



Fachhochschule  
Bielefeld

Fachbereich  
Pflege und Gesundheit

Workshop-Reader

Nr. 20  
Workshop  
Delphi-Studie zum Forschungsbedarf in der  
ergotherapeutischen Praxis  
27. Mai 2004

Annette Nauerth  
Ursula Walkenhorst

## Workshop-Reader

Herausgeber: Fachhochschule Bielefeld  
Fachbereich Pflege und Gesundheit  
Redaktion: Markus Heper / Daniela Lenze-Tong  
Copyright: Annette Nauerth, Ursula Walkenhorst, 2004

Nr. 20  
Workshop  
Delphi-Studie zum Forschungsbedarf in der  
ergotherapeutischen Praxis

27. Mai 2004

Annette Nauerth  
Ursula Walkenhorst

## Inhaltsverzeichnis:

### Vorwort

Annette Nauerth, Ursula Walkenhorst.....2

### Grußwort: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

Maria Miesen.....3

### Vorträge

#### Forschung in der Ergotherapie

Ursula Walkenhorst.....4

#### Delphi-Studie „Forschungsbedarf in der ergotherapeutischen Praxis“

Annette Nauerth, Ursula Walkenhorst.....16

### Präsentationen

#### Ergebnisse einer empirischen Studie im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie

Werner Höhl.....48

#### Werkstattbericht Arbeitsintegration nach berufsfeldorientierter integrativer Arbeitstherapie in der Klinik

Gerd Groezinger / Barbara Servos.....61

### Arbeitsgruppen

#### Diskussion und Ergebnisse der 3. Delphi-Runde

Ursula Walkenhorst .....80

#### AG I: Präsentation von Hausarbeiten Studierender

Ulrike Lange / Simone Scheidner.....90

#### AG II: Zukünftige Aufgaben in der Ergotherapie

Ursula Walkenhorst.....96

#### AG III: Planung von Forschungsprojekten in der Praxis

Annette Nauerth.....102

#### AG IV: Einführung in wissenschaftliches Arbeiten

Hilke. Bertelsmann.....107

Ausblick und Perspektiven.....109

## Vorwort

**Prof. Dr. Annette Nauerth, Dipl. Päd. Ursula Walkenhorst,**  
Fachhochschule Bielefeld

Mit der beginnenden Etablierung der Ergotherapie an Hochschulen ist auch gleichzeitig die Aufgabe gestellt, eine ergotherapeutische Forschung aufzubauen. Dies bedeutet zum jetzigen Zeitpunkt zunächst den Aufbau einer Praxisforschung. Im Frühjahr 2003 wurde dazu mit einem Projekt zum Thema „Forschungsbedarf in der ergotherapeutischen Praxis“ an der Fachhochschule Bielefeld begonnen. Für die Durchführung des Projektes wurde die methodische Vorgehensweise einer Delphi-Studie gewählt.

Mit Unterstützung des Berufsverbandes der ErgotherapeutInnen (Deutscher Verband der ErgotherapeutInnen – DVE e.V.) und mit viel Engagement der teilnehmenden ErgotherapeutInnen aus der Praxis konnten umfangreiche empirische Daten mit relevanten Forschungsthemen erhoben werden. In zwei Befragungswellen wurden diese kategorisiert und konkretisiert.<sup>1</sup>

Der Einladung zur Präsentation der bisherigen Ergebnisse innerhalb eines Workshops folgten wiederum die teilnehmenden ErgotherapeutInnen aus der gesamten Bundesrepublik. Die Diskussion der Ergebnisse wurde gleichzeitig als dritte Erhebungswelle innerhalb von Arbeitsgruppen durchgeführt. Durch anregende und innovative Diskussionen konnten weitere Impulse für die Fortführung und Auswertung der Studie entwickelt werden. Neben den an der Studie beteiligten ErgotherapeutInnen waren auch VertreterInnen des Berufsverbandes der ErgotherapeutInnen (DVE e.V.) und der Vorsitzende des Schulverbandes der ErgotherapeutInnen (Verband der deutschen Ergotherapieschulen – VDES) anwesend. Beide Verbände zeigten ein großes Interesse an den Ergebnissen der Studie, die nicht nur einen aktuellen Ausschnitt der ergotherapeutischen Praxis widerspiegeln, sondern auch Entwicklungslinien für die Verbandsarbeit aufzeigen können.

Ergänzend zu dem Fokus, den die Delphi-Studie innerhalb des Workshops bildete, wurden zwei aktuelle Forschungsprojekte aus der Praxis vorgestellt. Hier wurden konkrete Möglichkeiten einer Praxisforschung aufgezeigt, die zu eigenen Projektüberlegungen der Teilnehmenden anregten. Den Nachmittag bildeten Angebote von Arbeitsgruppen, die sich inhaltlich direkt oder indirekt mit Forschung in der Ergotherapie beschäftigten.

Der Reader spiegelt die Neugierde und Kreativität wider, die an dem Tag bei den Teilnehmenden zu spüren waren und dient als Anregung für eine weitere Forschungsentwicklung in der Ergotherapie.

---

<sup>1</sup> An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei Simone Scheidner, Jens Lohmann und Markus Heper für ihre Unterstützung bei der Datenauswertung und –aufbereitung bedanken.

## Grußwort

**Maria Miesen,**

Stellv. Vorsitzende Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)

Liebe Frau Prof. Nauerth, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Frau Walkenhorst, liebe Studierende, auch ich möchte Sie im Namen des DVE recht herzlich begrüßen und freue mich, dass Sie so zahlreich der Einladung der Fachhochschule Bielefeld zu diesem Workshop gefolgt sind.

Die Ergotherapie hat begonnen sich in Deutschland an den Hochschulen zu etablieren und damit verbunden beginnt der Aufbau einer ergotherapeutischen Praxisforschung. Die Delphi-Studie zur „Erhebung des Forschungsbedarfes in der ergotherapeutischen Praxis“, die in enger Kooperation mit der beruflichen Praxis durchgeführt wird, schafft die Basis hierfür und die Fachhochschule Bielefeld leistet als Initiator dieser Studie wichtige Pionierarbeit. Aufgrund der großen Bedeutung unterstützt der DVE diese Studie ideell und verfolgt mit großem Interesse den weiteren Verlauf des Projektes.

Praxisorientierte Forschungsprojekte sind für die zukünftige Entwicklung der Ergotherapie, insbesondere vor dem Hintergrund der Gesundheitspolitik, von großer Bedeutung. Sie sind notwendig für die gesellschaftliche Legitimation unseres Berufes und die weitere Professionalisierung unseres Berufsstandes. Im Rahmen der Professionalisierung gehören Praxis und Wissenschaft zusammen und sollten von einander profitieren. Durch die Delphi-Studie der Fachhochschule Bielefeld ist dazu ein erster Schritt gemacht worden.

Ich bedanke mich ganz besonders bei den Kolleginnen und Kollegen, die die Studie durch ihre aktive Mitarbeit unterstützt haben und unterstützen und wünsche uns allen für den heutigen Tag nicht nur Informationen, sondern vor allem auch einen konstruktiven und befruchtenden Gedankenaustausch.

## Vortrag

# Forschung in der Ergotherapie – Ausgangssituation der Delphi-Studie

## Ursula Walkenhorst

Wir haben unser erstes Anschreiben an Sie mit den Worten begonnen: „Die Ergotherapie beginnt auch in Deutschland sich an Hochschulen zu etablieren. Damit verbunden wird der Bereich der ergotherapeutischen Forschung zunehmend aufgebaut. Dies wird zunächst vor allem Praxisforschung bedeuten.“

Diese Sätze machen zwar knapp, aber prägnant deutlich, welche historische Entwicklung im Moment in der Ergotherapie geschieht und welche hohe Bedeutung der Praxis zukommt. Historie bedeutet dabei sowohl in die Vergangenheit zu schauen als auch Zukünftiges in den Blick zu nehmen. Unser Blick ist bezogen auf die weitere Entwicklung der Ergotherapie mit viel Optimismus in die Zukunft gerichtet, gleichfalls müssen wir aber von den heutigen Fakten ausgehen, um nicht nur visionär, sondern auch ein Stück realistisch den zukünftigen Anforderungen und Bedarfen entgegenzugehen und diese zu gestalten.

Um uns dieser Thematik zu nähern, möchte ich, bevor wir Ihnen konkrete empirische Daten aus unserer Studie vorstellen, einführend auf folgende Themen<sup>2</sup> eingehen:

- a) Welche Bedeutung haben die Begriffe Akademisierung und Professionalisierung im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Forschung?
- b) Welches sind die Aufgaben und Ziele von Wissenschaft und Forschung?
- c) Was wird unter Praxisforschung als Ausgangspunkt einer ergotherapeutischen Forschung verstanden?
- d) Welche Inhalte und Fragen kennzeichnen die derzeitige ergotherapeutische Forschung?
- e) Wie kann eine Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis aussehen?

### a) Akademisierung und Professionalisierung

Die Entwicklung der Akademisierung in den Gesundheitsberufen in Deutschland begann in den 80er Jahren und orientierte sich an der Ausbildungssituation im europäischen Ausland und im angloamerikanischen Bereich.

---

<sup>2</sup> Der Beitrag ist in einigen Abschnitten für die Readerfassung inhaltlich erweitert worden.

Die Anhebung der Ausbildung auf Hochschulebene ist dafür ein entscheidendes Kriterium und mittlerweile ein zentrales Thema in der Bildungsdiskussion der Gesundheitsberufe (vgl. Nauerth 2003, Barre 2002 und Kälble 2003).

Dazu gibt es in Deutschland jetzt die ersten Entwicklungen durch den Aufbau von Bachelor-Studiengängen. Für die Ergotherapie existieren derzeit Angebote an den Fachhochschulen in Bielefeld, Hildesheim, Berlin und Osnabrück.

Die Ziele der Akademisierung sind insgesamt:

- a) eine internationale Vergleichbarkeit der Berufsabschlüsse herzustellen,
- b) die Erweiterung beruflicher Perspektiven anzubahnen,
- c) eine verbesserte Qualifizierung für bereits bestehende Aufgaben zu ermöglichen (einen Studiengang zu absolvieren kann zunächst einmal auch bedeuten, in die jetzige Praxis zurückzukehren und diese aus einer anderen - erweiterten - Perspektive wieder aufzunehmen),
- d) eine höhere Qualität der Leistungen im Gesundheitsbereich zu gewährleisten (diese Anforderung stellt sich insbesondere unter dem heutigen Druck des Effektivitäts- und Effizienznachweises),
- e) die Rahmenbedingungen für die beruflichen Entwicklungen zu verbessern.

Gleichzeitig wird im Zusammenhang mit der Akademisierung auch der Begriff der Professionalisierung verwendet. Die Begriffe ‚Profession‘ und ‚Professionalisierung‘ werden aktuell vielfältig bemüht und definiert. Das Konzept der Profession wurde erstmalig in den angloamerikanischen Sozialwissenschaften der 30er Jahre entwickelt. In die deutschsprachige Diskussion ist es in den 70er Jahren innerhalb der Berufssoziologie eingezogen (vgl. Albert 1998 und Weidner 1994). Da an dieser Stelle keine professionstheoretische Diskussion geführt werden soll, beziehe ich mich auf die zentralen Merkmale einer Profession, die im Vergleich der verschiedenen Ansätze einen gemeinsamen Konsens bilden (vgl. zu grundsätzlichen Professionalisierungsdiskussionen z.B. Schewior-Popp 1994, Albert 1998, Weidner 1994 und Zoege 2004).

Auf welchem Stand der Professionalisierung sich die Ergotherapie in Deutschland befindet, ist im Rahmen einer Diplomarbeit von Frau Eisenhut, Frau Jehn und Frau Fischer empirisch untersucht und diskutiert worden (Eisenhut 2002 und Eisenhut 2003). Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Ergotherapie derzeit den Stand einer „Semi-Profession“ hat, d.h. dass nicht alle Merkmale erfüllt sind, die für eine Profession notwendig sind. Der Beginn der Ausprägung einiger Merkmale ist jedoch bereits zu erkennen. Zentral für unsere Thematik ist das Ergebnis der Studie, das die „Verwissenschaftlichung der Berufsposition am schwächsten ausgeprägt (ist)“ (Eisenhut 2002, S. 84).

Von einer Profession spricht man in den merkmalsorientierten Ansätzen der Professionstheorie, wenn ein Beruf definierte Merkmale erfüllt<sup>3</sup>. Welche Merkmale lassen sich übergreifend für den Professionsstand eines Berufes untersuchen?

- a) spezialisiertes und systematisiertes Wissen, das in der Regel durch eine theoretisch-wissenschaftliche Ausbildung erworben wurde,
- b) Ausmaß an Handlungsautonomie – basierend auf einer Fachkompetenz und Fachautorität mit entsprechender Entscheidungsbefugnis,
- c) Vorhandensein eines Berufsethos und einer Berufsethik mit definierten Normen und Werten,
- d) Ausmaß des Sozialprestiges, das sich in Ansehen, gesellschaftlicher Wertschätzung, finanziellem Ausgleich und Aufstiegsmöglichkeiten zeigt,
- e) die Vertretung und Organisation der Berufsangehörigen in einem Berufsverband und in einem weiteren fortgeschrittenen Stadium auch die Einrichtung einer Kammer, die die Zugehörigkeit zu der Berufsgruppe reguliert.

Es handelt sich bei den genannten Merkmalen immer um die externen Merkmale einer Profession. Weidner (1994) schlägt in seinen Ausführungen eine Perspektivverschiebung zugunsten der Fokussierung interner Strukturen professionellen Handelns vor und untersucht dies professionssoziologisch für die Krankenpflege. Sein Denkansatz basiert dabei auf der Strukturlogik professionellen Handelns nach Oevermann (ebd., S. 59). Zentral ist in diesem Ansatz die Orientierung an dem Begriff der Handlungskompetenz als Ausgangspunkt für die Unterscheidung zwischen professionellem und laienhaftem Handeln. Mit diesem Ansatz hat sich die Pflege in ihrer professionstheoretischen Diskussion von den merkmalsorientierten Ansätzen gelöst und ein erweitertes Professionsverständnis entwickelt. Eine Diskussion dieses Ansatzes gilt es für die Ergotherapie noch zu führen. Interessant in der Betrachtung ist bei dieser erweiterten Professionsperspektive für die Ergotherapie insbesondere die Fokussierung der Handlungskompetenz des Therapeuten.

## **b) Aufgaben und Ziele von Wissenschaft und Forschung**

Ein zentrales Merkmal aller professionstheoretischen Ansätze ist die Erstellung systematisierten Wissens. Dieses ist wiederum gebunden an Forschung und Wissenschaft. Welche Aufgaben und Ziele haben Forschung und Wissenschaft? Damit komme ich zum zweiten Teil.

---

<sup>3</sup> Der merkmalsorientierte Ansatz ist der derzeit am häufigsten verwendete Ansatz in der Professionalisierungsdiskussion der therapeutischen Berufe. Weitere Ansätze, die sich in der Professionstheorie benennen lassen, sind z.B. prozessuale, funktionalistische, machttheoretische, feministische und systemische Ansätze (vgl. Albert 1998, S. 25ff) sowie der handlungstheoretische Ansatz bei Weidner (1994).



Zunächst sollen die Unterschiede zwischen praktischem Wissen und wissenschaftlichem Wissen skizziert und die Begriffe Forschung und Wissenschaft erläutert werden. Beide Wissenszweige (wissenschaftliches Wissen und praktisches Wissen) werden dabei in ihren prägnantesten Merkmalen gegenübergestellt wohl wissend, dass dies nicht in allen Merkmalen auf das jeweilige Feld zutrifft.

