen im Gesundheitssektor beinhalten Interaktionen zwischen den Nutzern und der Gesundheitsstruktur (Campbell, Roland, & Buetow, 2000). Demnach werden als Prozessqualität alle Verfahren, Handlungsvorgänge und Abläufe bezeichnet (Hucke & Gans, 2009) die beschreiben, was mit oder für den Nutzer getan wird. Hierzu gehören fachliche und soziale Kompetenzen der Mitarbeiter in der realen Arbeitssituation, die Kooperation sowie die Planung, Strukturierung und der Ablauf (Hucke & Gans, 2009) im Versorgungssektor.

In Bezug auf die Ergotherapie mit Brustkrebsklientel geht es demnach konkret um die Umsetzung und Beschreibung eines ergotherapeutischen Therapieprozesses. Dies beinhaltet zum einen Maßnahmen zur Patientenaufnahme, Befunderhebung, Dokumentation und Therapie. Zur therapeutischen Intervention gehören bspw. die Versorgung eines Klienten mit notwendigen Hilfsmitteln sowie Angehörigengespräche. Zum anderen zählt die Zusammenarbeit zwischen internen und externen Kollegen zu der Prozessqualität (Pasche & Schrappe, 2001). Hierunter zählt z.B. die Absprache mit Ärzten zur Medikation eines Klienten und folgenden Nebenwirkungen.

Zuletzt sind ein angemessener Umgang mit Nähe und Distanz, die Klientenzentrierung, ein reflektierter Behandlungsprozess sowie die Motivation und Ziele aller am Behandlungsprozess beteiligten Bestandteile der Prozessqualität (Hucke & Gans, 2009).

Ergebnisqualität: Nach Hucke und Gans (2009) „[...] werden im Rahmen der Ergebnisqualität die Auswirkungen der Struktur- und Prozessqualität sichtbar [...]“ (p.14). Definierte Ziele können überprüft und Ergebnisse sowohl objektiv als auch subjektiv gemessen werden. Die Erwartungen der Leistungserbringer sowie die persönlichen Erwartungen der Klienten beeinflussen die Ergebnisqualität der Dienstleistung, da sich gewünschte Ergebnisse in den Zielvorgaben widerspiegeln (Hucke & Gans, 2009). Daher ist ein Bestandteil der Ergebnisqualität das Ausmaß der Zielerreichung.

In Bezug auf die ergotherapeutische Behandlung beinhaltet die Ergebnisqualität Veränderungen des Krankheitszustands, Veränderungen im Wissen, welches von Patienten und Familienangehörigen erworben wurde, Veränderungen des Verhaltens von Klienten sowie die Zufriedenheit der Klienten und deren Angehörigen (Donabedian, 2003). Nach Hucke und Gans (2009) ist es notwendig, eine Messbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen, um eine Aussage über die Qualität einer Dienstleistung zu geben. Für die ergotherapeutische Arbeit mit Brustkrebsklientel kann daraus geschlussfolgert werden, dass Ziele wie Aktivität und Teilhabe, Rollenveränderungen, Funktionsverbesserungen sowie die Lebensqualität z.B. in Form von Assessments oder anhand subjektiver Einschätzungen, wie bspw. der Zufriedenheit des Klienten, gemessen werden können.

Donabedian (2003) stellt heraus, dass die oben definierten Aspekte keine Eigenschaften von Qualität sind, sondern vielmehr Informationsquellen die erhalten werden können, um zu schlussfolgern, ob Qualität gut oder schlecht ist. Qualität lässt sich ausschließlich schlussfolgern, insofern eine Beziehung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorliegt (Donabedian, 2003). In der Realität findet sich allerdings nicht zwangsläufig ein Zusammenhang zwischen diesen drei Aspekten. Daher ist es nach Pasche und Schrappe (2001) wichtig, sich nicht an subjektiven Meinungen zu orientieren, sondern Veränderungen von Strukturen und Prozessen messbar zu machen und Zusammenhänge deutlich herauszustellen.

Zusammenhänge können erkannt werden, sobald die Struktur sowie der Prozess beschrieben und demzufolge transparent dargelegt worden sind.

Demzufolge ermöglicht das Thema der vorliegenden Arbeit mittels einer Arbeitsfeldbeschreibung, zwischen Strukturen und Prozessen einen Zusammenhang herauszustellen und folglich Qualität in der ergotherapeutischen Arbeit mit Brustkrebsklientel zu gewährleisten.

2.3.3 Professionalität

Professionalität wird in dieser Arbeit in Verbindung mit dem Begriff Qualität gesetzt, da sich beide Definitionen auf die Fähigkeiten und Eigenschaften des Ergotherapeuten übertragen lassen und demzufolge in der Arbeit mit Brustkrebsklientel eine Rolle spielen.

Professionalität stellt nach Pundt (2006) die Schnittmenge zwischen Fachwissen und Erfahrung eines Praktikers dar. Hierbei bilden Wissen und Können den Ursprung des Begriffs ab, wodurch die Professionalität darüber hinaus als gekonnte Beruflichkeit bezeichnet wird. Professionalität macht den Anschein, als dass das jeweilige Handeln zum einen effektiv und zum anderen effizient ist (Nuissl, 1997). Sie stellt demnach ein Merkmal für qualitativ hochwertig geleistete Arbeit dar (Pundt, 2006). Nach Falk-Kessler (2014) spiegelt Professionalität sowohl die Person selbst als auch deren ausgeübte Profession wider. In diesem Zusammenhang geht es in Bezug zur Professionalität um die Exploration der Qualität des beruflichen Handelns (Nuissl, 1997). Daraus resultiert, dass Professionalität in enger Verbindung mit der Bezeichnung des professionellen Handelns steht.

„Die Entwicklung zu autonomen Gesundheitsberufen erfordert jedoch ein professionelles berufliches Handeln, um bestehende Strukturen zu analysieren und zukunftsorientierte Problemlösungsstrategien zu entwickeln.“ (Walkenhorst, 2006, p.113). Professionalität kommt infolgedessen dadurch zum Ausdruck, dass ein Praktiker im Gesundheitsbereich in neuen Situationen konstant angemessen handelt und reagiert (Dewe, 2006). Sie äußert sich demzufolge situativ (Walkenhorst, 2008). Ein Ergotherapeut, „[...] dem man Professionalität im beruflichen Zusammenhang attestiert hat bewiesen, dass er/sie eine bestimmte Sache oder Problemlösung beherrscht.“ (Pundt, 2006, p.11). Hierfür sind die Fähigkeit der Selbstreflexivität sowie ein bestehendes Reflexionswissen erforderlich, die dem Praktiker die Fähigkeit geben, zu wissen was er tut (Dewe, 2006) (► 2.2.2). Zudem kann die Fähigkeit,

selbständig Fachwissen zu recherchieren und sich dieses anzueignen, als ein weiteres Beispiel für professionelles Handeln angesehen werden (► 2.2.1).

Überträgt man diese Aspekte auf die vorliegende Arbeit wird deutlich, dass insbesondere in der Arbeit mit onkologischer Klientel vom Ergotherapeuten eine regelmäßige Reflexion sowie eigenständige Recherche nach Wissen gefordert ist. Hierbei zeigt sich eine Parallele zu den Fertigkeiten eines Ergotherapeuten (► 2.2.1). Allerdings stellt sich in dem professionellen Handeln und demzufolge in der Professionalität des Ergotherapeuten dar, ob dieser die o.g. Fertigkeiten situativ in der Behandlung mit Brustkrebsklientel zeigt und anwendet. Durch ein konstantes, professionelles Handeln sowie eine angemessene Reaktion von Seiten des Ergotherapeuten, kann die Professionalität der Behandlung gewährleistet werden.

Die mit dem Begriff der Professionalität einhergehende Profession kann in diesem Zusammenhang als herausgehobene Berufsform bezeichnet werden, die gewisse gesamtgesellschaftliche Funktionen erfüllt (Schmidt, 2008). In der Sozialwissenschaft werden Professionen als „[...] besondere Berufe [...]“ benannt (Pundt, 2006, p.9). Allerdings werden die Begriffe Profession und Beruf nicht gleichbedeutend definiert. Nach Nuissl (1997) wird ein Beruf zu einer Profession, sobald Selbstverständnis, gesellschaftliche Wertigkeit sowie Tradition dazukommen. Der Begriff Profession kann auf der einen Seite für akademische Expertenberufe im Dienstleistungsbereich stehen. Auf der anderen Seite kann er einer Fach- und Sachautorität zugeschrieben werden (Pundt, 2006). Dennoch ist Professionalität nicht zwangsläufig Bestandteil einer Profession, zeigt sich situativ und besteht auf unterschiedlichen Wissensbeständen (Walkenhorst, 2008).

2.3.4 Gesundheitspolitische Aspekte

In Bezug auf die Qualität sowie Professionalität eines Ergotherapeuten soll in diesem Abschnitt der Zusammenhang der politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Hinblick auf die Onkologie und Brustkrebs mit dem Arbeitsfeld der Ergotherapie mit Brustkrebsklientel dargestellt werden.

Nach dem Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland von Barnes et al. (2016) befindet sich die Krebsfrüherkennung in der Gesundheitspolitik seit den letzten Jahren in einem stetigen Wandel und wird fortlaufend weiterentwickelt. Mittels einer Erstellung klinischer Krebsregister

und einer damit einhergehenden systematischen Datenerfassung sollen z.B. das Auftreten sowie die Behandlung und der Verlauf bösartiger Tumore gesichert werden. Dies führt folglich zu einer verbesserten Beurteilung über die Qualität der Versorgung Betroffener (Barnes et al., 2016).

Erwachsene haben in Deutschland die Möglichkeit, freiwillig eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchzuführen. Diese wird über die gesetzlichen wie auch privaten Krankenkassen finanziert (Barnes et al., 2016). Gesundheitspolitisch wird als Früherkennungsuntersuchung von Brustkrebs die Durchführung einer Mammographie empfohlen. Diesbezüglich bestehen gesetzliche Vorgaben des SGB V im Rahmen von Richtlinien (Barnes et al., 2016). Darin sind alle Rahmenbedingungen und rechtlichen Vorgaben zur Mammographie geregelt. Eine jährliche Maßnahme zur Brustkrebsvorsorge von Frauen ab einem Alter von 30 Jahren umfasst zum einen das Abtasten der Brustdrüsen und umliegenden Lymphknoten. Hierzu gehört überdies die Anleitung zu einer eigenständig und regelmäßig durchgeführten Selbstuntersuchung. Des Weiteren wird im zweijährlichen Rhythmus bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren ein Mammographie-Screening-Programm angeboten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017). Entwickelt sich trotz der primärpräventiven Angebote eine Brustkrebserkrankung, hat die tertiäre Prävention einem Fortschreiten oder Rückfall der Erkrankung vorzubeugen (Deimel, 2014). Ein Bereich der tertiären Prävention sind Rehabilitationsmaßnahmen (Weis et al., 2007), wovon die Ergotherapie ein Bestandteil ist. Betrachtet man die gesetzlichen sowie politischen Entwicklungen, wird deutlich, dass diese die ergotherapeutische Behandlung beeinflussen können. Ein Ergotherapeut unterliegt den gesetzlichen Vorgaben und muss sich in Bezug auf den Rahmen ergotherapeutischer Interventionen danach richten. Die gesetzlichen Richtlinien und Vorgaben zur Mammographie sollten Ergotherapeuten bekannt sein, um im Kontakt mit Brustkrebsklienten stets informiert zu sein und das Wissen weitergeben zu können. Im Rahmen dieser Arbeitsfeldbeschreibung kann herausgestellt werden, ob genannte Aspekte für die Ergotherapeuten in ihrer täglichen Arbeit eine Rolle spielen.

Das Bundesministerium für Gesundheit definiert in regelmäßigen Abständen Gesundheitsziele für Krankheitsbilder, um längerfristige Perspektiven im Gesundheitswesen zu entwickeln und bestehende Strukturen zu optimieren (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Das aktuelle

Gesundheitsziel für die Diagnose Brustkrebs ist, die Lebensqualität im gesamten Versorgungsprozess bei der Behandlung betroffener Klienten individuell zu berücksichtigen. Dieses Ziel wurde von der Arbeitsgruppe 5 durch Albert et al. (2014) aktualisiert. Nach den Autoren ist die Lebensqualität von dieser Klientel beeinträchtigt. Daher wird der Lebensqualität in allen Therapie- und Krankheitsphasen eine große Bedeutung beigemessen. Folglich betont Albert et al. (2014): „Die Berücksichtigung und (Wieder-)Herstellung von Lebensqualität ist nicht nur Aufgabe der Psychoonkologie, sondern aller am Behandlungsprozess Beteiligten.“ (p.26). Nach Albert et al. (2014) sollte demnach in der Behandlung von Einschränkungen bezüglich der Lebensqualität die Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe optimiert werden. Im Rahmen des nationalen Krebsplans erarbeiten Expertengruppen Empfehlungen, welche zur onkologischen Versorgung in der Rehabilitation sowie zur palliativen Versorgung beitragen sollen. Deimel (2014) plädiert in diesem Zusammenhang dafür, aus gesundheitspolitischer sowie wirtschaftlicher Sicht im Rahmen der Rehabilitation mehr Flexibilität zu zeigen. Brustkrebspatientinnen äußern nach Deimel (2014) stetig, mit Ängsten sowie Zukunftssorgen konfrontiert zu sein und der Wunsch, sich mit ihrer Systemerkrankung auseinanderzusetzen, ist groß. Nach Deimel (2014) „[...] spricht also einiges dafür, alternative Rehabilitationsketten aufzubauen [...]“ (p.29) sowie die tertiäre Prävention in Form der Ergotherapie auszubauen. Die Tertiärprävention beinhaltet nach Scheepers (2007) die medizinische Rehabilitation, welche darauf abzielt, den Klienten in den bisherigen Beruf wiederenzugliedern. Hier stellt der Beruf der Ergotherapie ein fester Bestandteil der Rehabilitation dar, z.B. in Bezug auf das Erstellen von Fähigkeitsprofilen von Klienten (Scheepers, 2007). Die Gesundheitspolitik hat in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, den Ausbau der ergotherapeutischen Tertiärprävention bspw. mit finanziellen Mitteln und Forschungsgeldern zu unterstützen. Bezieht man die Formulierung des o.g. Gesundheitsziels auf die vorliegende Arbeit, zeigen sich in Bezug auf die Lebensqualität eines Klienten Parallelen zur ergotherapeutischen Denkweise. Der Erhalt oder das Erlangen der Lebensqualität ist ein fester Bestandteil der *outcomes* einer ergotherapeutischen Behandlung und demzufolge mit dem gesamten ergotherapeutischen Prozess fest verwoben (AOTA, 2014). Dies wird zudem in der genauen Betrachtung der unterschiedlichen ergotherapeutischen Modelle deutlich. Das mit der vorliegenden Arbeit verknüpfte Modell definiert als *outcome* eines Therapieprozesses u.a. das *well-being* und verbindet dies mit Gesundheit und Lebensqualität (Baum, Christiansen, & Bass, 2015).

Zu den gesundheitspolitischen Merkmalen in Bezug auf die Ergotherapie in der Onkologie zählt außerdem die ergotherapeutische Berufsausbildung in Deutschland. Hierzu erklärt Rohloff (2010), dass die Qualitätsanforderungen der Schulen und Lehrkräfte von jedem Bundesland individuell bestimmt werden. Die gesetzlichen Regelungen der Ausbildung sind im Ergotherapeutengesetz (ErgThG) sowie innerhalb der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgThAPrV) festgelegt (DVE, 2012). Das Berufsgesetz regelt die praktische Ausbildung kaum (Rohloff, 2010) und überlässt den Schulen eine individuelle Gestaltung der Lehrpläne (DVE, 2012). Die gesetzlich vorgegebenen Lerngebiete der Ausbildung enthalten festgelegte Stundenanzahlen für den theoretischen und praktischen Unterricht. Hierbei ist der Unterricht zu ergotherapeutischen Interventionen in der Onkologie nicht explizit vorgeschrieben (DVE, 2012). Hinzu kommt, dass der Theorie-Praxis-Transfer in den einzelnen Bundesländern nicht einheitlich geregelt ist (Rohloff, 2010). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass das ergotherapeutische Arbeitsfeld für den Bereich der Onkologie nicht fest und einheitlich in den Lehrplänen verankert ist.

Infolge von Veränderungen im Rahmen des gesundheitlichen Versorgungssystems haben sich die Anforderungen an die Dienstleistungen des Gesundheitssystems, insbesondere in Bezug auf deren Qualifikation, gewandelt (Kälble, 2006). Veränderungen im Gesundheitssystem haben somit auch einen Einfluss auf die Profession der Ergotherapie. Dies betrifft demzufolge die Struktur der Ausbildungsmöglichkeiten, welche in Form einer Akademisierung angeboten werden können. Damit die Behandlung von Brustkrebsklientel effektiv erfolgen kann, muss die Evidenz über verschiedene Interventionsmöglichkeiten nachgewiesen werden. Ein Nachweis erfolgt auf Grundlage einer Forschung, welche wiederum auf akademischer Ebene durchgeführt wird. Kälble (2006) beschreibt dazu: „Im vergangenen Jahrzehnt hat [...] eine Entwicklung eingesetzt, die mit den Stichworten Höherqualifizierung, Akademisierung, Verwissenschaftlichung und Professionalisierung umschrieben werden kann.“ (p.213). Demzufolge ist die Akademisierung ein Bestandteil einer Profession. Akademisierung bedeutet, dass auf wissenschaftlicher Basis gearbeitet werden muss.

Die vorliegende Arbeit untersucht in Form einer Arbeitsfeldbeschreibung die ergotherapeutische Arbeit mit Brustkrebsklientel und betreibt auf wissenschaftlicher Basis Forschung. Diese hat u.a. zum Ziel, die evidenzbasierte Arbeit für diesen Fachbereich voranzutreiben.

Um Ergotherapeuten den onkologischen Fachbereich – und hier insbesondere den Bereich Brustkrebs – näher zu bringen, könnte die Gesundheitspolitik in den Fokus rücken. In diesem Zusammenhang bietet eine Arbeitsfeldbeschreibung die Möglichkeit, die ergotherapeutische Arbeit mit Brustkrebsklientel bekannt zu machen.

2.4 Der Klient

Unter der Betrachtung der PEOP Brille ist der Klient ein wichtiger Teil der Behandlung und wird innerhalb der Domänen nach PEOP (Baum et al., 2015) in seiner Person, dessen Umwelt und seiner Betätigung betrachtet. Darüber hinaus werden nach der Klientenzentrierung (WFOT, 2012) die Anliegen, Ziele und Wünsche des Klienten in der Behandlung berücksichtigt und seine Betätigungsproblematik analysiert und gemeinsam wird ein Lösungsansatz für die aufkommende Problematik erarbeitet. Ergotherapeuten erbringen gegenüber dem Klienten eine Dienstleistung, welche in Abhängigkeit zu dessen Person und seinem Krankheitsbild steht. Außerdem müssen einem jedem Ergotherapeuten die Definierung und das Verständnis des Klienten klar sein. Daher wird im Folgenden auf die verschiedene Definitionslage eingegangen und der Klient mit seiner *occupation* und *occupational performance* beschrieben.

Innerhalb der Ergotherapie wird von einem Klienten gesprochen, wenn es sich hierbei um eine Person, eine Gruppe oder eine Population handelt (AOTA, 2014). In diesem Zusammenhang beschreiben Boyt Schell, Scaffa, Gillen und Cohn (2014), dass der Klient eine ergotherapeutische Behandlung wahrnehmen kann, um in der Ausführung seiner bedeutungsvollen Betätigung unterstützt zu werden und somit in dieser eingebunden zu sein. Nach den Grundannahmen der *Canadian Association of Occupational Therapists* (CAOT) ist der Mensch ein *occupational being*, bei dem die Betätigung eine wichtige Determinante in der Gesundheit, dem Wohlbefinden und der Gerechtigkeit ist. So ist die Gesundheit bedroht, wenn das Ausführen der bedeutungsvollen Betätigung und die Partizipation nicht länger möglich ist (Townsend & Polatajko, 2013). Arbeiten Ergotherapeuten mit der Klientel Brustkrebs, so muss sich der Therapeut bewusst sein, dass das Ausführen der bedeutungsvollen Betätigung (*occupational performance*) und das Partizipieren im Alltag eingeschränkt ist, sodass dies einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Klienten hat. Daher muss die *occupational performance* von dem Ergotherapeuten durch eine gezielte Analyse der Person, der Umwelt und der Betätigung identifiziert werden (Letts, Rigby, & Stewart, 2003).

Fisher (2014) merkt an, dass dem Klienten eine ergotherapeutische Behandlung verordnet worden ist und sich um dessen bemüht wird. Diese Klienten ersuchen die Ergotherapie, um alltägliche Aufgaben auszuführen, „[...], die sie ausführen möchten oder müssen.“ (Fisher, 2014, p.18). Baum et al. (2015) nutzen die Bezeichnung Klient, wenn ergotherapeutische

Behandlungen bei einem Patienten, einem Kind, einem Erwachsenen oder einer Familie stattfinden. Die Behandlung findet u.a. durch Absprachen mit Ärzten, Sozialarbeitern, Angestellten, Organisationen statt. Der Klient wird nach Fisher (2014) als solcher bezeichnet, der in der Ausführung seiner alltäglichen Betätigung Probleme hat und sich um das genannte Problem sorgt.

Das bedeutet für Ergotherapeuten, dass aufgrund der Erkrankung und den auftretenden Nebenwirkungen der Behandlung die Partizipation am gewohnten Alltag stark und die Ausführung bedeutungsvoller Betätigungen eingeschränkt ist. In der Studie nach Pergolotti, Williams, Campbell, Munoz und Muss (2016) wird beschrieben, dass die Klienten aufgrund der Nebenwirkungen einer Behandlung, wie z.B. Schmerzen oder das Fatigue-Syndrom, ihren bedeutungsvollen Betätigungen nur schwer nachgehen können. Eine ergotherapeutische Behandlung kann sie demnach in ihrer *occupational performance* unterstützen.

In der Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V (gesetzliche Krankenversicherung [GKV]-Spitzenverband & DVE, 2016) werden in § 3 verschiedene Ziele der Ergotherapie aufgelistet, die direkt den Klienten betreffen. Darunter zählt, Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, der Gefährdung der Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, bzw. zu vermindern. Klienten benötigen das Wissen und die Fertigkeiten von Ergotherapeuten, um in ihrem gewohnten Lebensumfeld partizipieren zu können (Baum et al., 2015). Das bedeutet für die Ergotherapie, dass ihre Dienstleistung an rechtliche Vorgaben gebunden ist und der Ergotherapeut in der Verantwortung steht, nach den entsprechenden Gesetzen zu handeln und so z.B. eine effektive Behandlung durchzuführen, die auf Evidenz gestützt und dessen Qualität durch entsprechende Maßnahmen gesichert wird (► 2.3.2).

2.4.1 Brustkrebsdiagnose

In dieser Forschungsarbeit werden Ergotherapeuten u.a. nach ihrem Wissen über die Arbeit in der Onkologie befragt. Ein wesentlicher Bestandteil dieser therapeutischen Arbeit sind Menschen mit einer Brustkrebserkrankung. Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass die onkologische Klientel sich in ihrem Auftreten, der Behandlung und den darauffolgenden Nebenwirkungen von anderen Klientel unterscheidet, die von Ergotherapeuten behandelt

werden. Somit muss der Ergotherapeut in seiner Behandlung die Umstände, die eine Behandlung von Brustkrebs mit sich bringt, berücksichtigen. Daher ist es wichtig, dass dieses spezifische Krankheitsbild zunächst aufgeführt und kurz beschrieben wird.

2.4.2 Allgemeine Informationen zu Krebserkrankungen

Innerhalb der Medizin wurden viele verschiedene Krankheitsbilder entdeckt, die zur Folge haben, dass der Mensch erkrankt und entsprechend behandelt werden muss. Weltweit führt Krebs bei einer Wahrscheinlichkeit von 1:8 zum Tod (Vaughn, 2014, p.1121) und gehört zu den allgemein bekannten Krankheitsbildern. Derzeitig geht man bei einer Krebserkrankung von einer multifaktoriellen Ätiologie aus (Vaughn, 2014). Eine allgemeine Symptomatik, die auf eine Krebserkrankung hinweisen kann, zeigen Vaughn (2014) innerhalb der Tabelle nach der *American Cancer Society* (2010) auf, wie bspw. unbegründeter Gewichtsverlust, Fieber, Fatigue, Schmerzen, Hautveränderungen, Veränderungen der Darm- und Blasenfunktionen, nicht heilende Wunden, unbegründetes Bluten etc. Aufgrund der steigenden Zahlen und der Verbreitung von Krebserkrankungen stellt diese Klientel einen weiteren Arbeitsbereich für die Ergotherapie dar und bedeutet zugleich, dass der Ergotherapeut über das Krankheitsbild und seine Folgen informiert sein muss.

2.4.3 Definition von Brustkrebs

Nach dem Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland (Barnes et al., 2016) handelt es sich bei Brustkrebs um eine Bildung von bösartigen Tumoren des Brustgewebes. Bei dieser werden häufig die Milchgänge als Ursprungsort und weniger die Drüsenläppchen genannt.

2.4.4 Epidemiologie

Infolge einer Erhebung im Jahr 2013 stellten Barnes et al. (2016) in ihrem Bericht dar, dass im System 71.640 Frauen und 682 Männer erfasst wurden, die an Brustkrebs erkrankt sind. Dabei stellte sich heraus, dass die Brustkrebsdiagnose bei Frauen die am häufigsten gestellte Krebsdiagnose ist. In der Broschüre von Neubauer und Neubauer (2016) über Daten und Fakten in der Krebstherapie wird dargestellt, dass ca. bei jeder dritten Frau, hinsichtlich aller auftretenden Erkrankungen, eine Brustkrebsdiagnose gestellt wird. Obwohl die gestellten Diagnosen von Brustkrebs in den letzten Jahren gestiegen sind kann allgemein gesagt werden,

dass die Mortalitätsrate seit den 90er Jahren zurückgegangen ist (Barnes et al., 2016). Dies würde für die Ergotherapie bedeuten, dass immer mehr Klienten mit einer Brustkrebsdiagnose in die Behandlung kommen und sich das Arbeitsfeld im Bereich der Onkologie ausweiten würde.

2.4.5 Symptomatik

Infolge der intensiven Therapie zeigt sich bei dem Klienten eine Folgesymptomatik. Diese beinhaltet bspw. Lymphödeme, Schmerzen, Fatigue, psychische Auffälligkeiten nach einer operativen Brustentfernung, Übelkeit und Erbrechen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017), spezielle Ernährungsprobleme, Einschränkungen der Schulter-Arm-Beweglichkeit, Störungen der Sexualfunktion und psychische Beeinträchtigungen wie Angst und Depression (DVE, 2011). In einem Artikel bezüglich wichtiger Strategien bei tumorassoziierter Fatigue schätzen Experten, dass 60 bis 80% der Krebsklienten in einer Strahlen- und/oder Chemotherapie unter Fatigue leiden (Herz, 2016). Weiterhin beschreibt Herz (2016), dass 20 bis 30% der Krebsklienten nach einer abgeschlossenen Krebsbehandlung weiterhin unter Fatigue leiden müssen. In der Studie nach Player, Mackenzie, Willis und Loh (2014) wird darauf hingewiesen, dass durch die Behandlung die kognitiven Funktionen des Gehirns herabgesetzt sein können und das sogenannte *Chemobrain* Defizite in der Aufmerksamkeit, der Konzentration, des Erinnerungsvermögens, der Problemlösungsfindung etc. mit sich bringen kann. Auf diese Problematik geht eine deutsche Ergotherapeutin in ihrem Artikel (Deimel, 2014) ein, indem sie das Ausmaß des *Chemobrain*s beschreibt und mögliche Strategien zur Bewältigung angibt, welche ein Ergotherapeut in seiner Behandlung aufnehmen könnte. Gleichzeitig sollten die möglichen Symptome dem Ergotherapeuten bekannt sein, sodass dieser seine Behandlung dem Zustand des Klienten anpassen kann.

2.4.6 Diagnostik und Behandlungsformen

In der Langversion der interdisziplinären S3 – Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017) werden ausführliche Informationen online zur Verfügung gestellt. U.a. wird dort beschrieben, dass beim Auftreten von krankhaften Brustveränderungen diese mittels einer körperlichen Untersuchung oder einem Mammographie-Screening ermittelt werden. Weitere Tests, wie die

Sonographie, Kontrastmittel-MRT, Biopsien etc. werden nicht ausgeschlossen. Diese S3 Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017) zeigt verschiedene Behandlungsmethoden mit einer entsprechenden Evidenzgraduierung bei einer bestehenden Brustkrebsdiagnose auf. Allgemein sind z.B. die medikamentöse Therapie, operative Eingriffe, Chemotherapie und Bestrahlung genannt worden. Darüber hinaus werden Methoden genannt wie z.B. Angehörigengespräche, psychoonkologische Hilfestellungen, körperliche Aktivität, Bewegungstherapie, Kraft und Ausdauertraining etc., die innerhalb der Behandlung getroffen und empfohlen werden können. Die Ergotherapie ist derzeit noch kein fester Bestandteil einer dieser Leitlinien*, wird jedoch kurz erwähnt. Dennoch können diese Leitlinien von einem Ergotherapeuten eingesetzt werden, um sich über den aktuellen Forschungsstand der Behandlungsmöglichkeiten bei Brustkrebsklientel zu informieren. Außerdem geben sie einen Aufschluss über die Arbeitsbereiche anderer Berufsdisziplinen, wie Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Logopäden und psychoonkologischen Therapeuten.

Die Langversion der interdisziplinären S3 – Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017) wurde von den Autorinnen anhand der Kurzversion des deutschen Instrumentes zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI) aus der Fassung von 2005/2006 und der Domäne 8 (2008) bewertet. Überwiegend konnten die Domänen mit ihren Kriterien nach der vierten Stufe bewertet werden (Anhang I).

2.5 Die Umwelt

In diesem Kapitel (►2.5) wird der Begriff der Umwelt zu einer besseren Verständlichkeit detailliert erläutert. Die Bedeutung der Umwelt ist weit umfassend, weshalb im Folgenden unterschiedliche Definitionen und Bedeutungen aus der Sicht von verschiedenen ergotherapeutischen Praxismodellen dargestellt werden. Da sich die vorliegende Arbeit auf das PEOP Modell (Christiansen et al., 2015) bezieht, werden die unterschiedlichen Modelle im Vergleich zu diesem dargestellt. Zudem werden die Bezeichnungen Umwelt bzw. Umweltfaktoren im weiteren Verlauf verwendet. Der Begriff des Kontextes wird in diesem Zusammenhang nicht angewandt.

Der Fokus wird auf soziale und physische Aspekte gelegt. Die Umweltfaktoren spielen in der ergotherapeutischen Arbeit mit onkologischer Klientel eine direkte Rolle und können den Therapeuten sowie den Klienten in der Behandlung gleichermaßen beeinflussen.

2.5.1 Der Begriff der Umwelt

Jeder Mensch lebt in einem Lebensraum, basierend auf einem System von unterschiedlichen Umgebungen (Rigby, Trentham, & Letts, 2014), welche ihn umschließen. Nach Baum et al. (2015) umfasst die Bezeichnung der Umwelt unterschiedliche Faktoren, welche für die *occupational performance* einer Person von zentraler Bedeutung sind. Dabei entsteht die *occupational performance* durch eine komplexe Interaktion zwischen intrinsischen Personenfaktoren und extrinsischen Umweltfaktoren und zwischen dem, was Menschen tun müssen und tun möchten (Stark, Sanford, & Keglovits, 2015). Die Umwelt steht nach Law (2002) in Interaktion mit der Person und übt einen Einfluss auf ihre alltägliche Aktivität, Betätigung und Partizipation aus. Partizipation meint in diesem Zusammenhang die Beteiligung einer Person an für sie bedeutungsvollen und alltäglichen Betätigungen, welche sie erfüllen muss bzw. möchte und die ihr die Möglichkeit bieten, im Alltag mit anderen Menschen in Kontakt zu treten (Law, 2002). Die Partizipation von Menschen an alltäglichen Betätigungen ist nach Law (2002) unverzichtbar und gilt als Bestandteil der menschlichen Entwicklung und Lebenserfahrung. Wenn eine Person in für sie bedeutungsvollen Betätigungen partizipiert, hat sie die Möglichkeit, Fähigkeiten und Kompetenzen zu erwerben und Bedeutungen in ihrem Leben zu finden (Law, 2002). Dieser Aspekt ist für einen praktizierenden Ergotherapeuten in

der Arbeit mit seinem Klienten relevant. Ergotherapeuten haben in der Therapie die Möglichkeit einem Klienten dazu zu verhelfen, an für ihn bedeutungsvollen Betätigungen zu partizipieren oder seine alltägliche Partizipation zu fördern. Allerdings muss hierbei beachtet werden, dass die gewünschte Partizipation von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird (Law, 2002). Als bedeutsamer Einfluss zählt in diesem Zusammenhang die Umwelt. Sie kann zum einen zu einer zufriedenstellenden Betätigung beitragen, zum anderen kann sie diese auch einschränken (Law, 1991). So ist der Einfluss der Umwelt u.a. ausschlaggebend auf die *occupational performance* (Letts, Rigby, & Stewart, 2003). Die Wichtigkeit der Umwelt wächst stetig insbesondere in Bezug auf die Tatsache, dass diese die Partizipation und *occupational performance* eines Klienten limitieren oder erleichtern kann (Fisher, Parkinson, & Haglund, 2017). Ergotherapeuten haben in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, die Umwelt des Klienten anzupassen und seine *occupational performance* sowie die aktive Teilhabe an für ihn bedeutungsvollen Betätigungen zu fördern (Rigby, Trentham, & Letts, 2014).

Die Umwelt ist in verschiedenen ergotherapeutischen Modellen ein Bestandteil und wird darin auf unterschiedliche Art und Weise herausgestellt. Es folgt eine kurze Erläuterung der Modelle und deren Definition von Umwelt. Im Anschluss werden in den Kapiteln (►2.5.2) und (►2.5.3) die inhaltlichen Aspekte der Umwelt der einzelnen Modelle dargestellt und mit den Definitionen des PEOP (Christiansen et al., 2015) verglichen.