Wissenschaftliches Wissen	Praktisches Wissen
? Systematische und methodisch geleitete Sammlung und Auswertung von Informationen	? Subjektive und auf Erfahrungen basierende Sammlung und Auswertung von Informationen
? wissenschaftlich anerkannte Theorien	? private Theorien, die auf Erfahrungen, Beobachtungen und dem Austausch mit KollegInnen basieren
? Hinterfragen bestehender Lösungen	? Ausrichtung auf Problemlösungen
? Erklärungswissen / Begründungskompetenz	? Handlungswissen / Handlungskompetenz
? Relevanz logischer Überzeugungen	? Relevanz persönlicher Überzeugungen
? Benutzung einer wissenschaftlichen Sprache	? Benutzung einer klientenorientierten Sprache / fachspezifischen Sprache
? generalisierendes und objektives Denken	? individuelles und subjektives Denken z.T. basierend auf objektiven Wissensbeständen
? Konditionalwissen	? Rezeptwissen
? Distanz zum Feld	? direkter Kontakt zum Feld

Abb. 1: Unterschiede zwischen praktischem und wissenschaftlichem Wissen

Die Tabelle macht deutlich, dass die Herangehensweise an und die Betrachtung von Phänomenen unterschiedlich sind und zu verschiedenen Konstruktionen eines Gegenstandes führen. Die Kombination kann zu einer ganzheitlichen und effektiven Arbeit führen, da beide Wissenskörper letztlich voneinander abhängig sind. Die Problematik besteht häufig in der gegenseitigen Bewertung des jeweiligen Handelns und Denkens. So wird zuweilen die praktische Perspektive auf einen Gegenstand aus wissenschaftlicher Sicht als naiv und subjektiv bewertet, die PraktikerInnen wiederum sehen in der wissenschaftlichen Perspektive eine distanzierte und wenig praxisnahe und relevante Vorgehensweise. Moser weist darauf hin, dass es keine Schwelle gibt, an der die Aufschrift steht „Hier beginnt die Wissenschaft!“ (Moser 2003, S. 12). Er vertritt die Auffassung, dass professionelle Praxis und Wissenschaft gesellschaftliche Systeme darstellen, die die Gesellschaft aus unterschiedlichen Perspektiven beobachten. Dabei bearbeitet jedes System ein spezifisches Problem und trifft eine „Leitunterscheidung“ (ebd., S. 12), an der sich die Kommunikation des Systems unterscheidet.

Zum jetzigen Zeitpunkt, der den Beginn einer Entwicklung von Forschung und Wissenschaft im ergotherapeutischen Feld bedeutet, ist es unerlässlich, diese gegenseitigen Bilder zu kommunizieren und den jeweiligen Unterschied und Gewinn zu erkennen. Dies ist insbesondere dann relevant, wenn die Bachelor-AbsolventInnen wieder in das praktische Feld zurückkehren und ihre nunmehr erweiterte Perspektive, ihre möglicherweise veränderte Kommunikation und ihre Begründungskompetenz einbringen.

### Was meinen nun die Begriffe ‚Forschung‘ und ‚Wissenschaft‘?

Unter dem Wissenschaftsbegriff versteht man alle Aktivitäten, die einerseits auf die Gewinnung von Erkenntnissen abzielen und andererseits die Gesamtheit der Erkenntnisse, die gewonnen werden, beinhalten (vgl. Mayer 2002). Ziel der Wissenschaft ist es letztendlich, neues Wissen zu produzieren bzw. vorhandenes erkennbar zu machen und hervorzuheben, Phänomene zu verstehen, zu beweisen ggf. vorherzusagen oder auch zu verändern. Um dieses Ziel zu erreichen, bedient sie sich der Forschung. Forschung ist ein Mittel, um zu Erkenntnissen zu gelangen. Sie geht dabei systematisch und geplant vor. Mittlerweile gibt es viele wissenschaftliche Methoden zur Datenerhebung. Eine mögliche Methode ist z.B. die Delphi-Methode, die wir für unser Forschungsvorgehen gewählt haben.

Der Aufbau einer neuen Disziplin innerhalb der Wissenschaft erfordert einerseits die Beschäftigung mit grundlegenden Themen, Theorien und Begrifflichkeiten, der so genannten Grundlagenforschung, und andererseits mit konkreten und praktischen Fragen und Themen, der so genannten anwendungsorientierten Forschung. Die Grundlagenforschung bildet dabei die wissenschaftliche Fundierung im Sinne eines eigenen „body of knowledge“, während die anwendungsorientierte Forschung die Lösung und Bewältigung von Praxisproblemen in den Blick nimmt. Die derzeitige beginnende Etablierung der Bachelor-Studiengänge im Fachhochschulbereich forciert die anwendungsorientierte Forschung. Ein Fokus innerhalb einer anwendungsbezogenen Forschung in der Pflege wird z.B. auch in der Entwicklung von Instrumenten zur Evaluation oder zum Assessment gesehen (vgl. Schaeffer 2002)<sup>4</sup>. Dennoch ist es wichtig, auch Themen zu entwickeln und Diskussionen innerhalb der Grundlagenforschung zu führen, um sich an dem theoretischen Diskurs mit anderen Bezugswissenschaften zu beteiligen.

### c) **Praxisforschung**

Um einer Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis entgegenzuwirken ist es notwendig, von Anfang an Forschung in und mit der Praxis zu gestalten. Forschung kann einen sinnvollen Beitrag zur Praxis leisten, wenn es ihr u.a. gelingt, dass implizite Wissen der Praxis sichtbar zu machen und zu beschreiben (vgl. Kirkevold 2002).

---

<sup>4</sup> Auch in der Ergotherapie gibt es dazu erste Ansätze in der Forschung (vgl. Voigt-Radloff 2002).

Diese Forschungsvorgehensweise ist bei der Entwicklung einer Pflegeforschung bereits berücksichtigt worden (vgl. Nauerth 2000). Dabei werden die Vorteile einer Praxisforschung u.a. in folgenden Aspekten gesehen (Kirkevold 2002, S. 73):

- a) sie legitimiert die Praxis bzw. macht die Legitimation für die existierende Praxis sichtbar,
- b) sie schafft eine Grundlage für die Reflexion der existierenden Praxis,
- c) sie ist ein Ausgangspunkt für Veränderungen durch die Erkenntnis neuer Handlungsmöglichkeiten,
- d) sie gibt einen Einblick in die Patientenperspektive und ermöglicht deren Berücksichtigung im professionellen Handeln.

Praxisforschung in den Gesundheitsberufen beinhaltet methodisch sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Forschungsvorgehensweise. Zum jetzigen Zeitpunkt liegt der Schwerpunkt primär auf der detaillierten Beschreibung von Phänomenen und deren Interpretationen, da es wenig empirisch gesättigte Theorien gibt. Eine Theorieentwicklung steht in den therapeutischen Berufen noch an. Die Varianten einer Theorieentwicklung und deren Konsequenzen für den Forschungsbereich müssen innerhalb einer wissenschaftstheoretischen Diskussion gedacht werden. Dies würde heute den Rahmen und den Fokus der Veranstaltung überschreiten.

Der Bereich der Praxisforschung ist für den Beginn einer ergotherapeutischen Forschung grundlegend. Den Begriff ‚Praxisforschung‘ gilt es jedoch noch einmal näher zu betrachten, da er unterschiedlich verwendet wird. So wird zum Teil kritisiert, dass der Begriff zu einheitlich für unterschiedliche Forschungstypen, nämlich anwendungsorientierte Forschung, Entwicklung und Evaluation verwendet wird (vgl. Schaeffer 2002). Praxisforschung meint nach Ansicht von Schaeffer zunächst einmal faktisch Auftragsforschung (ebd. 2002, S. 79).

Der Begriff der Praxisforschung wird in der allgemeinen Diskussion in unterschiedlichen Bedeutungen verwendet. Den nach Sommerfeld im Folgenden genannten Bedeutungen liegt die Anwendungsorientierung des gewonnenen Wissens, die gemeinsame Zielsetzung einer verbesserten Praxis, der Wunsch, die Lücke zwischen Wissenschaft und Praxis zu verringern und letztlich Wissen in personenbezogenen sozialen Dienstleistungen zu reflektieren, zugrunde (vgl. Sommerfeld 2003). Nach Sommerfeld lässt sich Praxisforschung in folgenden Bedeutungen unterscheiden:

1. Erforschung der maßgeblichen Strukturen und Prozesse einer gesellschaftlichen Praxis,
2. Forschungsleistungen, die von Praxisangehörigen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Praxis erbracht werden - im Fokus stehen die Interessen der KlientInnen,
3. Forschungsmethodischer Ansatz, der die Veränderung der Praxis im Forschungsprozess als Erkenntnisinteresse setzt und sich aus der ‚Handlungs- oder Aktionsforschung‘ bzw. der amerikanischen ‚Action Science‘ entwickelt hat.

Sommerfeld schlägt dabei vor, diese Bedeutungen zu synthetisieren und entwickelt eine Konzeption der „kooperativen Praxisentwicklung“ für den Bereich der Sozialen Arbeit (Sommerfeld 2000, S. 232). Gemeint ist damit ein Ansatz, der voraussetzt, dass die jeweiligen Akteure aus Wissenschaft und Praxis als Träger je unterschiedlicher Wissensformen und Wissenskulturen in einem konkreten kooperativen Problemlösungsprozess zeitlich begrenzt zusammenarbeiten. Die entwickelten Erkenntnisse werden jeweils wieder in das eigene System zurückgeführt. Ziel ist es, die unmittelbare Problemlösungskapazität der Praxis zu steigern bzw. Impulse für die weitere Wissensproduktion zu liefern. Andere Modelle der Unterscheidung werden von Heiner (1988) und Moser (1995) vorgeschlagen.

#### **d) Stand und Perspektiven einer ergotherapeutischen Forschung -**

Nach den verschiedenen theoretischen Ausführungen, die die Grundlage unserer Untersuchung bildeten, soll jetzt konkret auf den gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Stand der Ergotherapie geblickt werden.

Die Ergotherapie ist neben ihrer beginnenden Entwicklung im Forschungs- und Wissenschaftsbereich aktuell besonders durch die Veränderungen im Gesundheitswesen geprägt. Diese sind im Moment unübersehbar und treffen alle Gesundheitsberufe gleichermaßen: der steigende Kostendruck, der zu kürzeren Behandlungszeiten führt, sowie die Reduzierung von Stellen insbesondere im stationären Bereich sind nur zwei Merkmale. Diese Veränderungen führen dazu, dass alle Berufe und für uns besonders relevant, die Ergotherapie, aufgefordert sind, ihre Effektivität und ihre Effizienz nachzuweisen. Diese Nachweise liegen zum jetzigen Zeitpunkt für die Ergotherapie nur in wenigen Studien vor und sowohl das Forschungsdesign als auch die Ergebnisse werden zum Teil sehr kontrovers diskutiert.<sup>5</sup>

Derzeit existiert noch keine genaue Erfassung aller Wirksamkeitsstudien, da sie in der Regel nicht von Ergotherapeuten durchgeführt werden. Die Ergebnisse liegen auch nur in wenigen Fällen bereits konkret vor (hier sei auf die noch folgenden Präsentationen der Studien innerhalb unseres Workshops verwiesen).

Nichtsdestotrotz steigen der Bedarf und die Nachfrage nach qualifizierten und empirisch nachgewiesenen Behandlungsverfahren etc. an. Langfristig werden die Berufe Bestand haben, deren Gegenstand und Aufgabengebiet klar definiert und erkennbar ist und die in ihren Vorgehensweisen wissenschaftlich gesicherte Ergebnisse im Sinne einer Evidenzbasierung haben und auch Theorien vorweisen können.

---

<sup>5</sup> Aktuelle Studien aus dem psychiatrischen Bereich finden sich z.B. bei Reuster, T. 2002

### Was kennzeichnet die derzeitige ergotherapeutische Forschung?

Zum jetzigen Zeitpunkt, da die Forschung am Anfang steht, sind Ergotherapeuten zunächst schwerpunktmäßig noch als Mitbeteiligte in den Studien anzutreffen. So hat eine Analyse der Fachzeitschrift „Ergotherapie – Zeitschrift für angewandte Wissenschaft“ ergeben, dass 80% der Artikel und der dargestellten Studien von Psychologen oder angrenzenden Berufsgruppen durchgeführt wurde. Daher findet zwar aktuell eine Forschung über Ergotherapie statt, aber weniger eine Forschung mit und von ErgotherapeutInnen selber. Ein im November 2003 erschienenes Heft befasst sich explizit mit den zukünftigen Herausforderungen an die Ergotherapeuten in Deutschland und im angrenzenden deutschsprachigen Ausland. Auch hier wird die Notwendigkeit betont, ergotherapeutische Forschung von ErgotherapeutInnen bzw. mit der gemeinsamen Expertise von ErgotherapeutInnen, durchzuführen (vgl. Aegler 2003).

Auffällig ist, dass sich die nachzulesenden Studienergebnisse zu einem großen Anteil im psychiatrischen Rahmen finden lassen, was auch unsere Referenten heute bestätigen. Dies lässt sich sicherlich zum Teil aus der Geschichte der Ergotherapie begründen.

### Wo finden Forschungsbemühungen statt und welche Themen stehen im Vordergrund?

Eine Analyse der bisher verfassten Bachelorarbeiten an den Fachhochschulen hat eine breite Palette an Themenstellungen deutlich gemacht, die die Vielfalt und den großen Bedarf an empirischen Daten verdeutlicht, im Moment aber noch keine Systematik erkennen lässt. Im vergangenen Jahr haben sich die Fachhochschulen, die Studiengänge in den Gesundheitsberufen anbieten, im Rahmen einer hochschulinternen Befragung über ihre aktuellen Forschungsthemen ausgetauscht und den Aufbau einer Datenbank überlegt. All dies sind Ansätze, die nicht nur die Notwendigkeit verdeutlichen, dies zu tun, sondern auch die Energie deutlich machen, die aktuell in den Aufbau einer Forschung in den Gesundheitsberufen fließt. Dabei wird sowohl in der Zusammenarbeit der Fachhochschulen als auch in der praktischen Forschungslandschaft in den Institutionen die Bildung von Netzwerken eine zentrale Rolle spielen, um unökonomisches Handeln zu vermeiden und voneinander zu profitieren<sup>6</sup>. Interessant ist in dem Zusammenhang, dass im Sommer 2004 beginnende Projekt ECOTROS (European Cooperation in Occupational Therapy and Occupational Science), in dem ErgotherapeutInnen, die in Europa in Forschungsprojekten tätig sind, per Internet miteinander kommunizieren sollen<sup>7</sup>.

Die Perspektiven und Chancen einer ergotherapeutischen Forschung und insbesondere einer empirischen Forschung können somit in folgenden Momenten liegen:

---

6 Auch hier sei noch einmal auf die Studie von Eisenhut et al. verwiesen, die als erste Schritte auf dem Weg zu einer weiteren Professionalisierung u.a. die Gründung eines Forschungsinstitutes und die Vernetzung der Fachhochschulen und Kliniken vorschlagen (Eisenhut 2002, S. 87).

7 vgl. Voigt-Radloff 2004, S. 18

- a) wissenschaftlich belegbare Nachweise zu erbringen, die aktuell erforderlich sind, um die Effektivität von Ergotherapie zu verdeutlichen,
- b) die bestehende ergotherapeutische Praxis zu reflektieren, zu hinterfragen und ggf. veränderte Handlungsstrukturen zu entwickeln,
- c) den Gegenstand der Ergotherapie zu definieren und die Relevanz der Ergotherapie erkennbar zu machen (auch die Verständigung über den Begriff ‚Betätigung‘ innerhalb verschiedener Diskussionsgruppen bedarf noch einer Konkretisierung sowohl innerhalb der Fachöffentlichkeit als auch im Gesundheitswesen insgesamt),
- d) Modelle und Theorien, die aktuell aus dem angelsächsischen Raum kommen, vor dem Hintergrund des deutschen Gesundheitswesens zu überprüfen,
- e) Qualitätsmerkmale einer ergotherapeutischen Behandlung sichtbar zu machen,
- f) wissenschaftlich belegte Fakten für ergotherapeutisches Handeln in interdisziplinäre Diskussionen einzubringen (evidenz-basierte-Praxis).

Um diese Kriterien zu erfüllen, kann die ergotherapeutische Praxis die Strukturen und Kompetenzen aus dem Wissenschafts- und Forschungsbereich nutzen, die die dahinter stehenden Anforderungen als Teil ihres Aufgabengebietes verstehen.

#### e) Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis

Wenn die aktuelle Forschung schwerpunktmäßig ‚Praxisforschung‘ im oben beschriebenen Sinne ist, ist es notwendig zu zeigen, welche Elemente eine Kooperation zwischen Praxis und Wissenschaft zum jetzigen Zeitpunkt kennzeichnen. Dies soll nunmehr in dem letzten Teil meiner Ausführungen geschehen.

- Die Praxis zeigt Fragestellungen auf und richtet diese an wissenschaftliche Einrichtungen, um mit ihnen Lösungen zu finden, die fundiert (bestenfalls evidenzbasiert) sind.
- Die PraktikerInnen entwickeln Forschungsideen und beteiligen sich an den von ihnen initiierten Studien oder führen diese selber durch.
- Die PraktikerInnen sind ExpertInnen für die Interaktionen mit dem Patienten / System und bringen ihr implizites und explizites Wissen ein.
- Die Forschung findet direkt in der Praxis statt und die WissenschaftlerInnen lassen sich auf die Probleme und Perspektive des Praxisfeldes ein.
- Die WissenschaftlerInnen stellen ihre Zeit und ihr methodisches Wissen zur Verfügung, um anerkannte Studien durchzuführen.
- Die Wissenschaft erkennt Bedarfe in der Praxis und greift diese innerhalb der Studiengänge auf.

Diese innerhalb des Vortrages benannten Momente waren die Ausgangssituation für die von uns mit Ihnen durchgeführte Studie und wir möchten Ihnen in dem nächsten Vortrag

aufzeigen, wie wir vorgegangen sind und welche ersten Ergebnisse Ihr Engagement an unserer Praxisstudie ergeben hat.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Referentin:

Dipl. Päd. Ursula Walkenhorst,  
Fachhochschule Bielefeld

Kontaktadresse:

FH Bielefeld  
Am Stadtholz 24  
33609 Bielefeld

Email [ursula.walkenhorst@fh-bielefeld.de](mailto:ursula.walkenhorst@fh-bielefeld.de)

**Literaturhinweise:**

**Aegler, B.** (2003). Zukünftige Herausforderungen der ergotherapeutischen Berufsentwicklung in Österreich, der Schweiz und Deutschland. In: Ergotherapie – Zeitschrift für angewandte Wissenschaft, 4. Jg., Heft 2, Nov./Dez. 2003, S. 3-5.

**Albert, M.** (1998). Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung. – Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge „Pflegedienstleitung/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“ an der Katholischen Fachhochschule Freiburg. Dissertation an der KFH Freiburg.

**Barre, F.** (2002). Neue Anforderungen, neues Profil: Die Deutschen auf dem Weg zur Professionalisierung. In: AGMTG (2002). Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe – hat die Zukunft schon begonnen? Symposium der Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG) am 20. November 2001 in Bonn.

**Eisenhut, H.** et al. (2003): Deutsche Ergotherapie – eine Profession? In: praxis Ergotherapie, Jg. 16, Heft 1, 2/03, S. 25-28.

**Eisenhut, H.** (2002): Auf welchem Stand der Ergotherapie befindet sich die deutsche Ergotherapie derzeit? Gegenwärtige und zukünftige Entwicklungen. In: Ergotherapie – Zeitschrift für angewandte Wissenschaft. Jg. 3, Heft 2, Nov. / Dez. 2002, S. 79-89.

**Heiner, M.** (Hrsg.) (1988). Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus Verlag.

**Kirkevold, M.** (2002). Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Bern: Hans Huber Verlag.

**Mayer, H.** (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas Verlag.

**Moser, H.** (2003). Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Pädagogische Hochschule Zürich: Verlag Pestalozzianum.

**Moser, H.** (1995). Grundlagen der Praxisforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

**Kälble, K.** (2003). Professionalisierung durch Akademisierung. Hochschulpolitische Bedingungen und neue Entwicklungen im Bereich der (therapeutischen) Gesundheitsberufe. In: Nauerth, A., Walkenhorst, U., Klemme, B. (2003). Die Zukunft der therapeutischen Berufe. Fachhochschule Bielefeld Workshop-Reader, Nr. 14, S. 28 – 50.

**Nauerth, A. et al.** (2003). Die Zukunft der therapeutischen Berufe. Workshop Reader Nr. 14. Fachhochschule Bielefeld.

**Nauerth, A.** (2000). Praxisforschung. In: Rennen-Allhoff, B. und Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 771-817.

**Reuster, T. und Bach, O.** (2002). Ergotherapie und Psychiatrie. Perspektiven aktueller Forschung. Stuttgart: Thieme Verlag.

**Schaeffer, D.** (2002). Pflegeforschung: aktuelle Entwicklungstendenzen und –herausforderungen. In: Pflege & Gesellschaft. 7. Jg., 3/2002, S. 73-79.

**Schewior-Popp, S.** (1994). Krankengymnastik und Ergotherapie. Eine exemplarische Studie zur Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

**Sommerfeld, P.** (2003). Praxisforschung. In: Carigiet, E. et al. (Hrsg.) (2003). Wörterbuch der Sozialpolitik. Zürich: Rotpunktverlag. Abrufbar unter:  
<http://www.socialinfo.ch/cgi-in/dicopossode/show.cfm?id=473>.



**Sommerfeld, P.** (2000). Forschung und Entwicklung als Schnittstelle zwischen Disziplin und Profession. In: Homfeldt, H.-G., Schulze-Krüdener, J. (Hrsg.). Wissen und Nichtwissen. Herausforderungen für Soziale Arbeit in der Wissensgesellschaft. Weinheim: Juventa, S. 221-236.

**Voigt-Radloff, S.** und **Schochat, T.** (2002). Das ergotherapeutische Assessment –Theorie, Testgüte, Qualitätsmanagement und Outcome-Forschung. In: Ergotherapie – Praxis für angewandte Forschung, Jg.3, Heft 2, November/Dezember 2002, S. 49-57.

**Voigt-Radloff, S.** (2004). Evidenz und Qualitätsmanagement –Ergotherapeutische Forschungs- und Entwicklungsaufgaben bei knappen Ressourcen. In: Ergotherapie – Zeitschrift für angewandte Wissenschaft, Jg. 5, Heft 1, April/ Mai 2004, S. 11-20.

**Weidner, F.** (1994). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt: Mabuse Verlag.

**Zoege, M.** (2004). Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung. Bern, Göttingen: Hans Huber Verlag.

## Vortrag

# Delphi-Studie „Forschungsbedarf in der ergotherapeutischen Praxis“

Dr. Annette Nauerth, Ursula Walkenhorst<sup>8</sup>

### 1. Forschung in der Ergotherapie am Beginn der Entwicklung

Bisher gibt es in Deutschland, wie wir soeben gehört haben, wenig Forschung aus der Ergotherapie für die Ergotherapie. Stattdessen wird gelegentlich über die Ergotherapie geforscht. Mit der Etablierung von Studiengängen wird sich dies ändern. Dann wird auch im Bereich der Ergotherapie eine eigene Forschung entwickelt werden. Allerdings wird es noch einige Zeit dauern, bis sich eine ausgedehnte Forschungstätigkeit zeigen wird, denn die Aufbauarbeit von Studiengängen an Fachhochschulen lässt zunächst alle Energie in die Arbeit an den Studiengängen fließen. Dass Forschung an Fachhochschulen strukturell gegenüber Universitäten im Nachteil ist, verstärkt diese Entwicklung natürlich noch einmal in erheblichem Umfang.

Gleichwohl ist es an der Zeit, über Strukturprinzipien zukünftiger Ergotherapieforschung bereits heute nachzudenken. Vor allem zwei Prinzipien scheinen unverzichtbar:

#### a) Forschung sollte für die Praxis relevant sein

Forschung kann aus unterschiedlichen Perspektiven geschehen. Da Ergotherapie eine Praxisdisziplin ist, sollte Forschung einen Beitrag leisten, der für die Praxis der Ergotherapie relevant ist. Dies gelingt am besten, wenn Forschungsthemen aus der Praxis aufgegriffen werden und eine Lösung für Praxisprobleme bereitgestellt werden kann. Damit wollen wir nicht sagen, dass Grundlagenforschung grundsätzlich nachrangig zu behandeln wäre, jedoch kann die Ergotherapie sich zur Zeit keinen „Elfenbeinturm“ leisten.

#### b) Forschung sollte in Kooperation mit der Praxis geschehen

Forschung sollte jedoch nicht nur die Themen der Praxis aufgreifen und Lösungen für Praxisprobleme suchen, sondern Forschungsprojekte sollten in und mit der Praxis gemeinsam entwickelt und durchgeführt werden. Ein solches Vorgehen sichert das Interesse an Forschung in der Praxis und erleichtert so den Transfer von Forschungsergebnissen in die berufliche Praxis. Darüber hinaus bewirkt eine enge Zusam-

---

<sup>8</sup> Der folgende Vortrag wurde von A. Nauerth und U. Walkenhorst erarbeitet und im Rahmen des Workshops von A. Nauerth vorgetragen.

menarbeit somit die Möglichkeit eines evidenz-basierten Vorgehens in der Praxis und sichert andererseits der Ergotherapie die Akzeptanz im wissenschaftlich medizinischen Umfeld wie auch langfristig die Existenzgrundlage.

Um also zu einer Vernetzung von Praxis und Forschungslandschaft beizutragen, bedarf es einer ersten Analyse möglicher Forschungsthemen und Problemlagen, die für die Praktiker vor Ort relevant sind. Aus diesem Grund wurde eine Delphi-Studie initiiert, die sich diesem Thema widmet.

## 2. Befragung der Praxis

### 2.1 Das Instrument „Delphi-Studie“

Eine Delphi-Befragung ist „eine Methode für die systematische Sammlung von Urteilen zu einem bestimmten Gegenstand mit Hilfe einer sorgfältig designten, wiederholten Fragebogenaktion, in die zusammengefasste Informationen und Feedback über die Meinungen der anderen Teilnehmer eingestreut werden“ (Murry und Hammons 1995, zitiert nach Häder 2002, S.120). Eine Delphi-Studie ist also eine Möglichkeit, mit Experten der Praxis zu zukünftigen Entwicklungen ins Gespräch zu kommen. Da stellt sich die Frage: Was ist daran wissenschaftlich? Den Schlüssel liefern die kleinen Adjektive: systematisch und sorgfältig. Wenn außerdem noch die Wörtchen „nachvollziehbar“ und „von anderen überprüfbar“ hinzugefügt werden, sind so wesentliche Kriterien zusammen, die nach allgemeinem Verständnis Wissenschaftlichkeit garantieren. Nach Sichtung der unterschiedlichen Arten von Delphi-Studien haben wir uns für ein klassisches Design entschieden.

Unsere Studie kombinierte die Befragung von Experten mit einem Konsensprozess zu wesentlichen Fragen und verlief in folgenden Phasen:

1. Runde: Befragung von Experten mittels Fragebogen,
2. Runde: Rückmeldung der Ergebnisse der ersten Runde und Durchführung einer erneuten Befragungsrunde,
3. Runde: Expertendiskussion der bisherigen Ergebnisse,
4. Runde: (steht noch aus) evtl. Befragung der Experten zu den erreichten Ergebnissen.

### 2.2 Durchführung

Zunächst wurde das Thema festgelegt und ein kurzer Fragebogen entwickelt, der sowohl Fragen zur Person als auch inhaltliche Fragen miteinander verband (siehe Anlage). Zusätzlich wurden die zugehörigen Schreiben entwickelt: Anschreiben, Infoblatt mit Erklärung der Studie und Datenschutzerklärung sowie Rückmeldung mit Anschrift für die nächste Runde.

Das komplette Materialpaket wurde dann einem Pretest unterworfen. Ausgewählte Experten wurden angeschrieben mit der Bitte, die Materialien zu lesen, probenhalber auszufüllen und Schwierigkeiten zu benennen sowie Veränderungsvorschläge zu machen. Diese Vorschläge wurden eingearbeitet und erst dann die endgültigen Materialien versandt, die Sie alle erhalten haben.

Bei unserer Versendung haben wir auf Adressen des Berufsverbandes zurückgegriffen, die ein Kriterium erfüllten: Zugehörigkeit von mehr als drei Jahren zum Berufsverband. Auf diese Weise wollten wir sicherstellen, dass Erfahrung und Expertise im Beruf bestand. Insgesamt haben wir 1500 solcher Praxisexperten angeschrieben und 119 Fragebögen zurückerhalten, die wir in die Auswertung übernehmen konnten.

Nach Trennung von personenbezogenen Daten und Fragebogen, wurden die Adressen der Teilnehmer festgehalten, um die zweite Runde durchführen zu können.

Die soziodemographischen Daten zur Stichprobe wurden mit dem Softwareprogramm SPSS ausgewertet. Alle Antworten auf die inhaltlichen Fragen wurden in den PC eingegeben und dazu eine Excel-Tabelle angelegt. Die Hauptarbeit bestand in einer Auswertung dieser Daten mit dem Ziel, ein Kategoriensystem zu erstellen. Das so entwickelte Kategoriensystem mit seiner Struktur und den Ober- und Unterpunkten stellte schließlich den Ausgangspunkt für die zweite Befragungsrunde dar. Das Kategoriensystem mit den verschiedenen Überschriften wurde den Experten vorgelegt mit der Bitte, eine Einschätzung der Themen nach deren Wichtigkeit vorzunehmen.

In der zweiten Befragungsrunde wurden 119 Fragebögen verschickt. Es erfolgte ein Rücklauf von 90 Fragebögen. Wir haben dann die Punktzahlen der verschiedenen Forschungsthemen ausgezählt und können nun die von Ihnen vorgenommene Beurteilung in diesem Workshop präsentieren.

Innerhalb dieses Workshops, der sozusagen die 3. Runde der Studie darstellt, sollen die bisher erreichten Ergebnisse diskutiert und weiterentwickelt werden. Vom Ergebnis des Workshops wird es abhängen, ob eine vierte Klärungsstufe vonnöten ist, in der die erreichten Ergebnisse unabhängigen Experten zur Kommentierung vorgelegt werden.

## 2.3 Ergebnisse

### 2.3.1 Soziodemographische Daten:

An der Studie beteiligten sich 119 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Davon waren 21,9% männlich und 78,1% weiblich. 27,2% waren zwischen 20 und 30 Jahre, 33,0% zwischen 31 und 40 Jahre, 30,1% zwischen 41 und 50 und 9,3% über 50 Jahre alt.

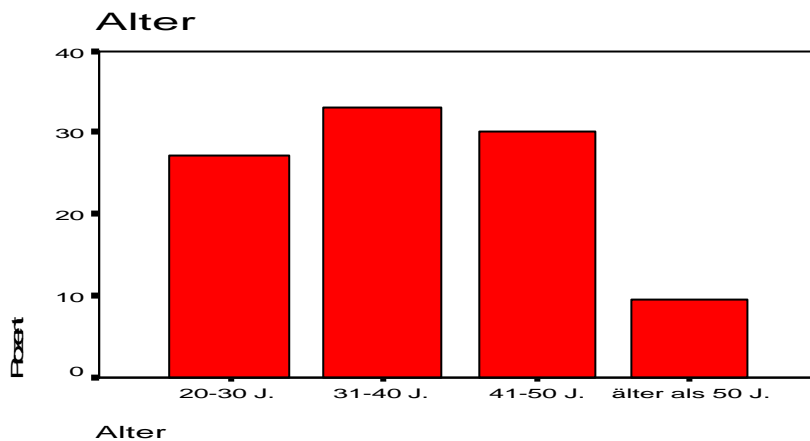


Abb. 1: Alter der StudienteilnehmerInnen

Die StudienteilnehmerInnen sind zu über 24% mehr als drei Jahre im Beruf tätig, zu über 50% sind zwischen ein und sieben Jahren im Beruf tätig und mehr als 30% sind mehr als 12 Jahre im Beruf.