Im Zusammenspiel mit personenbezogenen sowie betätigungsbezogenen Faktoren ist die Umwelt nach dem PEOP (Christiansen et al., 2015) ein wichtiger Faktor, der bedeutungsvolle Aufgaben, Rollen und Aktivitäten eines Klienten auf der einen Seite unterstützt und auf der anderen Seite beeinflusst (Baum et al., 2015). Die Umweltfaktoren stehen hierbei in direkter Verbindung mit der *occupational performance* einer Person (Baum et al., 2015). Das bedeutet, dass Betätigungen mittels Umweltfaktoren erleichtert, ermöglicht oder unterstützt werden können. Die *occupational performance* einer Person kann allerdings in demselben Maße durch Umweltfaktoren erschwert, behindert oder verhindert werden. Dabei wird die Umwelt in diesem Modell unterteilt in physische und natürliche Faktoren, soziale Umweltfaktoren, Kultur sowie Erziehung und Politik (Baum et al., 2015). Die physischen und natürlichen Umweltfaktoren umfassen die bebaute und natürliche Umgebung einer Person sowie AT, welche individuell zum Einsatz kommen. Soziale Umweltfaktoren gliedern sich in soziale

Unterstützung, soziales Kapital sowie soziale Determinanten. Die kulturellen Faktoren beinhalten z.B. Werte, Glaube und Rituale, welche von einer Person ausgeführt und gelebt werden und sich auf die *occupational performance* auswirken können. Die politische Umwelt regelt und steuert den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen (Baum et al., 2015).

Im Rahmen des MOHO (Taylor, 2017) wird die Umwelt als untrennbar mit der *personal performance* dargestellt und demzufolge als Möglichkeit angesehen, einen Veränderungsprozess voranzutreiben (Fisher et al., 2017). Diese Sichtweise kann mit dem im PEOP (Christiansen et al., 2015) umschriebenen Zusammenhang der Umwelt mit der *occupational performance* in Einklang gebracht werden. Nach Forsyth et al. (2014) beeinflusst die Umwelt das Tun von Menschen und wie sie über ihr Tun denken und fühlen. Im Gegensatz zum PEOP (Christiansen et al., 2015) stellt Forsyth (2017) im MOHO heraus, dass die Umwelt die Person in ihrem Denken, Fühlen und Handeln beeinflusst. Hierbei wird die Umwelt in drei Hauptdimensionen unterteilt: physische, soziale sowie betätigungsorientierte Umwelt. Betätigung findet immer in einer physischen und sozialen Umwelt statt. Die im MOHO (Taylor, 2017) definierten Dimensionen existieren auf drei Ebenen, welche als *immediate context*, *local context* und *global context* bezeichnet werden (Fisher et al., 2017).

Im Gegensatz dazu wird im *Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)* (AOTA, 2014) in Bezug auf die Partizipation eines Klienten zwischen Umwelt und Kontext unterschieden: „Engagement and participation in occupation take place within the social and physical environment situated within context.“ (AOTA, 2014, p.8). Partizipation findet in der sozialen und physischen Umwelt statt. Daneben bestehen Kontexte, welche in kulturell, persönlich, zeitlich sowie virtuell untergliedert werden (AOTA, 2014).

In der ergotherapeutischen Arbeit mit onkologischer Klientel ist sowohl die Umwelt des Klienten sowie die des Ergotherapeuten zu betrachten. Beide Umwelten können einen Einfluss auf die ergotherapeutische Behandlung von Brustkrebsklienten haben. Die vorliegende Arbeit ermöglicht dies zu beleuchten.

2.5.2 Soziale Umweltfaktoren

Nach dem PEOP (Christiansen et al., 2015) ist der soziale Faktor ein zentrales Element der Umwelt (Bass et al., 2015). Hierzu zählt zum einen die soziale Unterstützung, welche wiederum unterteilt wird in emotionale, materielle und informelle Unterstützung sowie in die

Unterstützung zur Zugehörigkeit. Emotionale Unterstützung kann ein Klient durch den Ausdruck von Ermutigung und Fürsorge durch Angehörige erhalten. Mittels einer Bereitstellung von notwendigem Material, wie z.B. Transportmittel, wird die materielle Unterstützung genutzt. Unter der informellen Unterstützung können Ratschläge sowie Anleitungen und Beratungen im Rahmen einer Therapie verstanden werden. Die Unterstützung zur Zugehörigkeit erfolgt z.B., indem einem Klienten das Gefühl vermittelt wird, ein Teil der Gesellschaft zu sein (Bass et al., 2015). Die genannten Aspekte basieren nach Bass et al. (2015) auf Beziehungen, sozialen Netzwerken und Gruppenzugehörigkeiten.

Diese Sichtweise zeigt sich überdies im Rahmen des MOHO (Taylor, 2017). Darin wird die soziale Umwelt als das Vorhandensein von Menschen und Beziehungen bezeichnet. Sie beinhaltet z.B. Familien, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen und Betreuungspersonen. Im Vergleich zum PEOP (Christiansen et al., 2015) werden im MOHO (Taylor, 2017) zu den sozialen Faktoren Interaktionen, wie z.B. die verbale und nonverbale Kommunikation gezählt. Zudem werden darunter gemeinschaftliche und soziale Einstellungen und Praktiken gefasst (Fisher et al., 2017).

Auch die AOTA (2014) umschreibt im Rahmen des OTPF die soziale Umwelt als Beziehungen mit Personen. Es werden überdies Erwartungen, die die Personen haben, unter die soziale Umwelt gefasst. In gleicher Weise wie das PEOP (Christiansen et al., 2015), zählen im OTPF (AOTA, 2014) Gruppen und Populationen, mit denen Klienten in Kontakt treten, zur sozialen Umwelt.

Ein weiterer Baustein des sozialen Faktors im Rahmen des PEOP (Christiansen et al., 2015) ist das soziale Kapital, welches als Merkmal Gesundheit und Wohlbefinden in Gemeinschaften beeinflusst. Es wird als Ausmaß bezeichnet, in dem Mitglieder einer Gesellschaft kooperieren und sich gegenseitig unterstützen. Dies geschieht auf eine Art, die Vorteile für alle mit sich bringt.

Zuletzt werden als wesentliche Bestandteile des sozialen Faktors die sozialen Determinanten der Gesundheit benannt. Hierunter versteht man Ungleichheiten, welche wiederum einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Als Beispiel kann die ungleiche Verteilung von sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen genannt werden sowie politische und gesetzliche Einflüsse

(Bass et al., 2015). Im Vergleich dazu werden im MOHO (Taylor, 2017) ökonomische Aspekte sowie Gesetze und Politik auf dem *global context* betrachtet (Fisher et al., 2017). Anders wie beim PEOP (Christiansen et al., 2015) wird darin nicht explizit ein Bezug auf die gesundheitlichen Einflüsse genommen.

Die Soziale Umwelt und die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu erhalten, sind wichtige Bestandteile, um die Partizipation zu erleichtern (Law, 2002). In diesem Zusammenhang stellt das soziale Umfeld einen essentiellen Faktor dar, der innerhalb einer ergotherapeutischen Behandlung nicht außer Acht gelassen werden darf. Überträgt man dies auf das Thema der Arbeit wird deutlich, dass die soziale Umwelt eines Brustkrebsklienten eine große Rolle spielen kann, um seine Betätigungsanliegen erfüllen zu können. Familie, Freunde und Arbeitskollegen können die Aktivität und Partizipation des Klienten unterstützen. Die genannten Modelle ermöglichen einem Ergotherapeuten, das soziale Umfeld des Klienten zu betrachten und in die Therapie einzubinden. In Bezug auf die vorliegende Arbeit sollten überdies die sozialen Einflüsse, die sich auf den Ergotherapeuten während seiner praktischen Tätigkeit auswirken können, nicht außer Acht gelassen werden. Hierzu zählen sowohl das private Umfeld des Therapeuten, als auch das inter- oder intradisziplinäre Team, welches den Ergotherapeuten umgibt.

2.5.3 Physische und natürliche Umweltfaktoren

Innerhalb des PEOP (Christiansen et al., 2015) umfasst die physische Umwelt die bebaute und natürliche Umgebung einer Person sowie AT (Stark et al., 2015). Obwohl gebaute Räume häufig schwer von außen beeinflusst werden können, kann im Rahmen einer ergotherapeutischen Behandlung die Möglichkeit bestehen, diese zu modifizieren oder zu verändern. Mittels eines Umbaus von Gebäuden besteht z.B. die Möglichkeit, die bebaute Umgebung anzupassen (Stark et al., 2015). Überdies kann mittels einer Erneuerung oder eines Austauschs von Alltagsgegenständen die Selbständigkeit des Klienten verändert und optimiert werden.

Die natürliche Umwelt umfasst die Bereiche Klima, Luftdruck, Landschaften sowie die Bevölkerungsdichte. Diese üben einen Einfluss auf Betätigungen von Menschen aus und sind nicht oder nur schwer veränderbar.

Die beiden genannten Aspekte greift auch das MOHO (Taylor, 2017) auf, worin die Betätigung von Menschen sowohl in natürlichen, als auch in erbauten Räumen stattfindet. Sie beinhaltet zudem Gegenstände und Objekte, die von Personen bei Betätigungen genutzt werden (Fisher et al., 2017). Im Vergleich zum PEOP (Christiansen et al., 2015) werden für die physische Umwelt nach Fisher et al. (2017) die Begriffe *Space* und *Objects* in Bezug auf den *immediate context* verwendet. Unter *Spaces* werden natürliche als auch gebaute Räume gefasst, während zu *Objects* im AT oder Geräte zählen. Dies spiegelt sich inhaltlich zum Teil im Rahmen des OTPF (AOTA, 2014) wider. Hier bezieht sich die physische Umwelt zum einen auf die natürliche Umgebung, wie bspw. geographische Aspekte. Zum anderen wird darunter die bebaute Umgebung gefasst. Diese Umgebungen können sich auf der einen Seite als förderlich und auf der anderen Seite als hinderlich für alltägliche und bedeutungsvolle Betätigungen eines Menschen erweisen (AOTA, 2014).

Der dritte Aspekt der physischen Umwelt, welcher im PEOP (Christiansen et al., 2015) definiert wird, beinhaltet Produkte und Technologien, welche für eine erleichterte *occupational performance* von Nutzen sein können. Hierzu zählen adaptive Geräte sowie AT, wie z.B. Kommunikationsvorrichtungen (Stark et al., 2015). Polgar (2015) nennt in diesem Zusammenhang drei Aktivitäten, welche mittels AT erleichtert oder ersetzt werden können. Diese sind Kommunikation, Mobilität und Betätigung. AT ermöglichen eine Veränderung der *occupational performance* von Klienten, indem sie deren Körperfunktionen, wie z.B. motorische Funktionen, erleichtern oder möglicherweise ersetzen.

Im Vergleich dazu wird im *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013) die institutionelle Umwelt als ein Bestandteil der Umwelt definiert. Polatajko et al. (2013) erklären diesbezüglich: „Institutional policies, funding, and legislation are a special case of macro social environments and are the formal and informal structures that promote social order and govern society.“ (p.52). Institutionen organisieren demnach die Gesellschaft auf eine soziale, wirtschaftliche, politische sowie rechtliche Weise.

In der ergotherapeutischen Arbeit mit Brustkrebsklienten sollten die physischen Einflüsse, welche sich sowohl auf den Klienten als auch auf den Ergotherapeuten auswirken, beachtet werden. Die Performanz eines Klienten kann durch natürliche Einflüsse, wie z.B.

Temperaturschwankungen, beeinflusst (Stark et al., 2015) und demzufolge von einem Ergotherapeuten in der Behandlung mit dem Klienten berücksichtigt werden.

Zudem können natürlich vorkommende Barrieren, wie z.B. Treppen, Absätze oder natürliches Licht einen Einfluss auf die Betätigung des Klienten haben (Fisher et al., 2017). Hierzu zählt außerdem das häusliche Umfeld des Klienten, das eine gewünschte Betätigung behindern oder begünstigen kann. Auch in diesem Zusammenhang hat der Ergotherapeut die Option, die Umgebung des Brustkrebsklienten zu analysieren und bspw. zu Hilfsmitteln zu beraten (Fisher et al., 2017). Ein weiterer Bestandteil sind AT, wie bspw. kognitive Technologien, welche das Gedächtnis sowie Alltagsaktivitäten unterstützen können (Polgar, 2015). Mittels *personal digital assistants* kann z.B. die *occupational performance* der Alltagsaktivitäten von Klienten gesteigert (Gentry, Wallace, Kvarfordt, & Lynch, 2007) und die Handhabung mit dem technischen Medium im Rahmen einer ergotherapeutischen Behandlung erlernt werden.

In Bezug auf den Ergotherapeuten stellt die physische Umwelt dessen Einrichtung als Arbeitsplatz dar. Hierzu zählen die Ausstattung und die Möglichkeiten, welche Räumlichkeiten zur Verfügung stehen (Fisher et al., 2017). Diese haben einen Einfluss auf die Arbeitsweise sowie Interventionsmöglichkeiten des Ergotherapeuten.

2.6 Internationale und nationale Veröffentlichungen in der onkologischen Ergotherapie

Nach Baker und Tickle-Degnen (2014) ist die Ergotherapie ohne evidenzbasierte Praxis im Gesundheitssystem nicht wettbewerbsfähig. Die Wirksamkeit von Interventionsprogrammen ist transparent nachzuweisen und auf Evidenz zu stützen (Voigt-Radloff, 2011). Demzufolge ist für die Ergotherapie in der Onkologie Forschung als Wirksamkeitsbeleg für das gesamte Arbeitsfeld notwendig.

2.6.1 Nationale Studien und Veröffentlichungen

Die Ergotherapie ist in den Bereichen, wie z.B. der Pädiatrie, der Geriatrie und der Psychiatrie ein bereits integrierter Bestandteil der multidisziplinären Behandlung. Das Arbeitsfeld der Onkologie ist davon noch weit entfernt. In Deutschland arbeiten nur sehr wenige Ergotherapeuten im Bereich der Onkologie. Zudem gibt es so gut wie keine Studien (Deimel, 2014; Hofmann, 2016) aus dem deutschen Raum.

Deimel (2014) entwickelte in ihrer Masterarbeit ein ambulantes Kursprogramm für Klienten mit einer Brustkrebserkrankung. Dieses Kursprogramm sollte von den Ergotherapeuten im Rahmen der tertiären Prävention durchgeführt werden, um eine entsprechende Nachsorge zu betreiben. Innerhalb des Kursprogrammes benennt Deimel (2014) vier Kernaspekte:

- Fatigue-Management
- Schmerzen
- Sport und Fitness
- psychosoziale Gesundheit (p.28).

Zudem wird in diesem Kursprogramm eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Berufsdisziplinen der Ergotherapeuten, Sportwissenschaftlern und Psychologen gefordert. In diesem Zusammenhang nennt Deimel (2014) in ihrem Artikel Strategien wie z.B.:

- Aufklärung von Patienten und Angehörigen über Nebenwirkungen

- Vermeidung psychischer und physischer Überbelastung
- Verbesserung von Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit durch körperliche Aktivitäten und gleichzeitiges Herabsetzen der Labilität der Stimmung
- kognitives Training z.B. in Form von Kreuzworträtseln, Denkspielen etc.

Deimel (2014) stellt bezüglich des Kursprogrammes bei Brustkrebsklienten dar, dass die tertiäre Prävention mehr eingefordert und durchgeführt werden muss, um die Klienten nach der komplexen Behandlung unterstützen zu können.

Die Ergotherapeutin Hofmann (2016) untersuchte innerhalb ihrer Bachelorarbeit die Erfahrungen von vier Ergotherapeuten bezüglich deren Arbeitsgestaltung mit der Klientel Brustkrebs. Der Fokus lag hier auf den psychosozialen Aspekten der Erkrankung. Unter den psychosozialen Aspekten war der herausfordernde Umgang mit der Klientel gemeint, welcher sich emotional, sozial und organisatorisch ausprägte.

Nach erfolgter Analyse der Experteninterviews kamen vier verschiedene Kategorien zustande. Z.B. stellte sich bei dem Setting heraus, dass die Richtlinien der Institution wichtig sind und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gefordert wird. Zudem wird die Angehörigenarbeit als sehr wichtig betont. Des Weiteren sind die Ergotherapeuten nach erfolgter Analyse einer subjektiv wahrgenommenen Herausforderung gegenübergestellt, da z.B. der Therapieprozess individuell und vom Ausmaß der Nebenwirkungen der erfolgten Krebsbehandlungen sich als mühsam zu erarbeiten herausstellt. Gleichzeitig sollte die Klientenzentrierung beachtet werden. Es wird hier über den psychosozialen Anteil in der Therapie gesprochen. In diesem Rahmen kann die Ergotherapie den Betroffenen Raum geben, damit die Klienten über ihre Gefühle sprechen können. Dazu zählt auch die Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung. Aufgrund der schweren Erkrankungen mit den verbundenen Krankengeschichten kristallisierte sich nach Hofmann (2016) zudem heraus, dass die Ergotherapeuten auf die Psychohygiene achten sollten. Dies kann mithilfe bestimmter Strategien erreicht werden, um die Situation mit bzw. von dem Klienten zu verarbeiten.

Darüber hinaus wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit hervorgehoben, auf das Einbeziehen von Angehörigen in die Behandlung hingewiesen, dass Aneignen von eigenen Copingstrategien beschrieben und die wenige Zeit zur Behandlung bemängelt. Hofmann (2016) appelliert, dass

weitere Forschung folgen muss, um dieses komplexe Themenfeld genauer darstellen und die Wirksamkeit der Ergotherapie in der onkologischen Behandlung nachweisen zu können. Somit baut diese Bachelorarbeit u.a. auf die von Hofmann (2016) auf und führt weitere Forschung von der Ergotherapie in dem Bereich der Onkologie mit Brustkrebsklientel durch.

Barros (2010) beschreibt in seinem Artikel die Arbeit als Ergotherapeut auf einer pädiatrischen Station mit onkologischen Erkrankungen. Hierbei stellte er das Projekt Kroký im stationären Kontext vor, welches „[...] viel positive Wirkung erzielt und eine so große Zustimmung erfahren [...]“ (Barros, 2010, p.12) hat. In der Arbeit mit Kindern, welche an Krebs erkrankt sind, zeigt diese Arbeitsweise eine positive Auswirkung auf die soziale Interaktion und das Wahrnehmen der realen Außenwelt, sodass die Kinder weniger Ängste aufgebaut haben. Dieser kurze Bericht stellt dar, dass die Arbeit von Ergotherapeuten im onkologischen Bereich bereits bei Kindern ansetzen sollte und schließt Erwachsene und Senioren nicht aus.

Von dem Berge, Förster und Kirsch (2018) beschreiben in ihrem Buch den Aspekt der palliativen Versorgung. Darunter fällt z.B. die onkologische Klientel. Auch mögliche Todesfälle sind nach einer Krebsbehandlung möglich, sodass die palliative Versorgung ungemein wichtig ist.

2.6.2 Ergotherapie in der ambulanten Rehabilitation – onkologische Erkrankungen

Im Jahr 2011 veröffentlichte der DVE eine Broschüre mit dem Schwerpunkt der ambulanten Rehabilitation in der Ergotherapie bei Erwachsenen mit einer onkologischen Erkrankung. Die enthaltenen Leistungen sind an die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF*) angelehnt, da diese Klassifikation zunehmend im Gesundheitswesen gefragt ist und mithilfe der Kodierungen eine übergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert wird (DVE, 2011). Neben den Kodierungen nach der ICF werden zusätzliche Angaben nach der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) dargestellt, um mithilfe dessen „[...] das therapeutische Leistungsspektrum einer Einrichtung dokumentieren, bewerten und unter inhaltlichen Gesichtspunkten analysieren.“ (DVE, 2011, p.11) zu können.

Außerdem beruhen die Leistungsbeschreibungen auf Grundlagen des CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013). Es werden sowohl Aspekte der Qualitätssicherung, der finanziellen und

rechtlichen Lage, zu betrachtende Indikatoren und Kontraindikatoren, als auch der gezielte Einsatz der Ergotherapie mit der Diagnostik und der Durchführung von Interventionen dargestellt. Alle Leistungsbeschreibungen bezüglich der Ergotherapie werden im achten Kapitel der Broschüre in Form einer Tabelle abgebildet. Das bedeutet, dass ein erster Schritt in Richtung Abrechnung bei der ambulanten Rehabilitation von krebserkrankten Menschen besteht, sodass die Ergotherapie über die stationäre Behandlung hinaus weiter die Betroffenen versorgen kann. Es zeigt zudem, dass es sich bei der Behandlung von Klienten mit einer onkologischen Erkrankung um einen Fachbereich handelt, den der DVE für wichtig hält.

Durch die ambulanten Behandlungsmaßnahmen erhalten die Klienten die Möglichkeit, dass Handlungsschwierigkeiten in ihrem Alltag direkt vor Ort gelöst werden können und auf individuelle Betätigungsbedürfnisse eingegangen werden kann (DVE, 2011). Diese Behandlung können männliche und weibliche Klienten mit Brustkrebs wahrnehmen. Neben der Ergotherapie werden weitere Behandlungsmöglichkeiten von anderen Berufsdisziplinen genannt, wie z.B. die der Ernährungsberatung, Sexualberatung, medikamentöse Therapie, Physiotherapie, psychologische Therapie, Schmerztherapie etc. (DVE, 2011). Dabei werden bei den ergotherapeutischen Leistungen besonders die psychisch-funktionelle Ergotherapie und das Training von alltäglichen Fertigkeiten aufgezeigt. Außerdem werden Angaben zur ergotherapeutischen Diagnostik, einem möglichen Prozess mit dieser Klientel und dem Einsatz von möglichen Assessments gegeben.

Diese Broschüre (DVE, 2011) ist keine Studie. Sie zeigt einen möglichen Handlungsstrang der Ergotherapeuten in dem Gebiet der Onkologie auf. Dem Leser wird ein umfassendes Bild von ergotherapeutischen Leistungen aufgezeigt und es werden Aspekte erwähnt, die beachtet werden müssen. In dieser Broschüre wird ein großer Wert auf die zu treffenden rehabilitativen Maßnahmen nach einer komplexen Krebsbehandlung gelegt. Aufgrund der bestehenden Betätigungsproblematiken ist die Teilhabe der Betroffenen in verschiedenen Bereichen stark eingeschränkt. Die Broschüre vom DVE (2011) stellt dazu einige Beispiele dar:

- die Orientierung
- die soziale Interaktion

- die physische, psychische, soziale und/oder berufliche Unabhängigkeit
- die Beschäftigung
- die Haushaltsführung
- die wirtschaftliche Eigenständigkeit
- die zwischenmenschlichen Beziehungen
- die soziale (Re-)Integration
- Freizeitaktivitäten (pp.14-15).

Der Ergotherapeut kann diese Broschüre als eine Quelle nutzen, um seine Behandlung mithilfe derer planen zu können. Außerdem sind Indikationen bzw. Kontraindikationen aufgeführt, die für eine ergotherapeutische Behandlung sprechen und Informationen dazu, welche Maßnahmen getroffen werden können.

2.6.3 Leitlinie zur Behandlung bei Brustkrebs

Im Folgenden wird auf die interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms des Leitlinienprogramms Onkologie (2017) eingegangen. Diese ist keine Studie, stellt jedoch einen hohen Evidenznachweis dar, weil verschiedene Studien von Fachärzten als Experten gesichtet und nach einem einheitlichen Schema bewertet worden sind. Demzufolge besitzen deren Einstufungen der Evidenzen eine angemessene Aussagekraft. Das hierdurch erworbene Wissen sollte innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung von Klienten mit Brustkrebs berücksichtigt werden. Zudem wird in dieser Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017) die Aussage getroffen, dass „[...] Leitlinien ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Onkologie darstellen [...]“ (p.11) und sie somit ein wesentlicher Bestandteil in dem Versorgungsalltag von Menschen mit einer Brustkrebserkrankung sind.

Der Einsatz der Ergotherapie wird nur an wenigen Stellen benannt. Dennoch werden mehrere Behandlungsmethoden genannt, welche ein Ergotherapeut innerhalb der Behandlung aufgreifen kann. So wird in dieser Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017) u.a. die Durchführung von Angehörigen- und Therapieaufklärungsgesprächen und die Aufklärung im interdisziplinären Kontext als wichtig und effektiv dargestellt. Das bedeutet für die

Ergotherapeuten, dass diese eine weitreichende Kommunikation zu anderen Berufsdisziplinen anstreben sollten und die Psychoedukation von Angehörigen und Betroffenen sehr wichtig ist. In diesem Falle ist es sinnvoll, ihnen Informationsmaterial mit an die Hand zu geben. Schwere Entscheidungen können gemeinsam getroffen bzw. vom Ergotherapeuten gezielt angeleitet werden. Des Weiteren wurden Evidenzen im Hinblick auf die Bewegungstherapie, der körperlichen Aktivität und dem Kraft- und Ausdauertraining aufgezeigt. Diese Therapiemöglichkeiten können auch von Ergotherapeuten in der Behandlung aufgegriffen werden. Gleichzeitig sollte auch hier eine Absprache zu den Kollegen erfolgen. Der Ergotherapeut kann mithilfe verschiedener Trainingsmöglichkeiten auf kognitive Leistungseinschränkungen eingehen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017).

Es wird spezifisch auf die Ergotherapie als weitere Therapiemaßnahme bei der Bewegungstherapie und der körperlichen Aktivität hingewiesen. In dieser Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017) wird unter dem Punkt der medizinischen Rehabilitation im Sozialgesetzbuch nach „§26 SGB IX“ (p.292) verlangt, dass u.a. die Ergotherapie ein Bestandteil dessen ist. Außerdem sollten bei einer durch die Chemotherapie induzierten Polyneuropathie neben der Schmerz- und Physiotherapie auch Ergotherapie als Therapiemaßnahme durchgeführt werden. Diese genannten Punkte zeigen auf, dass eine ergotherapeutische Behandlung bei Brustkrebsklienten durchgeführt werden kann. Somit sollte jeder Ergotherapeut, der mit dieser Klientel arbeitet, sich nach dieser Leitlinie richten. Sie ist qualitativ und quantitativ hochwertig und kann im Sinne der EBP eingesetzt werden.

Außerdem kann seitens des Ergotherapeuten auf die Patientenleitlinie zu Brustkrebs hingewiesen werden, die als Informationsmaterial dem Klienten dienen und auf der Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) kostenlos heruntergeladen werden kann. Des Weiteren gibt es die Broschüre bzw. den blauen Ratgeber der deutschen Krebshilfe, die als weitere Informationsbasis an den Klienten vermittelt werden kann.

2.6.4 Internationale Studien

Bezüglich der ergotherapeutischen Arbeit mit Brustkrebsklientel wird die Forschung insbesondere im internationalen Raum vorangetrieben. Im Folgenden wird diese anhand von unterschiedlichen internationalen Studien vorgestellt.

Aebischer und Scheidegger (2011) veröffentlichten eine hermeneutische Bachelorarbeit, in der der Einfluss einer Krebserkrankung auf die Betätigung aufgezeigt wurde. Dabei stellte sich heraus, dass neben Betätigungseinschränkungen auch unbefriedigte Bedürfnisse der Klienten auftreten. Zudem besteht eine komplexe Wechselwirkung zwischen den Einschränkungen der Subsysteme nach dem MOHO (Kielhofner, 2008) und der Behandlung. Innerhalb der Schlussfolgerung wurde in dieser Bachelorarbeit (Aebischer & Scheidegger, 2011) aufgezeigt, dass die onkologische Rehabilitation in der Ergotherapie verschiedene Grundsätze annehmen sollte. Dazu zählten bspw. die Klientenzentrierung, das interdisziplinäre Arbeiten und der Einsatz von Assessments. Diese Bachelorarbeit aus der Schweiz zeigt auf, wie wichtig die ganzheitliche Betrachtung des Klienten ist und ein Einfluss auf die Betätigung zugleich eine Einschränkung in der Partizipation bedeutet.

Im Rahmen einer internationalen Studie zu kognitiven Beeinträchtigungen von Brustkrebsklientinnen wurde die Wichtigkeit der Ergotherapie für diese Klienten herausgestellt. Bei der von Player et al., (2014) in Australien durchgeführten Studie wurden neun Frauen mittleren Alters mit der Diagnose Brustkrebs und erhaltener chemotherapeutischer Behandlung nach ihren Erfahrungen über die Veränderungen ihrer kognitiven Funktionen und damit einhergehenden Herausforderungen und Strategien befragt. Da es sich hierbei um eine phänomenologische, qualitative Forschungsmethode handelt, wird ein deskriptives Verständnis der Erfahrungen und Erlebnisse aller Probanden ermöglicht (Wertz, 2016). Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass eine ergotherapeutische Behandlung die befragten Frauen dabei unterstützt, während oder nach ihrer Krebsbehandlung ihren alltäglichen Betätigungen nachzugehen (Player et al., 2014). Da es sich bei dieser Studie um ein qualitatives Design handelt, kann das Ergebnis nicht verallgemeinert werden, es gibt allerdings einen Einblick in die Thematik der Studie.

Désiron, Donceel, Van Hoof und de Rijk (2013) führten eine Literaturrecherche durch, bei der sie sich mit verschiedenen Modellen beschäftigten, um ein Praxismodell für den Prozess des *return to work* (RTW) zu entwickeln. Dabei wurde die Literatur von drei ergotherapeutischen Modellen bewertet. Diese Modelle waren das MOHO (Kielhofner, 2008), das PEO (Christansen et al., 2015) und das *Canadian Model of Occupational Performance* (CMOP) (Townsend & Polatajko, 2013). Das MOHO (Kielhofner, 2008) hatte die höchste Übereinstimmung mit den Kriterien der Studie (Désiron et al., 2013). Sie fanden heraus, dass das RTW in ergotherapeutischen Behandlungen nur wenig Erwähnung findet. Die Forscher weisen darauf hin, dass zu diesem Zeitpunkt kein spezifisches Modell gefunden wurde, das Ergotherapeuten in ihren Interventionen nutzen können, um das RTW in die Therapie einzugliedern (Désiron et al., 2013). In weiteren Studien soll herausgefunden werden, wie effektiv das RTW in der ergotherapeutischen Behandlung mit Brustkrebsklienten ist.

Dazu führten Désiron, Donceel, Godderis, Van Hof und de Rijk (2015) zwei Jahre später eine qualitative Untersuchung durch, worin Expertenmeinungen bezüglich des Prozesses des RTW mit Brustkrebsklientel in ergotherapeutischen Interventionen untersucht wurden. Mittels halbstrukturierter Interviews wurden zunächst die Erfahrungen von Führungskräften ergotherapeutischer Abteilungen aus Universitätskliniken in Belgien erhoben. Im Rahmen von Fokusgruppen*, an welchen unterschiedliche Berufsfachkräfte einer onkologischen Rehabilitation teilnahmen, wurden zusätzliche Daten qualitativ erfasst. Es handelte sich um ein phänomenologisches Design, welches die persönlichen Meinungen und Ansichten der Teilnehmer herausstellte (Désiron et al., 2015). Die Ergebnisse zeigen, dass nach Meinung der befragten Experten ergotherapeutische Interventionen im Rahmen des RTW mit onkologischen Klienten die Rückkehr in das Berufsleben unterstützen können und als hilfreich gelten. Als wichtige Interventionen werden in diesem Zusammenhang z.B. die Begehung des Arbeitsplatzes durch den Ergotherapeuten sowie die Kontaktaufnahme mit zugehörigen Stakeholdern* genannt. Allerdings müssen hierfür nach Meinung der Forscher organisatorische Barrieren entfernt werden. Hierzu zählt z.B. die finanzielle Unterstützung der Krankenkassen für den Kontakt zur Arbeitsstelle und zum Arbeitgeber. Ein Assessment, welches die Fähigkeiten und den Beruf thematisiert, sollte mit den Interventionen verknüpft werden (Désiron et al., 2015).

Die Studie von Désiron et al. (2015) wurde mit der *McMaster Critical Review Form* für qualitative Studien (Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch, & Westmorland, 2007), beurteilt (siehe Anhang II).

Sleight und Stein Duker (2016) unterstreichen den Bedarf der Ergotherapie in der Onkologie, indem sie die Notwendigkeit der physischen wie auch psychosozialen Behandlung darlegen. Krebsklienten haben ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung im Rahmen ihrer Krebsbehandlung sowie nach dem Erlernen von Strategien für ihr Selbstmanagement. Praktizierende Ergotherapeuten besitzen die Fähigkeiten, diese Leistungen anzubieten (Sleight & Stein Duker, 2016).

In Bezug auf die psychosoziale Behandlung wurde in London eine hermeneutisch phänomenologische Studie von Cooper (2014) zu den Erfahrungen von Krebspatienten mit Entspannungsprogrammen, welche im Rahmen ergotherapeutischer Behandlungen angeboten werden, durchgeführt. Ziel der Entspannungsprogramme ist im Allgemeinen die Entwicklung eines individuellen Verständnisses über Stress, Angst oder Panik und das Lehren von Entspannungs- und Atemtechniken. Hierfür wenden Ergotherapeuten je nach Bedarf die progressive Muskelentspannung, Atemtechniken, geführte Visualisierungen oder die passive neuromuskuläre Entspannung an. Cooper (2014) fand heraus, dass genannte Entspannungsprogramme helfen können, psychosoziale Symptome von Krebspatienten zu lindern. Die Ergotherapie hätte hiernach die Möglichkeit, mittels Entspannungsmaßnahmen psychosoziale Symptome der Brustkrebsklienten unterstützend zu lindern und deren Lebensqualität auf diese Weise zu verbessern.

Lyons, Erickson und Hegel (2012) führten in Amerika eine Pilotstudie mit Klientinnen mit der Diagnose Brustkrebs durch. Das Ziel war, die Herausforderungen, Ziele sowie adaptiven Strategien der Frauen in Bezug auf ihre Lebensführung während der zweiten Phase ihrer Chemotherapie herauszufinden. Die Klientinnen erhielten im Rahmen einer ergotherapeutischen Behandlung für sechs Einheiten ein Problemlösungstraining (*Problem-solving-Treatment-Occupational Therapy*). Dies wurde aufgrund der Distanz zwischen den Teilnehmerinnen und der Ergotherapeutin telefonisch ausgeführt. Die Forscher fanden im

Anschluss an die Durchführung aller Einheiten elf Kategorien heraus, welche für die Frauen als Herausforderung in ihrem Alltag bezeichnet wurden. Hierzu gehörten die Durchführung von Übungen, *Instrumental activities of daily living* (IADLs), Arbeit, Stress-Management, Ernährung, Schlaf, Freizeit, Betreuung der Kinder, Übungen für die obere Extremität sowie soziale Aktivitäten. Die Ziele, welche die Frauen nannten, wurden in vier Kategorien unterteilt: eine Aktivität anpassen, eine neue Aktivität finden, Schritte einer Aktivität planen sowie Informationen über zukünftige Entscheidungen sammeln. Die Forscher fanden heraus, dass die Frauen in 40% der Einheiten die Strategie des durchgeführten Problemlösetrainings nutzten, um eine Anpassung in ihrem Alltag vorzunehmen. In etwa einem Drittel der Einheiten lag der Fokus auf der Findung von neuen Aktivitäten.