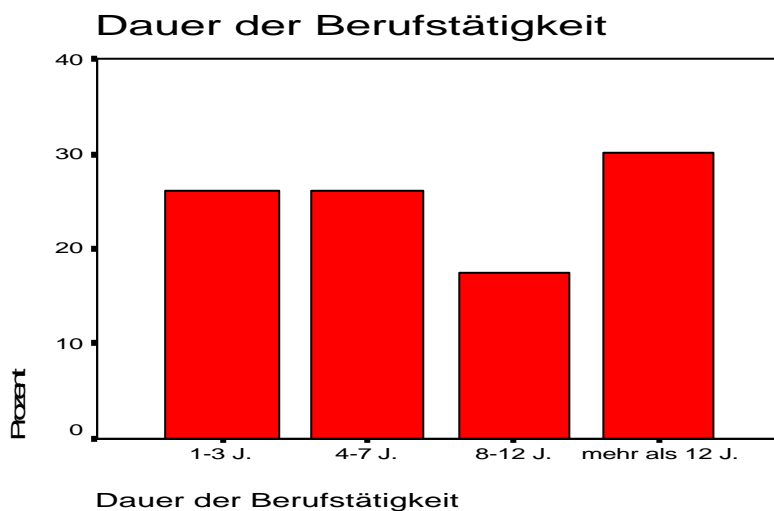


Abb. 2: Dauer der Berufstätigkeit der StudienteilnehmerInnen in Jahren

Alle Bundesländer bis auf Bremen und Mecklenburg-Vorpommern sind vertreten, mit einem Schwerpunkt auf Nordrhein-Westfalen.

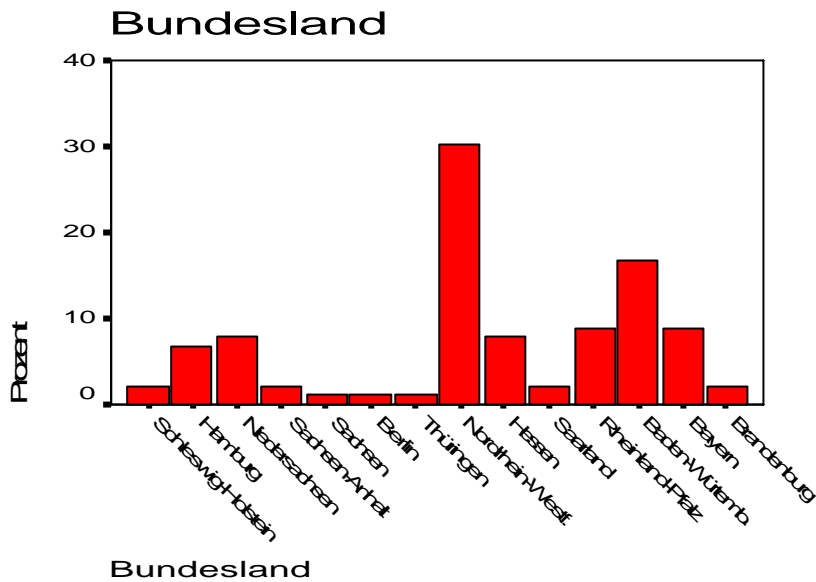


Abb. 3: Bundesländer aus denen die StudienteilnehmerInnen stammen

67% der TeilnehmerInnen arbeiten in privaten Einrichtungen, 33% in öffentlichen Einrichtungen. 11,4% der StudienteilnehmerInnen hat Auslandserfahrungen im Bereich der Ergotherapie.

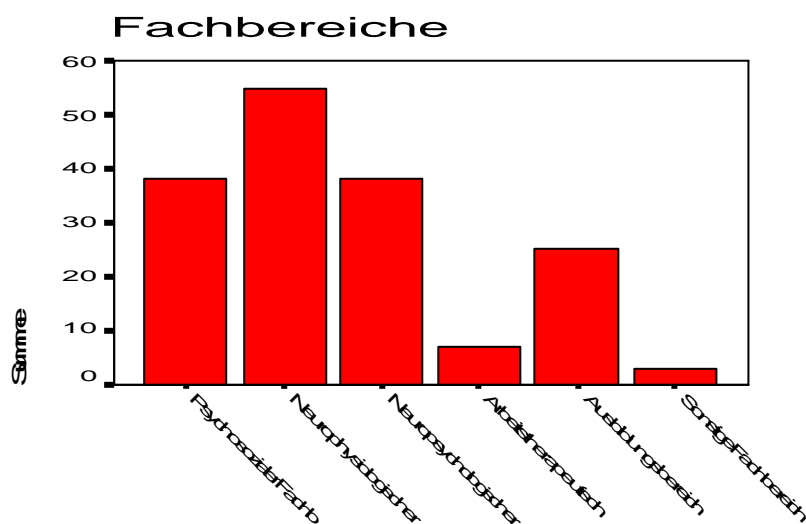


Abb. 4: Fachbereiche aus denen die StudienteilnehmerInnen stammen

In Bezug auf die verschiedenen Arbeitsbereiche/Fachbereiche zeigt sich die folgende Verteilung: Der Neurophysiologische Bereich ist mit mehr als 55 Nennungen (mehr als 50%) am stärksten vertreten, es folgen der Psychosoziale und Neuropsychologische Fachbereich mit jeweils 38 Nennungen, der Ausbildungsbereich mit 25 und der arbeitstherapeutische Fachbereich mit 7 Nennungen.

## Arbeitsinstitutionen

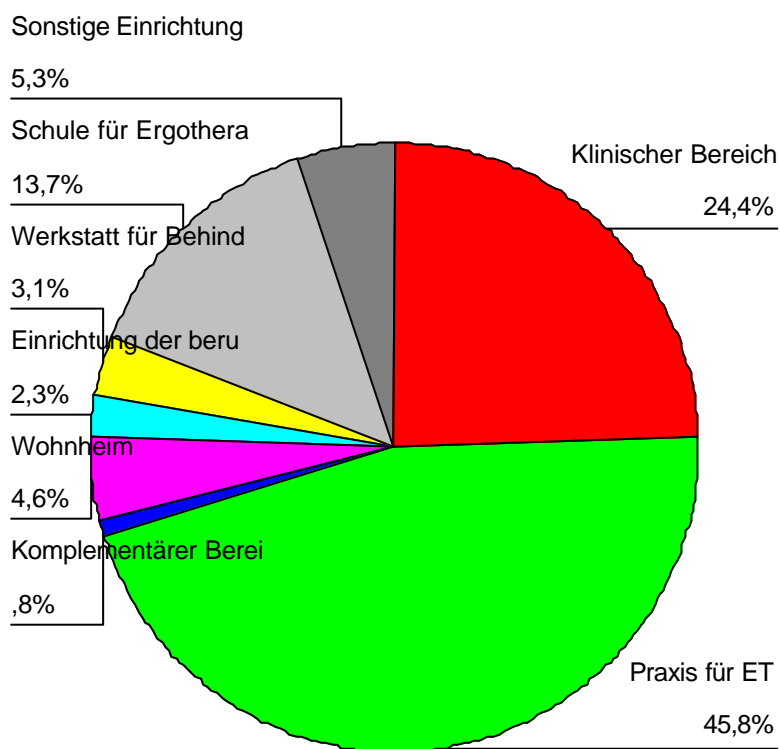


Abb. 5: Arbeitsinstitutionen in denen StudienteilnehmerInnen arbeiten

Die überwiegende Mehrheit (60 Nennungen von 107) der TeilnehmerInnen arbeitet in einer Praxis für Ergotherapie, der klinische Bereich ist mit 32 Nennungen vertreten, es folgen die Schule für Ergotherapie (18 Nennungen), das Wohnheim (6 Nennungen) etc. Wir erhoben auch, ob schon eine Beschäftigung mit ergotherapeutischer Forschung stattgefunden hat. 46,2% bejahen diese Frage, 53,8% verneinen sie, 21,9% waren überhaupt schon an Forschungsprojekten beteiligt, 15% der TeilnehmerInnen waren schon an ergotherapeutischen Forschungsprojekten beteiligt. 44,1% haben schon mit Forschungsergebnissen im beruflichen Alltag gearbeitet.

### 2.3.2 Forschungsbereiche aus der Sicht der Praxis – Ergebnisse der ersten Runde

Wir haben in der ersten Auswertung eine Kategorisierung der Antworten vorgenommen und ein mehrschichtiges Kategoriensystem entwickelt.

Wir nahmen eine Unterteilung auf 4 Ebenen vor, die im Folgenden bezeichnet werden als :

- Oberkategorie, 1. Ebene,
- Kategorie, 2. Ebene,
- Unterkategorie, 3. Ebene,
- Feinkategorie, 4. Ebene.

Die entwickelten Oberkategorien sind die folgenden:

1. Patient im Zentrum,
2. Therapie im Zentrum,
3. Therapeut im Zentrum,
4. Position der Ergotherapie in der Gesellschaft,
5. Wissenschaft der Ergotherapie,
6. Bildungsforschung,
7. Forschung über Forschung.

Wohl gemerkt, dies beansprucht nicht, ein komplettes Gliederungssystem der ergotherapeutischen Praxis zu sein, sondern es ist lediglich das Kategoriensystem, das sich aus unserer empirischen Erhebung zum Thema Forschungsbedarf ergab. Jede dieser Kategorien lässt sich in mehrere Unterkategorien aufteilen. Die genauere Aufgliederung ist in komprimierter Form aus dem Fragebogen zur zweiten Runde zu entnehmen. Um dies Gliederungssystem jedoch noch deutlicher vorzustellen, werden wir im Folgenden das System anhand der einzelnen Oberkategorien ausführlicher darstellen.

#### Zu 1. Patient im Zentrum

In diesem Bereich konnten wir aus den Antworten der Praktiker 3 Kategorien entwickeln, die wir benannten als: Handlungsdysfunktionen, Rolle des Patienten und System/Umwelt des Patienten. Damit soll nicht ausgeschlossen werden, dass es unter dieser Überschrift noch weitere Unterpunkte geben könnte. Es ist auf diesem Workshop eine für uns spannende Frage, wie Sie die Ergebnisse jetzt einschätzen, wenn Sie die Gruppenergebnisse im Überblick sehen und wie ihre Beurteilung der Wichtigkeit der bisherigen Kategorien ausfallen wird.

Zu den Kategorien Handlungsdysfunktionen und System/Umwelt des Patienten konnten wir eine weitere Untergliederung vornehmen; für die Rolle des Patienten konnte dies aufgrund des Datenmaterials nicht erfolgen.



Das Bild in diesem Bereich sieht also folgendermaßen aus:

## 1. Patient im Zentrum

### 1.1 Handlungsdysfunktionen

#### 1.1.1 Bereich der Körperfunktionen

##### 1.1.1.1 geistig / seelische Funktionen

##### 1.1.1.2 sensorische Funktionen

##### 1.1.1.3 Stimm- und Sprechfunktionen

##### 1.1.1.4 neuromuskuloskeletale u. bewegungsbezogene Funktionen

### 1.2 Rolle des Patienten

### 1.3 System / Umwelt des Patienten

#### 1.3.1 Bezugspersonen

#### 1.3.2 Häusliches Umfeld

#### 1.3.3 Schule / Kindergarten / Arbeitsplatz

#### 1.3.4 Kultureller Hintergrund

#### 1.3.5 andere therapeutische Kontexte

#### 1.3.6 ergotherapeutisches Umfeld

Abb. 6: Patient im Zentrum

## Zu 2. Therapie im Zentrum der Aufmerksamkeit

In dieser Oberkategorie entwickelten wir aus dem Material 6 Kategorien: Methodisches Vorgehen, Diagnostik, Behandlungsverfahren, Interaktionsmuster, Materialien/Medien, Dokumentation.

Während wir die ersten vier Kategorien in Unterkategorien gliedern konnten und eine weitere Ebene des Kategoriensystems erstellen konnten, blieben die letzten beiden Kategorien Materialien/Medien und Dokumentation ohne weitere Unterteilung.

Das Gesamtbild stellt sich wie folgt dar.

## 2. Therapie im Zentrum

### 2.1 Methodisches Vorgehen

- 2.1.1 Klientenzentrierung
- 2.1.2 Motivation von Patienten
- 2.1.3 Anleitung von Patienten
- 2.1.4 Methodenmix / Methodenwechsel
- 2.1.5 Zeitfaktoren der Therapie
- 2.1.6 Gruppenangebote
- 2.1.7 Modelle der Ergotherapie
- 2.1.8 Relevante Therapiefaktoren

### 2.2 Diagnostik

- 2.2.1 Diagnostik-Instrumente
- 2.2.2 Diagnostik Verfahren

### 2.3 Behandlungsverfahren

- 2.3.1 Sensorische Integration
- 2.3.2 Kinästhesie
- 2.3.3 Bobath
- 2.3.4 Perfetti
- 2.3.5 Affolter
- 2.3.6 Frostig
  
- 2.3.7 Warnke / Brainboy
- 2.3.8 Arbeitstherapeutische Verfahren

### 2.4 Interaktionsmuster

- 2.4.1 Aushandlungsprozesse
- 2.4.2 Konfliktmanagement
- 2.4.3 Therapiebegleitende Kommunikation

### 2.5 Materialien

### 2.6 Dokumentationen

Abb. 7: Therapie im Zentrum

### **Zu 3. TherapeutIn im Zentrum der Aufmerksamkeit**

Die dritte Oberkategorie gliederte sich in 3 Kategorien

- Berufsbild
- Rolle des Therapeuten bzw. der Therapeutin
- Management.

Diese konnten jeweils in mehrere Unterkategorien unterteilt werden. Die Ebene des Managements konnte auf einer weiteren Feinheitsebene dargestellt werden. Hier zeigt sich eine differenzierte Betrachtung der Therapeutin im Zentrum der Aufmerksamkeit.

(Die Abbildung dazu befindet sich auf Seite 26.)

Die erreichte Kategorisierung zeigt die folgende Abbildung.

### 3. TherapeutIn im Zentrum

#### 3.1 Berufsbild

- 3.1.1 Selbstbild
- 3.1.2 Bild in der Fachöffentlichkeit
- 3.1.3 Bild in der medizinischen Öffentlichkeit
- 3.1.4 Bild in der Gesellschaft

#### 3.2 Rolle des Therapeuten

- 3.2.1 Betätigungsverhalten
- 3.2.2 Interaktionsverhalten
- 3.2.3 Erwartungen des settings
- 3.2.4 berufliche Belastungen und Bewältigungsverhalten

#### 3.3 Management

- 3.3.1 Personalmanagement
- 3.3.2 Arbeitsorganisation
  - 3.3.2.1 Zeitmanagement
  - 3.3.2.2 Arbeitsplatzgestaltung
  - 3.3.2.3 Abrechnungswesen
- 3.3.3 Qualitätsmanagement
- 3.3.4 Teamentwicklung
  - 3.3.4.1 Kommunikation
  - 3.3.4.2 Konfliktmanagement
  - 3.3.4.3 Mobbing
  - 3.3.4.4 Supervision
- 3.3.5 Öffentlichkeitsarbeit

**Abb. 8:** TherapeutIn im Zentrum

Mit diesen Bereichen haben wir die großen Kategorien abgearbeitet und kommen zu den kleinen Kategoriebereichen, die insgesamt nur wenig Antworten repräsentieren.

#### Zu 4. Position der Ergotherapie in der Gesellschaft

Aus dem Material ergaben sich zwei Kategorien: Position der Ergotherapie im Gesundheitswesen und Position der Ergotherapie im Vergleich mit anderen Berufen. Beide Kategorien ließen sich auf einer weiteren Ebene in Unterkategorien unterteilen, wie die folgende Abbildung verdeutlicht.