Die Forscher schlussfolgern, dass die Ergotherapie einen Teil dazu beitragen kann, Frauen während einer Chemotherapie dabei zu unterstützen, Problemlösefähigkeiten sowie Fähigkeiten zum Selbstmanagement zu erlangen. In weiteren Studien soll der positive Effekt des ergotherapeutischen Problemlösetrainings auf die Lebensqualität, Stimmung und Funktionsfähigkeit von Krebsklienten erforscht werden.

Die vorgestellten Studien bieten Anregungen für deutsche Ergotherapeuten, diese im deutschen Praxisbezug zu nutzen und damit einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der ergotherapeutischen Arbeit zu leisten. Die Qualität bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die von dem Ergotherapeuten geleisteten Arbeitsprozesse mit Brustkrebsklientel. Hierzu zählen Maßnahmen zur ergotherapeutischen Diagnostik, Intervention sowie Evaluation.

Außerdem zeigen die internationalen Forschungsergebnisse, dass die Ergotherapie im Arbeitsfeld mit Brustkrebsklienten in anderen Ländern durchaus Thema in der Forschung ist. Themen wie Brustkrebsklientel und Arbeit, Wirkungsweisen von Entspannungstechniken sowie Veränderungen kognitiver Funktionen werden im internationalen Raum thematisiert. Im Hinblick auf die vorliegende Arbeit kommt diesbezüglich die Frage auf, wie deutsche Ergotherapeuten im Vergleich zu anderen Ländern mit Klienten mit Brustkrebs arbeiten.

2.6.5 Leitlinien aus England und Amerika

An dieser Stelle wird auf die allgemeinen Leitlinien aus Amerika und Großbritannien eingegangen.

Braveman und Hunter (2017) haben im Rahmen der AOTA *Practice Guidelines* sogenannte *Series Guidelines* für die Rehabilitation von krebserkrankten Menschen herausgebracht. Es sind allgemeine Leitlinien, die sich auf die ergotherapeutischen Interventionen bei Folgeerkrankungen und Symptomen nach Krebsbehandlungen wie Chemotherapie, Bestrahlung und Operation beziehen. Die *Guidelines* informieren über die effektivsten ergotherapeutischen Behandlungen (Braveman & Hunter, 2017) und bieten Ergotherapeuten Richtlinien, wonach sie ihre Therapien anwenden können. Außerdem sollen die *Guidelines* Ergotherapeuten helfen, ihr therapeutisches Handeln gegenüber anderen Professionen und gegenüber den Klienten und ihren Angehörigen zu begründen (Braveman & Hunter, 2017).

Ergotherapeuten helfen erwachsenen Klienten in der Rehabilitation vor allem dabei, Betätigungen und Aktivitäten des täglichen Lebens wieder ausführen zu können. (Braveman & Hunter, 2017). In der Onkologie arbeiten sie in verschiedenen Einrichtungen, wie z.B. Akutkliniken.

Um die *Guidelines* zu erstellen, wurden verschiedene Studien gelesen und entsprechend der Evidenz in vier Levels eingeteilt. Die Interventionen wurden in insgesamt neun Kategorien unterteilt:

- *multidisciplinary rehabilitation programs*
- *symptom management*
- *psychosocial needs*
- *physical activity*
- *lymphedema management*
- *return to work*
- *physical agent modalities*
- *sexuality*
- *complementary health approaches and integrative health* (Braveman & Hunter, 2016, p.28).

Interventionen im Bereich des Symptom- und *Fatigue-Managements*, worin problemlösende Fähigkeiten, Übungen zur Energieeinsparung sowie Schulung und Aufklärung des Klienten zur Verringerung von Atemlosigkeit thematisiert werden, sind mit einer hohen Evidenz ausgezeichnet (Braveman & Hunter, 2017).

Crompton (2004) hat am *College of Occupational therapists* in London ebenfalls *Guidelines* zur Behandlung von onkologischen Klienten veröffentlicht. Es existiert ein allgemeines Buch, worin sich die Richtlinien für die Therapie vor allem auf die Symptome beziehen. In den allgemeinen *Guidelines* wird beschrieben, wie und in welchen Einrichtungen Ergotherapeuten tätig sind (Crompton, 2004). Sie sind Teil eines speziellen Teams in Zentren für Onkologie, auf onkologischen Stationen in Krankenhäusern, bei ihren Klienten zu Hause oder in der palliativen Versorgung. Ergotherapeuten sind ein wichtiger Bestandteil des Teams, da sie zu jeder Zeit und in jedem Stadium der Erkrankung das Ziel haben, ihren Klienten Lebensqualität zu ermöglichen. Die Interventionsansätze für die einzelnen Symptome werden in drei Oberkategorien aufgeteilt: *Lifestyle Management*, *Fatigue-Management*, *Self-esteem* (Crompton, 2004). Crompton (2004) geht auf allgemeine Symptome ein, die bei den meisten Krebserkrankungen vorkommen, wie z.B.:

- *pain*
- *fatigue*
- *neurological problems*
- *cognitive deficits*
- *anxiety and depression (p.11).*

Crompton (2004) benennt mehrere Interventionsansätze, die Ergotherapeuten nutzen können, wie z.B. einen problemlösenden Ansatz und der Einbezug von Angehörigen.

Neben den spezifischen Ansätzen, die Crompton (2004) für die einzelnen Symptome nennt, wird beschrieben, was Interventionen generell beinhalten sollten. Dabei wird die Lebensqualität des Klienten als *outcome* genannt, die jeder Ergotherapeut in seiner Behandlung anstreben soll. Den Klienten mit Krebserkrankungen sollen Möglichkeiten geschaffen werden, ihr eigenes Leben zu kontrollieren (Crompton, 2004). Diese allgemeinen internationalen *Guidelines* dienen Ergotherapeuten als Orientierungshilfe bei der Behandlung von Brustkrebsklienten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wenig Forschung im nationalen Kontext betrieben wird und die deutsche, ergotherapeutische Forschung im Bereich der Onkologie am Beispiel von Brustkrebsklienten noch in den Kinderschuhen steckt. Vergleicht man dagegen die internationale Forschung, so kann an dieser Stelle gesagt werden, dass dort die Evidenzlage weiter ist und vielseitig auf diesem spezifischen Gebiet geforscht wird. Der deutsche Ergotherapeut kann sich über die internationalen Studien informieren, welche Möglichkeiten es gibt und welcher aktuelle Stand in der Forschung und in der Praxis anzufinden ist. Jedoch muss bedacht werden, dass internationale Studien nicht eins zu eins auf den nationalen Kontext übertragen werden können. Daher ist für dieses Gebiet wichtig, dass weiter Forschung im nationalen Raum betrieben wird.

3 Methodik

In diesem Kapitel (►3) wird das methodische Vorgehen der Autorinnen in ihrer Bachelorarbeit beschrieben. Durch das genaue Aufzeigen dieses Vorgehens und das Beschreiben der Durchführung wird u.a. die *thick description** nach Höhsl (2016) erfüllt.

3.1 Verlauf der Studie

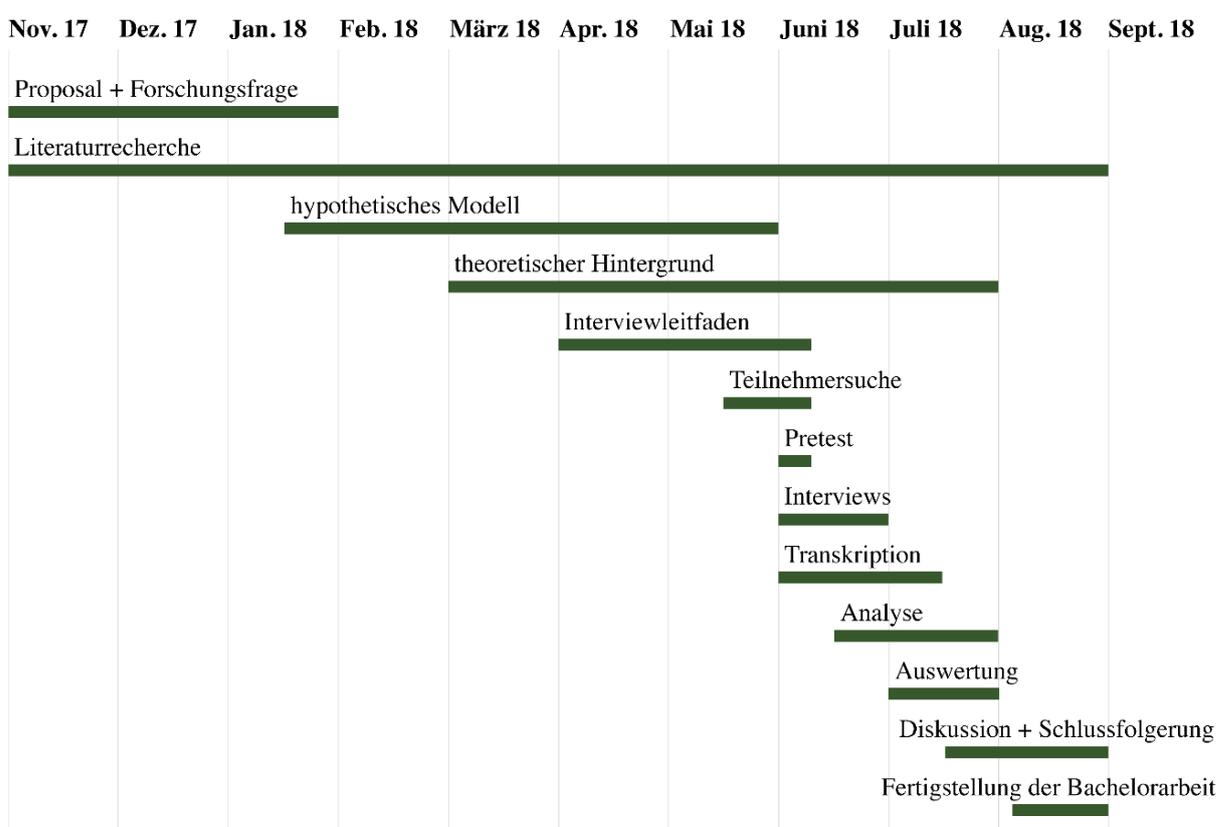


Abbildung 3: Studienverlauf

Die Autorinnen erstellten ein Proposal, worin die ersten Schritte des methodischen Vorgehens festgehalten wurden. An diesem orientierten sie sich und begannen mit einer ausführlichen Literaturrecherche. Diese wurde für den gesamten Prozess des Studienverlaufes durchgeführt. Des Weiteren wurde ein hypothetisches Modell (►3.7.1) nach Gläser und Laudel (2010) entwickelt, woran sich die qualitative Inhaltsanalyse orientierte. Die Autorinnen rekrutierten für die Interviews Teilnehmer über verschiedene Medien. Die Interviews wurden innerhalb

eines Monats durchgeführt und anschließend mithilfe des Transkriptionsprogramms F4 (Dresing & Pehl, 2018) transkribiert. Die Analyse und Auswertung orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010). Die Arbeit wurde nach Beendigung der Ausarbeitung von drei freiwilligen Lesern korrekturgelesen und von den Autorinnen entsprechend überarbeitet.

Während des gesamten Prozesses standen die Autorinnen in stetigem Austausch mit ihrer Bachelorberaterin und führten intensive Reflexionen durch. Dieses Vorgehen zeigt das *peer review**, welches mit der *thick description* das Gütekriterium der Übertragbarkeit bzw. der *transferability** nach Höhsl (2016) erfüllt.

3.2 Ethik

Wird eine Forschung betrieben ist es wichtig, dass ethische Grundlagen innerhalb der Forschung eingehalten werden. Der Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD) (2017) hat einen Bericht veröffentlicht, welcher sich mit der Ethik im Rahmen der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften befasst. Zudem veröffentlichte der DVE (2005) ein Dokument, das den Ethikkodex und die Standards der ergotherapeutischen Praxis beinhaltet. Diese Veröffentlichung setzt sich aus den COTEC*-Standards (*Council of Occupational Therapists for European Countries*) und den Ethikstandards des WFOT zusammen. Darin existiert ein Absatz zum Thema Forschung. Eine der dort genannten Grundlagen ist die Einhaltung der Gesundheitsgesetze bei der Durchführung der Forschung (DVE, 2005).

3.2.1 Datenschutz

Im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) des Jahres 2018 sind alle Rechtsgrundlagen bezüglich der Datenverarbeitung und des Datenschutzes von Personen geregelt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2018). Durch die Einhaltung des Gesetzes werden alle personenbezogenen Daten, die Rückschlüsse auf die Identität und Persönlichkeit des Studienteilnehmers zulassen, gesichert.

3.2.2 Integrität der Forschenden

Laut dem RatSWD (2017) hat jeder Forschende die Verantwortung, alle Ergebnisse und Daten unverfälscht darzustellen und keine Daten zurückhalten. Um dies zu gewährleisten, müssen Forscher auch „[...] schlecht gesicherte oder widersprüchliche Ergebnisse transparent [...]“ (RatSWD, 2017, p.17) darstellen. Außerdem sollte das methodische Vorgehen, das bei der Datenerhebung und -auswertung vorgenommen wurde, dokumentiert werden, damit die Ergebnisse für jedermann nachvollziehbar sind. In der vorliegenden Bachelorarbeit haben die Autorinnen alle in der Studie erzielten Ergebnisse dargestellt.

3.2.3 Verhalten gegenüber den Teilnehmern

Eine der wichtigsten ethischen Grundlagen ist die Vermeidung von Schaden. D.h., dass das Risiko, dass einem Studienteilnehmer durch die Studie Schaden zugeführt wird, so gering wie möglich gehalten werden muss (RatSWD, 2017). So müssen die Forscher darauf achten, dass die Teilnahme keinerlei körperliche, psychische oder rechtliche Folgen nach sich zieht.

Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig und die Interviewpartner hatten jederzeit das Recht, von der Studie zurückzutreten. Alle Teilnehmer wurden im Vorhinein über den Zweck der Forschung informiert. Dies geschah über das Anschreiben sowie unmittelbar vor den Interviews. Zudem mussten die Teilnehmer vor den Interviews eine Einverständniserklärung (siehe Anhang VI) unterschreiben.

Um den Datenschutz und die Anonymität der Teilnehmer zu gewährleisten, wurden alle im Interview genannten Daten, die Rückschlüsse auf die Identität der Befragten zuließen, in der Transkription* kodiert.

3.2.4 Forschungsergebnisse

Ein Forscher ist verpflichtet, alle Quellen, die er für seine Arbeit nutzt, anzugeben (Gläser & Laudel, 2010). Die Autorinnen haben diese Quellen im Text kenntlich gemacht, wörtliche Zitate aus anderen Arbeiten sind zusätzlich gekennzeichnet worden. Die gesamte verwendete Literatur befindet sich im Literaturverzeichnis der Arbeit.

Die Autorinnen dieser Arbeit versichern, dass alle Ergebnisse vollständig und unverfälscht sind.

3.3 Methode

Die Durchführung der Arbeit orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010). Die Grundlagen ihrer Methode entstammen aus der empirischen Sozialforschung (Gläser & Laudel, 2010).

Die Autorinnen entschieden sich für die Erhebungsmethode, bei der Informationen durch „[...] die Befragung von Menschen [...]“ (Gläser & Laudel, 2010, p.39) erhoben werden. Dazu zählen Experteninterviews, bei denen Menschen in ihrem Fachgebiet befragt werden.

In dieser Arbeit wurde die Entscheidung getroffen, leitfadengestützte und halbstrukturierte Interviews durchzuführen. Diese zählen laut Gläser und Laudel (2010) zu den nichtstandardisierten Interviews. Dabei ist es der jeweiligen Interviewerin selbst überlassen, wie sie die Fragen formuliert und in welcher Reihenfolge sie diese stellt. So ist es möglich, dass das Interview einem natürlichen Gespräch ähnelt (Gläser & Laudel, 2010). Der Leitfaden dient als Orientierung im Interview und ermöglicht es den Interviewerinnen, auch auf neu auftretende Themen einzugehen.

Durch die qualitativen Interviews wurden die Einstellungen und individuellen Vorgehensweisen von Ergotherapeuten in der Arbeit mit Brustkrebsklienten erhoben. Die Teilnehmer konnten ausführlich erzählen, wie sie in ihrer Arbeit vorgehen.

3.3.1 Studiendesign

Bei dieser Bachelorarbeit handelt es sich um eine qualitative Studie. Bei der Form dieser Studie steht „[...] die Untersuchung des menschlichen Erlebens.“ (Perkhofer, Gebhart, & Tucek, 2016, p.68) im Fokus. Im Fall dieser Bachelorarbeit bezieht sich das menschliche Erleben auf die Arbeit der Ergotherapeuten mit onkologischer Klientel am Beispiel von Brustkrebs. Dabei wird bei einer qualitativen Forschung nicht von einer Hypothese ausgegangen, da die Thesen erst durch den Forschungsprozess hervorgebracht werden (Perkhofer et al., 2016). Anders als bei einer quantitativen Forschung, kann das subjektive Erleben nicht gemessen und berechnet werden. Stattdessen werden die Ergebnisse im Zuge der Auswertung interpretiert (► 3.7).

3.4 Theoretische Vorüberlegungen:

Für eine Forschungsarbeit ist es wichtig, Vorüberlegungen über das Thema zu treffen. Die Autorinnen beobachteten in ihrem privaten und beruflichen Umfeld, dass nur sehr wenige Ergotherapeuten in der Onkologie arbeiten. Daraufhin begannen sie, Literatur zur ergotherapeutischen Arbeit in der Onkologie zu suchen, um eine theoretische Grundlage aufzubauen und eine Forschungslücke herauszufinden. Es liegen nur wenige Forschungsergebnisse für das ergotherapeutische Arbeitsfeld der Onkologie in Deutschland vor, was die Autorinnen der Bachelorarbeit als Forschungslücke identifiziert haben. Dadurch konnte die Forschungsfrage dieser Arbeit entwickelt werden.

3.4.1 Entwicklung der Forschungsfrage und der Leitfragen

Der Gegenstand einer jeden Forschungsarbeit besteht aus einer zentralen Fragestellung, welche den Ausgangspunkt vorausgibt (Wintzer, 2016). Sie dient dazu, „[...] die zu schließende Wissenslücke [...]“ (Gläser & Laudel, 2010, p.62) zu benennen. Die Forschungsarbeit beruht auf der folgenden Frage:

„Wie arbeiten Ergotherapeuten in Deutschland im Bereich der Onkologie am Beispiel von erwachsenen, an Brustkrebs erkrankten Klienten?“

Diese Frage wird als Gegenstand verwendet, um innerhalb der Arbeitsfeldbeschreibung das Arbeitsgebiet der Ergotherapie in der Onkologie mit an brustkrebserkrankten Klienten aufzuzeigen. Außerdem wird diese durch weitere Leitfragen unterstützt:

- Welche Fertigkeiten und Erfahrungen muss ein Ergotherapeut bei der Arbeit mit an Brustkrebs erkrankten Klienten besitzen?
- Welche Methoden im Therapieprozess werden bei der Behandlung mit Brustkrebsklienten von Ergotherapeuten genutzt?
- Welche Rahmenbedingungen müssen bei dem Einsatz der Ergotherapie in der Arbeit mit Brustkrebsklienten berücksichtigt werden?
- Was sind Grenzen und *Enabler* der Ergotherapie in der Onkologie mit Brustkrebsklienten?

3.4.2 Literaturrecherche

Um den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit zu beschreiben und sich Wissen über den Bereich der Onkologie sowie der ergotherapeutischen Arbeit in der Onkologie anzueignen war es notwendig, dass die Autorinnen eine Literaturrecherche betrieben. Dazu nutzten sie unterschiedliche Suchmaschinen. Die Literatur, auf deren Grundlage der theoretische Hintergrund dieser Arbeit entstanden ist, entstammt aus den folgenden Quellen:

- Fachbücher, überwiegend aus der Bibliothek der Zuyd Hogeschool und dem Eigenbesitz
- amerikanische, australische, deutsche, britische, kanadische und skandinavische *Academic Journals* und Fachzeitschriften, zu denen die Autorinnen durch ihren Internetzugang der Hochschule Zugang hatten
- Literaturverzeichnisse von bereits gefundenen Artikeln, aus Büchern oder anderen Bachelor- und Masterarbeiten, die separat in Suchmaschinen eingegeben wurden, um an den jeweiligen Artikel zu gelangen
- Suchmaschinen, wie die Internetbibliothek der Zuyd Hogeschool, Google, Google Scholar und Google Books
- Internetseiten von Berufs- und anderen Verbänden (z.B. DVE, AOTA, WFOT, GKV-Spitzenverband), Bundesministerien, Leitlinienentwicklungen und des Dudens
- eine per Mail erhaltene unveröffentlichte Bachelorarbeit.

Bei der Literaturrecherche wurden unterschiedliche Schlüsselwörter in Englisch und Deutsch in die o.g. Suchmaschinen eingegeben und verschieden kombiniert. Außerdem wurden teilweise Filter innerhalb der Suchmaschinen genutzt, um die Trefferzahl zu minimieren und ausschließlich die Artikel angezeigt zu bekommen, die relevant für die Arbeit waren. Z.B. gaben die Autorinnen folgende Begriffe ein: *occupational therapy AND breast cancer*. Zusätzliche Filter waren: Begrenzung des Erscheinungsdatums auf 2000-2017, Erscheinungsform als *Full text Access* sowie *Academic Journal*. Die Suchergebnisse hielten sie in einer Tabelle fest (siehe Anhang III).

3.5 Hypothetisches Modell

Als theoretische Vorüberlegung entwickelten die Autorinnen ein hypothetisches Modell (siehe Abbildung 1). Gläser und Laudel (2010) erklären, dass theoretische Vorüberlegungen essentiell für die Forschung sind. Neben der Entwicklung der Forschungsfrage ist die Entwicklung des hypothetischen Modells Teil dieser Vorüberlegungen.

Die Entwicklung des Modells ist ein Prozess, der sich über eine gewisse Zeit erstreckt.

Für diese Bachelorarbeit wurde das Modell im Vorhinein fünfmal verändert, bis das schlussendliche Modell entstand, auf dessen Grundlage die Autorinnen den theoretischen Hintergrund aufbauten. Da es nach Gläser und Laudel (2010) erlaubt ist, Änderungen im Modell vorzunehmen, wurde der Name der Dimension Internationalisierung zu Bedeutung von Studien geändert.

Innerhalb des Modells befinden sich nach Gläser und Laudel (2010) Variablen und Dimensionen, die in den folgenden Unterkapiteln definiert werden.

Es gibt vier verschiedenen Typen, die nach Gläser und Laudel (2010) in die Untersuchungsvariablen unterteilt werden:

- **unabhängige Variablen** „[...] haben Wirkung auf andere Variablen [...]“ (Gläser & Laudel, 2010, p.81), werden aber von den anderen Variablen nicht beeinflusst.
- **abhängige Variablen** werden von anderen Variablen beeinflusst, während „[...] ihre Wirkung vernachlässigt [...]“ (Gläser & Laudel, 2010, p.81) wird.
- **intervenierende Variablen** „[...] beeinflussen den Kausalmechanismus [...]“ (Gläser & Laudel, 2010, p.81). Das heißt, sie können sowohl auf die unabhängigen als auch auf die abhängigen Variablen wirken und ggf. den Kausalmechanismus stören.
- **vermittelnde Variablen** beschreiben den Vermittlungsprozess.

Bezüglich der Dimensionen unterscheiden Gläser und Laudel (2010) zwischen Zeit- und Sachdimensionen:

- **Zeitdimensionen** beschreiben einen Zeitraum, „[...] in dem die Merkmalsausprägungen existieren [...]“ (Gläser & Laudel, 2010, p.82).
- **Sachdimensionen** sind unabhängige Merkmalsausprägungen.

Die Variablen, die in der Auswertung die Kategorien bilden und deren zugehörigen Dimensionen wurden von den Autorinnen definiert, so dass jede das gleiche Verständnis aller Variablen hatte.

3.5.1 Variablen

Ergotherapeut (abhängige Variable)

Der Ergotherapeut behandelt Klienten jeden Alters mit unterschiedlich ausgeprägten Erkrankungen bzw. jene, die von Erkrankungen bedroht sind. Innerhalb der Therapien unterstützt er seinen Klienten bei der selbständigen Lebensführung, indem durch gezielte Aktivitäten an bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen „[...] Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit [...]“ (DVE, 2007) gearbeitet wird. Dadurch wird das Ziel verfolgt, dass neben der selbständigen Bewältigung des Alltages auch eine größtmögliche Lebensqualität für den Klienten sowie die Teilhabe an der Gesellschaft für ihn ermöglicht wird (DVE, 2007).

Sachdimensionen:

Fertigkeiten

Im PEOP (Christiansen et al., 2015) werden bezüglich der Fertigkeiten, die ein Ergotherapeut mit in die Praxis bringt, verschiedene *principles* genannt. Diese zehn Prinzipien leiten den Ergotherapeuten durch den gesamten Therapieprozess, bilden die Grundlage für das therapeutische Handeln, die Wahl der Interventionen und die Arbeit mit dem Klienten. U.a. nennen Christiansen et al. (2015) das klientenzentrierte und evidenzbasierte Arbeiten sowie das Prinzip der Kommunikation. Neben den Genannten gehört auch das *therapeutic use of self* zu Fertigkeiten eines Ergotherapeuten, z.B. für den Beziehungsaufbau mit dem Klienten (Gillen, 2014).

Psychohygiene

Unter Psychohygiene werden in diesem Zusammenhang Bewältigungsstrategien verstanden, die der Ergotherapeut selbst vornimmt, um die Belastung, die mit der Behandlung eines an Krebs erkrankten Klienten einhergeht, verarbeiten und bewältigen zu können. Dazu bieten sich verschiedene Strategien an, die ein Ergotherapeut anwenden kann, um mit dem aufkommenden Stress und der Belastung umgehen zu können. Lazarus entwickelte diesbezüglich das transaktionale Stressmodell. Darin beschreibt er die Wechselwirkung zwischen Stressor und Mensch und deren gegenseitigen Einfluss und Auswirkungen (Morgenroth, 2015).

Interventionen

Die Interventionen werden auf den Informationen, die der Ergotherapeut vom Klienten erhält, sowie in Kooperation mit diesem geplant und anschließend durchgeführt. Dazu beschreiben Christiansen et al. (2015) im PEOP sogenannte *approaches*, nach denen die Interventionen ausgerichtet werden können. Sie geben, ähnlich wie die Prinzipien, dem Therapeuten eine Struktur und Orientierung für den Therapieprozess. Während des gesamten Therapieprozesses und besonders in den Interventionen ist der Klient ein aktiver Teil und gestaltet die Therapien gemeinsam mit dem Therapeuten.

Wissenserwerb

Unter Wissenserwerb werden Methoden verstanden, durch die sich der Ergotherapeut Wissen aneignet. Dazu zählt zum einen, dass aktuelle Leitlinien genutzt werden bzw. dass sich der Therapeut an diesen orientiert sowie die Teilnahme an Fortbildungen. Ein anderer Punkt ist das evidenzbasierte Arbeiten. Das bedeutet, sich immer wieder mit aktueller Literatur zu befassen und diese in die eigene Praxis zu integrieren. Dies ist ein wichtiger Aspekt des therapeutischen Arbeitens (Baker & Tickle-Degnen, 2014).

Berufliche Identität

Die berufliche Identität ist in diesem Fall die Sicht, die ein Ergotherapeut auf seine Arbeit und auf die Profession hat. Es ist die Identifikation mit dem eigenen Beruf. Ein Teil der beruflichen Identität sowie ein Markenzeichen für den Ergotherapeuten ist das *Enablement* (Townsend et al., 2013). Die berufliche Identität ändert sich mit der Zeit und in Zusammenhang mit sich

ändernden Kontexten, weshalb es für Ergotherapeuten schwierig ist, eine berufliche Identität zu entwickeln (Turner & Knight, 2015). Im Mittelpunkt der beruflichen Identität stehen die Werte, das Wissen sowie die Fertigkeiten und Einstellungen eines Jeden in der Profession der Ergotherapie (Ashby et al., 2016).

Professional Reasoning

Professional Reasoning (Boyt Schell, 2014) beschreibt den Reflexionsprozess eines Ergotherapeuten, in dem er sich von Beginn seiner Arbeit mit einem Klienten befindet. Er wird durch die Wechselwirkung zwischen Therapeut, Klient und der Umwelt bestimmt. In Bezug auf den Therapeuten bedeutet es, dass er über sein Verhalten gegenüber dem Klienten und sein therapeutisches Handeln vor, während und nach der Intervention nachdenkt und reflektiert. Dieser Prozess findet in der Metakognition des Therapeuten statt (Boyt Schell, 2014).

Zeitdimension:

Erfahrungen

Die Erfahrungen werden als Zeitdimension definiert. Zu ihnen zählen zum einen die persönliche Lebenserfahrung des Therapeuten und zum anderen die beruflichen Erfahrungen, die mit Beginn der Ausbildung im gesamten Berufsleben erworben und erweitert werden, was Christiansen et al. (2015) als “Professional lifelong development [...]” (p.65) bezeichnen.

Qualität und Professionalität (unabhängige Variable)

Qualität

„Als Qualität bezeichnet man den Grad, in dem ein Satz von Qualitätsmerkmalen bestimmte Anforderungen erfüllt.“ (ÄZQ, 2010). Die Qualität beinhaltet die Bewertung dieser Merkmale, welche an externen Erwartungen gemessen werden können (Hucke & Gans, 2009). Das bedeutet, dass sich die Qualität im Gesundheitswesen patienten- und bedarfsgerecht an der Lebensqualität sowie an der fachlichen Qualifikation orientiert. Das Ziel ist, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse eines Menschen zu erhöhen (ÄZQ, 2010). Qualität lässt sich hierbei in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilen (Hucke & Gans, 2009, as cited in Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2005).

Professionalität

Nach Pundt (2006) stellt Professionalität die Schnittmenge zwischen Fachwissen und Erfahrung eines Praktikers dar. Sie wird darüber hinaus als gekonnte Beruflichkeit bezeichnet und repräsentiert einen Indikator für qualitativ hochwertige Arbeit. Die Entwicklung zu einem autonomen Gesundheitsberuf erfordert ein professionelles berufliches Handeln, um bestehende Strukturen zu analysieren und zukunftsorientierte Problemlösungsstrategien zu entwickeln (Walkenhorst, 2006). Ein Ergotherapeut, „[...] dem man Professionalität im beruflichen Zusammenhang attestiert, hat bewiesen, dass er/sie eine bestimmte Sache oder Problemlösung beherrscht.“ (Pundt, 2006, p.11).

Sachdimensionen:

Qualitätssicherung

Der Zweck der Qualitätssicherung in Bezug auf die ergotherapeutische Arbeit ist, dass die Qualität der Behandlung einen gleichbleibend hohen Standard aufweist. Nach Hucke und Gans (2009) ist ein zentraler Aspekt der Qualitätssicherung, das definierte Qualitätsziel sicher und verlässlich zu erreichen. Hierzu gehören Maßnahmen, welche die Transparenz der therapeutischen Arbeit gewährleisten sowie die Vorgehensweisen und Ergebnisse nachvollziehbar darlegen. Dies gilt im selben Maße für die Institution, in welcher der Ergotherapeut arbeitet.

Bedeutung von Studien

Nach Voigt-Radloff (2011) sollte der Beruf der Ergotherapie seine praktischen Inhalte mit Evidenz untermauern. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Wirksamkeit von Interventionsprogrammen deutlich nachzuweisen. Ohne evidenzbasierte Praxis ist ein Ergotherapeut im internationalen Gesundheitssystem nicht wettbewerbsfähig (Baker & Tickle-Degnen, 2014) und kann qualitative Arbeit nicht transparent darlegen. Solche Wirksamkeitsbelege erfordern Forschung, welche besonders im internationalen Raum vorangetrieben wird. Im Hinblick auf ergotherapeutische Arbeit mit onkologischer Klientel bietet der Blick auf internationale Forschungsergebnisse und Strategien eine Möglichkeit, Evidenz im deutschen Praxisbezug zu nutzen und damit Qualität zu gewährleisten.

Persönliches Qualitätsempfinden

Das persönliche Qualitätsempfinden eines Ergotherapeuten hängt davon ab, wie er seine Qualität in der Arbeit selbst einschätzt. Hierfür muss ein Therapeut in der Lage sein, Qualität aus der Klientenperspektive zu betrachten. „Qualitätsempfinden ist sehr stark Gefühlssache“ (Herzog, 2014) und bezieht sich damit auf persönliche und individuelle Ansichten. Das heißt, die persönliche Empfindung für Qualität ist abhängig von den eigenen Erwartungen und Vorstellungen in Bezug auf qualitative ergotherapeutische Arbeit.

Zeitdimension

Gesundheitspolitische Aspekte

Das aktuelle Gesundheitsziel für die Diagnose Brustkrebs ist es, die Lebensqualität im gesamten Versorgungsprozess bei der Behandlung betroffener Klienten individuell zu berücksichtigen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Es verfolgt die Optimierung der Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe (Albert et al., 2014) und schließt damit auch die Ergotherapie ein. Damit einem Brustkrebsklienten eine bestmögliche, ergotherapeutische Behandlung ermöglicht werden kann, sollte Evidenz für die angewendeten Behandlungsformen gewährleistet sein. Die Gesundheitspolitik hat hierbei die Möglichkeit, die dafür notwendige Forschung z.B. durch finanzielle Mittel zu fördern. Zu den gesundheitspolitischen Merkmalen zählen zudem Aspekte der ergotherapeutischen Berufsausbildung in Deutschland. Hierzu erklärt Rohloff (2010), dass die Qualitätsanforderungen der Schulen und Lehrkräfte sowie die Inhalte der Lehrpläne von jedem Bundesland individuell gestaltet werden. In Bezug auf das Lehren von ergotherapeutischen und onkologischen Inhalten kann die Gesundheitspolitik Veränderungen „[...] durch gesetzlich verankerte Rahmenbedingungen erzielen.“ (Rohloff, 2010, p.31).

Klient (unabhängige Variable)

Nach dem *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD)-10 Code wird Brustkrebs als eine bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] definiert und mit der Kodierung C50.- klassifiziert (Brustkrebs, 2018). In dem Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland (Barnes et al., 2016) wird der Brustkrebs als eine Bildung von bösartigen Tumoren des Brustgewebes beschrieben. Infolge der intensiven Therapie durch

Medikamente, operative Eingriffe, Chemotherapie, Bestrahlung und Hormontherapien entwickelt sich bei dem Klienten eine Folgesymptomatik (wie z.B. Lymphödeme, Schmerzen, Fatigue, psychische Auffälligkeiten nach einer operativen Brustentfernung, Übelkeit und Erbrechen) (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017).

Der Klient mit der Diagnose Brustkrebs bezeichnet eine Person, die nach Townsend und Polatajko (2013) als einzelner Mensch in seiner individuellen Persönlichkeit in der Gesellschaft betrachtet wird. Im ergotherapeutischen Kontext definieren Fisher und Denhardt (2014) den Klienten als „[...] die Person, der Ergotherapie verordnet wurde oder die sich darum bemühte (z.B. Patient, Kunde, Verbraucher, Schüler), auch gesunde Personen, die um präventive Ergotherapie ersuchen.“ (p.17).

Zudem werden nach dem PEO (Christiansen et al., 2015) die personenbezogenen Faktoren (psychisch, kognitiv, sensorisch, motorisch, physiologisch, Spiritualität) beschrieben. Diese können bei dem Klienten durch den Brustkrebs dessen *occupational performance*, Partizipation und Wohlbefinden beeinflussen. Diese Faktoren formen u.a. den Charakter, die Charakteristika einer Person und die intrinsische Motivation zum Handeln (Bass et al., 2015) und zeichnen seine bedeutungsvollen Aktivitäten, getätigten Aufgaben und eingenommenen Rollen aus. Innerhalb der Erläuterung zu dem Modell (Bass et al., 2015) wird beschrieben, dass jede Person eigenständige Ziele und Absichten verfolgt, die somit das Handeln bzw. die *occupational performance* beeinflussen und ein sogenanntes *outcome* erzielen.

Sachdimensionen

Der erweiterte Klient

Der erweiterte Klient wird von Fisher und Denhardt (2014) als eine „Klientenkonstellation“ (p.17) definiert. Hierbei handelt es sich beispielweise um die Familie, Arbeitskollegen oder Freunde des Klienten, die von seinen Betätigungsproblemen betroffen sind und ihn in seinem Krankheitsverlauf unterstützen und begleiten und aus diesem Grund in die ergotherapeutische Behandlung miteinbezogen werden. Bass et al. (2015) beschreiben in dem Zusammenhang die wichtige Rolle des Vertrauens, der Verpflichtungen, der Akzeptanz und der Erwartungen in der Interaktion mit dem Klienten.

Eine **Zeitdimension** wird für diese Variable nicht benannt.

Umwelt (intervenierende Variable)

Der Begriff Umwelt bezeichnet „[...] die Umgebung eines Menschen, die auf ihn einwirkt und seine Lebensbedingungen beeinflusst [...]“ (Bertelsmann, 1993, p.52). Demzufolge ist in der therapeutischen Arbeit sowohl die Umwelt des Klienten sowie die des Ergotherapeuten zu betrachten. Beide Umwelten üben einen Einfluss auf die ergotherapeutische Behandlung von Brustkrebspatienten aus. Nach dem PEOP (Christiansen et al., 2015) ist die Umwelt ein relevanter Bereich, der tägliche Aufgaben, Rollen und Aktivitäten einer Person unterstützen als auch beeinflussen kann (Bass et al., 2015). Die Umwelt kann nicht von dem persönlichen Performanzvermögen getrennt werden (Fisher et al., 2017). Demzufolge steht sie in Interaktion mit der Person und übt Einfluss auf ihre *occupational performance* aus.

Sachdimensionen:

Soziale Umweltfaktoren

Innerhalb des PEOP (Christiansen et al., 2015) wird ein Bestandteil der sozialen Umwelt als *social support* bezeichnet und basiert auf Beziehungen, Netzwerken und Gruppenzugehörigkeiten (Bass et al., 2015). Sie kann in diesem Fall als soziales und zwischenmenschliches System angesehen werden, welches sowohl die *occupational performance* des Klienten sowie die Handlungsweisen des Ergotherapeuten beeinflusst. Bestandteil der sozialen Umwelt des Klienten sind seine Familie, Freunde, Bekannte sowie auch seine Kollegen im beruflichen Umfeld. In Bezug auf den Ergotherapeuten ist das therapeutische Team Bestandteil dieser Dimension.

Physische Umweltfaktoren

Physische Einflüsse beinhalten nach Bass et al. (2015) zum einen die bebaute Umgebung. Hierunter kann die physische Umwelt als Behandlungsraum des Klienten verstanden werden sowie der Arbeitsplatz und die häusliche Umgebung des Klienten. Des Weiteren ist die institutionelle Umwelt als Arbeitsplatz des Ergotherapeuten ein Bestandteil der physischen Umwelt. Zur physischen Umwelt zählt zudem die natürliche Umwelt, welche die Geographie, das Gelände, das Klima sowie die Luftqualität beinhaltet (Bass et al., 2015).

Eine **Zeitdimension** wird für diese Variable nicht benannt.

3.6 Erhebungsmethode

3.6.1 Teilnehmer

Die Studienteilnehmer wurden über verschiedene Wege rekrutiert. Das Anschreiben wurde in verschiedenen Gruppen auf Facebook und im Ergotherapieforum ergoxchange veröffentlicht (siehe Anhang V). Außerdem riefen die Autorinnen in Kliniken und Praxen an, um direkt mit möglichen Teilnehmern in Kontakt zu kommen. Ebenso wurden Emails mit dem offiziellen Anschreiben an diverse Kliniken sowie an die Arbeitsgruppe Onkologie des DVE versendet. Insgesamt wurden acht Ergotherapeuten für die Bachelorarbeit interviewt und zusätzlich ein Interview für den Pretest durchgeführt. Alle Teilnehmer nahmen freiwillig an der Studie teil. Während der Hauptstudie gab es eine geringe Abbruchquote. Ein Teilnehmer sagte das Interview aus persönlichen Gründen ab. Allen Teilnehmern wurde angeboten, dass sie die Bachelorarbeit nach Bestehen digital zur Verfügung gestellt bekommen, was sich alle Teilnehmer wünschten.

3.6.2 Kriterien für die Teilnahme:

Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren folgende:

- eine abgeschlossene Ausbildung/Studium als Ergotherapeut
- Berufserfahrung als Ergotherapeut mit Brustkrebsklienten
- Interesse an der Teilnahme der Studie und an der Zusammenarbeit mit den Autorinnen

Die Autorinnen verzichteten auf die Eingrenzung bezüglich einer mehrjährigen Arbeitserfahrung, um eine Vielzahl an Ergotherapeuten anzusprechen und eine möglichst große Anzahl an Interviewteilnehmern zu erhalten.

3.6.3 Erstellung des Interviewleitfadens:

Für die Erstellung des Interviewleitfadens orientierten sich die Autorinnen vorwiegend an den Variablen und Dimensionen des hypothetischen Modells. In einem laufenden Prozess wurden

diese stetig verändert. Die insgesamt 18 notierten Fragen wurden am Ende auf elf reduziert. Zu diesen sind jeweils zusätzliche Fragen formuliert worden, um innerhalb des Interviews nachfragen zu können, falls ein Teilnehmer mit der Beantwortung der Hauptfrage nicht genügend Informationen liefern konnte. Die Fragen wurden nach Themen angeordnet, da es laut Gläser und Laudel (2010) wichtig ist, Fragen so anzuordnen, „[...]“, dass inhaltlich zusammengehörende Themen auch nacheinander behandelt werden.“ (p.146). So kann das Interview ähnlich wie ein natürliches Gespräch geführt werden. Zu Beginn des Interviews wurden den Teilnehmern allgemeine Fragen gestellt. Im Anschluss daran wurden spezifische Fragen bezogen auf die Arbeit mit Brustkrebsklienten gestellt (Anhang IV).

3.6.4 Pretest

Um zu überprüfen, ob die Interviewfragen verständlich formuliert wurden, führten die Autorinnen einen Pretest durch. Hierzu wurde ein Interview mit einem freiwilligen Teilnehmer durchgeführt, der im Arbeitsfeld der Onkologie tätig ist. Dies gewährleistete, dass der Pretest unter den gleichen Voraussetzungen wie die Hauptstudie ablief.

Die Autorinnen erhielten eine Rückmeldung des Teilnehmers und passten den Interviewleitfaden für die Hauptstudie an. Diese Anpassungen waren minimal. Keine der Fragen musste umgestellt, sondern lediglich detaillierter ausgeführt werden. Auch über die Atmosphäre während des Gespräches erhielten die Autorinnen Rückmeldung.

3.6.5 Verlauf der Interviews

Wie bereits genannt, wurden die Interviews telefonisch, über Skype oder bei den Teilnehmern vor Ort durchgeführt. Die Autorinnen waren bei den Interviews über Skype und bei einem Interview vor Ort zu zweit. Dabei führte eine Autorin das Interview, während die zweite Autorin Notizen bezüglich des Inhaltes des Interviews, der Atmosphäre und Besonderheiten im Gespräch machte. Sie hielt sich während des Interviews vorwiegend im Hintergrund. Es war ihr jedoch erlaubt, Fragen zu stellen sowie die Hauptinterviewerin auf Besonderheiten hinzuweisen. Die Rollen beider Interviewerinnen wurden den Teilnehmern vor Beginn des Interviews erläutert. Die Interviews über das Telefon sowie ein Interview vor Ort wurden von einer Autorin durchgeführt.

Die Orte für die Durchführung der Interviews waren unterschiedlich. Bei den Skype-Interviews waren die Interviewerinnen sowie die Befragten bei sich zu Hause. Die Telefoninterviews wurden überwiegend zur Arbeitszeit der Teilnehmer durchgeführt. Bei einem Telefoninterview befand sich der Interviewpartner zu Hause. Von den beiden Interviews, die vor Ort durchgeführt wurden, fand eines auf der Arbeitsstelle des Teilnehmers und das andere bei dem Teilnehmer zu Hause statt.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich über den gesamten Juni 2018. Die Interviews hatten eine Länge von ungefähr 24 bis 90 Minuten. Die Autorinnen entschieden sich, die Interviews digital auf einem Tonbandgerät aufzunehmen. Zusätzlich wurden handschriftliche Notizen gemacht. Der Grund für diese Entscheidung war, dass auf diese Weise wenige Informationen verloren gehen konnten, was Gläser und Laudel (2010) bestätigen. Da ein Versagen der Technik der Aufnahmegeräte nicht auszuschließen war, wurden die Interviews mit mehreren Geräten gleichzeitig aufgenommen.

3.7 Auswertungsmethode

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) dient dazu, Informationen aus vorliegenden Texten zu erhalten und diese zu analysieren. Gläser und Laudel (2010) entwickelten für die Auswertung das Verfahren der Extraktion*. Das entwickelte hypothetische Modell dient dabei als Kategoriensystem, in welches die Informationen aus den Interviews eingeordnet werden.

Nach dem Prinzip der Offenheit wird während der Auswertung gewährleistet, dass der Forschungsprozess offen für Veränderungen und Anpassungen ist. Das zuvor gebildete Kategoriensystem kann während der Auswertung angepasst oder um Kategorien und Dimensionen erweitert werden, sofern die Autorinnen Informationen erhielten, womit sie zuvor nicht gerechnet haben (Gläser & Laudel, 2010).

Um die Informationen aus den Interviews analysieren zu können, mussten die Audiodateien transkribiert werden. Jede Autorin transkribierte die Interviews, die sie geführt hatte. Die Transkripte wurden allen Autorinnen zugänglich gemacht. Die Autorinnen orientierten sich an den inhaltlich-semantischen Transkriptionsregeln des Programmes F4 (Dresing & Pehl, 2018) (siehe Anhang VII).

3.7.1 Vorbereitung:

Die Entwicklung eines hypothetischen Modells ist entscheidend für den Prozess der Extraktion, um die Bildung eines Kategoriensystems zu erleichtern. Dies ist essenziell, „[...] um die Extraktion so gut wie möglich vorzubereiten.“ (Gläser & Laudel, 2010, p.208).

Um sicherzustellen, dass jede der Autorinnen die Informationen in der Analyse in die passende Kategorie einordnete, diskutierten die Autorinnen im Hinblick auf die Definitionen, welche Informationen in welche Kategorie eingeordnet werden können. Dabei wurden die Definitionen erneut überprüft. Durch die Diskussion der Autorinnen und das gemeinsame Entscheiden bezüglich der Einordnung wurde eine Triangulation* der Ergebnisse gewährleistet, sodass diese das Gütekriterium der Nachvollziehbarkeit (*confirmability**) auszeichnet.

3.7.2 Extraktion

Die Extraktion wurde schriftlich durch alle Autorinnen durchgeführt. Jede Autorin extrahierte nach den aufgestellten Extraktionsregeln (siehe Anhang IX) die von ihr geführten Interviews. Dazu wurden die Transkripte zunächst zusammengefasst. Bei der Zusammenfassung mussten sich die Autorinnen entscheiden, ob ein Absatz „[...] relevante Informationen enthält und in welche Auswertungskategorie diese Informationen gehören.“ (Gläser & Laudel, 2010, p.212). Bei der Extraktion war es wichtig zu beachten, dass nur Informationen extrahiert werden, „[...] die tatsächlich im Text stehen.“ (Gläser & Laudel, 2010, p.217). Zudem dürfen die Informationen nicht zu stark interpretiert werden. Sollten Interpretationen in die Extraktion mit einfließen, müssen diese als solche gekennzeichnet werden (Gläser & Laudel, 2010).

3.7.3 Aufbereitung und Auswertung:

Die Zusammenfassungen der Extraktion wurden im nächsten Schritt aufbereitet, d.h. in einem Dokument stark verkürzt und unter dem zusammengefassten Absatz notiert. Zuletzt wurden die Informationen in die Kategorien und Dimensionen eingeordnet (siehe Anhang X). Um alle Informationen in einem Dokument stehen zu haben, erstellten die Autorinnen eine Tabelle mit allen zuvor definierten Kategorien und Dimensionen (siehe Anhang XI). Durch die Definitionen der Variablen wurde gewährleistet, dass eine Information aus einem Absatz nur in eine Kategorie eingeordnet wurde, um so nach Gläser und Laudel (2010) eine mögliche Fehlerquelle zu vermeiden.

Die Informationen, die in die o.g. Tabelle eingetragen wurden, ordneten die Autorinnen anschließend in separate Dokumente. Diese wurden für die einzelnen Dimensionen erstellt und diente einer besseren Übersicht der Ergebnisse. Im Anschluss an die Erstellung aller Tabellen wurden die bedeutungsgleichen Informationen innerhalb der einzelnen Tabellen farblich markiert, sodass diese anschließend zusammengefasst werden konnten. Dabei wurden „Verschiedenartige Informationen [...] beibehalten.“ (Gläser & Laudel, 2010, p.230).

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Informationen aus den Experteninterviews anhand der in (►3.7) definierten Variablen dargestellt. Den Kategorien Klient und Qualität und Professionalität wurden während der Analyse jeweils eine Sachdimension hinzugefügt.

4.1 Kategorie Ergotherapeut

In der Kategorie des Ergotherapeuten werden die Ergebnisse in die Dimensionen Fertigkeiten, Interventionen, *Professional Reasoning*, Psychohygiene, Wissenserwerb, berufliche Identität und Erfahrungen eingeordnet.

Fertigkeiten

Die Teilnehmer geben verschiedene Fertigkeiten an, die sie für die Arbeit mit Brustkrebsklientel als wichtig erachten. Der Mehrheit der Experten sind die Empathie und das Einfühlungsvermögen wichtig, da sie in der Arbeit immer wieder mit Ängsten, Trauer und Leid in Kontakt kommen und den Klienten das Gefühl vermitteln möchten, dass sie verstanden und akzeptiert werden. Sie lassen den Klienten Zuwendung zukommen. Ein Teilnehmer erklärt, dass es wichtig ist auf den Klienten einzugehen und ihm „[...] Mut zusprechen [...]“ (T2, Z.104) zu können. Trotz der Empathie müssen Ergotherapeuten Durchsetzungsvermögen und Geduld haben, weil „[...] es eben auch Patienten gibt, die sehr stark fordern [...]“ (T6, Z.217-218) und die durch die Erkrankung frustriert sind.

Ein Experte erklärt, dass wichtig sei, eine gewisse Grenze für sich zu ziehen und eine gute Balance zwischen Empathie und Durchsetzung zu halten.

Gute kommunikative Fertigkeiten werden als weitere Fertigkeit genannt, um mit den angesprochenen Gefühlen umgehen und auf diese reagieren zu können. In diesem Zuge wird von einem Teilnehmer der Umgang mit den Klienten genannt, da er es als wichtig erachtet, „[...] den Menschen auch da abzuholen [...] wo er steht [...]“ (T5, Z.161-162).

Zudem wird das klientenzentrierte Arbeiten als Fertigkeit genannt, um dem Klienten bewusst zu machen, dass er selbst die Verantwortung für sein Leben hat.

Psychohygiene

Die Teilnehmer haben verschiedene Strategien zur Psychohygiene, die von ihrer Persönlichkeit und Konstitution abhängen. Zwei Teilnehmer erzählen, dass sie einen sportlichen Ausgleich benötigen, „[...] um den Kopf frei zu kriegen.“ (T8, Z.646)

Weitere Teilnehmer empfinden den Austausch mit Kollegen oder der eigenen Familie als wichtig, um über ihre Probleme sprechen und sie so verarbeiten zu können.

Auch Entspannungstechniken, psychische Stabilität und die Trennung zwischen dem beruflichen und privaten Alltag seien wichtig. Ein Teilnehmer gibt an, dass er zur Entspannung und um sich „[...] bewusst auch abzuwenden [...]“ (T1, Z.454) ein Hörbuch auf der Rückfahrt höre.

Interventionen

Die Mehrheit der Teilnehmer hat Angaben bezüglich der Anamnese gemacht. Neben der Befragung zu der medizinischen und sozialen Vorgeschichte des Klienten verwenden vier der befragten Personen Assessments in der Befundaufnahme. Es wird z.B. ein Schemafragebogen nach Young und ein Standardbefundbogen mit Items des ICF verwendet. Von einem weiteren Teilnehmer wird ein Assessment „[...] in Anlehnung an das COPM [...]“ (T4, Z.71-72) genutzt. Ein Befragter berichtet über das Wissen von Standardtests, ergreift diesbezüglich allerdings keine besonderen Maßnahmen. Es wird beschrieben, dass die Befundaufnahme mit Brustkrebsklientel erschwert und eine Testung insbesondere in Bezug auf die Symptomatik der Polyneuropathie nicht möglich ist. Ein Teilnehmer gestaltet den Aufnahmebefund aus diesem Grund in mündlicher Form.

In den Therapien nutzen die Teilnehmer verschiedene therapeutische Ansätze und Methoden. Die Therapien führen alle Teilnehmer als Gruppen- oder Einzeltherapie durch.

Die Mehrheit der Experten schätzen das Sensibilitäts- und Feinmotoriktraining als wichtig ein, da viele Klienten eine Polyneuropathie und andere Sensibilitätsstörungen entwickeln. Mittels verschiedener Materialien arbeiten die Therapeuten mit den Klienten an der Verbesserung der Sensibilität von Händen und Füßen. Dazu nutzen sie z.B. Raps- oder Sandbäder. Die Therapeuten beraten die Klienten, wie sie die Übungen zu Hause fortführen können.

Die Teilnehmer erzielen auch mit funktionellem Training Therapieerfolge. In Bezug auf das funktionelle Training nennen die Teilnehmer z.B. Koordinations-, Kraft-, Gelenkschutz- und

Gleichgewichtstraining sowie die Pflege von möglichen Operationsnarben. Ein Teilnehmer äußerte sich zu der positiven Wirkung, die die Trampolingrouppe kombiniert mit sensomotorischem Training auf das Gleichgewicht der Klienten hat: „Wir haben eine Trampolingrouppe uns erarbeitet für die Patienten [...] und da haben wir relativ gute Erfolge damit [...]“ (T1, Z.64-70).

Sechs Teilnehmer arbeiten in ihren Einrichtungen nach der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR). Diese beinhaltet die Arbeitsplatzberatung, -training und -analysen. Das MBOR ist wenig verbreitet in der Onkologie, jedoch werden mit den beinhalteten Maßnahmen gute Erfolge erzielt. Allerdings erklärt ein Teilnehmer, dass dies eine „[...] sehr intensive Arbeit [...]“ (T6, Z.165) ist und in seinem Arbeitsumfeld nicht in dem vorgesehenen Ausmaß eingebaut werden kann. Stattdessen werden Arbeitsplatzberatungen nur in Einzelfällen durchgeführt. Der Teilnehmer erklärt, dass er sich wünschen würde, dass das MBOR in die Rehabilitation mit aufgenommen wird, da die Therapeuten „[...] gute Rückmeldung auch von den Patienten mitbekommen haben [...]“ (T6, Z.182).

Die Beratung und Aufklärung über das Krankheitsbild sowie über mögliche Therapien wird ebenfalls von den Teilnehmern thematisiert. Es wird als wichtig angesehen den Klienten darin zu schulen, wie er die Therapie nach der Rehabilitation fortführen kann.

Außerdem wird als wichtig empfunden, ihn über sein Krankheitsbild mit Symptomen und Nebenwirkungen aufzuklären, da „[...] beim Polyneuropathietraining ganz viel Compliance gefragt ist.“ (T1, Z.58-59).

Alle Teilnehmer nutzen in ihren Interventionen Hirnleistungstraining. Dabei greifen sie auf computergestützte Programme wie Cogpack, RehaCom und Freshminder zurück und setzen kognitive Spiele und Gruppenangebote ein. Sie versuchen, möglichst alltagsnah zu arbeiten und das Hirnleistungstraining z.B. für Übungen am Arbeitsplatz einzusetzen: „Dann beginnt auch das Hirnleistungstraining, wo wir [...] versuchen mit RehaCom [...] alltagsnahe Sachen zu schildern [...] zum Beispiel vor allem der Büroarbeitsplatz [...]“ (T1, Z.80-81).

Außerdem werden mit der kreativen Ergotherapie und dem Einsatz von Handwerk positive Erfolge erzielt, da die Klienten hierbei „[...] ein Stück Aktivität [...] und [...] Selbstbewusstsein [...]“ (T6, Z.129-130) und Handlungsfähigkeit erleben.

Vielen Teilnehmern stehen vielfältig Therapiematerialien zur Verfügung, z.B. Alltagsgegenstände wie Geld oder Wäscheklammern sowie Ton und Speckstein. Auch für die funktionellen Therapien werden diverse Materialien, wie z.B. Therapieknete genutzt.

Wissenserwerb

Die Teilnehmer empfinden es als wichtig, sich in ihrer ergotherapeutischen Arbeit weiterzubilden. Dazu nutzen sie unterschiedliche Quellen und Methoden. Die Mehrheit der Teilnehmer erachtet interne und externe Fortbildungen als bedeutend. Sie bemängeln, dass es zu wenige externe Fortbildungen im Bereich der Onkologie gibt, wodurch sie gezwungen sind, sich an den Nebenwirkungen und Symptomen der Klienten und an anderen Fachbereichen zu orientieren. Ein Teilnehmer erklärt, dass es schwierig sei, „[...] rein onkologische Fortbildungen zu finden.“ (T4, Z.458). Das Internet ist eine weitere mögliche Informationsquelle.

Drei Experten empfinden Fachbücher und Zeitschriften als wichtig. Dabei müssen die Teilnehmer vermehrt auf Literatur aus dem medizinischen Bereich zurückgreifen, da ergotherapeutische Veröffentlichungen begrenzt sind: „Klar kann man sich viel über Onkologie anlesen, [...], was dann aber alles so im medizinischen Bereich ist [...]“ (T6, Z.247). Drei Teilnehmer geben an, dass sie Mitglied im DVE sind und über diesen aktuelle Studien beziehen. Dabei kritisiert ein Teilnehmer, dass auch dort „[...] wenig über Onkologie drinnen ist [...]“ (T6, Z.245-246).

Berufliche Identität

Die meisten Teilnehmer sind zufällig auf den Bereich der Onkologie gestoßen. Sie hatten kein direktes Interesse an der Klientel, sondern an der Stellenausschreibung. Die Mehrheit der Teilnehmer ist der Meinung, dass die Unwissenheit über die Ergotherapie in der Onkologie groß ist, sowohl bei den Ärzten als auch in der Öffentlichkeit. Sie sind der Meinung, dass es wichtig ist, die Ergotherapie „[...] viel viel präserter zu machen über Broschüren, Fachbücher, die Medien.“ (T4, Z.1448). Die Aufklärung der Fachärzte ist ein wichtiger Bestandteil, um die Präsenz der Ergotherapie im Bereich der Onkologie zu verbessern.

Da die Onkologie in der Ausbildung nicht genug thematisiert wird, empfinden es zwei Teilnehmer als wichtig, Vorträge an Schulen zu halten. Ein Teilnehmer arbeitet als Dozent „[...]

an zwei Hochschulen [...]“ (T7, Z.28), damit die Unwissenheit über den Fachbereich innerhalb der Profession abgebaut wird.

Professional Reasoning

Das *professional reasoning* sprechen drei Teilnehmer an. Sie empfinden es als bedeutend, sich selbst zu reflektieren. Ein Teilnehmer reflektiert und begründet die eigene Arbeit gemeinsam mit Praktikanten. Ein Teilnehmer sieht es als wichtig an, die Aspekte der ICF in seine Behandlung miteinfließen zu lassen. Außerdem betrachtet es ein Teilnehmer als notwendig, dass ein Ergotherapeut die onkologische Erkrankung als chronifizierte Erkrankung und mit einem umfassenden Blick betrachtet.

Erfahrungen

Die Arbeitserfahrung der Teilnehmer liegt zwischen acht Monaten und 28 Jahren. Sie arbeiten in unterschiedlichen Fachbereichen. Die Mehrheit der Teilnehmer hat neben der Brustkrebsklientel auch Klienten aus anderen Fachbereichen: Orthopädie, Gynäkologie, Pädiatrie, Neurologie, Geriatrie und Psychiatrie.

Die weiteren Erfahrungen der Teilnehmer lassen sich in zwei Sektionen unterteilen: Erfahrungen mit den Klienten und Erfahrungen in der Arbeit als Ergotherapeut.

Zwei der Teilnehmer haben die Erfahrung gemacht, dass die Behandlungserfolge stark vom Klienten und der Tagesform abhängig ist und davon, wie offen der Klient der Therapie und der Rehabilitation gegenübersteht. Einige Klienten beginnen die Therapie skeptisch, da sie sich andere Therapiemethoden vorgestellt haben: „[...] viele gehen auch ein bisschen skeptisch in die Therapie [...] weil die dann jetzt doch Größeres erwarten [...]“ (T2, Z.259-261). Eine weitere Erfahrung von zwei Teilnehmern ist, dass die Klienten sich häufig hinter einer Maske verstecken, da die Krankheitsverarbeitung noch nicht abgeschlossen ist und sie dadurch aggressiv werden können. Gleichzeitig sind viele Klienten motiviert und „[...] sehr dankbar [...] für das was man [...] anbietet [...]“ (T6, Z.81-82).

Zwei Teilnehmer erklären, dass ihr Arbeitsalltag stressig ist und oft wenig Zeit für Teamsitzungen oder die Entwicklung von neuen Ideen bleibt. Dennoch wird das Arbeitsfeld der Onkologie als jung und schön, aber auch als „[...] großes Mysterium [...]“ (T1, Z.174-175)

beschrieben, an das sich viele Ergotherapeuten aufgrund mangelnden Fachwissens nicht herantrauen.

4.2 Kategorie Qualität und Professionalität

Die Kategorie Qualität und Professionalität wird aus den Variablen Qualität und Professionalität und den dazugehörigen Dimensionen persönliches Qualitätsempfinden, Qualitätssicherung, Bedeutung von Studien und gesundheitspolitische Aspekte gebildet. Es wurde die Sachdimension Professionalität des Ergotherapeuten hinzugefügt.

Professionalität des Ergotherapeuten

Die Mehrheit der Studienteilnehmer hat in ihrer ergotherapeutischen Tätigkeit behandelnde Ärzte über den Beruf der Ergotherapie aufgeklärt. Der Grund dafür liegt insbesondere an der Unwissenheit der Ärzte über die Ergotherapie: „[...] die Ärzte müssten erstmal wissen, was ist Ergotherapie überhaupt.“ (T4, Z.1307). Die Aufklärung über die ergotherapeutische Arbeit ist für viele Ergotherapeuten ein wichtiges Thema. Um dies aktiv zu tun, erstellen zwei Teilnehmer Newsletter und Flyer.

Ein Interviewpartner klärt seine Klienten im Rahmen der Therapie regelmäßig über das ergotherapeutische Berufsbild auf, da diese häufig äußern: „Es ist einfach oftmals erstmal die Aufklärung was ist das für ein Beruf.“ (T8, Z. 507).

Ein Teilnehmer betont, dass ihm das Studium eine andere Sichtweise auf den Klienten gibt, der Theorie-Praxis-Transfer allerdings erschwert ist. Er beschreibt einen „[...] kleinen Konflikt mit dem was ich [...] gelernt habe, was man alles tun soll und dem was sich in der Praxis umsetzen lässt.“ (T.4, Z.1117-1118). Des Weiteren wird der unterschiedliche Wissensstand der Ergotherapeuten innerhalb desselben Teams erläutert: „Nehmen wir das kanadische Modell oder nehmen wir das Kawa [...] die Kollegen haben mich immer nur mit großen Augen angeschaut.“ (T4, Z.1121-1122).

Qualitätssicherung

Die Mehrheit der Studienteilnehmer berichtet, dass ihre Einrichtung „[...] Qualitätsfragebögen an die Klienten.“ (T7, Z.287) ausgibt, um die Qualität im Unternehmen zu sichern. So soll die

Qualität des Unternehmens und des therapeutischen Teams gesichert werden. Drei Teilnehmer erzählen diesbezüglich, dass die Fragebögen statistisch ausgewertet und die Ergebnisse zur Verfügung gestellt werden. Ein Interviewpartner berichtet von „[...] Freitext Rückmeldungen, wo Patienten noch mal aufführen können: was hat mir gefallen? was hat mir nicht gefallen? Habe ich Änderungswünsche? [...]“ (T4, Z.979-981).

Es wird außerdem die Dokumentation therapeutischer und teamspezifischer Inhalte benannt und im Rahmen der Teamgespräche häufig „[...] ein Protokoll verfasst [...] und an alle weitergeleitet [...]“ (T8, Z.576-579). Die Mehrheit der Befragten berichtet von Maßnahmen des Qualitätsmanagements, welches in den Einrichtungen eingesetzt wird. Diesbezüglich wird das Qualitätsmanagement-Handbuch erwähnt, worin „[...] es eben Arbeitsanweisungen gibt, wo Konzepte niedergeschrieben sind ähm da kann eben jeder der auch neu ist bei uns da auch nachlesen.“ (T6, Z.383-385).

Zudem werden die Sortierung und Organisation der Einrichtung nach DIN ISO 9000 und stetige Retestungen und Erhebungen genannt. Weitere Einrichtungen orientieren sich an der KTL und nehmen regelmäßige Überprüfungen von Sicherheitsmaßnahmen durch die Rententräger vor. Zwei Teilnehmer umschreiben eine besondere Qualifizierung in ihrem Beruf. Diese sind eine Zertifizierung in der Psychiatrie und eine Funktion als Qualitätsmanagement Moderator. Von der Mehrheit der Teilnehmer werden im Kontakt mit dem Klienten sowie in Teamgesprächen allgemeine Verbesserungsmöglichkeiten sowie Besonderheiten in Form von Reflektionen besprochen: „[...] auch beim Abschlussgespräch wird immer gefragt und auch bei der Visite [...] ob man noch etwas anderes machen könnte und eben so schaut dann eigentlich auch jeder Therapeut / wenn man dann merkt dass da vielleicht noch ein Problem [...] ist [...].“ (T2, Z.285-289).

Bedeutung von Studien

Diese Dimension wurde im Verlauf der Studie von den Autorinnen umbenannt (► 3.5).

Zwei Studienteilnehmer verweisen in Zusammenhang mit ergotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten auf Studienergebnisse. Ein Experte benennt in Hinblick auf die ergotherapeutische Maßnahme mit einem Vibrationsgerät eine Studie, „[...] die besagt, dass gerade dieses Vibrationstraining sehr wirkungsvoll ist [...]“ (T4, Z.242-243). Ein Weiterer unterstreicht das Lesen und den Gebrauch von Studien in der Onkologie allgemein: „Was ich

auch wichtig fände grade im Bereich der Onkologie ist, [...] dass man sich mit den Studien auseinandersetzt [...]“ (T1, Z.168-169). Das Interesse an Forschung wird allgemein bekundet: „Und ich fände, das wär auch nochmal ein tolles Forschungsgebiet. Da zu schauen, in wie weit kann dieses Schallwellen Massagegerät auch wirklich bei onkologischen Patienten, bei Polyneuropathien unterstützend mitwirken, um eben auch Lebensqualität wieder zu fördern.“ (T4, Z.263-267).

Persönliches Qualitätsempfinden

Die Teilnehmer empfinden Qualität in unterschiedlichen Aspekten im Kontakt mit den Klienten als wichtig. Hierzu zählt, dass sie in einem stetigen Austausch mit dem Klienten stehen, konstant eine Rückmeldung von diesem einfordern und die Veränderungen der Behandlungsmethoden regelmäßig überprüfen. Mit den Maßnahmen möchten die Teilnehmer ihren Klienten eine bestmögliche Versorgung ermöglichen. Ein Befragter sieht die Qualität in seiner Arbeit darin, stetig „[...] die Gruppenangebote noch etwas zu verbessern oder zu erweitern [...]“ (T8, Z.609-610).

Die Mehrheit der Interviewpartner sieht den internen Kontakt zu anderen Fachdisziplinen als wichtiges Instrument an, Qualität in der Behandlung zu leisten. Der Austausch findet meist über interne Teambesprechungen statt. Ein Teilnehmer berichtet zudem über Ärztevorträge, wobei der „[...] Chefarzt über neueste Studien berichtet, wenn er gerade wieder auf einem Kongress war.“ (T4, Z.414-415).

Die Befragten bringen zuletzt die Teilnahme an internen und externen Fortbildungen mit Qualität in Verbindung. Insbesondere die Teilnahme an internen Fortbildungsprogrammen wird von den Teilnehmern persönlich als Qualitätsmaßnahme betrachtet. Hierbei geht es darum, dass die „[...] Ärzte oder auch andere Therapieabteilungen einfach Sachen vorstellen die vielleicht neu sind [...]“ (T6, Z.239-240).

Das persönliche Qualitätsempfinden zeigt sich außerdem darin, dass die Experten die Entwicklung eigener Angebote und Gruppentherapien beschreiben. Teilnehmer 8 berichtet diesbezüglich, er habe für die Klienten „[...] ein Handout entworfen weil früher gab es zum Beispiel zu dem MBOR kein Handout und das ist dann immer sehr sehr viel was auf die Frauen auf einmal einprasselt [...]“ (T8, Z.613-615).