#### 4. Position der Ergotherapie in der Gesellschaft

- 4.1 Position der Ergotherapie im Gesundheitswesen
  - 4.1.1 Verhältnis zu Leistungsträgern
  - 4.1.2 Selbstdarstellung der Ergotherapie
  - 4.1.3 Kosten-Nutzen-Relation
- 4.2 Position der Ergotherapie im Vergleich mit anderen Berufen
  - 4.2.1 Verhältnis zu Ärzten
  - 4.2.2 Abgrenzung zur Physiotherapie

Abb. 9: Position der Ergotherapie im Zentrum

#### Zu 5. Wissenschaft der Ergotherapie

Zwei Kategorien konnten zu dieser Oberkategorie entwickelt werden (Entwicklung / Aufbau einer Ergotherapie-Wissenschaft und Wirksamkeitsnachweis), die jeweils wieder in Unterkategorien aufzuteilen waren (vgl. folgende Abbildung)

#### 5. Wissenschaft der Ergotherapie

- 5.1 Entwicklung, Aufbau einer ergotherapeutischen Wissenschaft
  - 5.1.1 Beschreibung des Gegenstandes Ergotherapie
  - 5.1.2 Modelle in der Ergotherapie
  - 5.1.3 Entwicklung einer Fremdsprache
  - 5.1.4 Methodische Vorgehensweise
- 5.2 Wirksamkeitsnachweise
  - 5.2.1 Nachweismethoden
  - 5.2.2 Bedingungsfaktoren erfolgreicher Therapie
  - 5.2.3 Wirkfaktoren erfolgreicher Therapie

Abb. 10: Wissenschaft der Ergotherapie im Zentrum

## Zu 6. Bildungsforschung

Diese Oberkategorie ließ sich nur in 2 Kategorien unterteilen, zu denen auch wenig Material eingebracht wurde, sodass eine weitere Untergliederung nicht erfolgen konnte.

### 6. Bildungsforschung Ergotherapie

6.1 Struktur der Aus-, Fort- und Weiterbildung

6.2 Transferforschung

Abb. 11: Bildungsforschung der Ergotherapie im Zentrum

## Zu 7. Forschung über Forschung

Einige wenige Vorschläge führten zur Etablierung dieser 7. Oberkategorie, die aufgrund des geringen Materials nicht weiter unterteilt werden konnten.

### 2.3.3 Rangfolge der Forschungsbereiche – Ergebnisse der zweiten Runde

Die in der ersten Befragung erarbeiteten Kategorien legten wir Ihnen in der zweiten Runde mit der Bitte vor, diese in eine Rangfolge zu bringen, indem Sie für die wichtigsten Themen Punkte vergeben. Jeder Teilnehmer hatte 10 Punkte zur Verfügung.

Die Ergebnisse dieser zweiten 2. Runde der Befragung, also des Ranking der Forschungsbereiche aus der Sicht der Praxis, haben folgendes ergeben.

Vergleicht man die vergebenen Punkte zunächst auf der Ebene der großen Themenbereiche so ergibt sich die folgende Rangfolge: Die Therapie an sich steht im Zentrum des Interesses, an zweiter Stelle folgen Forschungsfragen zum Patienten. An diese Themenbereiche schließen sich die Bereiche Wissenschaft der Ergotherapie und Fragen rund um den Therapeuten an. Mit deutlich geringeren Punktwerten folgen die Bereiche Position der Ergotherapie in der Gesellschaft, Bildungsforschung und Forschung über Forschung.

- |    |                            |       |
|----|----------------------------|-------|
| 1. | <i>Therapie im Zentrum</i> | (230) |
| 2. | <i>Patient im Zentrum</i>  | (194) |
| 3. | <i>Wissenschaft der ET</i> | (163) |

- |    |  |       |
|----|--|-------|
| 4. | <i>Therapeut im Zentrum</i>                | (138) |
| 5. | <i>Position der ET in der Gesellschaft</i> | (046) |
| 6. | <i>Bildungsforschung</i>                   | (027) |
| 7. | <i>Forschung über Forschung</i>            | (002) |

Jeder dieser Oberkategorien ist in verschiedene Kategorien und Unterkategorien unterteilt, deren Punktwerte aus den folgenden Graphiken zu ersehen sind.

### Zu 1. Therapie im Zentrum

Betrachtet man zunächst die Oberkategorie *Therapie im Zentrum der Aufmerksamkeit*, so ergibt sich für die Kategorie „methodisches Vorgehen“, dass die wichtigen Themen die Motivation von Patienten, Fragen zu Methodenmix und Methodenwechsel sowie relevante Therapiefaktoren sind. In der Kategorie *Diagnostik* fällt das hohe Interesse an Diagnostik-Instrumenten auf, bei den eigentlichen *Therapieverfahren* besteht hohes Interesse an Sensorischer Integration, gefolgt von arbeitstherapeutischen Verfahren.

Die Kategorie *Interaktionsmuster* ist insgesamt von geringem Interesse, die Frage nach therapiebegleitender Kommunikation erhält dann jedoch die meisten Punkte.

Somit folgen nun die Abbildungen zu den Kategorien:

- Methodisches Vorgehen
- Diagnostik
- Behandlungsverfahren
- Interaktionsmuster

Hierbei gilt es insbesondere die besonders stark und besonders schwach ausgebildeten Bereiche in den Blick zu nehmen.

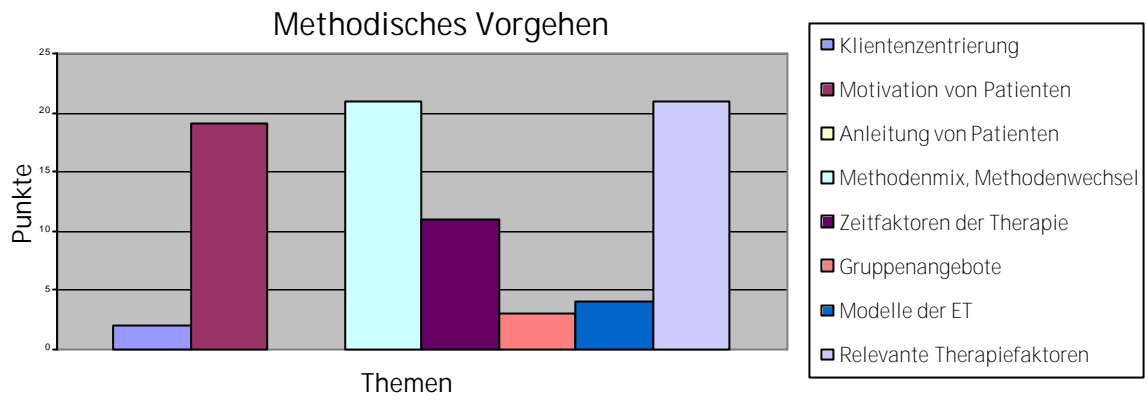


Abb. 12: Methodisches Vorgehen

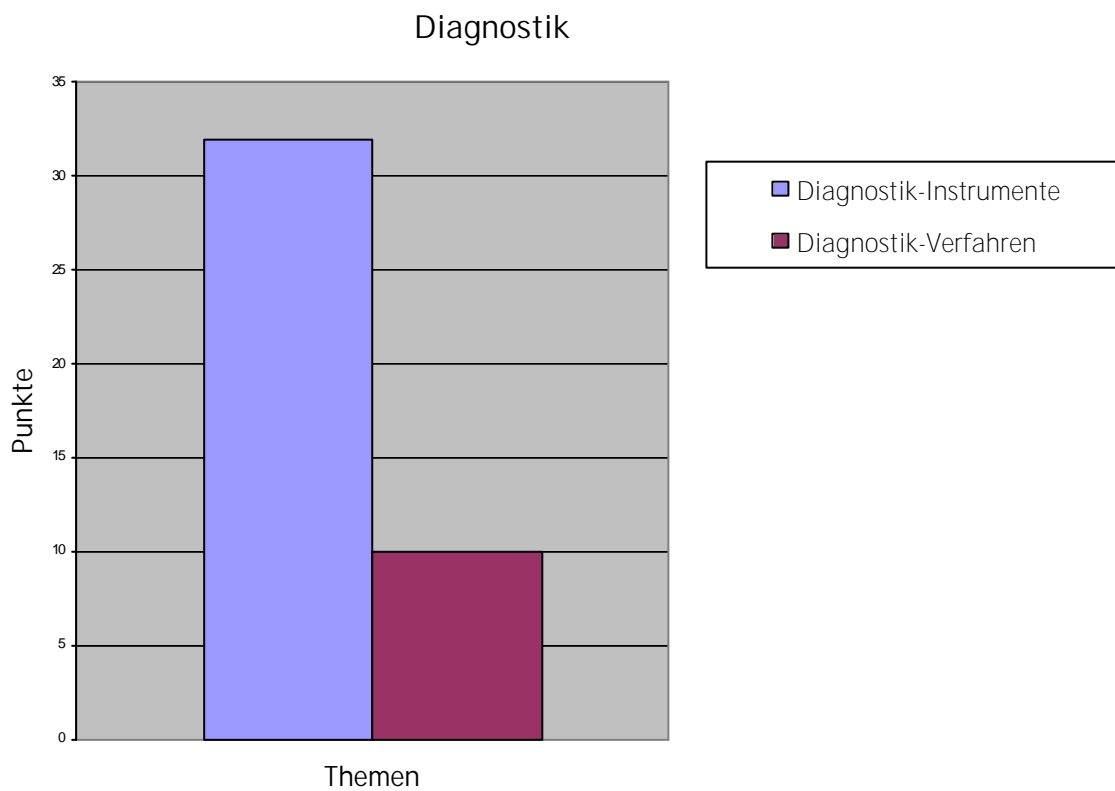


Abb. 13: Diagnostik



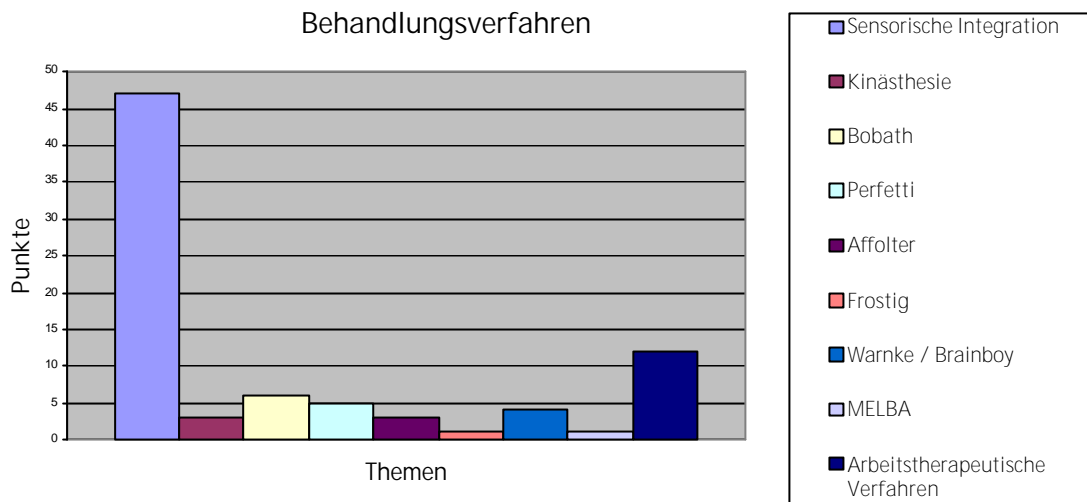


Abb. 14: Behandlungsverfahren

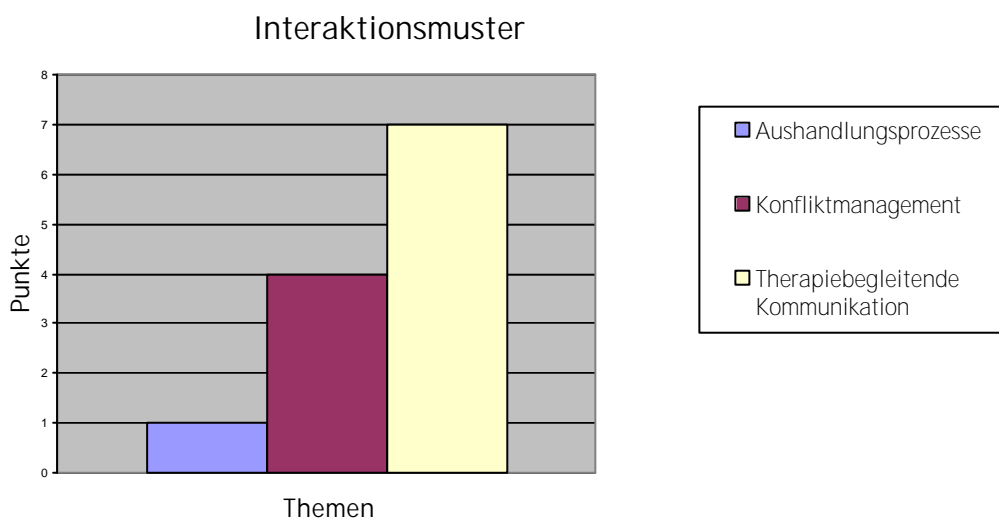


Abb. 15: Interaktionsmuster

## Zu 2. Patient im Zentrum

In der Oberkategorie *Patient im Zentrum* stehen in der Kategorie *Handlungsdysfunktionen* die Unterkategorien geistig-seelische Funktionen, die sensorischen und die bewegungsbezogenen Funktionen im Vordergrund des Interesses. Wird die Kategorie *System/Umwelt* des Patienten betrachtet, so richtet sich das Interesse vornehmlich auf die Unterkategorien Bezugspersonen und auf das ergotherapeutische Umfeld.

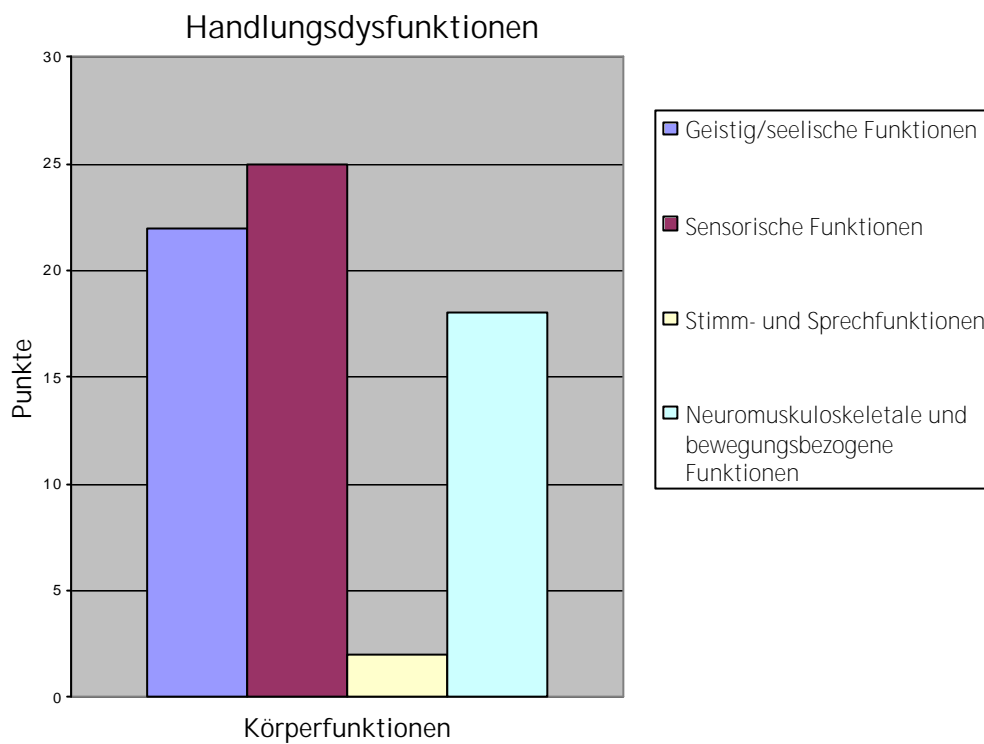


Abb. 16: Handlungsdysfunktionen

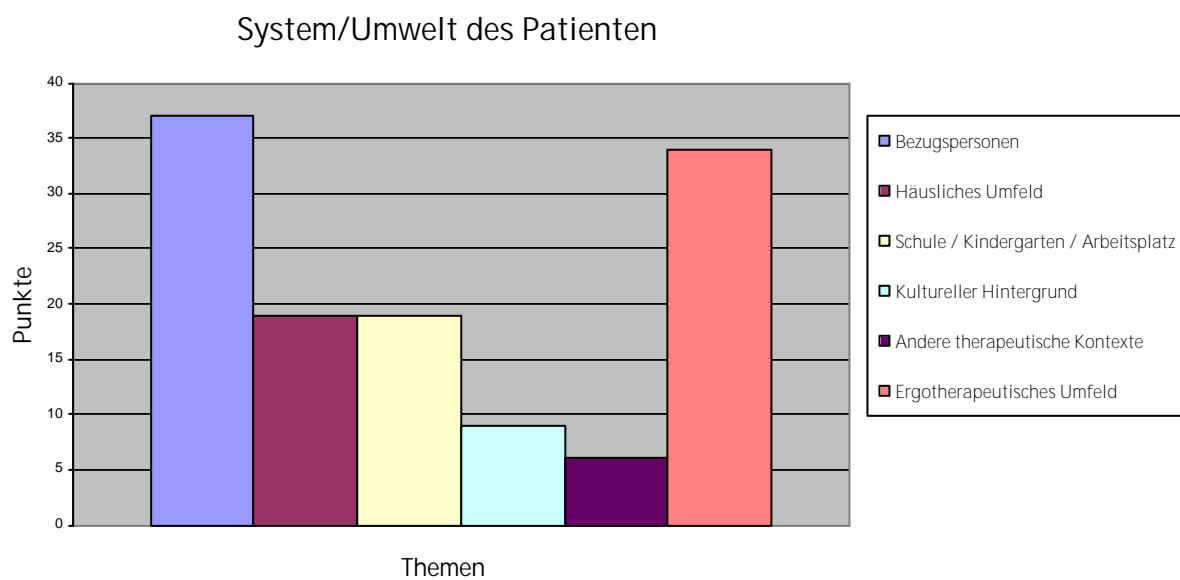


Abb. 17: System/Umwelt des Patienten

### Zu 3. Wissenschaft der Ergotherapie

Im Themenbereich *Wissenschaft der Ergotherapie* ist im Unterbereich *Aufbau einer Ergotherapie-Wissenschaft* die Methodenfrage vorrangig, und im Bereich *Wirksamkeitsnachweis* stehen im Mittelpunkt des Interesses die *Wirkfaktoren erfolgreicher Therapie* sowie die *Nachweismethoden*.