Gesundheitspolitische Aspekte

Allgemein fordern die Teilnehmer mehr onkologische Inhalte in der ergotherapeutischen Ausbildung, „[...] da das Fach Onkologie stiefmütterlich oder stiefväterlich in Ausbildung und Studium behandelt wird.“ (T7, Z.119-120) und deshalb Fachwissen fehlt. Ein Experte wünscht sich im Rahmen der Ausbildung mehr Aufklärung über die Arbeitsmöglichkeiten und empfindet die Ausbildungsinhalte zu allgemein gehalten.

Weiter wird von den Teilnehmern die Meinung vertreten, dass eine steigende Zahl an Ergotherapeuten in den onkologischen Kliniken notwendig ist und Ergotherapeuten in allen onkologischen Einrichtungen vertreten sein sollten. Ein Teilnehmer sieht den Beruf des Ergotherapeuten als Pflicht in der onkologischen Behandlung an. Im Hinblick auf die Verfügbarkeit praktizierender Ergotherapeuten in der Onkologie beschreiben die Befragten, dass aktuell ein Fachkräftemangel besteht. Ein Studienteilnehmer erklärt, dass die Leiter der Einrichtung „[...] niemanden gefunden haben [...]“ (T8, Z.16) und Ergotherapeuten zum jetzigen Zeitpunkt in diesem Bereich gesucht werden.

Neben dem Fachkräftemangel wird von den Teilnehmern der finanzielle Aspekt in der Arbeit mit onkologischer Klientel genannt: „Das ist ja immer so ein großes Thema. Wer finanziert das Ganze? Kann Ergotherapie schon während der Krebsbehandlung finanziert werden?“ (T4, Z.1412-1413). Ein weiterer Experte beschreibt, dass die Kostenträger das MBOR bisher nur gering finanzieren. Im Rahmen der Finanzierung fordern die Befragten das Gesundheitssystem auf, mehr auf die Ergotherapeuten einzugehen.

Zuletzt wird die fehlende Zeit für Einzeltherapien im Klinikalltag mit Brustkrebsklienten als Hindernis angesehen. Von zwei Teilnehmern wird die Akademisierung erwähnt: „Was ich gut finde ist [...] dass [...] wir auch eben auf dem Weg der Akademisierung sind [...]“ (T6, Z.551-552). Mehr wissenschaftliche Arbeit in Bezug auf die evidenzbasierte Arbeit wird diesbezüglich gefordert: „Ganz wichtig ist auch die Leitlinienmitarbeit [...]. Der DVE sucht immer ganz oft Ergotherapeuten die das machen und noch finden sich keine.“ (T4, Z.1323-1325). In Bezug auf die Gesundheitspolitik wird der Heilmittelkatalog genannt, worin es schwierig ist, „[...] Ergotherapie jetzt aufgrund von (.) Mamma Ca zu verordnen, das sind ja meist die Nebenerkrankungen aufgrund derer man [...] Ergotherapie dann verordnen kann.“ (T4, Z.1308-1310). Dennoch werden Heilmittelrezepte als Möglichkeit angesehen, ambulante Ergotherapie zu verordnen. Allerdings wird dies auf allgemeine onkologische Erkrankungen

bezogen. Die Experten beschreiben, dass Ergotherapeuten wenig begleitend zur Chemotherapie eingesetzt werden. Zudem werden psychische Auffälligkeiten von Seiten der Ergotherapeuten wenig betrachtet und die psychologische Betreuung insbesondere im Klinikalltag fehlt. Ein Teilnehmer zeigt diesbezüglich die Möglichkeit auf, dass Ergotherapeuten im Rahmen von „[...] neuropsychologisch orientierter Therapie [...]“ (T7, Z.399) arbeiten und Ansätze der Verhaltenstherapie einfließen lassen können.

Die Studienteilnehmer bemängeln, dass die Aufklärung zu Nebenwirkungen und Symptomen infolge einer Chemotherapie von Seiten der Krankenhäuser gegenüber Klienten fehlt: „Aber da fehlt [...] so sehr die Aufklärung dass es traurig ist.“ (T.8, Z.492-493).

4.3 Kategorie Klient

In der Kategorie des Klienten werden die Ergebnisse in die Dimension des erweiterten Klienten eingeordnet. Außerdem wurde die Sachdimension Klient mit Brustkrebs hinzugefügt.

Klient mit Brustkrebs

In den Interviews stellen die Teilnehmer dar, dass die Klienten eine komplexe Behandlung erdulden müssen. Diese besteht u.a. aus Chemotherapie, Bestrahlung, Antihormonbehandlung, dem Einsetzen von Implantaten bzw. der Mastektomie, welche nach Teilnehmer 7 oft bei jungen Frauen erfolgt und der Einnahme von Medikamenten, um schlimmere Schäden zu vermeiden. Ein Teilnehmer sagt im Interview, dass die Klienten „[...] während der Chemotherapie zum Beispiel gar keine Informationen kriegen was sie denn auch gegen diese Nebenwirkungen machen können.“ (T3, Z.167-169) und der Ergotherapeut in der Behandlung beratend zur Seite steht.

In den Interviews kristallisieren sich verschiedene neurologische, physiologische, motorische, psychische und kognitive Nebenwirkungen heraus. Nach Aussage des achten Teilnehmers erleben die Klienten „[...] zum Teil schon eine sehr große Leidensgeschichte [...]“ (T8, Z.298). Die Physiologie des Betroffenen ist durch die Nebenwirkungen eingeschränkt, sodass zum Teil die onkologische Erkrankung selber als weniger schlimm erachtet wird, als die aufkommenden Nebenwirkungen. Gleichzeitig entwickeln sich weitere Krankheitsbilder, die zu einer Multimorbidität dieser Klienten führen.

Laut einem Teilnehmer ist es den Klienten wichtig, eigene Entscheidungen in der Behandlung zu treffen und nach der intensiven Behandlung wieder leben zu können: „Die setzen sich die Perücke auf, binden sich ein Tuch um und sind dann doch froh wenn sie (.) leben wieder kriegen.“ (T7, Z.236-237).

Kognitive Einschränkungen treten in Form von Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen, einer beginnenden Demenz, Orientierungsstörungen und Wortfindungsstörungen auf. Darunter zählen zwei der Teilnehmer den Begriff des *Chemobrain*s.

Des Weiteren sind die Klienten oftmals von psychischen Erkrankungen, wie z.B. Depressionen oder Angststörungen betroffen. Gleichzeitig stauen sich Gefühle wie Traurigkeit und Frustration auf, die in der Behandlung aufkommen. Auch das Ausbleiben des Kinderwunsches, z.B. wegen Sexualstörungen, belastet besonders Frauen. Es fällt den Klienten häufig schwer, die Krankheit zu verarbeiten und das veränderte Körperbild zu akzeptieren.

Zudem treten viele motorische Einschränkungen wie Feinmotorikstörungen, Gelenkbeschwerden und Bewegungseinschränkungen, wie z.B. „[...] im Schulter-Arm Bereich.“ (T4, Z.513-514) auf.

Alle Teilnehmer erwähnen vielfältig auftretende sensorische bzw. neurologische Nebenwirkungen, wie z.B. Polyneuropathie, Gleichgewichtsstörungen, Sensibilitätsstörungen, Wahrnehmungsstörungen und Lymphödeme. Viele Betroffene leiden unter dem Fatigue-Syndrom. Der Verlust von Haaren und Nägeln kommt erschwerend hinzu. Diese Nebenwirkungen haben oftmals Einfluss auf die Arbeitsstelle der Klienten, sodass z.B. Ängste bezüglich des Erhaltens der Arbeitsstelle angesprochen werden und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bestehen. Drei der Teilnehmer erwähnen die Dankbarkeit der Klienten gegenüber den Ergotherapeuten: „[...] Dankbarkeit über eben so Tipps was man so machen kann gegen die Nebenwirkungen [...]“ (T3, Z.297-298).

Erweiterter Klient

In Bezug auf den erweiterten Klienten stellt sich heraus, dass in den meisten Fällen von Angehörigen, Familienangehörigen und Freunden gesprochen worden ist. Zwei der Teilnehmer sprechen sich für den Einbezug des erweiterten Klienten aus. Durch den Einbezug von Angehörigen könne der Brustkrebsklient verstärkt in der Behandlung motiviert und unterstützt

werden. So erklärt Teilnehmer 2, dass z.B. der Ehemann einbezogen worden ist: „[...] ich ihm einfach versucht zu erklären dass er auch mitmachen könnte [...] und dann war einfach die Motivation höher, [...]“ (T2, Z.236-238). Wenn z.B. die Partner den Klienten in seinem Heilungsprozess unterstützen können, so könnte der Ergotherapeut bspw. weitere Informationen von den Angehörigen erhalten, wenn der Klient diese nicht über sich geben kann oder möchte.

Gleichzeitig sagen vier Teilnehmer, dass es nicht immer einfach ist, die Angehörigen miteinzuschließen. Teilweise wollen sie es nicht oder die Rahmenbedingungen verhindern den Einbezug. Gerade in den Kliniken kommt es oft vor, dass die Brustkrebsklienten eine weite Entfernung zu ihrem Heimatort haben und der Einbezug von Angehörigen erschwert ist. Werden z.B. Angehörige miteingeschlossen, so solle der Ergotherapeut absehen, ob der Angehörige den Klienten in seinem Handeln unterstützen kann. Gibt der Angehörige z.B. zu viel Unterstützung und versucht dem Brustkrebsklienten zu viel abzunehmen, ist das für die Behandlung weniger hilfreich. Dies beschreibt Teilnehmer 6 wie folgt: „[...] Der nimmt Ihnen hier bloß alles ab und Sie bekommen gar nicht selber irgendwie dazu mal was zu machen [...]“ (T6, Z.373-374). Ein Teilnehmer spricht sich gegen den Einbezug aus, da er oft erlebt, dass die Angehörigen nicht mit zur Therapie kommen und daher nicht miteingeschlossen werden können.

4.4 Kategorie Umwelt

Im Folgenden wird die Kategorie der Umwelt anhand der Sachdimensionen der sozialen und physischen Umwelt dargestellt.

Soziale Umwelt

Nach der Analyse der Interviews kann die soziale Umwelt des Ergotherapeuten und der Klienten beschrieben werden. Sieben Teilnehmer geben an, dass sie interdisziplinär mit anderen Berufsdisziplinen zusammenarbeiten. Dazu zählen z.B. Physiotherapeuten, Ärzte, Psychologen etc. Die Kommunikation zu diesen Berufsdisziplinen erfolgt laut sechs Teilnehmern per Mail, Telefongesprächen oder in Teambesprechungen. Im Zuge der Zusammenarbeit gibt ein Teilnehmer an, dass Pläne auf Wunsch des Klienten verändert werden. Er empfindet es als

wichtig, „[...] dass sie den anpassen können für sich individuell mit Hilfe des Therapeuten [...].“ (T1, Z.269-270).

In Bezug zum sozialen Umfeld des Klienten fällt es den Angehörigen häufig schwer, mit der Krebserkrankung der Betroffenen umzugehen, sodass daraufhin eine Verständnis- und Machtlosigkeit besteht. So wird sich das soziale Umfeld erst bei dem Haarsaufall des Angehörigen über dessen Krebserkrankung bewusst: „[...] der meiste Schock, ähm den kriegen die Angehörigen und die Freunde tatsächlich wenn die Haare ausfallen [...]“ (T1, Z.313-314). Drei Teilnehmer geben an, dass die Klienten untereinander innerhalb des Klinikalltages Kontakte knüpfen und Erfahrungen bezüglich des Umgangs mit der Krebserkrankung und den Nebenwirkungen austauschen. In dem Zusammenhang gibt ein Teilnehmer an, dass „[...] viele einfach auch über das Spielerische einfach mal wieder lachen, Spaß haben, [...] und auch da einfach die Krankheit vergessen.“ (T4, Z.359-360). So wie das soziale und berufliche Umfeld die Klienten beeinflussen kann, gilt dies auch für Mitklienten. D.h., dass eine gegenseitige Beeinflussung nicht ausgeschlossen werden kann.

Physische Umwelt

Fünf Teilnehmer arbeiten in einer Klinik und zwei in einer Praxis. Ein Interviewpartner arbeitet sowohl in einer Klinik mit Brustkrebsklientel als auch in einer Praxis mit anderer Klientel. Im Zusammenhang mit der Unterstützung seitens der Institution geben drei Teilnehmer an, dass Fortbildungen mitfinanziert und die Angestellten in ihrer Weiterbildung unterstützt werden. Gleichzeitig ist laut zwei Interviewpartnern eine gute Kommunikation mit der Leitung möglich, die auf die Anliegen der Angestellten eingeht. Dazu wird von drei Experten die Supervision gezählt, in der sie sich über Klienten bzw. andere Umstände mit einem externen Mitarbeiter austauschen und reflektieren können.

Die Klienten erhalten bei Aufnahme in die Klinik einen Terminplan, dem möglichst nachgegangen wird. Nach Aussagen von zwei Teilnehmern wird die Ergotherapie im Auftrag der internen Ärzte verordnet. Darunter zählen Gruppen- und Einzeltherapien und die Indikation zur Behandlung.

Bei der Betrachtung der Rahmenbedingungen wurde von zwei Teilnehmern geäußert, dass Zeitmangel oft dazu führt, dass man keine ausführliche Befundung und Diagnostik durchführen

kann: „Das ist immer so eine Zeitfrage hier mit der Reha. Nach drei Wochen und wenn man dann den ersten Termin dafür opfert [...].“ (T3, Z.128-129).

Zwei der Teilnehmer geben an, dass die Institution Material zur Verfügung stellt, damit der Klient eigenständig trainieren kann. Darunter zählen z.B. ein Barfußpfad und Massagegeräte. Ein Experte kritisiert, dass den Ergotherapeuten wenige Räumlichkeiten zur Verfügung stehen und diese innerhalb der Klinik abgelegen und schwer zu erreichen sind. Die Ausstattung von ergonomischen Stühlen und Tischen wird als wichtig empfunden, um bspw. das eigene Adaptieren des Arbeitsplatzes zu trainieren: „[...] wir haben da zwei Arbeitsplätze mit PC mit höhenverstellbaren Tischen [...] wo die dann erstmal selber so einstellen sollen [...] dass es passt oder wie sie es momentan am Arbeitsplatz haben.“ (T8, Z.185-187).

5 Diskussion

5.1 Stärken und Schwächen der Bachelorarbeit

Im Prozess dieser Arbeit stellten sich im Nachhinein Stärken und Schwächen ein, die im Folgenden aufgezeigt werden.

Zu den Schwächen zählen die Autorinnen, dass die Teilnehmer in den Interviews oft von der onkologischen Klientel gesprochen haben, obwohl am Anfang der Interviews auf die Brustkrebsklientel hingewiesen wurde. An dieser Stelle hätten die Autorinnen im Laufe der Interviews verstärkt auf die Brustkrebsklientel hinweisen können. Des Weiteren musste der Name der Sachdimension Internationalisierung zu Bedeutung von Studien verändert werden, da die Definierung bei genauerer Betrachtung nicht mit der Überschrift übereinstimmte. Der Inhalt sprach weniger von einer Internationalisierung als von der Nutzung verschiedenster Studien und deren Einbezug in die ergotherapeutische Arbeit.

Dagegen stellte sich als eine Stärke heraus, dass die Autorinnen vielfältige Literatur verwendet haben, um Argumente zu unterstreichen und Evidenzen aufzuzeigen. Es fand eine kontinuierliche Literaturrecherche statt (►3.4.2). Außerdem hielten sich die Autorinnen in ihrer qualitativen Inhaltsanalyse an die Regeln und Vorgaben nach Gläser und Laudel (2010). Dies hat bspw. die Entwicklung des hypothetischen Modells und die Analyse betroffen. Es wurde keine Datensättigung innerhalb der Analyse erreicht. Dennoch haben viele Teilnehmer oft die gleichen bzw. ähnlichen Aussagen zu einem Thema getroffen. So wurde z.B. Polyneuropathie im Zusammenhang mit möglichen Nebenwirkungen von sechs Teilnehmern angegeben. Außerdem ist es eine Stärke, dass mit insgesamt acht Teilnehmern und einem Teilnehmer als Pretest eine relativ hohe Teilnehmerquote für die Interviews erreicht wurde. Des Weiteren ist eine besondere Stärke dieser Bachelorarbeit das Erreichen der folgenden Gütekriterien nach Höhsl (2016): Nachvollziehbarkeit (*confirmability*) und Übertragbarkeit (*transferability*) (►3).

5.2 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel (►5.2) werden die zu Beginn aufgestellten Leitfragen beantwortet, indem die Interviewergebnisse mit dem theoretischen Hintergrund und zusätzlicher Literatur in Verbindung gebracht werden. Das vorherige Befassen mit den Leitfragen diente dazu, am Ende die Forschungsfrage zu beantworten (Gläser & Laudel, 2010).

► **Welche Fertigkeiten und Erfahrungen muss ein Ergotherapeut bei der Arbeit mit an Brustkrebs erkrankten Klienten besitzen?**

Die Analyse der Interviews ergab deckungsgleich zu dem ausgearbeiteten hypothetischen Modell, dass die Dimensionen Fertigkeiten, *professional reasoning*, Berufsidentität, Psychohygiene und Erfahrung in der ergotherapeutischen Arbeit mit Brustkrebsklientel eine entscheidende Rolle spielen.

Die Teilnehmer empfinden Fertigkeiten wie Empathie und Einfühlungsvermögen als essentiell in der Arbeit mit Brustkrebsklientel. Dieser Aspekt wird in Bezug auf die Therapeuten-Klienten-Beziehung neben dem *therapeutic use of self* von der AOTA (2014) aufgegriffen.

Ein wichtiger Grundstein des Therapeuten sind im Rahmen der im PEOP (Christiansen et al., 2015) definierten *principles* (►2.1.5) die Fertigkeiten *communication* und *client-centered* (Baum et al., 2015). Für die Teilnehmer zählen zu den wichtigen Eigenschaften eines Ergotherapeuten gute kommunikative Fertigkeiten, um mit Gefühlen und Emotionen von Seiten der Klienten umgehen und entsprechend auf diese reagieren zu können. Sie betrachten eine Kommunikation auf Augenhöhe mit dem Klienten als grundlegende Fertigkeit, damit dem Klienten bewusst gemacht wird, dass er selbst Verantwortung für sein Leben trägt. Ziele, Wünsche und Anliegen können auf diese Weise in der Behandlung berücksichtigt werden (Bass et al., 2015). Zudem empfinden sie das Einfordern einer stetigen Rückmeldung der Klienten in Hinblick auf die Sicherung von Qualität als wichtig.

Das von Bass et al. (2015) genannte Prinzip *evidence-based* beinhaltet u.a. die externe Evidenz. Auf das evidenzbasierte Arbeiten wird von zwei Studienteilnehmern verwiesen, indem sie ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten auf Studienergebnisse beziehen. Hiermit haben

sie die Möglichkeit, ihr Handeln und ihre Entscheidungen für eine Intervention oder ein Assessment zu untermauern.

Die Interviewten erwähnen keine weiteren der o.g. *principles*.

Daneben ist die Psychohygiene (►2.2.4) eines Ergotherapeuten nicht außer Acht zu lassen. Der Faktor Stress ist für die Teilnehmer im Kontakt mit den Klienten gegenwärtig. Die von Cooper (2006) umschriebenen Ursachen für Stress, wie z.B. die Fokussierung auf den Menschen mit Krebs, spiegeln sich in den Aussagen der Befragten wider. Um dagegen anzukommen, haben die Studienteilnehmer aufgrund dessen unterschiedliche Strategien und Techniken entwickelt. Sie achten auf ihre eigene psychische Gesundheit, indem sie Strategien, wie z.B. Sport oder Entspannungstechniken anwenden oder sich mit den Kollegen und der Familie austauschen und das Erlebte verarbeiten. Ähnliche Strategien zur Bewältigung von Stress werden ebenso von Cooper (2006) benannt.

Nach Ashby et al. (2016) äußert sich die Berufsidentität in Form von Anerkennung, Vorstellungen und Einstellungen eines jeden Menschen innerhalb seines Berufes (►2.2.5). Diese Eigenschaften zeigen sich in den Meinungsäußerungen der Studienteilnehmer. Sie empfinden die Aufklärung über berufliche Inhalte der Ergotherapie in der Onkologie als wichtig und äußern die Notwendigkeit der Aufklärung insbesondere bei Ärzten. Daher setzen sich einige dafür aktiv ein. Die Unwissenheit über die ergotherapeutischen Behandlungen von Seiten der Ärzte sowie in der Öffentlichkeit wird wiederholt bemängelt und der Wunsch sowie die Forderung einer Änderung dieses Zustandes genannt. Wie von Ashby et al. (2016) beschrieben, ist der Wunsch zur Anerkennung ihrer Werte und Fertigkeiten auch bei den Teilnehmern erkennbar und zeigt das Vorhandensein ihrer Berufsidentität.

Den Prozess des *professional reasoning* (►2.2.2) wird von Ergotherapeuten ebenso als Prozess des Planens und Durchführens einer Therapie bezeichnet und zur stetigen Reflektion benutzt, was sich positiv auf den Klienten auswirkt (Boyt Schell & Benfield, 2018). Wie auch von Boyt Schell und Benfield (2018) beschrieben, wird von einzelnen Studienteilnehmern eine stetige Eigenreflektion als wichtig empfunden. Die Eigenschaft der Selbstreflexivität ist ebenso Bestandteil der Professionalität (Dewe, 2006). Von vielen Befragten wurde das *professional reasoning* allerdings nicht explizit erwähnt. Dies kann damit zusammenhängen, dass die Therapeuten den Reasoningprozess zwar unbewusst durchführen, diesen allerdings nicht bewusst wahrnehmen. Hierzu beschreibt Boyt Schell (2014) die Metakognition, welche für das

professional reasoning wichtig ist. Die Fähigkeit des *thinking about thinking* ist jedoch nicht automatisch gegeben und erfordert Erfahrung und Expertise (Boyt Schell, 2014).

Die Teilnehmer beschreiben unterschiedliche Erfahrungen, die sie mit Brustkrebsklienten gemacht haben. Hierbei wird sowohl die Skepsis genannt, welche die Klienten gegenüber der Ergotherapie zeigen. Gleichzeitig benennen die Teilnehmer die Motivation, welche von Seiten der Klienten im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung ausgeht.

Spezifische Qualifikationen der Ergotherapeuten wie z.B. eine Zertifizierung in der Psychiatrie sind Möglichkeiten, die ergotherapeutischen Fertigkeiten in der Behandlung von Brustkrebsklienten zu optimieren. Diese Qualifikationen sind nach Hucke und Gans (2009) in den Bereich der Strukturqualität einzuordnen und stellen Ressourcen für die Leistungserbringung dar.

➤ **Welche Methoden im Therapieprozess werden bei der Behandlung mit Brustkrebsklienten von Ergotherapeuten genutzt?**

Baum et al. (2015) beschreiben zehn *approaches* für die Interventionen, die ein Ergotherapeut nutzen kann (►2.1.5). *Educate* ist eines der zehn *approaches* und wird von den Studienteilnehmern im Zusammenhang mit der Beratung und Aufklärung von Klienten bezüglich ihres Krankheitsbildes und damit einhergehender Symptome thematisiert. Den Klienten zu informieren und zu beraten als Ergänzung zur ärztlichen Aufklärung zählt ebenso nach Aebischer und Scheidegger (2011) sowie Cooper (2006) zu einer ergotherapeutischen Intervention. Mit diesem Aspekt geht die Tatsache einher, dass die meisten Teilnehmer die Entwicklung der Ergotherapie zu einem autonomen Beruf unterstützen und sowohl ihre Klienten im Rahmen der Intervention, als auch die Ärzte und das multidisziplinäre Team über den Beruf aufklären.

Die befragten Ergotherapeuten bringen einen weiteren *approach*, das *establish-restore*, zur Sprache und beschreiben diesbezüglich primär funktionelle Behandlungsweisen. Baum et al. (2015) erklären, dass bei *establish-restore* in der Behandlung ein Fokus auf physiologische, neuropsychologische, kognitive oder psychologische Fertigkeiten gelegt wird. Dies lässt sich mit der von den Studienteilnehmern umschriebenen funktionellen Behandlungsweise vereinen. Hierunter fallen therapeutische Übungen wie z.B. Feinmotorik- und Gleichgewichtstraining.

Der Ansatz des *modify-compensate* wird von Baum et al. (2015) als Möglichkeit gesehen, persönliche Einschränkungen der Klienten zu reduzieren und mögliche Hilfsmittel einzusetzen. Im Rahmen des MBOR setzen die Experten ergonomische Arbeitsmaterialien, wie z.B. speziell geformte PC-Mäuse für den Arbeitsplatz ein, welche die Klienten in ihrem künftigen Arbeitsalltag ebenso verwenden können. Den Teilnehmern geht es in ihrer Intervention außerdem darum, Ressourcen und Fähigkeiten der Klienten aufrecht zu erhalten, damit diese z.B. in Bezug auf ihre Berufstätigkeit erhalten bleiben. Hierbei zeigt sich der Ansatz *maintain-habilitate* (Baum et al., 2015). Die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (*prevent*) berücksichtigt der Ergotherapeut in seinem Handeln (Baum et al., 2015). Auch hierunter lässt sich das MBOR-Training einordnen welches darauf abzielt, zu erwartende Probleme und Schwierigkeiten im Arbeitsalltag im Vorhinein zu reduzieren oder zu vermeiden.

Die von den Teilnehmern beschriebene MBOR-Intervention mit Brustkrebsklienten zeigt sich teilweise inhaltlich im RTW, beschrieben durch Désiron et al. (2015) sowie Braveman und Hunter (2017). Wie Désiron et al. (2015) in ihrer Studie bezüglich des RTW (►2.6.4) darlegen, werden ergotherapeutische Interventionen im Rahmen des MBOR mit Krebsklienten als Möglichkeit angesehen, die Rückkehr in das Berufsleben zu unterstützen. Désiron, Crutzen, Godderis, Van Hoof und de Rijk (2016) sehen dabei u.a. die Nutzung von Assessments, die Identifikation des *outcomes*, die Entwicklung von Interventionen und das Auswählen von evidenzbasierter Theorie und Ansätzen als notwendig an. Die befragten Ergotherapeuten verwenden keine spezifischen Assessments für das MBOR, entwickeln allerdings Interventionen mit bspw. beratenden Schwerpunkten zu Ergonomie.

Der Besuch des Arbeitsplatzes durch den Ergotherapeuten ist nach Désiron et al. (2016) und Désiron et al. (2015) ebenso wichtig. Dies wird von den Studienteilnehmern allerdings zum größten Teil nicht veranlasst. Der Schwerpunkt liegt vielmehr auf der Arbeitsplatzberatung.

Die Befragten führen zu Beginn der Therapien mit Brustkrebsklientel eine ergotherapeutische Befundaufnahme sowie Abschlussgespräche durch und verwenden dabei vereinzelt spezifische Assessments oder Tests (►2.2.3). Hierzu zählt z.B. das COPM (Law et al., 2015). Die Teilnehmer, die keine Assessments verwenden, verweisen auf zeitliche Engpässe im Arbeitsalltag, die einen möglichen Einsatz erschweren. Der Einsatz von Assessments stellt nach Vockins (2004) eine Herausforderung dar. Aebischer und Scheidegger (2011) weisen auf den Einsatz von unterschiedlichen für die Onkologie geeigneten Assessments sowie auf objektive

und funktionelle Messinstrumente. Jedoch wird keines dieser Assessments und Messinstrumente von den Teilnehmern verwendet.

Zu den allgemeinen Methoden zählt das kognitive Funktionstraining. Nach Vaughn (2014) werden in den USA kognitive Therapien im Rahmen der Ergotherapie eingesetzt, um die Hirnleistungsfunktionen wiederherzustellen oder zu erhalten (► 2.2.3). Diesbezüglich findet sich eine Parallele zu den von den befragten Ergotherapeuten durchgeführten Interventionen. Es werden von allen Teilnehmern Interventionen durchgeführt, welche mittels computergestützter Programme sowie Papier- und Bleistiftaufgaben zum Ziel haben, die kognitiven Fähigkeiten der Klienten zu verbessern oder zu erhalten.

Damit Klienten mit der Diagnose Brustkrebs mit ihren Symptomen besser umgehen können, wenden Ergotherapeuten in den USA Bewältigungsstrategien innerhalb der Interventionen an (Vaughn, 2014). Diese Vorgehensweise zeigt sich vereinzelt in der Arbeitsweise der befragten Ergotherapeuten. Die Fortführung der Therapie im häuslichen Umfeld wird als wichtig und notwendig empfunden. Interventionen, welche die Umsetzung des Gelernten in die häusliche Umgebung fördern, werden vereinzelt durchgeführt.

Das von Vaughn (2014) dargelegte ADL-Training (► 2.2.3) wird von den Interviewpartnern in der ergotherapeutischen Behandlung von Brustkrebsklientel nicht angewandt. Im Allgemeinen wird sich wenig zu alltagsbezogenem und betätigungsorientiertem Arbeiten geäußert. Vielmehr steht das funktionelle Arbeiten, welches eng mit der physiotherapeutischen Arbeitsweise in Verbindung steht, im Vordergrund der ergotherapeutischen Interventionen. Aebischer und Scheidegger (2011) beschreiben, dass das funktionelle Training zusätzlich zu dem alltagsnahen Training ein Bestandteil einer ergotherapeutischen Behandlung mit onkologischen Klienten sein kann.

Vereinzelt werden kreative Angebote im Rahmen der Ergotherapie mit Brustkrebsklienten realisiert. Wie auch der DVE (2015) darauf verweist, dass handwerkliche sowie künstlerische Therapieangebote zur ergotherapeutischen Behandlung dazugehören, werden diese von den Teilnehmern als effektiv und förderlich in Bezug auf die psychischen Aspekte der Klienten betrachtet.

Daher kann von funktionellen und psychosozialen Inhalten in der ergotherapeutischen Behandlung ausgegangen werden. In Bezug auf die Behandlung onkologischer Klientel wird diese Aussage durch die Artikel nach Sleight und Stein Duker (2016) (► 2.6.4) unterstützt.

➤ **Welche Rahmenbedingungen müssen bei dem Einsatz der Ergotherapie in der Arbeit mit Brustkrebsklienten berücksichtigt werden?**

Zu den Rahmenbedingungen zählt, dass sich die Ergotherapeuten Wissen bezüglich geeigneter Therapiemethoden sowie medizinischer Aspekte aneignen. Hierzu gehört, sich mit Literatur zu befassen und diese in die eigene Praxis zu integrieren (Baker & Tickle-Degnen, 2014). Diese Tatsache geht mit der Mehrheit der Teilnehmer überein. Sich eigenständig Wissen anzueignen gehört für die meisten Befragten zur Arbeit eines Ergotherapeuten und wird als selbstverständlich angesehen. Die befragten Therapeuten nehmen hierfür z.B. interne Fortbildungen der Therapeutenteams in Anspruch. Externe Fortbildungen sind nach Aussagen der Teilnehmer für den Bereich der Ergotherapie in der Onkologie rar. Aufgrund dessen wird sich oft an anderen Fachbereichen orientiert. In diesem Zusammenhang kann das Besuchen von Fortbildungen in das Prinzip des *professional lifelong development* eingeordnet werden (Baum et al., 2015) (► 2.1.5). Hierzu zählen u.a. die Teilnahme an Fortbildungen und der Austausch mit Kollegen, wodurch der Ergotherapeut sein Wissen erweitert und Erfahrungen macht, die er in seinen Therapien nutzen kann.

Neben Rahmenbedingungen, welche den Ergotherapeuten direkt betreffen, wird von den Experten ebenso auf die Bedingungen des Klienten geachtet. Die Teilnehmer berichten von unterschiedlichen Nebenwirkungen, welche sich während der ergotherapeutischen Behandlung zeigen. Diese treten auf, nachdem die Klienten einer Chemotherapie, Bestrahlung, Antihormonbehandlung, Mastektomie oder einem Einsetzen von Implantaten unterzogen wurden. Mehrheitlich wird von darauffolgenden kognitiven Beeinträchtigungen der Klienten berichtet, welche sich z.B. in Form von Gedächtnisstörungen oder dem sogenannten *Chemobrain* äußert. Die Symptomatik und mögliche Strategien zur Bewältigung des *Chemobrain*s werden von Deimel (2014) abgehandelt. Auch von psychischen Erkrankungen wie z.B. Depressionen berichten die Befragten. Motorische wie auch sensorische Nebenwirkungen und Symptome, wie bspw. Feinmotorikstörungen, Polyneuropathien und Schmerzen werden von der Mehrheit der Teilnehmer als Symptome genannt, welche im Rahmen der Therapie eine Rolle spielen. Die geäußerte Folgesymptomatik der Klienten kommt mit den Beschreibungen des Leitlinienprogramms Onkologie (2017) überein (► 2.4.5). Dieses besagt, dass Brustkrebsklienten nach einer medizinischen Behandlung u.a. an Schmerzen,

Fatigue sowie psychischen Auffälligkeiten nach einer operativen Brustentfernung leiden. Einschränkungen der Schulter-Arm-Beweglichkeit, Störungen der Sexualfunktion und psychische Beeinträchtigungen wie Angst und Depression werden ebenso vom DVE (2011) umschrieben und spiegeln sich in den Aussagen der Teilnehmer wider.

Neben dem Brustkrebsklienten fällt der erweiterte Klient unter die Rahmenbedingungen einer ergotherapeutischen Behandlung. Dieser wird von den befragten Ergotherapeuten mehrheitlich als Familienangehöriger oder Freund bezeichnet und stimmt demzufolge mit der Definition von Fisher und Denhardt (2014) überein. Bass et al. (2015) beschreiben, dass der erweiterte Klient eine wichtige Rolle u.a. im Vertrauen und in den Verpflichtungen in der Interaktion mit dem Klienten spielt. Diese Tatsache wird von den befragten Teilnehmern unterschiedlich geäußert. Der erweiterte Klient wird zum einen als unterstützend für den Heilungsprozess angesehen. Das Einbinden der Partner sehen bspw. Keesing, Rosenwax und McNamara (2018) als wichtig in der Rehabilitation von Brustkrebsklienten an. Zum anderen wird beschrieben, dass es insbesondere im klinischen Setting erschwert ist, Angehörige in Therapien mit einzuschließen. Es wird sogar die Ansicht vertreten, Angehörige seien weniger hilfreich in der Therapie und werden daher bewusst nicht miteinbezogen. Diese Meinungen können auf erschwerte Rahmenbedingungen im Klinikalltag zurückgeführt werden. Zeitdruck und geringe Möglichkeiten, auf das häusliche Umfeld einzugehen, erschweren ein sinnvolles Einbeziehen des erweiterten Klienten, weshalb dieser für den Ergotherapeuten als nicht hilfreich oder sogar störend erscheinen kann. Auf die Schwierigkeit, im ergotherapeutischen Alltag mit Angehörigen effektiv und unterstützend zusammenzuarbeiten, verweisen diesbezüglich auch Lawlor und Mattingly (2014).