#### Entwicklung, Aufbau einer ET-Wissenschaft

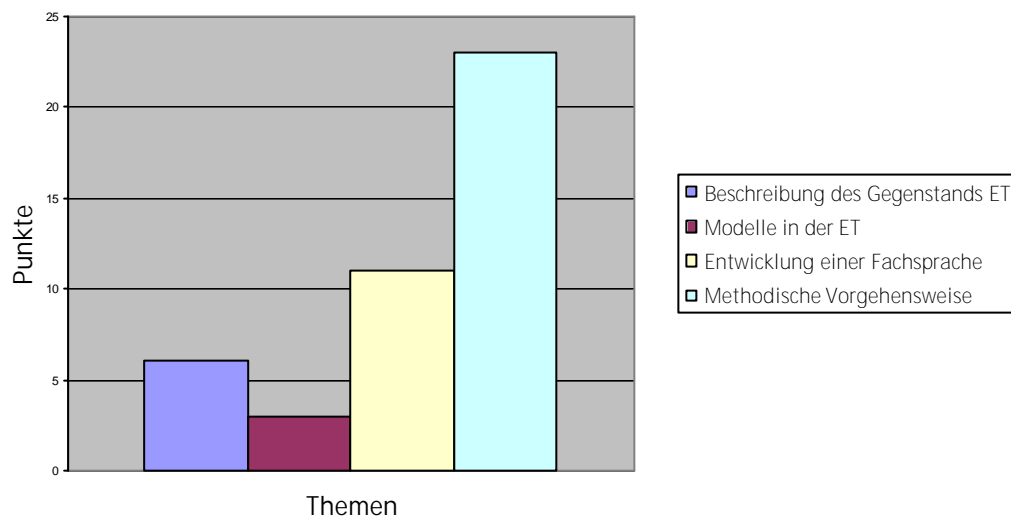


Abb. 18: Entwicklung, Aufbau einer Ergotherapie-Wissenschaft

#### Wirksamkeitsnachweis

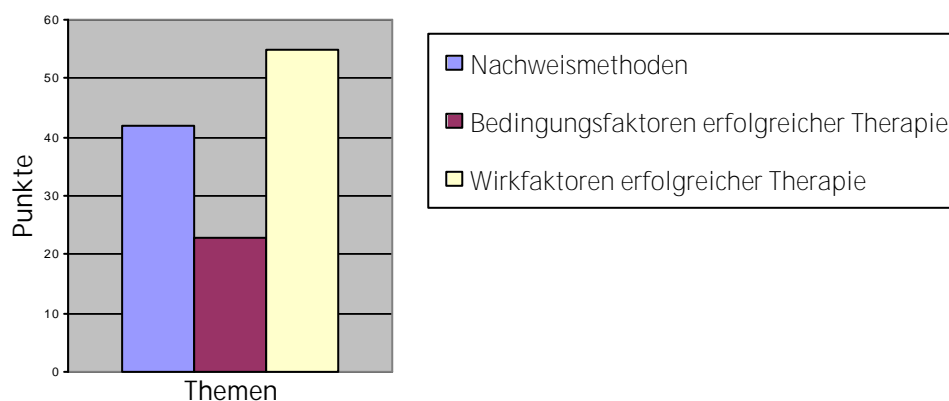


Abb. 19: Wirksamkeitsnachweis

#### Zu 4. Therapeut im Zentrum

Es fehlt noch die Oberkategorie *TherapeutIn im Zentrum der Aufmerksamkeit*. In der Kategorie *Berufsbild* richtet sich das Interesse stärker auf das Bild in der medizinischen Öffentlichkeit als auf das Selbstbild. In der Kategorie *Rolle des Therapeuten* werden vor allem Fragen zu beruflichen Belastungen und Bewältigungsverhalten hervorgehoben. Die Unterkategorie Qualitätsmanagement ragt in der Kategorie *Management* aus den anderen hervor, gefolgt von der Unterkategorie Personalmanagement.

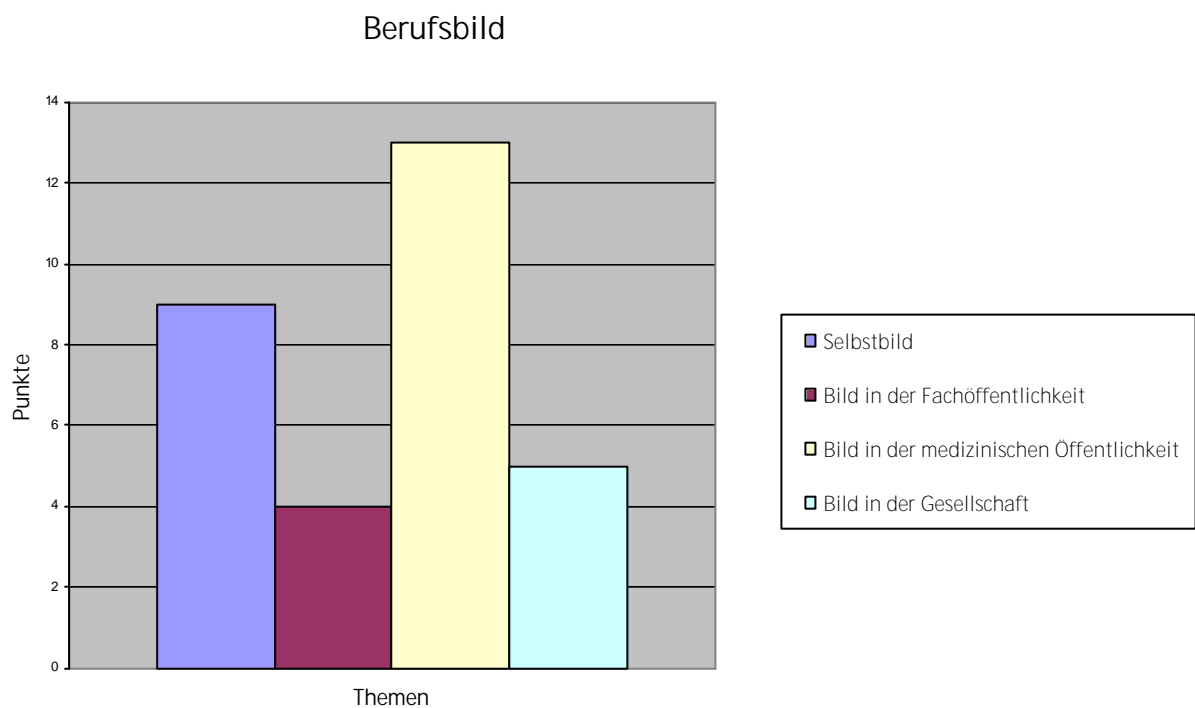


Abb. 20: Berufsbild der Ergotherapie

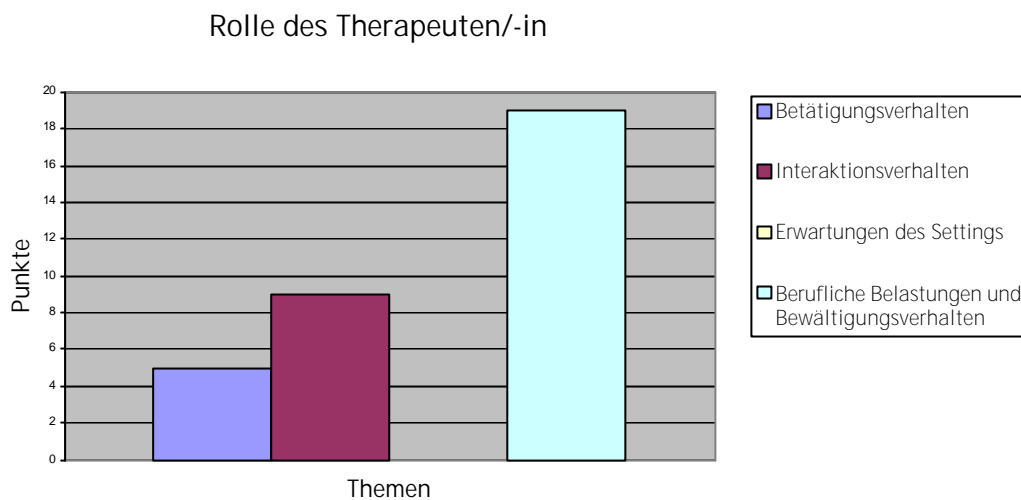


Abb. 21: Rolle des Therapeuten/-in

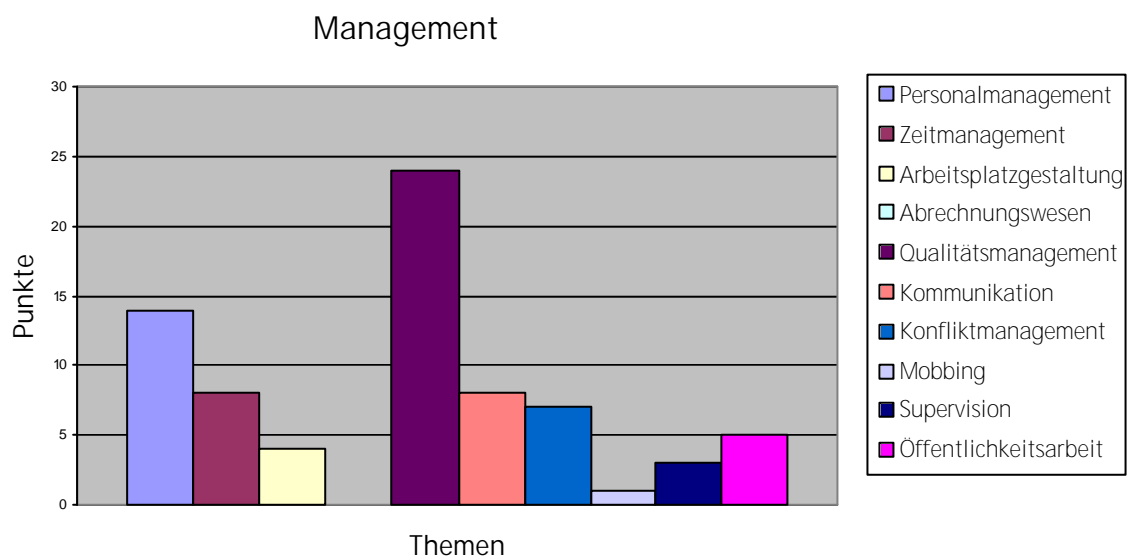


Abb. 22: Management

#### Zu 5. Position der Ergotherapie in der Gesellschaft

In der Oberkategorie *Position der Ergotherapie in der Gesellschaft* soll in der Kategorie *Position im Gesundheitswesen* vor allem zu Fragen der Kosten-Nutzen-Relation geforscht werden, in der Kategorie *Ergotherapie im Vergleich mit anderen Berufen* ist vor allem das Verhältnis zu Ärzten von Interesse.

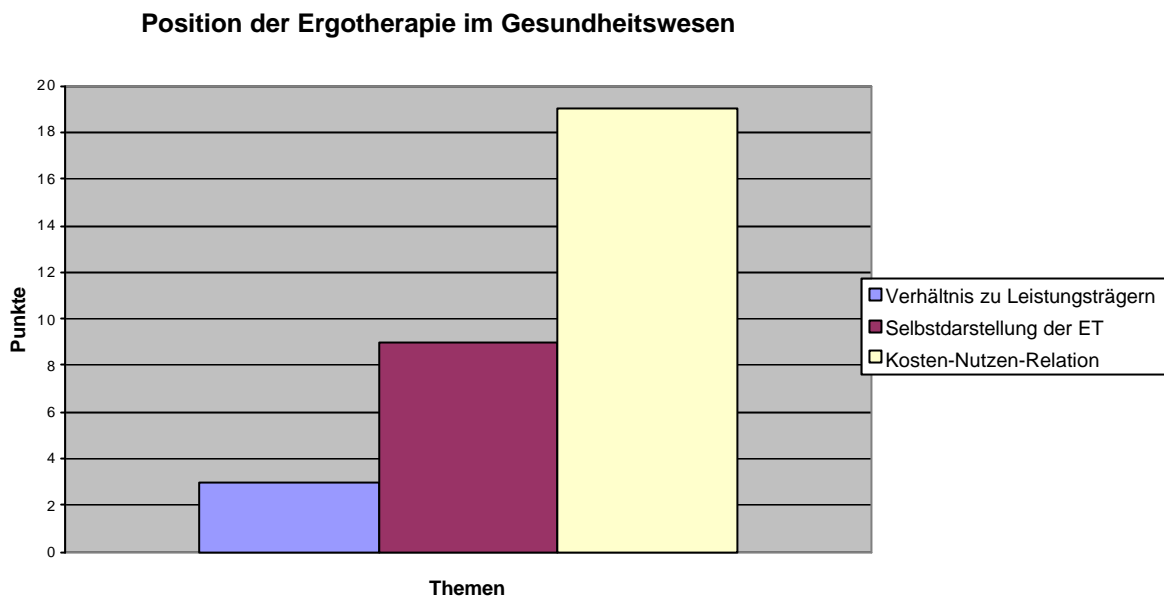


Abb. 23: Position der Ergotherapie im Gesundheitswesen

### Position der Ergotherapie im Vergleich mit anderen Berufen

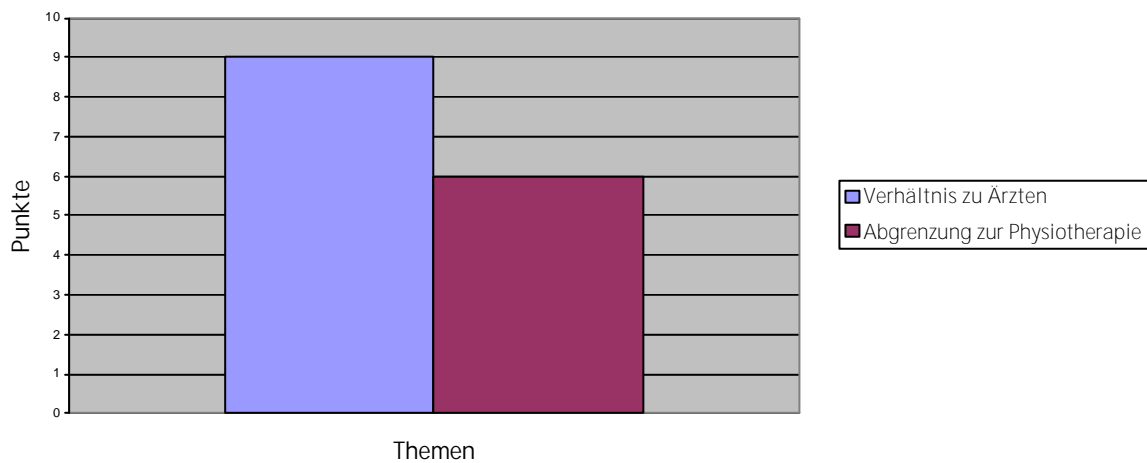


Abb. 24: Position der Ergotherapie im Vergleich mit anderen Berufen

Die weiteren Oberkategorien wurden nur mit wenigen Einzelpunkten belegt. Unter der Oberkategorie Bildungsforschung wurden 15 Punkte auf die Kategorie Struktur der Aus-, Fort- und Weiterbildung verteilt und 8 Punkte auf die Kategorie Transferforschung. Die Oberkategorie Forschung über Forschung erhielt 1 Punkt.

Die Einzelergebnisse des Fragebogens sehen Sie in der anhängenden Tabelle noch einmal aufgelistet.

Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch einmal die 11 einzelnen Favoriten vorstellen:

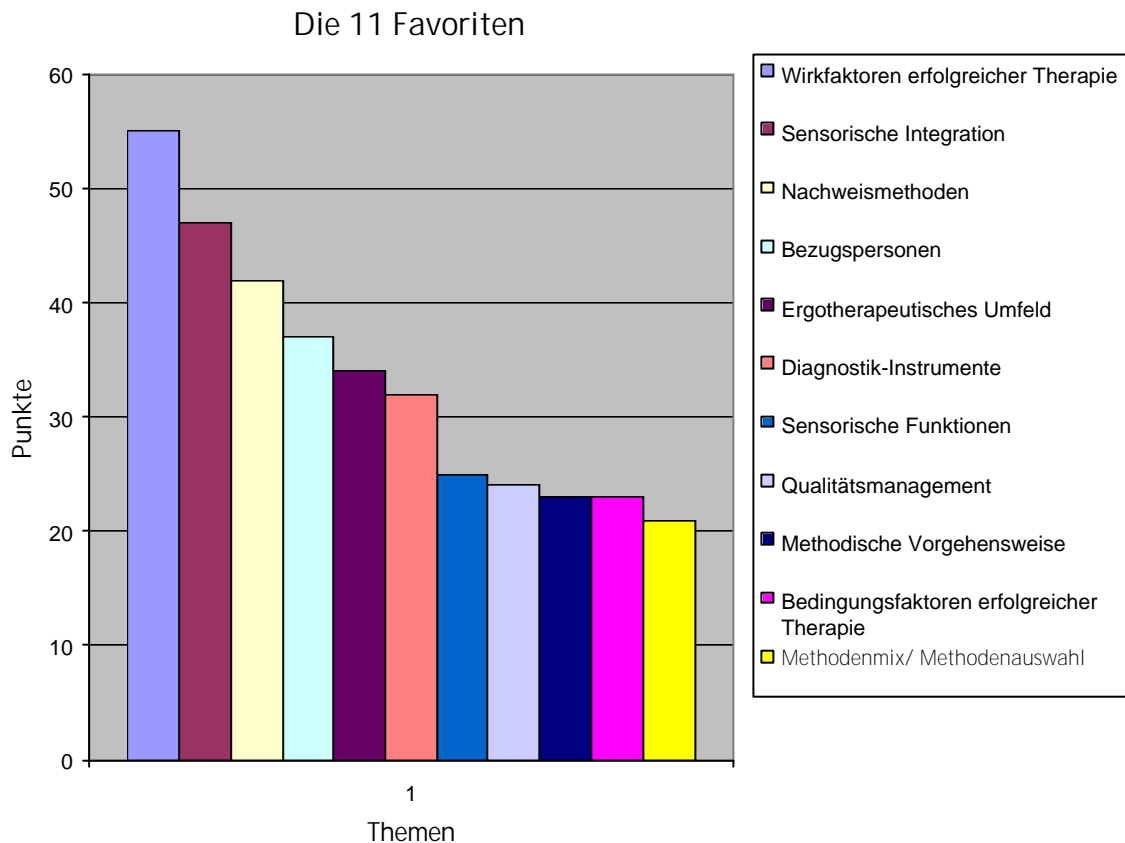


Abb. 25: Die 11 Favoriten

Es sind zunächst die Wirkfaktoren erfolgreicher Therapie, die Sensorische Integration, die Frage nach Nachweismethoden, gefolgt von den Themen Bezugspersonen, Ergotherapeutisches Umfeld, Diagnostik-Instrumente, Sensorische Funktionen, Qualitätsmanagement, Methodische Vorgehensweise, Bedingungsfaktoren erfolgreicher Therapie und Methodenmix/Methodenwechsel.

Daraus wird zunächst der generelle Bedarf an wissenschaftlicher Grundlegung der Ergotherapie deutlich. Auffällig ist darüber hinaus, dass es Themen aus der Alltagspraxis der Ergotherapie sind. Der Wunsch, aus der Forschung Antworten für die Gestaltung der therapeutischen Situation zu bekommen, ist hier deutlich erkennbar. Damit geben Sie der Forschungsentwicklung und den Forschern in der Ergotherapie einen deutlichen Auftrag. Herzlichen Dank dafür.

Zum Schluss möchte ich noch einmal einen Blick auf das gesamte entstandene System richten.

Wie Sie schnell erkennen werden, beschreibt dieses Bild schon in sehr differenzierter Weise die Praxis der Ergotherapie. Jedoch müssen wir an dieser Stelle sehr vorsichtig sein: Es war nicht vorrangige Absicht und Ziel dieser Studie, die Praxis der Ergotherapie zu beschreiben, andererseits wird natürlich auch ein Blick auf die vorhandene Praxis möglich, wenn Forschungsthemen aus der Praxis entwickelt werden. Die Frage, ob hiermit die Praxis der Ergotherapie schon vollständig beschrieben ist, muss verneint werden. Wenn Sie das Gesamtsystem betrachten, werden Sie unschwer erkennen, dass dies noch nicht der Fall sein kann. In der Diskussion nachher werden wir leicht erhebliche Leerstellen ausmachen, die hier nicht erschienen sind.

Natürlich stellt sich die Frage, wie es dazu kommen kann, dass manche Praxisbereiche hier nicht genannt worden sind, und welche Bedeutung diese Leerstellen haben. Nun werden Fragen generiert in der Regel zu den Themenfeldern, die eben Fragen aufwerfen, wo Unklarheiten herrschen, wo eben nicht alles schon gewusst wird. Somit kann es geschehen, dass ein Hauptteil ergotherapeutischer Praxis gar nicht erfasst ist. Das Selbstverständliche ist eben nicht fragwürdig. Dies könnte evtl. jedoch gerade der Teil sein, der das zentrale Spezifikum ergotherapeutischer Arbeit ausmacht. Wenn jedoch eine ergotherapeutische Wissenschaft entstehen soll, muss gerade auch das Spezifische der Ergotherapie zum Gegenstand der Forschung und Diskussion werden. Wie Sie leicht sehen, sind wir also noch längst nicht am Ende mit diesem Projekt.

Die bisherigen Ergebnisse reizen aber auch hoffentlich zur Diskussion, die gleich in den Arbeitsgruppen erfolgen soll. Die Diskussion der Arbeitsgruppen und deren Auswertung werden auch zeigen, ob eine weitere Befragungsrunde notwendig wird. In jedem Fall werden Sie die Ergebnisse insgesamt erhalten und in den weiteren Prozess mit einbezogen.

Danke für die gute Zusammenarbeit.

Referentin:

Prof. Dr. Anette Nauerth,  
Fachhochschule Bielefeld

Kontaktadresse:

FH Bielefeld  
Am Stadtholz 24  
33609 Bielefeld

Email

[annette.nauerth@fh-bielefeld.de](mailto:annette.nauerth@fh-bielefeld.de)

[ursula.walkenhorst@fh-bielefeld.de](mailto:ursula.walkenhorst@fh-bielefeld.de)



**Anhang 1:** Tabelle mit Punktvergabe der zweiten Befragung

Code	Thema	
1.	Patient im Zentrum der Aufmerksamkeit	X
1.1	Handlungsdysfunktionen	X
1.1.1	Im Bereich der Körperfunktionen	X
1.1.1.1	<i>Geistig/seelische Funktionen</i> (z.B. <i>Psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen, geistige Behinderungen</i> )	16
1.1.1.2	<i>Sensorische Funktionen</i> (z.B. <i>Wahrnehmungsstörungen</i> )	17
1.1.1.3	<i>Stimm- und Sprechfunktionen</i> (z.B. <i>Aphasie</i> )	01
1.1.1.4	<i>Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen</i> (z.B. <i>MS, Apoplex</i> )	15
1.2	Rolle des Patienten	02
1.3	System/Umwelt des Patienten	X
1.3.1	Bezugspersonen (z.B. <i>Wirksamkeit, Einfluss, Möglichkeiten der Einbeziehung von Eltern, Familienangehörigen, Ärzten</i> )	31
1.3.2	Häusliches Umfeld (z.B. <i>Einfluss häuslicher Umweltfaktoren auf das Betätigungsverhalten und den Therapieverlauf</i> )	15
1.3.3	Schule / Kindergarten / Arbeitsplatz (z.B. <i>Möglichkeiten der Therapieunterstützung, Möglichkeiten des ergotherapeutischen Personals in diesen Einrichtungen</i> )	16
1.3.4	Kultureller Hintergrund (z.B. <i>Arbeit mit Migranten</i> )	07
1.3.5	Andere therapeutische Kontexte (z.B. <i>interdisziplinäre Zusammenarbeit um den Patienten</i> )	06
1.3.6	Ergotherapeutisches Umfeld Z.B. <i>Relevanz ergotherapeutischer Behandlung für den Patienten, Verständnis für die ergotherapeutische Vorgehensweise, Unterscheidungen zu anderen Therapien treffen können</i> )	28

2.	<b>Therapie im Zentrum der Aufmerksamkeit</b>	X
2.1	<b>Methodisches Vorgehen</b>	X
2.1.1	Klientenzentrierung (z.B. konkrete Vorgehensweise, Auswirkungen auf den Patienten, Rogers, Sumsion)	02
2.1.2	Motivation von Patienten (z.B. Notwendigkeiten, Grenzen: Motivation, Anleitung und Manipulation)	18
2.1.3	Anleitung von Patienten	kB
2.1.4	Methodenmix, Methodenwechsel (z.B. Kriterien zur Auswahl, Merkmale von Methoden, Effektivitätsnachweise, patientenbezogene Methoden, Methodenkompetenz)	19
2.1.5	Zeitfaktoren der Therapie (z.B. Dauer, Intervalle, Pausen)	10
2.1.6	Gruppenangebote	02
2.1.7	Modelle der ET (z.B. Arten, Nutzen, Transfermöglichkeiten in die Praxis)	04
2.1.8	Relevante Therapiefaktoren (z.B. Erfolgskriterien, Zielformulierungen, Umgang mit dem Patienten und mit speziellen Verhaltensweisen, Methodenkriterien)	19
2.2	<b>Diagnostik</b>	X
2.2.1	Diagnostik-Instrumente (z.B. Bestandaufnahme der vorhandenen, Einheitlichkeit, Aktualität, Verbesserung, Weiterentwicklung)	28
2.2.2	Diagnostik-Verfahren (z.B. Arten, Umfang, Dauer)	09
2.3	<b>Behandlungsverfahren</b>	X
2.3.1	Sensorische Integration (z.B. aktuelle Ansätze, Unterschiede und Wirksamkeiten, Stellenwert des Umfeldes, Möglichkeiten und Grenzen der Therapie, Einsatz von Medikamenten, SI im Erwachsenenalter)	40
2.3.2	Kinästhesie	02
2.3.3	Bobath	06
2.3.4	Perfetti	05
2.3.5	Affolter	03
2.3.6	Frostig	01
2.3.7	Warnke / Brainboy	02
2.3.8	Arbeitstherapeutische Verfahren (z.B. Stellenwert der Arbeitstherapie in der ET, Vorgehensweisen )	11

2.4	Interaktionsmuster	X
2.4.1	Aushandlungsprozesse	kB
2.4.2	Konfliktmanagement	05
2.4.3	Therapiebegleitende Kommunikation	06
2.5	Materialien/Medien	02
2.6	Dokumentation	08
3.	Therapeut im Zentrum der Aufmerksamkeit	X
3.1	Berufsbild	X
3.1.1	Selbstbild (z.B. eigenes Berufsverständnis)	07
3.1.2	Bild in der Fachöffentlichkeit	04
3.1.3	Bild in der medizinischen Öffentlichkeit	12
3.1.4	Bild in der Gesellschaft	03
3.2	Rolle des Therapeuten	X
3.2.1	Betätigungsverhalten (z.B. Einfluss des Betätigungsverhaltens des Therapeuten auf die Patienten)	02
3.2.2	Interaktionsverhalten (z.B. Einfluss des Erstkontaktes, Gesprächsverhalten,)	07
3.2.3	Erwartungen des Settings (z.B. ambulant, stationär)	kB
3.2.4	Berufliche Belastungen und Bewältigungsverhalten (z.B. Burn-out)	15
3.3	Management	X
3.3.1	Personalmanagement (z.B. Zufriedenheit der Mitarbeiter, Umgang mit Ausfallzeiten, Anlernen von Berufseinsteigern)	08
3.3.2	Arbeitsorganisation	X
3.3.2.1	Zeitmanagement (z.B. Terminvergabe, Behandlungsintervalle, Dauer Behandlungseinheiten, Berichterstattung)	06
3.3.2.2	Arbeitsplatzgestaltung (z.B. Auswirkung auf Organisation, auf Patientenergebnis)	03

3.3.2.3	Abrechnungswesen (z.B. Einsatz EDV-System)	kB
3.3.3	Qualitätsmanagement (z.B. Qualitätsstandards in der Therapie, Qualität versus Personalmangel, Vergleich der Modelle)	22
3.3.4	Teamentwicklung	X
3.3.4.1	Kommunikation (z.B. Zielabsprachen mit Kollegen, Teambesprechungen, Absprachen von stationär nach ambulant)	07
3.3.4.2	Konfliktmanagement (z.B. Umgang mit Konflikten unter Kollegen, Konflikten im Team)	06
3.3.4.3	Mobbing (z.B. Präventionsmöglichkeiten, Umgang mit Mobbing)	01
3.3.4.4	Supervision (z.B. kollegial im Team oder von außen)	02
3.3.5	Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Praxismarketing,)	02
4.	Position der Ergotherapie in der Gesellschaft	X
4.1	Position der Ergotherapie im Gesundheitswesen	X
4.1.1	Verhältnis zu Leistungsträgern	03
4.1.2	Selbstdarstellung der ET	08
4.1.3	Kosten-Nutzen-Relation	16
4.2	Position der Ergotherapie im Vergleich mit anderen Berufen	X
4.2.1	Verhältnis zu Ärzten	08
4.2.2	Abgrenzung zur Physiotherapie	05
5.	Wissenschaft der Ergotherapie	X
5.1	Entwicklung, Aufbau einer Ergotherapie-Wissenschaft	X
5.1.1	Beschreibung des Gegenstands ET	04
5.1.2	Modelle in der ET	02
5.1.3	Entwicklung einer Fachsprache	05
5.2.4	Methodische Vorgehensweise (z.B. Welche Nachweismethoden sind geeignet für ET)	21