Zu den sozialen Umweltfaktoren zählt für die Teilnehmer auf der einen Seite deren interdisziplinäres Team. Dies wird mehrheitlich als hilfreich für eine erfolgreiche Behandlung angesehen. Ebenso ist nach Aebischer und Scheidegger (2011), Voigt-Radloff (2011) und Buckland und Mackenzie (2017) eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit in der onkologischen Rehabilitation essentiell für den Erfolg der Behandlung.

Auf der anderen Seite wird die soziale Umwelt des Klienten durch Kontakten zu Mitklienten, welche in der Klinik geknüpft werden, gebildet. Außerdem wird sie mit dem erweiterten Klienten in Verbindung gebracht. Diese Sichtweisen zeigen sich ebenso innerhalb des PEO (Christiansen et al., 2015), worin ein Bestandteil der sozialen Umwelt als *social support*

bezeichnet wird und auf Beziehungen, Netzwerken und Gruppenzugehörigkeiten basiert (Bass et al., 2015) (► 2.5.2).

Die Mehrheit der Teilnehmer arbeitet in einer Klinik, vereinzelt werden Brustkrebsklienten innerhalb einer Praxis ambulant behandelt. Mehrheitlich geben die Einrichtungen den Ergotherapeuten sowie Klienten feststehende Strukturen vor. Hierzu gehören vorgefertigte Therapiepläne, ausreichend verfügbares und nützliches Material sowie die finanzielle Unterstützung für Therapeuten bei Fort- und Weiterbildungen. Diese Vorgaben fallen unter die Strukturqualität, dargelegt durch Hucke und Gans (2009) und werden u.a. von Pasche und Schrappe (2001), bei der Definierung von Qualität mit dessen verschiedenen Begriffen, aufgenommen (► 2.3.2).

Die Einrichtungen selbst nehmen Qualitätssicherungsmaßnahmen in Form von Aspekten des Qualitätsmanagements wahr. Die Erfüllung eines zertifizierten Qualitätsmanagementsystems wie z.B. DIN EN ISO 9000ff ist wie von Hucke und Gans (2009) dargelegt, Teil des Qualitätsmanagementsystems. Mehrheitlich werden Qualitätsfragebögen an die Klienten ausgegeben und die Ergebnisse im Anschluss ausgewertet. Dies hat im Sinne der Ergebnisqualität zum Zweck, die Erwartungen und Ziele der Klienten mit den Ergebnissen objektiv zu überprüfen (Hucke & Gans, 2009). Die Teilnehmer benennen in Bezug auf die Qualität ebenso die regelmäßige Dokumentation von Therapieinhalten sowie Teamgespräche, was sich in den Bereich der Prozessqualität, wie von Hucke und Gans (2009) angegeben, einordnen lässt (► 2.3.2).

► **Was sind Grenzen und *Enabler* der Ergotherapie in der Onkologie mit Brustkrebsklienten?**

Grenzen

Die Teilnehmer betonen, dass der Fachbereich Ergotherapie mit onkologischer Klientel im Rahmen der Ausbildung wenig bzw. nicht gelehrt wurde. Ausbildungsinhalte waren allgemein gehalten und Fachwissen bezüglich der Onkologie fehlt. Dieser Gesichtspunkt wird von Rohloff (2010) thematisiert, der erklärt, dass das Berufsgesetz die praktische Ausbildung in jedem Bundesland individuell bestimmt. Diese These wird vom DVE (2012) unterschrieben. Der DVE (2012) legt dar, dass das ErgThG den Schulen eine individuelle Gestaltung der

Lehrpläne überlässt. Onkologische Themen sind nicht zwangsweise Bestandteil der Ausbildungsinhalte (► 2.3.4).

Der Fachkräftemangel, der von den befragten Ergotherapeuten insbesondere in den Kliniken bemerkt wird, kann ebenso als Grenze angesehen werden. Das kommt mit der von Grewohl (2009) gemachten Aussage, dass Ergotherapeuten in Kliniken der Rententräger rar sind, überein. Nach Grewohl (2009) ist die Ergotherapie im Arbeitsfeld der Onkologie, welches die Arbeit mit Brustkrebsklientel einschließt, wenig bekannt. Diese Sichtweise deckt sich mit den Meinungen der Teilnehmer, die u.a. beschreiben, dass Öffentlichkeitsarbeit auf politischer Ebene notwendig ist, um den Fachbereich für Ergotherapeuten weiter zu verbreiten.

Daneben wird von den Teilnehmern eine zu geringe finanzielle Unterstützung von Seiten des Gesundheitssystems als Barriere angesehen, die Ergotherapie in der Onkologie mit Brustkrebsklientel voranzutreiben. Hierbei wird insbesondere das MBOR in den Vordergrund gestellt, welches nach Aussagen einiger Teilnehmer gute Effekte aufweist, zum Teil allerdings weiter ausgebaut werden muss. Die notwendigen finanziellen Mittel sind hierfür begrenzt. Auf diesen Zustand verweist u.a. Voigt-Radloff (2011).

Die Schwierigkeit, Ergotherapie aufgrund der Diagnose Brustkrebs verordnet zu bekommen, wird ebenso als Barriere thematisiert. Der Heilmittelkatalog (2017) schreibt nicht explizit eine Kategorie für Brustkrebs aus. Die Verordnung erfolgt demzufolge meist über zusätzliche Nebenerkrankungen des Klienten und nicht in Folge der Grunderkrankung Brustkrebs.

Überdies wird der zeitliche Aspekt von den Teilnehmern als Hindernis angesehen, wie ebenso von Vockins (2004) dargelegt. Es zeigen sich diesbezüglich Grenzen, den ergotherapeutischen Therapieprozess, insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung neuer Ideen, die Teilnahme an Teamsitzungen sowie die Zeit für Einzeltherapien, bestmöglich zu gestalten. Die Zeitnot stellt bei den Teilnehmern außerdem eine Grenze in Bezug auf mögliche Arbeitsplatzbegehungen im Rahmen des MBOR dar. Den zeitlichen Aspekt zeigt auch Dieckmann (2012) auf und erklärt, dass den Ergotherapeuten für eine ausführliche Befunderhebung allgemein wenig Zeit zur Verfügung steht. Diese ist sowohl nach Cooper (2006) als auch für die Studienteilnehmer in der Behandlung mit dem Klienten wichtig.

Enabler

Die von Bass et al. (2015) genannten Prinzipien (►2.1.5), wie z.B. die kommunikativen Fertigkeiten und eine stetige Weiterbildung sind wichtig für die multidisziplinäre Zusammenarbeit in der Rehabilitation von onkologischer, an Brustkrebs erkrankter Klientel.

Für die Teilnehmer ist es wichtig, eine gute Kommunikation im Team zu haben, um die Therapien effektiv zu gestalten (*communication*) (Baum et al., 2015). Ebenso sehen Bass et al. (2015) diesen Aspekt für die Behandlung und Rehabilitation von Klienten als notwendig an. Diese Kommunikation geschieht bei den Studienteilnehmern vorwiegend gemeinsam mit leitenden Fachkräften sowie in Form von Teamsitzungen. Die Teamsitzungen werden zudem von den Teilnehmern persönlich als wichtige Qualitätsmaßnahme empfunden und von den jeweiligen Einrichtungen ermöglicht. Falk-Kessler (2014) berichtet hierzu, dass mittels Teamsitzungen gemeinsam Ziele reflektiert und Anpassungen der Therapien kommuniziert werden können (►2.2.1). Die Möglichkeit, hierbei eigene Ideen einzubringen, steht für einen Großteil der Befragten von Seiten der Einrichtung offen.

Die Teilnehmer berichten von der Option einer regelmäßigen Teilnahme an internen Fortbildungen innerhalb der Einrichtung. Hierzu gehören auch Supervisionen, welche einzelne Einrichtungen anbieten sowie die finanzielle Unterstützung durch die Einrichtung für externe Weiterbildungen. Diese Information lässt sich erneut mit dem Prinzip des *professional lifelong development* vereinen (►2.2.1). Hierzu zählt nach Bass et al. (2015) eine stetige Weiterbildung in Form von Teilnahmen an Fortbildungen. Auf diese Weise erweitert der Ergotherapeut sein Wissen, das er in seinen Therapien einsetzen kann.

6 Schlussfolgerung

6.1 Beantwortung der Forschungsfrage

„Wie arbeiten Ergotherapeuten in Deutschland im Bereich der Onkologie am Beispiel von erwachsenen, an Brustkrebs erkrankten Klienten?“

Bei der Betrachtung der gestellten Forschungsfrage stellte sich für die Autorinnen heraus, dass im deutschen Raum von gesundheitspolitischer Seite keine genauen Vorgaben gemacht werden, wie ein Ergotherapeut mit dieser Klientel arbeiten kann. Die Befragung der Interviewexperten hat folgende Hinweise auf das Arbeiten mit Brustkrebsklientel ergeben:

Zurzeit sind Ergotherapeuten in Kliniken oder Praxen aufzufinden, in denen sie Klienten mit unterschiedlichen Diagnosen behandeln. Dazu zählt auch der Brustkrebsklient. In dem Zuge stellte sich heraus, dass sich bisherige ergotherapeutische Behandlungen von Brustkrebsklienten vorwiegend auf die Rehabilitation bzw. Nachsorge beschränken. Von der Begleitung ab der Diagnosestellung und in der akuten, stationären bzw. operativen Behandlung wird nicht gesprochen.

Die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen finden entweder in Einzel- oder in Gruppentherapie statt. Gruppentherapien sind bspw. hilfreich, damit die Klienten soziale Kontakte knüpfen und sich austauschen können.

Bei der Brustkrebserkrankung handelt es sich um ein komplexes Krankheitsbild, das aufgrund der stationären und operativen Behandlungsmaßnahmen zu einem Auftreten verschiedener Nebenwirkungen führt. Darunter zählen sensorische, motorische, psychologische und kognitive Nebenwirkungen. Diese Behandlungsmaßnahmen werden nach den aktuellen Heilmittelverordnungsrichtlinien einzeln verordnet. In den meisten Fällen treten bei einem Klienten mehrere Nebenwirkungen auf, sodass der Ergotherapeut auf viele Fertigkeiten und Methoden in seiner Behandlung zurückgreifen muss. Persönliche Eigenschaften, wie z.B. empathische und kommunikative Fertigkeiten sind in der Arbeit mit Brustkrebsklientel dringend notwendig. Im Zuge der Behandlung von Menschen mit einer Brustkrebserkrankung ist es außerdem wichtig, dass diese auf ihre psychische Gesundheit achten, bzw. Psychohygiene

betreiben. Es stellte sich heraus, dass das *professional reasoning* selten von den Ergotherapeuten bewusst angewandt wird, um das eigene Handeln zu reflektieren.

Für die befragten Ergotherapeuten ist es wichtig, dass sie sich stets weiterbilden und sich über den aktuellen Stand möglicher Behandlungsverfahren informieren.

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine bekannten Fortbildungen für Ergotherapeuten in der Arbeit mit Brustkrebsklientel. Zeitliche Engpässe führen dazu, dass die Ergotherapeuten wenige bis keine Assessments oder Testungen zur Befunderhebung durchführen können, auch wenn großes Interesse an einer ausführlichen Befunderhebung besteht.

In der Behandlung stehen überwiegend Sensibilitäts-, Feinmotorik- und Hirnleistungstraining im Fokus, bei denen verschiedene Materialien zum Einsatz kommen. Den Klienten bezüglich seines Krankheitsbildes aufzuklären und ihn hinsichtlich der weiteren Behandlung zu beraten, wird von vielen Ergotherapeuten bereits durchgeführt. Des Weiteren wird das Arbeiten nach der MBOR als wichtig erachtet, da die Klienten zum Teil wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren möchten. In diesem Prozess benötigen sie die Unterstützung eines Ergotherapeuten. Allerdings ist das MBOR noch nicht bei allen rehabilitativen Maßnahmen ein fester Bestandteil der Behandlung.

Für Angehörige erweist sich der Umgang mit der Krebserkrankung des Betroffenen als schwer annehmbar. So wird das Einbeziehen von Angehörigen und Freunden in die ergotherapeutische Behandlung von einigen Befragten als eine Möglichkeit angesehen. Jedoch scheitert dieses Vorgehen oft an Rahmenbedingungen der Institutionen.

Nach Aussagen der befragten Ergotherapeuten ist das interdisziplinäre bzw. multidisziplinäre Zusammenarbeiten bei der Behandlung von Brustkrebsklientel nicht wegzudenken und kann z.B. in Teambesprechungen angewandt werden. Eine Institution muss qualitätssichernde Maßnahmen durchführen, um deren Standard zu sichern. Dazu zählen die Ergotherapeuten das Qualitätsmanagement, das Orientieren an der KTL, das regelmäßige Dokumentieren aller angestellten Berufsdisziplinen und das stetige Reflektieren z.B. in einer Supervision. Die Qualitätssicherung der Institutionen ist gut ausgebaut. Jedoch können aufgrund finanzieller Nöte Konzepte, Programme etc. wie das MBOR, nicht überall weiter ausgebaut und realisiert werden.

Da aktuell in der Behandlung vermehrt die Körperfunktionen und ggf. die Aktivitäten im Vordergrund der Behandlung stehen, kann an dieser Stelle weniger von einer

betätigungsorientierten Ergotherapie gesprochen werden. Diese Arbeitsweise entspricht überwiegend dem mechanistischen Paradigma*. In Zukunft sollte ein größerer Fokus auf die Betätigung und den Alltag des Klienten gelegt werden, um dem zeitgenössischen Paradigma gerecht zu werden. Das funktionelle Arbeiten ist z.B. dem Punkt geschuldet, dass viele der Ergotherapeuten keine genaue Vorstellung darüber haben, wie sie mit dieser Klientel arbeiten können, da die Betätigungsorientierung größtenteils nicht in der Ausbildung aufgegriffen wird. Die bestehende Unwissenheit über die Möglichkeiten der Ergotherapie bei anderen Berufsdisziplinen, wie z.B. den Ärzten, führt dazu, dass sich viele der Ergotherapeuten dazu berufen fühlen, diese anderen Fachdisziplinen aufzuklären, um den Bekanntheitsgrad der Ergotherapie zu erweitern.

Gleichzeitig besteht der Wunsch, dass mehr wissenschaftliche Arbeiten für die ergotherapeutische Arbeit in der Onkologie veröffentlicht werden, worauf die Ergotherapeuten sich innerhalb ihrer Behandlung berufen können.

Der Fachkräftemangel ist ein allgemeines Problem, das zu einer Unterbesetzung von Arbeitskräften und deren Überlastung im Arbeitsalltag führt. So bleibt in einem klinischen Alltag meist nur wenig Zeit für Einzeltherapien. Bei der Behandlung dieser Klientel wird vermehrt die psychoonkologische Betreuung eingefordert, da sich nach einer stationären Behandlung psychische Erkrankungen entwickeln können.

In der Arbeit mit dieser Klientel haben die Ergotherapeuten verschiedenste Erfahrungen gemacht. So ist die Leistungsfähigkeit der Klienten von der Tagesform abhängig. Nicht selten bemerken die Ergotherapeuten, dass einige Klienten eine Art Maske tragen, um ihre wahren Gefühle und Gedankengänge zu verstecken. Ein Teil der Klientel ist gegenüber der Ergotherapie, aufgrund des geringen Bekanntheitsgrades, skeptisch. Andere Klienten sind sehr motiviert, in der ergotherapeutischen Behandlung aktiv mitzuwirken. Auch wenn viele Ergotherapeuten dieses Arbeitsfeld als schön und bereichernd beschreiben, sind sie gleichzeitig in einen stressigen Arbeitsalltag eingebunden, in dem nicht immer der Freiraum zur Entfaltung möglicher Ideen bezüglich neuer Konzepte realisiert werden kann.

6.2 Fazit

Aus der Diskussion und der Beantwortung der Forschungsfrage lässt sich ableiten, dass das Arbeitsfeld der Onkologie mit Brustkrebsklientel von Ergotherapeuten in Deutschland realisierbar ist. Allerdings arbeiten viele der Ergotherapeuten noch nach dem mechanistischen Paradigma, bei dem der Fokus in der Behandlung auf der funktionalen Ebene liegt. Die Ergotherapeuten sind im onkologischen Arbeitsfeld bereits präsent und haben sich dort etabliert. Dieser Bereich sollte in Zukunft weiter ausgebaut werden, damit der Ergotherapeut ein festes Mitglied des interdisziplinären Teams in der Behandlung von Menschen mit einer Krebserkrankung, wie z.B. Brustkrebs, ist.

6.3 Ausblick

Das Voranschreiten des demographischen Wandels führt gleichzeitig zu einer höheren Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken (Barnes et al., 2016). Das bedeutet, dass immer mehr Menschen mit dieser Form der Erkrankung behandelt werden und die Notwendigkeit einer Nachsorge durch verschiedene rehabilitative Therapiemaßnahmen stetig wächst. Eine Möglichkeit wäre, diese spezielle Klientel ab Beginn der Diagnosestellung zu behandeln und sie durchweg ergotherapeutisch in ihrem Genesungsprozess zu begleiten. Das bedeutet, dass Ergotherapeuten nicht nur in der Nachsorge behandeln, sondern frühzeitig mit der Therapie beginnen könnten. Diese intensive Begleitung müsste erforscht werden, um aufzuzeigen, in wie weit das möglich ist.

Außerdem müssen interdisziplinäre Teams aufgestellt werden, welche sich über den Therapieplan des Klienten austauschen, um somit eine qualitativ hohe Behandlung zu ermöglichen. Dabei gilt es, dass Therapieberufe, wie die Ergotherapie, ihre Arbeitsfelder und Möglichkeiten transparent den Kollegen und anderen Stakeholdern bzw. Shareholdern* aufzeigen. Das bedeutet für die Ergotherapie, dass mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden muss, um den Aspekt der Transparenz zu ermöglichen. Es liegen nur wenige Forschungsarbeiten zu diesem Arbeitsgebiet und der entsprechenden Klientel vor (Deimel, 2014; Hofmann, 2016).

Das weist daraufhin, dass die Evidenzlage der Ergotherapie in der Onkologie am Beispiel von Brustkrebs in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckt und weiter ausgebaut werden

müsste. Es sollten Studien bezüglich möglicher Interventionen oder des Einsatzes von Assessments durchgeführt werden, um die Notwendigkeit der Ergotherapie zu begründen. Dabei sollten möglichst viele verschiedene Krebsarten in der Forschung berücksichtigt werden. International sind die Ergotherapeuten seit vielen Jahren mit der Brustkrebs Klientel vertraut, woran sich deutsche Ergotherapeuten orientieren könnten. Ein direkter Übertrag der internationalen Forschungsergebnisse nach Deutschland ist nicht möglich und müsste den Umständen entsprechend angepasst werden.

Zudem ist es sinnvoll, dass die Ergotherapie nach dem zeitgenössischen Paradigma arbeitet, indem der Fokus vorwiegend auf der Betätigung und der *occupational performance* liegt. Dies hängt mit der Entwicklung gesundheitspolitischer Grundlagen zusammen, die das Voranschreiten der Ergotherapie in dem Bereich der Onkologie möglich machen können.

Glossar

Activities of daily living (ADL) = Unter Aktivitäten des täglichen Lebens versteht man Aktivitäten, in deren Fokus der Körper und das Überleben stehen, wie zum Beispiel die Körperpflege, Nahrung zu sich nehmen und sexuelle Aktivitäten (Gillen & Boyt Schell, 2014). Es sind alle Aktivitäten, die der Mensch in seiner täglichen Routine durchführt und im Rahmen der Selbstversorgung vornimmt (James, 2014).

Assessment = Ein Assessment ist ein Befundinstrument, mit dem Ergotherapeuten „[...] systematisch, standardisiert und damit wissenschaftlich fundiert [...]“ (Harth & Pinkepank, 2007, p.254) Daten erheben. Durch ein Assessment kann der ganzheitliche und klientenzentrierte Ansatz verfolgt werden.

Assistive Technologien = Assistive Technologien (AT) sind Produkte, mit deren Hilfe es behinderten Menschen möglich ist, sich zu betätigen. Innerhalb der Ergotherapie werden sie eingesetzt, um so die Ziele ihrer Klienten zu erreichen und ihnen die für sie bedeutungsvollen Betätigungen wieder zu ermöglichen. Darunter fallen einfache Hilfsmittel wie ein Haltegriff aber auch elektronische und digitale Hilfsmittel, die zum Beispiel der Verbesserung der Kommunikation (Apps) oder Mobilität (elektrische Rollstühle) dienen (Rigby, Trentham, & Letts, 2014).

Betätigung = Betätigung, oder in Englisch *occupation*, ist „[...] ein Komplex von Aktivitäten, der persönliche oder soziokulturelle Bedeutung hat.“ (Stadler-Grillmaier, 2007, p.102). Durch diesen Aktivitätenkomplex wird die Partizipation in der Gesellschaft ermöglicht. Unter dem Begriff der Betätigung, der in der deutschen Sprache noch nicht eindeutig definiert, sondern immer noch mit Synonymen wie Handlung und Aktivität gleichgesetzt wird, fallen Betätigungen die zu den Bereichen der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit zugeordnet werden (Stadler-Grillmaier, 2007).

Confirmability = Das Gütekriterium *confirmability*, also die Nachvollziehbarkeit dient zur Beurteilung der Güte qualitativer Studien. Dabei geht es um die „Gewissheit, dass die Daten den Antworten der Studienteilnehmenden entsprechen.“ (Höhl, 2016, p.128).

COTEC = Das *Council of Occupational Therapists for the European Countries* (COTEC) wurde 1986 gegründet, um die Ansichten der verschiedenen nationalen Verbände innerhalb Europas zu koordinieren. COTEC hat einheitliche Standards entwickelt, um die Berufspraxis in Europa zu verbessern und voranzutreiben, um so die Qualität der Therapie in Europa aufrecht zu halten (COTEC, 2018).

Enabler = Als *Enabler* werden Menschen bezeichnet, die Individuen ermöglichen, zu handeln und sich zu betätigen. Ergotherapeuten befähigen ihre Klienten dazu, selbstständig zu entscheiden und zu handeln und unterstützen sie durch den Enablement-Ansatz dazu (Townsend et. al., 2013).

Evidenz = „Der Begriff ‚Evidenz‘ bedeutet wissenschaftlicher Beweis aus entsprechenden qualitativ hochwertigen Studien.“ (Ritschl, Stamm, & Unterhumer, 2016, p.292). Dabei wird zwischen externer und interner Evidenz unterschieden, wobei die externe Evidenz „[...] die Nutzung von wissenschaftlichen Studien [...]“ (Ritschl, Stamm, & Unterhumer, 2016, p.292) ist und die interne Evidenz die persönlichen Erfahrungen eines Therapeuten.

Evidence-based practice = Unter der *evidence-based practice* (EBP) versteht man „[...] das Treffen von therapeutischen oder diagnostischen Entscheidungen unter Einbezug der jeweils besten verfügbaren Evidenz.“ (Ritschl, Stamm, & Unterhumer, 2016, p.292). Es werden also aktuelle Studien zu Rate gezogen, um zum Beispiel zu entscheiden, welche Therapiemethode ein Therapeut einsetzen möchte. Mit diesen Studien kann er dann seine Entscheidung und sein therapeutisches Handeln begründen, was seine Glaubwürdigkeit steigert (Ritschl, Stamm, & Unterhumer, 2016).

Extraktion = Bei der Extraktion werden Texte, in diesem Fall Interviews, Informationen und Daten entnommen, um diese im Anschluss auszuwerten (Gläser & Laudel, 2010). Dabei liest

der Forscher den Text und entscheidet, „[...] welche der in ihm enthaltenen Informationen für die Untersuchung relevant sind.“ (Gläser & Laudel, 2010, p.200).

Fokusgruppe = Eine Fokusgruppe ist eine Möglichkeit, Informationen für eine qualitative Forschung zu erhalten. Dazu wird eine Gruppe von Experten zusammengebracht, die über das Thema der Forschung diskutieren. Dazu werden ihnen durch einen Moderator verschiedene Fragen gestellt, die die Teilnehmer durch die Diskussion leiten sollen. Dadurch können Themen breit betrachtet werden und viele Informationen zusammenkommen (Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger, & Stamm, 2016).

Gütekriterium = Ein Gütekriterium einer Studie dient dazu, die Güte der Studie zu beschreiben. „Gütekriterien dienen einerseits Forschern und Forscherinnen als Richtlinien [...]. Andererseits können sie auch zur kritischen Beurteilung von Studien herangezogen werden.“ (Höhsl, 2016, p.127). Man unterscheidet zwischen Gütekriterien von qualitativen und quantitativen Studien. Um eine bestmögliche Güte qualitativer Studien zu erreichen, können Forscher verschiedene Strategien (zum Beispiel die Triangulation) nutzen (Höhsl, 2016).

ICF = Die ICF ist die *International Classification of Functioning, Disability and Health*, eine Klassifikation, die von der WHO entwickelt wurde, um „[...] fach- und länderübergreifend [...]“ (DIMDI, 2018) eine „[...] einheitliche und standardisierte Sprache [...]“ (DIMDI, 2018) für die Beschreibung von Gesundheit, Beeinträchtigung und Behinderung zu haben. Die ICF betrachtet nicht die Krankheit selbst, sondern klassifiziert alle notwendigen Klassifikationen für Gesundheit (DIMDI, 2018).

Leitlinien = Nationale Leitlinien werden in Deutschland von der AWMF entwickelt. „Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren [...]“ (AWMF, 2018). Sie dienen der Entscheidungsfindung von Praktikern, die im Gesundheitswesen tätig sind.

Multimorbidität = Multimorbidität ist das Vorhandensein von mehreren Erkrankungen, die gleichzeitig auftreten. Dabei können die Symptome der Erkrankungen nicht immer eindeutig

einer Krankheit zugeordnet werden, da nicht alle Symptome aller Erkrankungen deutlich ausgeprägt sein müssen (Nisius, 2011).

Palliative Care = In der Palliative Care geht es vor allem darum, den Menschen und seine Familie zu unterstützen, wenn sich diese in der Situation einer akuten und schweren Krankheit befinden. Dabei setzt die Palliative Care anders als die Hospizarbeit nicht erst in der letzten Lebensphase an, sondern bereits früher, um die Lebensqualität des Menschen und der Familie so lange wie möglich aufrecht zu erhalten, wenn kurative Maßnahmen nicht mehr die gewünschten Erfolge bringen (Gillen, 2014).

Paradigma = Ein Paradigma hilft, den Beruf zu definieren und dessen Ziele und Grenzen zu verdeutlichen. Es verschafft einen Überblick über die Tätigkeiten eines Praktikers und über die Inhalte des Berufes (Hagedorn, Denhardt, & Denhardt 2000). Ein Paradigma kann sich im Laufe der Zeit verändern, sodass eine Profession einen Paradigmenwechsel durchlaufen kann (Hagedorn et al., 2000). Innerhalb der Ergotherapie wird zur Zeit von dem mechanistischen und dem zeitgenössischen Paradigma gesprochen.

Peer review = Unter *peer review* versteht man den Austausch und die Besprechung mit Fachkollegen. Dies liegt vor, wenn Forscher mit fachlichen Kollegen über die Bestandteile ihrer Forschung, zum Beispiel über die Methodik, diskutieren (Höhsl, 2016).

PIO- Kriterien = Um eine konkrete Fragestellung zu formulieren, ist wichtig, sich an bestimmten Kriterien zu orientieren. Diese sind die sogenannten PICO-Kriterien: *Patient/Problem/Population*, *Intervention*, *Comparison*, *Outcome* (Ritschl, Stamm, Unterhumer, 2016). Nicht jede Fragestellung kann einen Vergleich (= *Comparison*) beinhalten, weshalb manche Fragestellungen nur die drei Kriterien Patient, Intervention und *outcome* beinhalten.

Pretest = Nach Gläser und Laudel (2010) sind Pretests Vorstudien, die mit einer begrenzten Zahl an Teilnehmern durchgeführt werden. Vorstudien dienen zum einen dazu, die

Erhebungsmethode zu testen. Sie können aber auch „[...] genutzt werden, um Informationen über den Untersuchungsgegenstand zu beschaffen.“ (Gläser & Laudel, 2010, p.107).

Prozessmodell = Ein Prozessmodell basiert auf einem konzeptionellen Modell (Inhaltsmodell). Im Gegensatz zu einem Inhaltsmodell, welches die Theorie der Ergotherapie beschreibt, sind Prozessmodelle „[...] vereinfachte Darstellungen eines komplexen Verlaufes. Sie bieten eine Anleitung für einen kompletten ergotherapeutischen Behandlungsprozess.“ (Knagge, 2016, p.63).

Occupational Performance = Unter *occupational performance* (Betätigungsperformanz) versteht man die Ausführung einer Auswahl von Betätigungen. Dabei steht der Klient in einer dynamischen Transaktion mit seiner Umwelt und dem Kontext (AOTA, 2014).

Occupational science = Die *Occupational science* ist die Wissenschaft der Ergotherapie. In der *occupational science* werden die „[...] substrates of occupation [...]“ (Wright-St Clair & Hocking, 2014, p.84) untersucht, in welcher Form, mit welcher Bedeutung und welcher Funktion Aktivitäten von den Menschen vorgenommen werden.

Outcome = *Outcomes* sind das Endergebnis einer ergotherapeutischen Behandlung. Sie beschreiben, was die Klienten mittels einer ergotherapeutischen Intervention erreichen können (AOTA, 2014).

Shareholder = Der Begriff Shareholder ist innerhalb der Wirtschaft mit Aktionär oder Anteilseigner gleichzusetzen (Shareholder, n.d.). In Bezug auf die ergotherapeutische Arbeit fallen unter diese Gruppe bspw. Kostenträger wie z.B. die gesetzlichen Krankenkassen, die es dem Klienten ermöglichen, die Therapie in Anspruch zu nehmen.

Stakeholder = Stakeholder sind Personengruppen, „[...] die von den unternehmerischen Tätigkeiten gegenwärtig oder in Zukunft direkt oder indirekt betroffen sind.“ (Thommen, n.d.). Es sind Personen, die Interesse an einer Sache haben. Darunter sind z.B. Mitarbeiter und Kunden, aber auch der Staat, Medien und Konkurrenten gefasst (Wentges, 2013). In Bezug auf

die Ergotherapie sind Stakeholder dann z.B. die Klienten und Angehörige sowie die Mitarbeiter innerhalb einer Klinik oder Praxis.

Thick description = Bei der *thick description* geht es um „[...] die genaue Beschreibung und Begründung [...]“ (Höhl, 2016, p.130) in Bezug auf die Methode und die Datenerhebung sowie den ganzen Forschungsprozess. Dabei werden zum Beispiel das Setting beschrieben, in dem die Datenerhebung stattfand, ebenso wie mögliche Störfaktoren innerhalb des Forschungsprozesses (Höhl, 2016).

Top-down = Bei einem Top-down Ansatz wird der Klient vom Ergotherapeuten ganzheitlich betrachtet. Das bedeutet, dass der Therapeut beachtet, was die Wünsche und Bedürfnisse des Klienten sind, „[...] um seine erwünschten Lebensrollen, die ihm die gewünschte Partizipation ermöglichen, zur Zufriedenheit auszufüllen.“ (Fisher & Denhardt, 2014, p.19).

Transferability = *Transferability*, also die Überprüfbarkeit einer qualitativen Studie ist wie die Nachvollziehbarkeit ebenfalls ein Gütekriterium. Es beschreibt die „[...] Möglichkeit, die Ergebnisse in anderen Situationen oder mit anderen Menschen anzuwenden.“ (Höhl, 2016, p.128).

Transkription = Nach der digitalen Aufnahme von Interviews werden diese vom Forscher ausführlich und wörtlich protokolliert. Dabei hört sich der Forscher die Aufnahme an und tippt diese zu einem Text ab (Chapparo & Weigl, 2016). Die in den Interviews gegebenen Informationen gehen hierbei nicht verloren. Mit der Transkription ist aber auch ein großer Zeitaufwand verbunden. „In der Literatur wird ein Verhältnis von Interviewzeit zu Transkriptionszeit von 1:4 angegeben.“ (Gläser & Laudel, 2010, p.193).

Triangulation = Unter der Triangulation versteht man „[...] die Einbeziehung mehrerer Forscher (Forschertriangulation), den Einsatz unterschiedlicher Methoden (Methodentriangulation), und unterschiedlicher Theorien und Perspektiven (Theorientriangulation) [...]“ (Höhl, 2016, p.129). Die in dieser Arbeit verwendete

Forschertriangulation beinhaltet, dass mehrere Forscher an der Datenanalyse und -auswertung beteiligt sind.

Variable = Gläser und Laudel (2010) definieren eine Variable wie folgt: „Variablen sind Konstrukte, die veränderliche Aspekte der sozialen Realität beschreiben.“ (p.79). Es ist wichtig, dass die Variablen möglichst genau definiert werden, um die mit ihnen verbundenen Dimensionen festlegen zu können.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hypothetisches Modell: Ergotherapeut in der Onkologie Seite 17

Abbildung 2: PEOp: Enabling Everyday Living Seite 19

Abbildung 3: Studienverlauf Seite 75

Literaturverzeichnis

Bücher

- Baker, N., & Tickle-Degnen, L. (2014). Evidence-Based Practice. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.398-412). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Bass, J.D., Baum, C.M., & Christiansen, C.H. (2015). Interventions and Outcomes - The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Occupational Therapy Process. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.57-92). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Bass, J.D., Baum, C., Christiansen, C.H., & Haugen, K. (2015). Environment Factors: Social Determinants of Health, Social Capital, and Social Support. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.359-386). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Baum, C.M., Bass, J.D., & Christiansen, C.H. (2015). Theory, Models, Frameworks, and Classifications. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.23-47). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Baum, C., Christiansen, C.H., & Bass, J.D. (2015). The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Model. In J.D. C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.49-55). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Bertelsmann, A. (1993). *Drug Epidemiology – English-German Dictionary*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

- Boniface, G. (2012). Defining occupational therapy theory. In G. Boniface, & A. Seymour (Eds.) *Using Occupational Therapy Theory in Practice*. (pp.21-37). West Sussex: John Wiley and Sons.
- Boog, K. (2006). The Use of Creativity as a Psychodynamic Activity. In J. Cooper (Eds.) *Occupational therapy in Oncology and Palliative Care* (2nd ed., pp.175-187). West Sussex: John Wiley and Sons.
- Boyt Schell, B.A. (2014). Professional Reasoning in Practice. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, M.E. Scaffa (Eds.) *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed, pp.384-397). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.
- Boyt Schell, B.A., & Benfield, A. (2018). Aspects of Professional Reasoning. In B.A. Boyt Schell & J.W. Schell (Eds.). *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy* (2nd ed, pp.127-144). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Boyt Schell, B.A. & Schell, J.W. (2018). Professional Reasoning as the Basis of Practice. In B.A. Boyt Schell & J.W. Schell (Eds.). *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy* (2nd ed, pp.3-22). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Boyt Schell, B.A., Scaffa, M.E., Gillen, G., & Cohn, E.S. (2014). Contemporary Occupational Therapy Practice. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed, pp.47-58). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.
- Braveman, B., & Hunter, E. (2017). Interventions That Address Return to Work. In B. Braveman and E. Hunter (Eds.), *Occupational therapy practice guidelines for cancer rehabilitation with adults*. Bethesda, MD AOTA Press 2017.

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2005). *Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Carey, L.M. (2015). Person Factors: Sensory. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.289-312). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Christiansen, C.H., Baum, C.M., & Bass, J.D. (2015). Cover. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Christiansen, C.H., Baum, C.M., & Bass, J.D. (2015). *Occupational therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Cooper, J. (2006) Appendix 1. In J. Cooper (Eds). *Occupational therapy in Oncology and Palliative Care* (pp.201-202). West Sussex: John Wiley and Sons.
- Cooper, J. (2006). Challenges Faced by Occupational Therapists in Oncology and Palliative Care. In J. Cooper (Eds), *Occupational therapy in Oncology and Palliative Care* (2nd ed., pp.11-25). West Sussex: John Wiley and Sons.
- Crompton, S. (2004). *Occupational therapy interventions in cancer: Guidance for professionals, managers and decision-makers*. London: College of Occupational Therapists.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). (2011). *Ergotherapie in der ambulanten Rehabilitation: eine Leistungsbeschreibung orientiert an der ICF – onkologische Erkrankungen*. Berlin: Müller, S., Stüber, R., George, S., & Klier, R.
- Dewe, B. (2006). Professionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In J. Pundt

- (Eds.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen-Positionen-Potenziale-Perspektiven* (1st ed., pp.23-35). Bern: Hans Huber.
- Dickerson, G.F. (2014). While Focusing on Recovery I Forgot to Get a Life. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.127-134). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Dutton, L.L. (2015). Person Factors: Motor. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.267-287). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Eakman, A.M. (2015). Person Factors: Meaning, Sensemaking, and Spirituality. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.313-331). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Erlandsson, L.K., & Christiansen, C.H. (2015). The Complexity and Patterns of Human Occupations. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.113-127). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Falk-Kessler, J. (2014). Professionalism, Communication, and Teamwork. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.452-465). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.

- Feiler, M. (2007). Klinisches Reasoning: Fundament für die ergotherapeutische Praxis. In C. Scheepers, U. Stefing- Albrecht, & P. Jehn (Eds.) *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (3rd ed., pp.138-143). Stuttgart: George Thieme.
- Fisher, A., & Denhardt, B. (2014). *OTIPM – Occupational Therapy Intervention Process Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Fisher, G., Parkinson, S., & Haglund, L. (2017). The Environment and Human Occupation. In R. R. Taylor (Eds.), *Kielhofner´s Model of Human Occupation: Theory and application* (5th ed., pp.91-106). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Fleming, M.H. (1994a). Conditional reasoning: Creating meaningful experiences. In C. Mattingly, & M.H. Fleming (Eds.). *Clinical reasoning forms of inquiry in a therapeutic practice* (pp.137-177). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Forsyth, K. (2017). Therapeutic Reasoning: Planing, Implementing, and Evaluating the Outcomes of Therapy. In R.R. Taylor (Eds). *Kielhofner´s Model of Human Occupation: Theory and Application* (5th ed., pp.159-172). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Forsyth, K., Taylor, R.R., Kramer, J.M., Prior, S., Richie, L., Whitehead, J. . . ., & Melton, J. (2014). The Model of Human Occupation. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman´s Occupational Therapy* (12th ed., pp.505-526). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.
- Förster, A. (2018). Kommunikation mit Sterbenden und Angehörigen. In E. von dem Bergen, A. Förster, & G. Kirsch (Eds.), *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt*. (pp.175-177). Idstein: Schulz-Kirchner.

- Gillen, G. (2014). Occupational Therapy Interventions for Individuals. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.322-341). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.
- Gillen, G. (2014). Motor Function and Occupational Performance. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.750-778). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.
- Gillen, G., & Boyt Schell, B.A. (2014). Introduction to Evaluation, Intervention, and Outcomes for Occupations. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.607-609). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4th ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Götsch, K. (2011). Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Eds.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln – Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (4th ed., pp.56-64), Stuttgart. Georg Thieme.
- Götsch, K. (2011). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P.Jehn. (Eds.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln – Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (4th ed., pp.2-10). Stuttgart: Georg Thieme.
- Hucke, B., & Gans, M. (2009). *Qualitätsmanagement und Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.

- Höhl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (pp.127-136). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Kälble, K. (2006). Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In J. Pundt (Ed.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen – Positionen-Potenziale-Perspektiven* (1st ed., pp.213-233). Bern: Hans Huber.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Baltimore, Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H.J., Pollock, N.... Harth, A. (2015). *COPM - Canadian Occupational Performance Measure* (5th ed.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Lawlor, M.C., & Mattingly, C. (2014). Family Perspectives on Occupation, Health, and Disability. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.150-162). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Lazerus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lindsell, G. (2006). Client-centred Approach of Occupational Therapy Programme – Case Study. In J. Cooper (Ed.), *Occupational therapy in Oncology and Palliative Care* (2nd ed., pp.83-105). West Sussex: John Wiley and Sons.
- Letts, L., Rigby, P., & Stewart, D. (2003). Using Environments in Occupational Therapy: Challenges Opportunities, and Future Directions. In L. Letts, P. Rigby & D. Stewart (Eds.), *Using Environments to Enable Occupational Performance* (pp.289-298). Thorafore, NJ: SLACK Incorporated.

- Matuska, K., & Barrett, F. (2015). Occupations of Adulthood. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.113-127). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Morgenroth, S. (2015). Stress. In S. Morgenroth (Eds), *Lehrerkooperation unter Innovationsstress: Soziale Stressbewältigung als wertvoller Wegweiser* (pp.21-70). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Nuissl, E. (1997). Professionalität, Dilettantismus und Qualifikation. In K. Meisel (Ed.), *Veränderungen in der Profession Erwachsenenbildung* (pp.13-20). Frankfurt: DIE.
- Padilla, R. (2015). Environment Factors: Culture. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.335-358). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Perkhofer, S., Gebhart, V., & Tucek, G. (2016). Was ist qualitative Forschung?. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (pp.68-69). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Polatajko, H.J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhar, P., Harvey, A., . . . Connor-Schisler, A. (2013). Human occupation in context. In E.A. Townsend, H.J. Polatajko (Eds.). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being and justice through Occupation* (pp.37-61). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Polgar, J.M. (2015). Environment Factors: Technology. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.441-464). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Pundt, J. (2006). Professionalisierung im Gesundheitswesen-Einstimmung in das Thema. In J.

- Pundt (Ed.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen – Positionen-Potenziale-Perspektiven* (1st ed., pp.7-20). Bern: Hans Huber.
- Rigby, P., Trentham, B., & Letts, L. (2014). Modifying Performance Contexts. In B.A. Boyd Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.364-382). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.
- Ritschl, V., Stamm, T., & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch – evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (pp.291-303). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Rogers, S.L. (2015). Person Factors: Physiological. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp.289-312). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Scheepers, C. (2007). Ergotherapeutische Leistungen in der Prävention, Gesundheitsförderung und Beratung. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Eds.), *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln – Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3rd ed., pp.230-233). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schmidt, A. (2008). Profession, Professionalität, Professionalisierung. In H. Willems (Ed.), *Lehr(er)buch Soziologie – für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge* (2nd ed., pp.835-864). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Seymour, A. (2012). The use of self in occupational therapy. In G. Boniface, & A. Seymour (Eds.) *Using Occupational Therapy Theory in Practice*. (pp.49-59). West Sussex: John Wiley and Sons.
- Stark, S., March, J.S., & Keglovits, M. (2015). Environment Factors: Physical and Natural Environment. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J.D. Bass (Eds.), *Occupational*

- Therapy Performance, Participation, and Well-Being* (4th ed., pp. 387-420). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated 2015.
- Taylor, R.R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application* (5th ed). Philadelphia: Wolters Kluver.
- Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In E.A. Townsend, H.J. Polatajko (Eds.). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being and justice through Occupation* (pp.87-134). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being and justice through Occupation*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J.,...Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation* (2nd ed., pp. 87-143). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2013). Introduction. In E. A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being and Justice through Occupation* (2nd ed., pp.3-4). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Turpin, M., & Iwama, M.K. (2011). Introduction. In M. Turpin & M.K. Iwama (Eds.), *Using Occupational Therapy Models in Practice: A Field Guide*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Vaughn, P. (2014). Cancer. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.1120-1124). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.
- Von dem Berge, E., Förster, A., & Kirsch, G. (2018). *Ergotherapie in der Palliative Care: Selbstbestimmt handeln bis zuletzt*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Walkenhorst, U. (2006). Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie auf dem Weg zur Professionalisierung. In J. Pundt (Ed.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen- Positionen-Potenziale-Perspektiven* (1st ed., pp.106-123). Bern: Hans Huber.
- Walkenhorst, U. (2008). *Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenverordnung – eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse* (1st ed.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Wertz, F., J. (2016). Phänomenologie. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben – Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (pp. 69-78). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Wintzer, J. (2016). Was ist „gute“ Forschung?. In J. Wintzer (Ed.), *Qualitative Methode in der Sozialforschung: Forschungsbeispiele von Studierenden für Studierende* (pp.3-10). Berlin, Heidelberg: Springer Spektrum.

Journals

- American Occupational Therapy Association (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process (3rd ed.). *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1-51. doi:10.5014/ajot.2014.682006
- Ashby, S.E., Adler, J., & Herbert, L. (2016). An exploratory international study into occupational therapy students' perception of professional identity. *Australian*

- Occupational Therapy Journal*, 63(4), 233-243. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/1440-1630.12271>
- Barros, R. (2010). „Die unglaubliche Geschichte von Kroký“ auf der Kinderonkologie-Station. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 49(8), 12-17. Retrieved August 15, 2018 from https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/1301/1/Beljean_Michelle_Leu_Christina_ER14_BA.PDF
- Borgetto, B. (2017). Die Forschungspyramide, Teil 1: Theoretische und konzeptionelle Grundlagen. *ergosience*, 12(2), 46-55. doi: 10.2443/skv-s-2017-54020170201
- Buckland, N., & Mackenzie, L. (2017). Exploring the role of occupational therapy in caring for cancer survivors in Australia: A cross sectional study. *Australian occupational therapy journal*, 64(5), 358-368. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/1440-1630.12386>
- Campbell S. M., Roland, M. O. & Buetow, S.A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611 – 1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Clouston, T.J., & Whitecombe, S.W. (2008). The Professionalisation of Occupational Therapy: a Continuing Challenge. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(8), 314-320. <https://doi.org/10.1177/030802260807100802>
- Cooper, J. (2014). What is the cancer patient's own experience of participating in an occupational therapy-led relaxation programme?. *Progress in Palliative Care*, 22(4), 206-211. doi: 10.1179/1743291X13Y.0000000081
- Deimel, V. (2014). Chemobrain–Wenn die Chemie im Kopf nicht mehr stimmt. *ergopraxis*, 7(11/12), 32-33. doi: 10.1055/s-0034-1396060
- Deimel, V. (2014). Ergotherapie in der tertiären Prävention bei Brustkrebs–Die Lebensqualität erhöhen. *ergopraxis*, 7(5), 26-29. doi: 10.1055/s-0034-1376900

- Désiron, H.A.M., Crutzen, R., Godderis, L., Van Hoof, E., & de Rijk, A. (2016). Bridging Health Care and the Workplace: Formulation of a Return-to-Work Intervention for Breast Cancer Patients Using an Intervention Mapping Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation* 26(3), 350-365. doi: 10.1007/s10926-015-9620-3
- Désiron, H.A.M., Donceel, P., de Rijk, A. & Van Hoof, E. (2013). A Conceptual Practice Model for Occupational Therapy to Facilitate Return to Work in Breast Cancer Patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(4), 516-526. doi: 10.1007/s10926-013-9427-z
- Désiron, H.A.M., Donceel, P., Godderis, L., Van Hoof, E., & de Rijk, A. (2015). What is the value of occupational therapy in return to work for breast cancer patients? A qualitative inquiry among experts. *European Journal of Cancer Care*, 24(2), 267-280. doi: 10.1111/ecc.12209
- Dieckmann, J. (2012). Viel Einsatz für wenig Geld. *ergopraxis*, 2(12), 8-9. doi: 10.1055/s-0032-1304181
- Drolet, M.J., & Désormeaux-Moreau, M. (2016). The values of occupational therapy: Perceptions of occupational therapists in Quebec. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 272-285. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1082623>
- Fleischer, A., & Howell, D. (2017). The experience of breast cancer survivors' participation in important activities during and after treatments. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(8), 470-478. doi: 10.1177/0308022617700652
- Fleming, M.H. (1991). The therapist with the three-track mind. *American Journal of Occupational therapy*, 45(11), 1007-1014. doi: 10.5014/ajot.45.11.1007

- Gentry, T., Wallace, J., Kvarfordt, C., & Lynch, K. B. (2007). Personal digital assistants as cognitive aids for individuals with severe traumatic brain injury: A community-based trial. *Brain Injury*, *22*(1), 19–24. doi: 10.1080/02699050701810688
- Grewohl, M. (2009). Ein spannendes Arbeitsfeld, das herausfordert. *ergopraxis*, *2*(4), 26-29. doi: 10.1055/s-0030-1254352
- Herz, M. (2016). Die wichtigsten Strategien bei tumorassoziierter Fatigue. *ergopraxis*, *9*(10), 32-33. doi: 10.1055/s-0042-115496
- Kasar, J., & Muscari, M. (2000). A conceptual model for the development of professional behaviours in occupational therapists. *La Revue Canadienne D'Ergothérapie*, *67*(1), 42-50.
<https://doi.org/10.1177/000841740006700107>
- Keesing, S., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2018). The implications of women's activity limitations and role disruptions during breast cancer survivorship. *Women's Health*, *14*, 1-11. doi: 10.1177/1745505718756381
- Law, M. (1991). The environment: a focus for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *58*(4), 171-179.
<https://doi.org/10.1177/000841749105800404>
- Law, M. (2002). Participation in the Occupations of Everyday Life. *American Journal of Occupational Therapy*, *56*(6), 640–649. doi:10.5014/ajot.56.6.640
- Lyons, K. D., Erickson, K. S., & Hegel, M. T. (2012). Problem-solving strategies of women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *79*(1), 33-40. doi: 10.2182/cjot.2012.79.1.5

- Pasche, S., & Schrappe, M. (2001). Qualitätsmanagement. Begriffe und Konzept. *Medizinische Klinik*, 96(8), 497-502. <https://doi.org/10.1007/PL00002235>
- Pergolotti, M., Williams, G. R., Campbell, C., Munoz, L. A., & Muss, H. B. (2016). Occupational therapy for adults with cancer: why it matters. *The oncologist*, 21(3), 314-319. <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0335>
- Player, L., Mackenzie, L., Willis, K., & Loh, S. Y. (2014). Women's experiences of cognitive changes or 'chemobrain' following treatment for breast cancer: A role for occupational therapy?. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(4), 230-240. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12113>
- Rogers, J.C., & Holm, M.B. (1991). Occupational therapy diagnostic reasoning: A component of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 1045-1053. doi:10.5014/ajot.45.11.1045
- Rohloff, J. (2010). Die Professionalisierung der praktischen Ausbildung – Den Theorie-Praxis-Transfer nicht dem Zufall überlassen. *ergopraxis* 3(6), S. 28-31. doi: 10.1055/s0030-1255430
- Unsworth, C.A. (2004) Clinical Reasoning: Pragmatic Reasoning, Worldview and Client-Centredness Fit?. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 10-19. <https://doi.org/10.1177/030802260406700103>
- Saarik, J., & Hartley, J. (2010). Living with cancer-related fatigue developing an effective management programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(1), 6-12. Retrieved August 15, 2018 from <https://eds-b-ebSCOhost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=f1f93f43-f1d0-4f93-9cea-f6b9d975fe19%40pdc-v-sessmgr04>
- Sleight, A. G., & Stein Duker, L. I. (2016). Toward a Broader Role for Occupational Therapy

- in Supportive Oncology Care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(4), 1-8. doi:10.5014/ajot.2016.018101
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189–196. doi: 10.5014/ajot.2011.000828
- Turner, A., & Knight, J. (2015). A debate on the professional identity of occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(11), 664-673. doi: 10.1177/0308022615601439
- Vockins, H. (2004). Occupational therapy interventions with patients with breast cancer: a survey. *European Journal of Cancer Care*, 13(1), 45-52. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00443.x>
- Voigt-Radloff, S. (2011). Zukünftige Forschungsaufgaben der Ergotherapie in Deutschland, der Schweiz und Österreich. *ergoscience*, 6(3), 122-124. doi: 10.2443/skv-s-2011-54020110305
- Weis, J., Schumacher, A., Blettner, G., Determann, M., Reinert, E., Rüffer, J. U., . . . & Weyland, P. (2007). Psychoonkologie – Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin. *Der Onkologe*, 2, 185-193. doi: 10.1007/s00761-006-1165-9

Internet

- Aebischer, V. & Scheidegger, S. (2011). *Ergotherapie in der onkologischen Rehabilitation: Einfluss von Krebs auf Betätigung* (Bachelorarbeit). Retrieved May 23, 2018 from digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/352/1/Aebischer_Vera_Scheidegger_Sabine_ER08_BA.pdf
- Albert, U. S., Gaisser, A., Gallhofer, G., Hinrichsen, C., Klinkhammer-Schalke, M., Kluxen, M., . . . Thelen, M. (2014). *Brustkrebs: Mortalität verhindern, Lebensqualität erhöhen*

– *Aktualisierung Ziel 5: Lebensqualität*. Retrieved June 19, 2018 from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Brustkrebs_Aktualisierung_Ziel_5.pdf

American Cancer Society (2010). Signs and Symptoms of cancer. Retrieved August 9, 2018 from <http://www.cancer.org/Cancer/CancerBasics/signs-and-symptoms-of-cancer>

American Occupational Therapy Association (2008). *What is Occupational Therapy?*. Retrieved April 28, 2018 from <https://www.aota.org/Conference-Events/OTMonth/what-is-OT.aspx>

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2010, November 5). *Definitionen und Konzepte des Qualitätsmanagements*. Retrieved February 23, 2018 from https://www.aezq.de/aezq/kompodium_q-m-a/2-definitionen-und-konzepte-des-qualitaetsmanagements

Barnes , B., Bertz, J., Buttman-Schweiger, N., Fiebig, J., Jordan, S., Kraywinkel, K., . . . Wolf, U. (2016). *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016*. doi: 10.17886/rkipubl-2016-014 Retrieved May 23, 2018 from https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf?__blob=publicationFile

Brustkrebs. (2018). In *ICD-10-GM Version 2018: Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Retrieved April 28, 2018 from <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/C50-.html?sp=SBrustkrebs>

Bundesministerium für Gesundheit (2018). *Gesundheitsziele*. Retrieved June 19, 2018 from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html>

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2018). *Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)*. Retrieved July 10, 2018 from http://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_2018/BJNR209710017.html#BJNR209710017BJNG000300000
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Retrieved June 9, 2018 from https://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). (2005). *Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie*. Retrieved July 10, 2018 from <https://dve.info/resources/pdf/infothek/193-ethik-1/file>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). (2007). *Definition Ergotherapie*. Retrieved May 23, 2018 from <https://dve.info/ergotherapie/definition>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). (2012). *Schon während der Ausbildung den zukünftigen Beruf mitgestalten*. Retrieved July 20, 2018 from <https://dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/bewerbung/248-2012-fl-ausbildung/file>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (2015). *Ergotherapie bei der Nachsorge von Krebspatienten unerlässlich - Ergotherapeuten betreuen Menschen mit Brustkrebs einfühlsam, vermitteln Motivation und Eigenverantwortung*. Retrieved August 1, 2018 from <https://dve.info/service/presse/425-ergotherapie-bei-der-nachsorge-von-krebspatienten-unerlaesslich>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017, November 8). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen*. Retrieved May 25, 2018 from http://www.kbv.de/media/sp/2017_07_20_KFE_RL_2017_11_08.pdf

- GKV-Spitzenverband, & Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (2016, April 15). *Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Ergotherapie*. Retrieved April 28, 2018 from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/heilmittel_ergotherapie/20160314_Rahmenempfehlung_Ergotherapie_Unterschriftsfassung.pdf
- Heilmittelkatalog (2017). *Heilmittel der Ergotherapie*. Retrieved August 9, 2018 from <https://heilmittelkatalog.de/files/luxe/hmkonline/ergo/index.htm>
- Herzog, R. (2014). *Qualität aus der Kundenperspektive betrachten: Qualitätsempfinden ist sehr stark Gefühlssache*. Retrieved April 28, 2018 from <http://www.iww.de/ah/apothekenfuehrung/apothekenmarketing-qualitaet-aus-der-kundenperspektive-betrachten-qualitaetsempfinden-ist-sehr-stark-gefuehlssache-f74636>
- Identität. (2018). In *Duden online*. Retrieved April 28, 2018 from <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/identit%C3%A4t>
- Indermühle, Y., & Sutter, V. M. (2015). *Produktiv sein–Das Erleben von brustkrebsbetroffenen Frauen: Mögliche Herausforderungen in der Ausführung der Produktivität von Frauen nach der primären Brustkrebsbehandlung* (Bachelorarbeit). Retrieved July 2, 2018 from https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/223/1/Inderm%C3%BChle_Yvonne_Sutter_Vanessa_ER12_BA.pdf
- Leitlinienprogramm Onkologie (2017). *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms*. Retrieved April 28, 2018 from https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/LL_Mammakarzinom_Langversion_4.0.pdf

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)*. Ontario: McMaster University. Retrieved June 17, 2018 from <https://srs-mcmaster.ca/research/evidence-based-practice-research-group/>
- Neubauer, A., & Neubauer, G. (2016). *Wert von Innovationen in der Krebstherapie – Fortschritt als gesellschaftliche Herausforderung*. Retrieved April 28, 2018 from https://www.roche.de/res/content/6674/wert_von_innovationen.pdf
- Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD). (2017, July 11). *Forschungsethische Grundsätze und Prüfverfahren in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften*. Retrieved July 10, 2018 from https://www.ratswd.de/dl/RatSWD_Output9_Forschungsethik.pdf
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2012). *Definition of Occupational Therapy*. Retrieved May 28, 2018 from <http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf>

Unveröffentlichte Arbeiten

- Hofmann, C. (2016). *Subjektive Perspektiven von Ergotherapeuten in der Behandlung von Patienten mit der Diagnose Mammakarzinom* (Nicht veröffentlichte Bachelorarbeit). Hochschule Fresenius: Idstein.

Im Glossar verwendete Literatur

- American Occupational Therapy Association (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process (3rd ed.). *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1-51.

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2018). Leitlinien. Retrieved July 8, 2018 from <https://www.awmf.org/leitlinien.html>
- Shareholder (n.d.). In *Duden online*. Retrieved August 8, 2018 from: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Shareholder>
- Chapparo, C., & Weigl, R. (2016). Hermeneutik. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. (pp.98-112). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC) (2018). Welcome to the COTEC website. Retrieved July 19, 2018 from <http://www.coteceurope.eu>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2018). ICF. Retrieved July 8, 2018 from <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>
- Fisher, A., & Denhardt, B. (2014). *OTIPM – Occupational Therapy Intervention Process Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Gillen, G. (2014). Occupational Therapy Interventions for Individuals. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.322-341). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gillen, G., & Boyt Schell, B.A. (2014). Introduction to Evaluation, Intervention, and Outcomes for Occupations. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.607-609). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4th ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hagedorn, R., Denhardt, B., & Denhardt J. (2000). *Ergotherapie – Theorien und Modelle*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Harth, A., & Pinkepank, S. (2007). Diagnostische Verfahren. In C. Scheepers (Eds.). *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (pp.254-265). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hösl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (pp.127-136). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- James, A.B. (2014). Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.610-652). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Knagge, S. (2016). Modelle in der pädiatrischen Ergotherapie. In A. Baumgarten, & H. Strebel (Eds.), *Ergotherapie in der Pädiatrie* (1st ed., pp.63-82). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Nisius, G. (2011). Innere Medizin, Onkologie, Geriatrie. In K. Götsch (Eds.), *Ergotherapie Prüfungswissen – Allgemeine und Spezielle Krankheitslehre* (2nd ed., pp.284-384). Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Rigby, P., Trentham, B., & Letts, L. (2014). Modifying Performance Contexts. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.364-382). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Ritschl, V., Ritschl, H., Höhsl, B., Prinz-Buchberger, B., & Stamm, T. (2016). Qualitative Datensammlung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. (pp.119-127). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Ritschl, V., Stamm, T., & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch – evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (pp.291-303). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt “ET-Fachterminologie” – Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie. *ergoscience*, 2, 100-106. Doi: 10.1055/s-2007-963236
- Stamm, T. (2016). Randomisierte kontrollierte klinische Studien. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (pp.138-145). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Sturma, A., Ritschl, V., Dennhardt, S., & Stamm, T. (2016). Reviews. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (pp.207-222). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Thommen, J.P. (n.d.). Anspruchsgruppen. Retrieved August 8, 2018 from <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/anspruchsgruppen-27010>
- Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy’s core competency. In E.A. Townsend, H.J. Polatajko (Eds.). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being and justice through Occupation* (pp.87-134). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Wentges, P. (2013). Definition des Stakeholder-Begriffes. In P. Wentges (Ed.). *Corporate Governance und Stakeholder-Ansatz: Implikationen für die betriebliche Finanzwirtschaft*. (pp.91-93). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Wright-St Clair, V., & Hocking, C. (2014). Occupational Science. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., pp.82-94). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Anhang

Anhang I: Beurteilung der S3 Leitlinie

Deutsches Instrument zur methodischen
Leitlinien-Bewertung (DELBI) – Fassung 2005/2006 + Domäne 8



Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008) - Kurzversion, Teil 1 von 3					
Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck		1	2	3	4
1	Das Gesamtziel der Leitlinie ist differenziert beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Die in der Leitlinie behandelten medizinischen Fragen / Probleme sind differenziert beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Die Patienten, für die die Leitlinie gelten soll, sind eindeutig beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen		1	2	3	4
4	Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Die Ansichten und Präferenzen der Patienten wurden ermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Die Leitlinie wurde in einer Pilotstudie von Mitgliedern der Anwenderzielgruppe getestet.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domäne 3: Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung		1	2	3	4
8	Bei der Suche nach der Evidenz wurden systematische Methoden angewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind klar beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Die zur Formulierung der Empfehlungen verwendeten Methoden sind klar beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Bei der Formulierung der Empfehlungen wurden gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12	Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrunde liegenden Evidenz ist explizit dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Die Leitlinie ist vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie ist angegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertung 1: Trifft überhaupt nicht zu					
Bewertung 4: Trifft uneingeschränkt zu					

© AWMF, ÄZQ 2008

www.delbi.de

Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008) - Kurzversion, Teil 2 von 3					
Domäne 4: Klarheit und Gestaltung					
	1	2	3	4	
15	Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Die verschiedenen Handlungsoptionen für das Versorgungsproblem sind dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind leicht zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Es existieren Instrumente bzw. Materialien, die die Anwendung der Leitlinie unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit					
	1	2	3	4	
19	Die möglichen organisatorischen Barrieren gegenüber der Anwendung der Empfehlungen werden diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Die Leitlinie benennt wesentliche Messgrößen für das Monitoring und / oder die Überprüfungs-kriterien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit					
	1	2	3	4	
22	Die Leitlinie ist redaktionell von der (den) finanzierenden Organisation(en) unabhängig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Interessenkonflikte von Mitgliedern der Leitlinienentwicklungsgruppe wurden dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem					
	1	2	3	4	
24	Es liegen Empfehlungen zu präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen in den verschiedenen Versorgungsbereichen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Es existieren Angaben, welche Maßnahmen unzweckmäßig, überflüssig oder obsolet erscheinen.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Die klinische Information der Leitlinie ist so organisiert, dass der Ablauf des medizinischen Entscheidungsprozesses systematisch nachvollzogen wird und schnell erfassbar ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27	Es ist eine Strategie / ein Konzept für die einfache Zugänglichkeit und für die Verbreitung der Leitlinie dargelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28	Ein Konzept zur Implementierung der Leitlinie wird beschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Der Leitlinie ist eine Beschreibung zum methodischen Vorgehen (Leitlinien-Report) hinterlegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Deutsches Instrument zur methodischen
Leitlinien-Bewertung (DELBI) – Fassung 2005/2006 + Domäne 8



Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien- Bewertung (DELBI)					
Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008) - Kurzversion, Teil 3 von 3					
	Domäne 8: Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien	1	2	3	4
30	Bei der Suche nach existierenden Leitlinien wurden systematische Methoden angewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
31	Die Auswahl der als Evidenzquellen verwendeten Leitlinien (sogenannte Quelleitlinien) ist transparent und explizit begründet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
32	Die Qualität der Quelleitlinien wurde überprüft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Es wurden systematische Aktualisierungsrecherchen zu den Quelleitlinien durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Modifikationen von Empfehlungen der Quelleitlinien sind eindeutig benannt und begründet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertung 1: Trifft überhaupt nicht zu					
Bewertung 4: Trifft uneingeschränkt zu					

Anhang II: Beurteilung qualitativer Studie

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

Désiron, H.A.M., Donceel, P. Godderis, L., Van Hoof, E., & de Rijk, A. (2015). What is the value of occupational therapy in return to work for breast cancer patients? A qualitative inquiry among experts. *European Journal of Cancer Care*, 24, p.267-280

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p>yes</p> <p>no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Zwei Fragen (p.268), die mit der Studie beantwortet werden sollen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What is the experts' experience with OT interventions for RTW? 2. What is good practice regarding OT interventions in RTW for BC patients according to experts? <p>Die Studie soll die Meinungen von Experten bezüglich der Wiedereingliederung in die Arbeit bei Brustkrebsklienten herausstellen (p.267, Abstract).</p> <p>RTW = return to work</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p>yes</p> <p>no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>In der Einleitung nutzen die Autoren, zum Zeitpunkt der Studie, aktuelle Literatur, um aufzuzeigen, wie die internationale Forschung zu diesem Thema aufgestellt ist. Die Literatur ist für die Studie angemessen und es werden für die Studie relevante Themen angesprochen.</p> <p>In der Diskussion am Ende des Artikels werden die Ergebnisse mit bestehender Literatur untermauert, z.B. p.275: „The scarce [...]. This is supported by several authors [...].“</p>

	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?¹</p> <p>Die Studie wird im Zuge der Bachelorarbeit genutzt und bewertet, um herauszufinden, ob sie für die Ausarbeitung des theoretischen Hintergrundes relevant ist.</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input type="checkbox"/> phenomenology</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p>Other: qualitative research approach</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Für die Studie wurde als Design die „qualitative research approach“ (p. 268) verwendet. Die Autoren des Artikel begründen die Auswahl des Designs wie folgt:</p> <p>„[...] to build up an understanding of phenomena that help answers specific questions“ (p.268, Method).</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p>yes</p> <p>no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher’s perspective.</p> <p>Im theoretische Hintergrund der Arbeit gehen die Forscher auf die Tatsache ein, dass es immer mehr Klienten unter 50 Jahren an Brustkrebserkrankten. Sie beziehen sich auf verschiedenste Literatur, die belegt, dass Arbeiten ein wichtiger Teil des Lebens ist, um dieses bedeutungsvoll und produktiv leben zu können. Außerdem beziehen sie sich auf die Lebensqualität und die drei Bereiche der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit, die im Rehabilitationsprozess eine wichtige Rolle in der ergotherapeutischen Arbeit spielt.</p> <p>Die Forscher zeigen, welche internationale Literatur es gibt und weisen gleichzeitig auf die Forschungslücke in Belgien hin: „This will be studied in the Belgian context, where – unlike many other countries – no RTW support is provided in a structured and systematic way.“ (p.268, rechte Spalte, Mitte).</p>
<p>Method(s) used:</p> <p>participant observation</p> <p>interviews</p> <p>document review</p> <p>focus groups</p> <p>other</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Für die Erhebung der Daten wurden zum einen semistrukturierte Interviews mit Abteilungsleitern der Ergotherapie aus verschiedenen belgischen Universitätskliniken durchgeführt. Die Interviews dauerten circa 150 Minuten (p.269).</p> <p>Außerdem wurden vier Diskussionen innerhalb von Fokusgruppen durchgeführt. Die Teilnehmer an den Fokusgruppen waren Teil von multidisziplinären Teams (p.269). Die Fokusgruppen dauerten ca. 1 ½ Stunden (p.269).</p>

¹ When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p>yes</p> <p>no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Sowohl für die Interviews als auch für die Fokusgruppen wurden Samplings durchgeführt, die in dem Artikel kurz beschrieben werden (P.269/270). Dabei wird auch beschrieben, wie Kontakt zu den Teilnehmern aufgenommen wurde und welche Kriterien für die Teilnahme an der Studie wichtig waren, z.B. „They had 21-32 years of experience as occupational therapist“ (p.269).</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?²</p> <p>yes</p> <p>no</p> <p>not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Die Teilnehmer wurden nicht bis ins Detail beschrieben, jedoch wird deutlich, wie viele Teilnehmer es gab und ob während oder vor der Studie (nach dem Sampling) Teilnehmer wieder ausschieden. Bei den Teilnehmern der Interviews sind Abteilungsleiter der Ergotherapie, die Teilnehmer der Fokusgruppen Teil eines multidisziplinären Teams.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p>yes</p> <p>no</p> <p>not addressed</p>	<p>Alle Teilnehmer wurden im Vorhinein darüber informiert, was der Grund für die Studie ist. Außerdem erhielten sie die Information, dass sie das Recht haben, ihre Informationen wieder zurückzuziehen. Die Autoren achteten bei der Erhebung und Veröffentlichung der Ergebnisse sehr auf darauf, die Anonymität der Teilnehmer zu wahren. Bezüglich der Ethik wurde die Studie in Zusammenarbeit mit der „Declaration of Helsinki and local legislation“ (p.268) durchgeführt.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of</p> <p>site: yes no</p> <p>participants: yes no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p>yes no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p>yes no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Die Studie wurde in Belgien, Fladern durchgeführt. Dabei wurden die Teilnehmer an fünf verschiedenen flemischen Universitätskliniken gesucht. Außerdem arbeiten die Teilnehmer der Fokusgruppen in onkologischen Rehabilitationskliniken. Die Teilnehmer in diesem Teil Belgiens sprechen niederländisch.</p> <p>Die Teilnehmer der Interviews wurden in Tabelle 1 (p.270) kurz beschrieben, d.h. es wurden Arbeitsplatz, Arbeitserfahrung in Jahren und Arbeitsbereich festgehalten.</p> <p>In Tabelle 2 (p.269) sind die Merkmale der Teilnehmer der Fokusgruppe festgehalten (Nummer und Fachdisziplin).</p> <p>Die Rolle des Interviewers/Forschung und dessen Beziehung zu den Teilnehmern wurde nicht beschrieben.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Mögliche Fehler in der Studie wurden nicht beschrieben, was jedoch wünschenswert gewesen wäre, um deren Glaubwürdigkeit zu steigern.</p>

² Throughout the form, “no” means the authors explicitly state reasons for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

<p>Procedural Rigour</p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <p>yes no not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Die Interviews wurden digital aufgenommen. Außerdem machte der Interviewer während des Interviews handschriftliche Notizen. Die Fokusgruppen wurden von einem Moderator geleitet. Auch diese Diskussion wurde digital aufgenommen und gleichzeitig wurden handschriftliche Notizen gemacht. Für den Moderator wurde im Vorhinein schriftliche Instruktionen festgehalten, die für bei der Durchführung der Fokusgruppe zu beachten waren.</p>
<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour</p> <p>Data analyses were inductive?</p> <p>yes no not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data?</p> <p>yes no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Die digital aufgenommenen Interviews und Diskussionen wurden transkribiert, auch die schriftlichen Notizen wurden in die Auswertung miteinbezogen. Die Interviews mit den „OT department heads“ (p.270) wurden als primäre Datenquelle genutzt, die Diskussionen in den Fokusgruppen als sekundäre Datenquelle. Die Daten wurden kodiert und die aus den Daten gezogenen Schlussfolgerungen wurden von zwei Forschern vorgenommen (p.270).</p> <p>Die Ergebnisse der Studie wurden im Artikel sehr genau beschrieben. Die Forscher fanden durch die Interviews und Fokusgruppen fünf Hauptthemen heraus, die immer wieder zur Sprache kamen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Convinced of importance of RTW but little experience with RTW 2. RTW support linked to core elements of OT 3. Specific OT components for RTW 4. Legitimacy of OT support for RTW in BC patients 5. Facilitators and barriers in OT support for RTW in BC patients <p>Bei der Darstellung der Ergebnisse lassen die Forscher immer wieder Zitate aus den Interviews in den Artikel einfließen.</p>
<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed?</p> <p>yes no not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?</p> <p>yes no not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Der Prozess der Teilnehmersuche und Durchführung der Interviews wurde recht ausführlich beschrieben, sodass die Vorgehensweise gut nachvollziehbar ist (z.B. wurde die Länge der Interviews beschrieben, sowie die Teilnehmerzahl) (p.269f).</p> <p>Der Prozess der Datenanalyse wurde kurz beschrieben. Dabei wurde nicht das genaue Vorgehen mit eventuell eingesetzten Programmen für die Analyse beschrieben, sondern lediglich, dass die Interviews und Diskussionen transkribiert, codiert und interpretiert wurden / Schlussfolgerungen gezogen wurden. Damit die Qualität der formulierten Schlussfolgerungen garantiert werden kann, wurde ein „expert review“ (p.270) durchgeführt.</p>

<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p>yes</p> <p>no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Die Forscher bauen die Einleitung auf bereits bestehender internationalen Studien auf. Die In der Studie erhobenen Ergebnisse setzen sie in der Diskussion in Bezug zu der internationalen Literatur. Dabei zeigen sie, dass diese Literatur die Ergebnisse der Studie bestätigen. In Zusammenhang mit der genutzten Literatur ziehen sie als Fazit vier spezifische Merkmale für RTW in der ergotherapeutischen Arbeit, die sie mit der Literatur belegen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klientenzentrierter und ganzheitlicher Ansatz in der Ergotherapie 2. Früher Beginn der Intervention 3. Besuch des Arbeitsplatzes durch den Ergotherapeuten 4. Zielsetzung gemeinsam mit dem Klienten
<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility yes no</p> <p>Transferability yes no</p> <p>Dependability yes no</p> <p>Comfirmability yes no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Credibility: Die Ergebnisse werden unter „results“ (p.270ff) genau beschrieben. Die Schlussfolgerungen der Forscher untermauern diese mit Zitaten der Studienteilnehmer aus den Interviews und Fokusgruppen.</p> <p>Transferability: Das Vorgehen bei der Forschung wird detailliert beschrieben. Ebenso wird beschrieben, wo die Interviews und Fokusgruppen stattfinden. Eine detaillierte Beschreibung der Teilnehmer fehlt, die jedoch wünschenswert wäre. Ansonsten ist das Vorgehen deutlich geworden (p.269ff).</p> <p>Dependability: Während der Interviews und Fokusgruppen sind neben der digitalen Aufnahmen handschriftliche Notizen gemacht worden. Diese Notizen wurden auch in die Auswertung einbezogen, wodurch die Zuverlässigkeit der Studie gestärkt wird (p.270, Analysis).</p> <p>Comfirmability: Die Analyse der Daten wird von zwei Forschern vorgenommen. Außerdem werden die Ergebnisse einem weiteren Experten vorgelegt, um die Qualität dieser zu gewährleisten (p.270).</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die Studie wird im Zuge der Bachelorarbeit genutzt und bewertet, um herauszufinden, ob sie für die Ausarbeitung des theoretischen Hintergrundes relevant ist.</p>

<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? yes no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? yes no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Die Ergebnisse werden im Abstract (p.268) kurz zusammengefasst: “Integrated in multidisciplinary teamwork, OT interventions should have a holistic and client-centred approach, start early in the rehabilitation process, include workplace visits and contacts with relevant stakeholders, and use goal setting to start up tailor made rehabilitation, linking assessment of abilities and work. Occupational therapists are regarded as professionals who can effectively answer BC patients unmet needs regarding RTW due to their skill to bridge between care and workplace. According to the experts, OT interventions supporting RTW in BC patients are useful when integrated in regular healthcare. They agree on the components but organisational barriers should be removed, for example not providing reimbursement for including this type of support through healthcare insurance.“</p> <p>Ergotherapeuten stellen also einen wichtigen Bestandteil dar, um die Klienten im Prozess des RTW zu unterstützen. Die Experten sind sich einig, dass die RTW in die Praxis implementiert werden sollte und einen Bestandteil der Rehabilitation von Brustkrebsklienten sein sollte.</p> <p>Die Forscher nennen in ihrem Artikel keine Limitations bezüglich ihrer Forschung. Diese wären wünschenswert, um nachvollziehen zu können, ob es Einflüsse auf die Forschung gegeben hat. Sie verweisen außerdem nicht auf mögliche folgende Studien, die zu dem Thema durchgeführt werden sollte.</p>
--	---

Anhang III: Übersicht von der Literaturrecherche

	A	B	C	D	E
	Datenbank	Operatoren	zusätzliche Operatoren	Trefferzahl	Name Literatur
1	Zuyd Bibliothek (DIZ)	Dissertation AND oncology AND women AND "occupational therapy" AND denmark		2 of 109	1. Everyday Lives of People With Advanced Cancer Activity, Time, Location, and Experience
2	Google	"Margot Grewohl" AND Krebs		1 of 260	2. ET bei der Nachsorge von Krebspatienten unerlässlich: ET betreuen Frauen mit Brustkrebs einfühlsam, vermitteln Motivation und Eigenverantwortung
3	Google	Krebsgeschehen AND 2016 AND Bulletin		2 of 439	3. Epidemiologisches Bulletin 5_2017 - RKI
4	Google	Krebsregisterdaten in Deutschland 2016		3 of 27.000	4. Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016
5	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"occupational therapy" AND oncology		20 of 7.337	5. Occupational therapy home assessments: more than just a visit? An audit of occupational therapy practice in oncology and palliative care
6	Zuyd Bibliothek (DIZ)	occupational therapy intervention" AND "cancer" AND "adults"	Date: 2000-2018	18 of 488	6. zusehrendes über die cancer-bone-tie intervention of everyday activities and quality of life in people with advanced cancer living at home: a randomised controlled trial and an economic evaluation
7	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"cancer" AND "occupational therapy intervention"		30 of 559	7. Occupational therapy needs of patients with thoracic cancer
8	Zuyd Bibliothek (DIZ)	cancer AND fatigue AND Management		18 of 175.244	8. Living with cancer-related fatigue: developing an effective management programme
9	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"Jill Cooper" AND "occupational therapy"		3 of 5	9. Occupational therapy in oncology and palliativ care
10	Google	Leitlinien in der Onkologie Psychoonkologie		2 of 97.300	10. Leitlinienreport S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten
11	Google Scholar	"Margot Grewohl" AND Krebs		1 of 1	11. Onkologie: Ein spannendes Arbeitsfeld
12	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"occupational therapy" AND "breast cancer"	Date: 2010-2018	8 of 3.310	12. What is the value of occupational therapy in return to work for breast cancer patients? A qualitative inquiry among experts
13	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"occupational therapy" AND "oncology or cancer" AND "interventions" AND "adults"	Date: 2000-2017; Language: english; Full text Access; Academic Journal	2 of 6978	13. Occupational therapy for adults with cancer. Why it matters
14	PubMed	"occupational therapy" AND oncology AND treatment	Date: 2010-2018	11 of 266	14. Occupational therapy interventions for adults with cancer
15	Google Scholar	experiences AND breast cancer AND occupational therapy		1 of 49.500	15. Women's experiences of cognitive changes or 'chemobrain' following treatment for breast cancer: A Role for occupational
16	Google Scholar	"cancer" AND "occupational therapy"		12 of 49.900	16. Practice Model for occupational therapy to Facilitate Return to Work in Breast Cancer Patients
17	Google Scholar	Krebsregisterdaten in Deutschland		4 of 932	17. Das Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch Institut
18	Google Scholar	"Ergotherapie" AND "Rehabilitation" AND "Onkologie"		1 of 1.130	18. REHA bei chemotherapieinduzierter Polyneuropathie
19	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"breast cancer" AND impact AND self esteem	Date: 2000-2018	18 of 18.177	19. Impact of Breast Cancer Surgery on the Self-esteem and Sexual Life of Female Patients
20	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"Occupational therapy" AND oncology AND intervention	Date: 2000-2018	2 of 5249	20. A study of occupational therapy interventions in oncology and palliative care
21	GoogleScholar	Prävention AND Krebs AND klinikarzt		1 of 362	21. Tertiärprävention nach Krebs [klinikarzt]
22	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"occupational therapy" AND oncology AND role	Date: 2000-2018	1 of 5415	22. Toward a Broader Role for Occupational Therapy in Supportive Oncology Care
23	Google Scholar	Ergotherapie Onkologie		7 of 2.680	23. Ergotherapie in der onkologischen Rehabilitation: Einfluss von Krebs auf Btätigung
24	Google Scholar	Forschungsaufgaben AND Ergotherapie		1 of 80	24. Zukünftige Forschungsaufgaben der ET in Deutschland,...
25	PubMed	"occupational therapy" AND oncology AND treatment	Date: 2010-2018	21 of 266	25. Exploring the role of occupational therapy in caring for cancer survivors in Australia: A cross sectional study.
26	PubMed	"occupational therapy" AND oncology AND treatment	Date: 2010-2018	17 of 266	26. Occupational Therapists With Oncology Exposure: Perceived Needs on Adults and Older Adults With Cancer-Related Cognitive Impairments
27	AJOT	"occupational therapy" AND role AND cancer	Date: 2010-2018	2 of 2.004	27. Occupational Therapy's Role in Cancer Survivorship as a Chronic Condition
28	Google	Krebstherapie Broschüre		4 of 38.100	28. Broschüre Wert von Forschung und Innovationen
29	Google Scholar	"breast cancer" AND "occupational therapy"		1 of 176.000	29. Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey
30	AOTJ	cancer AND "Occupational Therapy" AND "Occupational Therapy Intervention"		1 of 27	30. OT intervention by telephone was feasible for breast cancer
31	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"meaningful occupations" AND events	Date: 2010-2018	1 of 3437	31. The development of a workbook to explore meaningful occupations after life-changing events
32	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"occupational therapy" AND "breast cancer"	Date: 2000-2018	3 of 4.585	32. Bridging Health care and the Workplace
33	AJOT	occupational therapy AND "cancer" AND "quality of life"	Date: 2000 - 2017	1 of 2546	33. Functional Deficits and Quality of Life Among Cancer Survivors
34	BJOT	"occupational therapy" AND "breast cancer"	Date: 2000 - 2018	1 of 26	34. experience of breast cancer survivors' participation
35	CJOT	"occupational therapy" AND "breast cancer" AND "quality of life"		1 of 9	35. Problem-solving strategies of women undergoing chemotherapy
36	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"occupational therapy" AND "breast cancer" AND "quality of life" AND role	Date: 2000 - 2018	7 of 157	36. The implications of women's activity limitations and role disruptions during breast cancer survivorship
37	Zuyd Bibliothek (DIZ)	anxiety AND "occupational therapy intervention" AND adult		35 of 768	37. What is the cancer patient's own experience of participating in an occupational therapy-led relaxation programme?
38	Zuyd Bibliothek (DIZ)	cancer AND rehabilitation AND adults AND "occupational therapy"		1 of 10.610	38. Cancer Rehabilitation with Adults
39	DVE Datenbank	Krebs		22 of 35	39. Bei Krebs_Sicherheit geben und Ressourcen aktivieren_DVE Pressemitteilung
40	Zuyd Bibliothek (DIZ)	"palliative care" AND "rehabilitation goals"	Date: 2000-2018	1 of 461	40. Palliative care rehabilitation survey_a pilot study of patients' priorities for rehabilitation goals

Anhang IV: Interviewleitfaden

Begrüßung, Vorstellung der Durchführenden, Sie/ Du?

Erläuterung des Ablaufs der Befragung und Auftrag erklären, Aufgaben der Interviewenden erklären (Dokumentation, Befragung etc.), Aufklärung über Datenschutz und Anonymisierung, erklären, dass Ergebnisse auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden

Möglichkeit, Fragen zu stellen/ Unklarheiten

→ Aufnahme beginnt ab jetzt

Stammdaten/ allgemeine Daten

Zu Beginn würde ich Ihnen allgemeine Fragen stellen...

- Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als ET?
- Wo arbeiten Sie derzeit? [z.B. Rehaklinik, Praxis, ...]
- Wie ist das interdisziplinäre Team aufgestellt?
- In welchen ergotherapeutischen Bereichen z.B.: Neurologie, Geriatrie, Pädiatrie,.. sind Sie außerdem tätig?

Nun komme ich zu den konkreten Fragen...

1. Können Sie mir bitte beschreiben, was Ihr Anreiz war, mit onkologischer Klientel zu arbeiten?
2. Können Sie mir bitte den ergotherapeutischen Therapieprozess mit einem Klienten, den Sie momentan vor Augen haben, konkret beschreiben?
 - Wie ist ein mögliches Aufnahmegespräch und die folgende Befundaufnahme gestaltet?
 - Verwenden Sie hierfür spezifische Assessments?
 - Wie sehen mögliche Interventionen mit dieser Klientel aus? [z.B. Vorgehen, Methoden, ...]
 - Welche Fertigkeiten braucht ein Ergotherapeut Ihrer Meinung nach, um mit diesem Klientel arbeiten zu können? [z.B. klientenzentriertes Arbeiten, Kommunikation,

- therapeutic use of self, Empathievermögen, evidenzbasiertes Arbeiten, betätigungsorientiertes Arbeiten, ...]
- Wie und wo informieren Sie sich über den aktuellen Stand der Therapie? [z.B. Fachbücher, Kollegen, internationale Studien, Mitgliedschaft im DVE, Fortbildungen, ...]
 - Fortbildungen: Welche und warum diese?
3. Welche Symptome und Nebenwirkungen des Klienten sind Ihnen in der Therapie bislang begegnet? [z.B.: nach Chemotherapie/Bestrahlung/Op]
4. Wie haben die Nebenwirkungen des Klienten die Behandlung beeinflusst? [z.B. Fatigue-Symptomatik, Einfluss von Medikamenten, Konzentrationsschwäche, geringe Belastbarkeit, Lymphödeme, ...]
- Wie haben Sie darauf reagiert?
 - Welche weiteren Problematiken können bei der Behandlung auftreten? [z.B. Symptomatik des Klienten, (mangelnde Kooperation vom Klienten)/ Umfeld, Einfluss von Medikamenten, Strukturen der Klinik/ Praxis, ...]
 - Woran lag die mangelnde Kooperation? [WENN es angesprochen wird]
5. Wie beeinflusst die Umwelt des Klienten die ergotherapeutische Arbeit?
[z.B. Angehörige, Arbeitsstelle, Umfeld zuhause, Wohnsituation, finanzielle Mittel,...]
- Haben Sie Angehörige, Freunde etc. mit in die Therapie eingeschlossen?
 - Wie haben Sie das gemacht? **ODER** Warum haben Sie es nicht gemacht?
6. Können Sie uns bitte Ihre Erfahrungen beschreiben, die Sie in der Behandlung mit Brustkrebsklienten gemacht haben? [z.B. Lebenserfahrung, Arbeitserfahrung]
7. Gibt es Maßnahmen, die die Einrichtung einsetzt, um die Qualität zu sichern?
- Wenn ja, welche?
 - Gibt es weitere Maßnahmen die (von Ihnen) ergriffen werden? [Reflexionsgespräche mit Klient, Dokumentation, Austausch mit Team, Fortbildungen, Therapieplanung]

8. Findet eine Absprache mit anderen Fachdisziplinen statt?
 - Wenn ja, wie sieht diese konkret aus? / Wenn nein, wie werden dann Informationen von den anderen Fachdisziplinen eingeholt?

9. Wie unterstützt die Einrichtung Ihre ergotherapeutische Arbeit mit onkologischer Klientel?
[z.B. Mitfinanzierung von Fortbildungen, genügend Zeit für die Klienten einräumen, Dokumentationszeit, Teamsitzungen/ interdisziplinärer Austausch, Bezahlung der Fahrzeit zu Hausbesuchen,...]

10. Wie gehen Sie mit dem Stress / der Belastung um, die sich mit der Behandlung dieses Klientels ergeben kann?
 - Haben Sie Strategien für die Stressbewältigung?
 - In welcher Form erhalten Sie hierzu Unterstützung von Seiten Ihrer Einrichtung?

11. Was braucht es, damit das Arbeitsfeld in der Onkologie von Ergotherapeuten verstärkt wahrgenommen wird?
[DVE Arbeit, Veränderungen im Gesundheitssystem, vermehrte Forschung/Publicationen, Thema in der Ausbildung, Wissen über die Ergo bei anderen Berufsdisziplinen, Öffentlichkeitsarbeit,...]
 - Welche Möglichkeiten kann hierbei das Gesundheitssystem bieten?
[neue Gesetzgebungen, Wertschätzung der Ergo, Dringlichkeit nach Forschung zu fordern, präventive Angebote unterstützen,...]

Anhang V: Anschreiben für Teilnehmer



Franziska Opitz

Victoria Grigg

Wiebke Caspari

ERGO IN DER ONKO?

EXPERTENINTERVIEWS IM RAHMEN EINER BACHELORARBEIT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank, dass Sie sich kurz Zeit genommen und sich unser Anliegen angeschaut haben.

Wir sind ausgebildete Ergotherapeutinnen und haben im September 2017 den Aufbaustudiengang zum Bachelor of Science an der Zuyd Hogeschool begonnen. In unserer Bachelorarbeit beschäftigen wir uns mit dem Einsatzgebiet der Ergotherapie in dem Bereich der Onkologie mit Brustkrebsklienten_Innen.

Hierfür möchten wir Ihre Erfahrungen, Ihre Expertise und Ihre Erlebnisse als Ergotherapeut_In in der Ergotherapie erfassen!

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann kontaktieren Sie uns bis zu dem 08.06.2018.

Wir freuen uns auf eine Zusammenarbeit und Ihre Expertise!

**ZU
YD**

Voraussetzungen:

- abgeschlossene Ausbildung/Studium als Ergotherapeut_In
- Berufserfahrung als Ergotherapeut_In mit Brustkrebsklienten_Innen
- interessiert an einer Zusammenarbeit und Teilnahme an unserer Studie

Experteninterviews:

Termine werden individuell in Absprache getroffen. Die Interviews dauern ca. 45-60 Minuten an. Daten und vertrauliche Informationen werden anonym gehandhabt.

Kontaktdaten

E-Mail:

bachelorarbeit.onkologie@web.de

Handynummer:

01703877101

Anhang VI: Einverständniserklärung für Teilnehmer

Bachelorarbeit – Experteninterviews
Franziska Opitz, Victoria Grigg & Wiebke Caspari



Einverständniserklärung

In einem vorausgegangenen Anschreiben und/oder Gespräch wurde ich über den Sinn und Zweck der Forschungsarbeit informiert.

Hiermit stimme ich,

Name, Vorname

Geb. am

der Teilnahme an der Studie „Eine Arbeitsfeldbeschreibung der Ergotherapie in der Onkologie bei Brustkrebsklienten“ zu.

Über folgende Punkte wurde ich informiert:

- Meine Teilnahme an der Studie ist freiwillig.
- Ich bin einverstanden, dass meine Aussagen während des Interviews elektronisch aufgezeichnet, für die Bachelorarbeit verwendet werden und in die Auswertung mit einfließen dürfen.

Bachelorarbeit – Experteninterviews
Franziska Opitz, Victoria Grigg & Wiebke Caspari



- Ich kann meine Teilnahme an der Studie zu jedem Zeitpunkt ohne Angaben von Gründen widerrufen. Dies zieht keine Konsequenzen mit sich. Hierzu ist ausschließlich eine kurze Rückmeldung an die Autoren notwendig.
- Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen des Interviews erhobenen Daten von den Autoren zum Zweck der Forschungsarbeit verwendet werden. Meine Personalien und gewonnenen Daten werden jeder Zeit streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.
- In der Forschungsarbeit werden die erhaltenen Informationen nur in verschlüsselter Form wiedergegeben. Bei Veröffentlichung wird aus den Daten nicht hervorgehen, wer an der Studie teilgenommen hat. Die erworbenen Erkenntnisse innerhalb der Bachelorarbeit unterliegen dem Datenschutz. Die Anonymisierung unterliegt dem **§4** des **Bundesdatenschutzgesetzes** (BDSG).
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahme an der Studie nicht finanziell vergütet wird.
- Die Endfassung der Forschungsarbeit kann mir in digitalisierter Form zur Verfügung gestellt werden.

Ich habe die obigen Erläuterungen sorgfältig gelesen und verstanden und stimme der Teilnahme an der oben genannten Studie zu.

Datum, Unterschrift Interviewteilnehmer_In

Datum, Unterschrift der Interviewer

Anhang VII: Transkriptionsregeln

Diese Transkriptionsregeln sind an die Vorgaben nach dem Praxisbuch von dem Transkriptionsprogramm F4 angelehnt (Dresing & Pehl, 2018).

Angelehnt an die inhaltlich-semantische Transkription

- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
- Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So ‘n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
- Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
- Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
- Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
- Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
- Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
- Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
- Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern

gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.

- Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „T:“ gekennzeichnet
- Das Transkript wird als Portable Document Format (PDF-Datei) gespeichert
- Das Benennen von Namen wird unter dem Aspekt der Anonymisierung wie folgt angegeben: [Name].

Angelehnt an die erweiterte inhaltlich-semantische Transkription

- Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht „(.)“ für circa eine Sekunde, „(..)“ für circa zwei Sekunden, „(...)“ für circa drei Sekunden und „(Zahl)“ für mehr als drei Sekunden.
- Rezeptionssignale und Fülllaute der Teilnehmer („hm, ja, aha, ähm“ etc.) werden transkribiert.

Anlehnung an die Hinweise zur inhaltlichen Schreibweise

- Die Partikeln „hm“ werden unabhängig von der Betonung immer „hm“ geschrieben (nicht: „hhhm“, „mhm“, „hmh“).
- Zögerungslaute werden immer „ähm“ geschrieben (nicht: „äm“, „ehm“, „öhm“).
- (Maß-)Einheiten werden ausgeschrieben, z.B. Euro, Prozent, Meter.
- Gesprochene Zeichen werden ausgeschrieben, z.B. „ät“, „Paragraf“.
- Abkürzungen werden nur getippt, wenn sie explizit so gesprochen wurden („etc.“ wird nur getippt bei gesprochenem „e te ce“).
- Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt: „Und ich sagte dann ‚Na, dann schauen wir mal‘“.
- Wortverkürzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ werden genauso geschrieben, wie sie gesprochen werden.
- Englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung behandelt.
- Personalpronomen der zweiten Person (du und ihr) werden kleingeschrieben, die Personalpronomen der Höflichkeitsform (Sie und Ihnen) werden großgeschrieben.

- Auch Redewendungen/Idiome werden wörtlich wiedergegeben, z.B. „übers Ohr hauen“ (statt: über das Ohr hauen).
- Einzelbuchstaben werden immer großgeschrieben, z.B. „wie Vogel mit V“.
- Werden Aufzählungen mit Buchstaben gesprochen, wird ein großer Buchstabe ohne Klammer geschrieben, z.B. „und wir haben A keine Zeit und B kein Geld.“
- Zahlen werden wie folgt dargestellt:
 - a. Zahlen null bis zwölf im Fließtext als Wörter, größere in Ziffern.
 - b. Auch weitere Zahlen mit kurzen Namen schreibt man aus, vor allem Runde: zwanzig, hundert, dreitausend.
 - c. Dezimalzahlen und mathematische Gleichungen sind stets in Ziffern zu schreiben. Also: „ $4 + 5 = 9$ “ und „3,5“.
 - d. Bei nur ungefähr gemeinten Zahlenangaben schreibt man den Zahlennamen, bei exakt gemeinten die Ziffernform. Also: „Die fünfzig Millionen Euro Staatshilfe“.
 - e. Wo feste Konventionen zugunsten einer Schreibweise herrschen, befolgt man diese. Hausnummern, Seitenzahlen, Telefonnummern, Kontonummern, Datum oder Ähnliches werden nie ausgeschrieben. Also: „auf Seite 11“ und „Am Markt 3“.

Anhang VIII: Auszug des Transkriptes des ersten Teilnehmers

459 I: Was braucht es damit das Arbeitsfeld in der Onkologie von Ergotherapeuten
460 verstärkt wahrgenommen wird?

461

462 T: Definitiv Aufklärung. Ich glaube es kommt immer wieder / Also klar, es ist nicht
463 das typische Bild, wie es jetzt der Arthrosepatient in der Praxis ist oder sowas, aber
464 auch in der Praxiszeit hatte ich immer wieder Patienten die onkologischer Natur
465 waren, ähm aber auch im palliativen Setting oft, dass man quasi die Sterbebegleitung
466 mitgemacht hat, damit der Patient einfach so lange wie möglich die Lebensqualität
467 auch erhalten hat. Ähm, seltener polyneuropathisch, ne, klar weil wenn das nicht
468 unbedingt mega die Arbeitsfähigkeit extrem und die Lebensqualität einschränkt,
469 dann empfehle ich den Patienten das Training und dass sie nicht unbedingt noch
470 einen Therapeuten daneben brauchen. Das Klientel kommt wenig vor an sich, ähm
471 ja (..) was war noch mal genau die Fragen?

472

473 I: Was braucht es damit das Arbeitsfeld in der Onkologie von Ergotherapeuten
474 verstärkt wahrgenommen wird?

475

476 T: Nicht nur wahrgenommen, dass sich die Leute daran trauen. Ich glaube es ist auch
477 viel das Drantrauen und da braucht es auch Aufklärung. Wie gehe ich denn mit so
478 einem Patienten um, wie arbeite ich in einer palliativen Situation, wie, was hat der
479 denn hinter sich. Wenn der dann kommt „Ich habe eine (unv. schnell gesprochen:
480 Medikamentenname), was ist das“, ist das ein Gummibärchen oder ist das tatsächlich
481 ein Krebsmedikament. Ähm ich glaube einfach die Aufklärung würde vielen
Therapeuten helfen, auch mit dem Klientel, auch wenn es selten vorkommt, sich
damit auch zu befassen.

Anhang IX: Extraktionsregeln

Diese Extraktionsregeln sind an Gläser und Laudel (2010) angelehnt:

- Das Transkriptionsdokument wird inhaltlich nicht verändert.
- Das Transkript wird in Absätze unterteilt.
- Ein Absatz wird einer Kategorie zugeordnet.
- Wenn inhaltlich zwei Themen in einem Absatz angesprochen werden, dürfen diese in unterschiedliche Kategorien eingeordnet werden.
- Die Informationen aus den Interviews werden den Sach- und Zeitdimensionen der Kategorien zugeordnet.
- Die Informationen werden kurz zusammengefasst.
- Es werden nur Informationen extrahiert, die tatsächlich im Text stehen.
- Es werden keine Interpretationen extrahiert.
- Aussagen im Text werden zerlegt und anschließend den Dimensionen zugeordnet.
- Die Kategorien und Dimensionen können im Prozess der Analyse erweitert, aber nicht gestrichen bzw. ersetzt werden.
- Die aufgestellten Definitionen der Variablen und Dimensionen werden als Hilfe genutzt, um die Informationen in die passenden Kategorien einzuordnen.
- Füllwörter wie bspw. Ähm werden herausgenommen.
- Einzelne Sach- und Zeitdimensionen sollten keine Kausalketten enthalten.
- Um inhaltliche Unklarheiten am Ursprungstext überprüfen zu können, wird der Quellennachweis aufgeführt.

Anhang X: Auszug der Extraktion des ersten Teilnehmers

Farben und Schritte der Extraktion sind farbig markiert:

Extraktion (schwarz), **Aufbereitung** (hellblau), **Einordnung in Dimensionen und Variablen** (orange)
(orange)

Z.301-346: Einfluss Umwelt des Klienten-> starke Beeinflussung. In Reha sind Patienten weg von Rollen des Alltages. Viele Angehörige/Freunde reagieren geschockt auf Diagnose Krebs, oft erst bewusst, wenn Haare ausfallen. Patienten haben Gefühl, dass nicht mehr mit ihnen geredet wird. Ergotherapeutin fragt nach, welche Reaktion sie sich wünschen. Angehörige sollen sagen, wo Problem liegt, dass Umgang schwer ist. Offene Worte von Angehörigen. Angehörige in Therapie mit einbezogen-> oft nicht möglich, wegen Einzelsetting, Ehepartner nicht mit in Klinik. Kinderbetreuung in Therapiezeit. Mahlzeiten werden zusammen eingenommen. Abends keine Betreuung. Zusammenarbeit mit Kindern nicht in Ergotherapie sondern mit Psychologen.

Angehörige wissen nicht, wie sie mit Patienten umgehen sollen

Bewusstwerden der Erkrankung erst mit Haarausfall

→ soziale Umwelt

Angehörige nicht in Ergotherapie mit einbezogen wg. Rahmenbedingungen

→ erweiterter Klient

Z.347-370: Erfahrungen-> unterschiedlich. Patienten gespannt, ob Heilung möglich ist. Krebs löst in Gesellschaft Existenzängste aus: andere Trigger angesprochen. Kinderwunsch bei jungen Patientinnen, Schwangerschaft der Therapeutin sichtbar, spricht das Thema nicht von sich aus an. Kommt Sprache darauf, dann beendet sie es schnell. Patienten müssen lernen sich abgrenzen können. Zwischenmenschliches anders, als mit anderem Klientel.

Krebs löst Existenzängste aus

Trigger z.B. bei Schwangerschaft von Therapeutin und Kinderwunsch von jungen Patientinnen

Patienten müssen sich abgrenzen

→ Erfahrungen

Anhang XI: Auszug der Zuordnung der Ergebnisse entsprechend der Dimension – Fertigkeiten des Ergotherapeuten

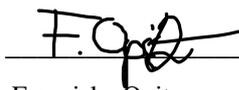
TN Ergebnisse

- TN1** Feingefühl, gute kommunikative Fertigkeiten, klientennahes Arbeiten, Grundwissen aus allen Fachbereichen, mit Literatur auseinandersetzen psychisch gestärkt sein, Geduld, mit Frust der Klienten zurecht kommen,
- TN2** Einfühlungsvermögen, Trennen zwischen Beruf und Privatleben, Mut zusprechen, auf Patienten eingehen Therapieinhalte gemeinsam besprechen, Besonderheiten zu Nebenwirkungen während Behandlung besprechen, Erklärung von Maßnahmen und Effekten, guter Umgang mit
- TN3** Menschen, psychologische Arbeit, Zuwendung geben, Gefühl vermitteln, dass nicht alleine sind, Respekt, aufgreifen des Haarverlusts in Gesprächen, ermutigen zum Austausch, ermutigen Rolle des Patienten zu verlassen, soll mehr Werbung machen Alltags- und Betätigungsorientierung miteinbauen; Empathie; Edukation; informieren; Verständnis zeigen; EBP wichtig; klientenzentrierte Ergotherapie; Patient hat eigene Verantwortung über Behandlung und sein Leben; keinen Zwang; aufkommende Probleme
- TN4** kommunizieren; Transfer: alltägliche Gegenstände manipulieren und Zuhause benutzen; präventive Anleitung zur Schmerzvermeidung im Alltag; den Patienten annehmen; Anleitung zur Selbsthilfe für Zuhause; neue Struktur im Alltag finden; auf Augenhöhe arbeiten, offener Umgang, Verweis auf Internetseiten, Einsicht und Fokus
- TN5** von Erkrankung lenken, psychologische Ansätze, Verständnis über Krankheitsverarbeitung und -verlauf,
- TN6** Empathie, Fingerspitzengefühl, Durchsetzungsvermögen, kreativ sein, Sachen ausprobieren
- TN7** Auf Narbenpflege spezialisiert, Empathie, Kenntnisse zu Narbenpflege an Brust, Narben sehen können, psychische Stabilität, neue Perspektive aufzeigen fällt schwer, sensibel auf
- TN8** Berührungsängste mit Narbe eingehen schwer

Anhang XII: ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern wir, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmitteln angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht haben. Diese Arbeit hat in gleicher oder in ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, den 23 August 2018



Franziska Opitz



Victoria Grigg



Wiebke Caspari