5.2	<b>Wirksamkeitsnachweis</b> (z.B. Vergleich bei verschiedenen Störungsbildern)	X
5.2.1	Nachweismethoden (z.B. für verschiedene Verfahren)	36
5.2.2	Bedingungsfaktoren erfolgreicher Therapie (z.B. welchen Einfluss hat die Dauer der Therapie auf den Behandlungserfolg)	21
5.2.3	Wirkfaktoren erfolgreicher Therapie (z.B. worauf beruht die Wirksamkeit eines Verfahrens)	45
6.	<b>Bildungsforschung Ergotherapie</b>	X
6.1	Struktur der Aus-, Fort-, Weiterbildung	15
6.2	Transferforschung (Theorie-Praxis-Transfer)	08
7.	<b>Forschung über Forschung</b>	01

**Anhang 2:** Liste der Themen aus der 2. Fragebogenrunde in der Reihenfolge ihrer Bewertung

Nr.	Thema	Vergebene Punkte	Neue / veränderte Bewertung
1.	<i>Wissenschaft der Ergotherapie:</i> Wirkfaktoren erfolgreicher Therapie	55	
2.	<i>Therapie:</i> Sensorische Integration (BV)	47	
3.	<i>Wissenschaft der Ergotherapie:</i> Nachweismethoden	42	
4.	<i>Patient/in:</i> Bezugspersonen (System / Umwelt)	37	
5.	<i>Patient/in:</i> Ergotherapeutisches Umfeld (System/Umwelt)	34	
6.	<i>Therapie:</i> Diagnostik-Instrumente	32	
7.	<i>Patient/in:</i> Sensorische Funktionen (Handlungsdys- dysfunktionen)	25	
8.	<i>Therapeut/in:</i> Qualitätsmanagement (Management)	24	
9.	<i>Wissenschaft der Ergotherapie:</i> a) Methodische Vorgehensweise b) Bedingungsfaktoren erfolgreicher Therapie	23	
10.	<i>Patient/in:</i> Geistig-seelische Funktionen (Handlungs- dysfunktionen)	22	
11.	<i>Therapie:</i> (Methodisches Vorgehen) a) Methodenmix / Methodenauswahl b) relevante Therapiefaktoren	21	
12.	<i>Patient/in:</i> a) Schule / Kindergarten / Arbeitsplatz b) Häusliches Umfeld (System / Umwelt)  <i>Therapie:</i> Motivation von Patienten (method. Vorg.)  <i>Position der Ergotherapie in der Gesellschaft:</i> Kosten-Nutzen-Relation	19	

	<i>Therapeut/in:</i> Berufliche Belastungen und Bewältigungsverhalten		
13.	<i>Patient/in:</i> Neuromuskuloskeletale u.bewegungsbezogene Funktionen (Handlungsdysfunktionen)	18	
14.	<i>Bildungsforschung Ergotherapie:</i> Struktur der Aus-, Fort- und Weiterbildung	15	
15.	<i>Therapeut/in:</i> Personalmanagement	14	
16.	<i>Therapeut/in:</i> Bild in der medizinischen Öffentlichkeit	13	
17.	<i>Therapie:</i> Arbeitstherapeutisches Verfahren (BV)  <i>Bildungsforschung:</i> Transferforschung	12	
18.	<i>Wissenschaft der Ergotherapie:</i> Entwicklung einer Fachsprache  <i>Therapie:</i> Zeitfaktoren der Therapie (method. Vorgehen)	11	
19.	<i>Therapie:</i> a) Dokumentation b) Diagnostik-Verfahren	10	
20.	<i>Patient/in:</i> Kultureller Hintergrund (System / Umwelt)  <i>Therapeut/in:</i> a) Selbstbild (Berufsbild) b) Interaktionsverhalten (Rolle des Therap.)  <i>Position der Ergotherapie in der Gesellschaft:</i> a) Verhältnis zu Ärzten b) Selbstdarstellung der ET	9	
21.	<i>Therapeut/in :</i> a) Zeitmanagement (Management) b) Kommunikation (Management)	8	
22.	<i>Therapeut/in:</i> Konfliktmanagement (Management)  <i>Therapie</i> Therapiebegleitende Kommunikation (Interaktionsmuster)	7	

23.	<p><i>Patient/in:</i> Andere therapeutische Kontexte (System Umwelt)</p> <p><i>Therapie:</i> Bobath (BV)</p> <p><i>Position der Ergotherapie in der Gesellschaft:</i> Abgrenzung zur Physiotherapie</p> <p><i>Wissenschaft der Ergotherapie:</i> Beschreibung des Gegenstandes ET</p>	6	
24.	<p><i>Therapeut/in:</i></p> <p>a) Betätigungsverhalten (Rolle des Th.) b) Öffentlichkeitsarbeit (Management)</p> <p><i>Therapie:</i> a) Perfetti (BV) b) Konfliktmanagement (Interaktionsmuster)</p>	5	
25.	<p><i>Therapie:</i> a) Warnke / Brainboy (BV) b) Modelle der ET (method. Vorgehen)</p> <p><i>Therapeut/in:</i> a) Bild in der Fachöffentlichkeit (Berufsbild) b) Arbeitsplatzgestaltung (Management)</p>	4	
26.	<p><i>Patient/in:</i> Rolle des Patienten</p> <p><i>Therapie:</i> a) Affolter (BV) b) Kinästhesie (BV) c) Gruppenangebote (method. Vorgehen)</p> <p><i>Therapeut/in:</i> Supervision (Management)</p> <p><i>Position der Ergotherapie in der Gesellschaft:</i> Verhältnis zu Leistungsträgern (ET im GW)</p> <p><i>Wissenschaft der Ergotherapie:</i> Modelle in der Ergotherapie</p>	3	



27.	<p><i>Patient/in:</i>                  Stimm- / Sprechfunktionen (Handlungsdysfktn.)</p> <p><i>Therapie</i>                  a) Materialien / Medien                  b) Klientenzentrierung (method. Vorgehen)</p> <p><i>Forschung über Forschung</i></p>	2	
28.	<p><i>Therapeut/in:</i>                  Mobbing (Management)</p> <p><i>Therapie:</i>                  a) Aushandlungsprozesse (Interaktionsmuster)                  b) MELBA (BV)                  c) Frostig (BV)</p>	1	

## Präsentation

### **Motivation und Rehaziele psychiatrischer Ergotherapie und Arbeitsrehabilitation**

Ergebnisse einer empirischen Studie im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie

Werner Höhl

#### **Zusammenfassung**

Es werden Ergebnisse über den Einfluss motivationaler Faktoren aus einer aktuellen Studie zur Arbeitsrehabilitation schizophrener Menschen vorgestellt. Im Rahmen dieser multizentrischen, prospektiven Studie wird der Rehabilitationsverlauf an einer Stichprobe von 227 schizophren erkrankten Patienten analysiert.

Es zeigte sich, dass je überzeugter Patienten zu Beginn der Maßnahme davon waren, dass eine regelmäßige Beschäftigung im Rahmen der Bewältigung einer psychischen Erkrankung hilfreich ist, desto besser war die Bewertung der Maßnahme und damit die Zufriedenheit der PatientInnen nach vier Wochen. Dies kann als Hinweis für die Wichtigkeit angesehen werden, sich mit PatientInnen, denen Arbeitstherapie verordnet wird, vorab ausführlich darüber auseinander zu setzen, in wie fern diese Maßnahme für sie hilfreich ist.

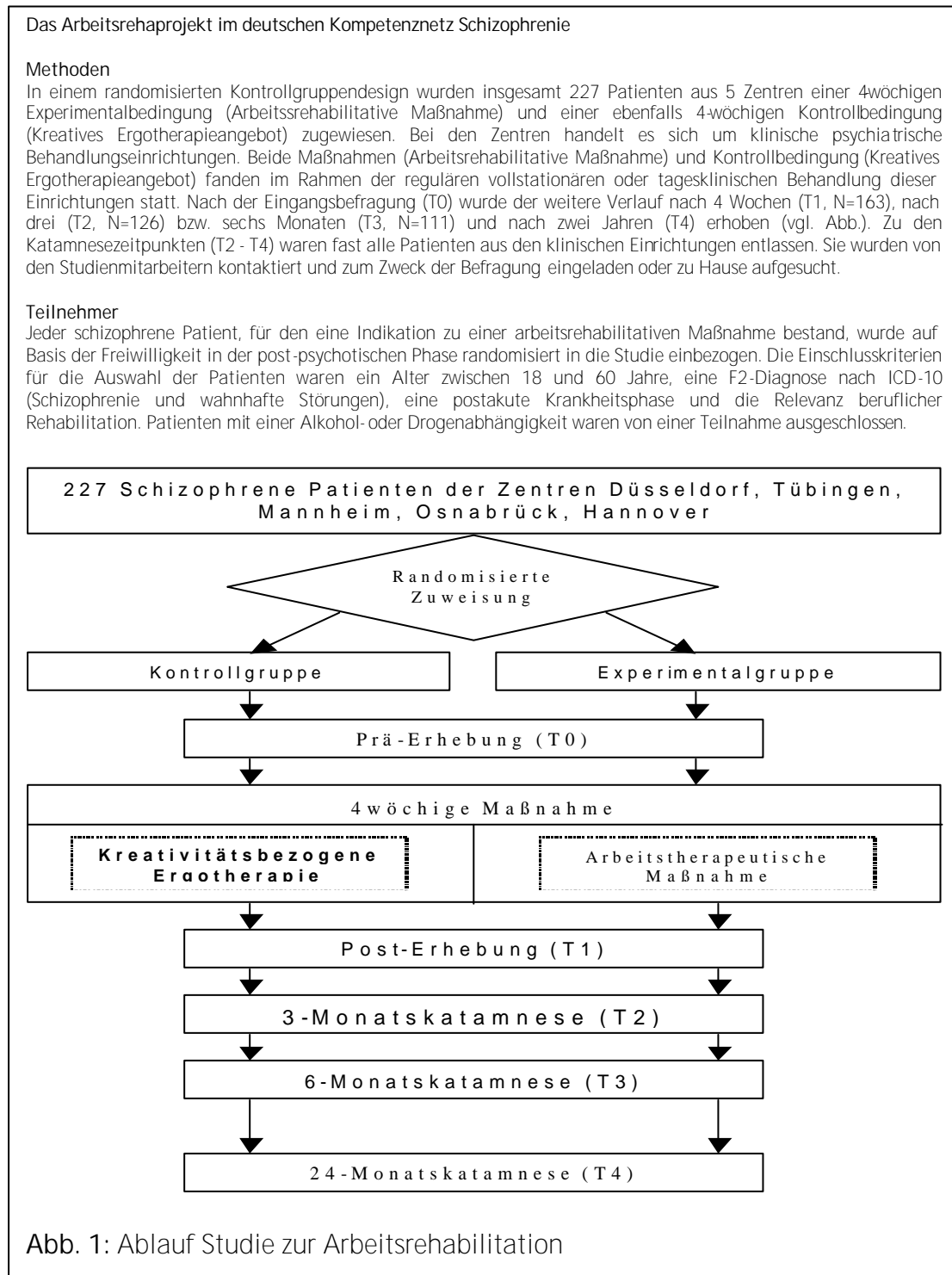
Die spätere Beschäftigungsform nach drei und sechs Monaten wurde sowohl von den PatientInnen selbst als auch von MitarbeiterInnen der Studie prognostiziert. Die Selbstprognosen der PatientInnen differierten erheblich mit den Fremdeinschätzungen der Experten: Die PatientInnen tendierten dazu, ein zu hohes Rehabilitationsergebnis zu prognostizieren. In der späteren Überprüfung konnte nur bei der (bescheideneren) Fremdprognose ein signifikanter Zusammenhang zum späteren tatsächlichen Rehabilitationsergebnis gefunden werden, was dafür spräche, in der praktischen Rehabilitationsarbeit mit den PatientInnen deren subjektive Prognosen und Zielvorstellungen im Hinblick auf mögliche Überschätzungen verstärkt zu beachten.

#### **Das arbeitsrehabilitative Teilprojekt des Kompetenznetzes Schizophrenie**

Um die eher fragmentarische Befundlage besonders im deutschsprachigen Raum im Bereich der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation zu verbessern, wurde im Rahmen des vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzes Schizophrenie eine multizentrische Untersuchung zur Evaluation

arbeitsrehabilitativer Maßnahmen und zur Untersuchung des Verlaufs und zur Ermittlung aussagekräftiger Prädiktoren durchgeführt.

Diese Untersuchung ist Bestandteil des Kompetenznetzes Schizophrenie und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Kennzeichen: 01 Gl 9932).



Bei den untersuchten Maßnahmen (kreativitätsbezogene Ergotherapie und arbeits-therapeutische Maßnahme) handelt es sich überwiegend um Angebote der Ergotherapie, die innerhalb der fünf klinischen Behandlungseinrichtungen der beteiligten Zentren (Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, Niedersächsisches Landeskrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie) durchgeführt wurden.

Die Ergebnisse zur vergleichenden Evaluation (Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe) zeigten kaum bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der untersuchten Zielkriterien und werden an anderer Stelle beschrieben (Längle et. al 2004).

Eine andere mögliche Vorgehensweise um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, womit der Erfolg einer Rehabilitation zusammenhängt, ist die Suche nach so genannten Prädiktoren. Dabei wird eine Stichprobe von Menschen zu Beginn einer Rehabilitation möglichst gut nach bestimmten Merkmalen (den so genannten Prädiktoren) untersucht und beschrieben. Danach wird der Verlauf der Rehabilitation untersucht und das spätere Rehabilitationsergebnis festgestellt. Dann wird berechnet, bei welchem der vorab erhobenen Merkmale welcher Zusammenhang zum späteren Rehabilitationserfolg besteht. Wenn beispielsweise festgestellt wird, dass ein sehr enger Zusammenhang zwischen sozialen Fertigkeiten und dem Rehabilitationserfolg besteht, könnte dies als Hinweis dafür gesehen werden, dass soziale Fertigkeiten für den Rehabilitationserfolg eine wichtige Rolle spielen. Man könnte einerseits diese Erkenntnisse dafür verwenden, um z.B. Instrumente der Eingangsdiagnostik bei Rehabilitationsmaßnahmen zu erstellen. Hohe soziale Fertigkeiten würden dann z.B. für eine höhere Erfolgswahrscheinlichkeit einer Rehabilitation sprechen.

Andererseits könnte man einen solchen hohen Zusammenhang auch als einen Hinweis für einen möglichen Wirkfaktor beruflicher Rehabilitation ansehen. In diesem Fall wäre aber noch in einem zweiten Schritt experimentell zu prüfen, ob z.B. die Verbesserung der sozialen Kompetenzen im Rahmen eines experimentellen Designs tatsächlich zu einem besseren Rehabilitationsergebnis führt.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist eine Darstellung der Teilergebnisse zur Vorhersagekraft motivationaler Faktoren im Rahmen der Verlaufsuntersuchung (T1-T3) bis zu einem Zeitraum von sechs Monaten nach Ende der Maßnahme. Diese Ergebnisse gelten sowohl für Patienten die zuvor an kreativitätsbezogener Ergotherapie als auch für solche, die an der arbeitstherapeutischen Maßnahme teilgenommen haben. Es ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede bei der Vorhersage, wenn die einzelnen Teilgruppen getrennt betrachtet werden.

Die Datenerhebung ist noch nicht abgeschlossen (derzeit werden gerade die Daten zur 24-Monatskatamnese erhoben), es kann daher nur der Verlauf bis zum Zeitpunkt der 6-

Monats-Katamnese (T3) untersucht werden; zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt eine Ausweitung der Verlaufsbeschreibung auf einen Zwei-Jahres-Zeitraum.

Vor Darstellung der Ergebnisse aus unserem Projekt werden im Folgenden Abschnitt bereits vorhandene Ergebnisse empirischer Studien zur Relevanz motivationaler Faktoren zusammengefasst.

### Bisherige empirische Studien zur Relevanz motivationaler Faktoren

Eine gute Übersicht über Prädiktoren der beruflichen Rehabilitation geben Tsang et al. (2000). Sie fanden 35 Arbeiten neueren Datums (nach 1986), in denen teils unterschiedliche, teils aber auch die gleichen Prädiktoren untersucht wurden (z.B. soziale Fertigkeiten in 11 Studien oder psychiatrische Symptomatik in 10 Studien). Auf diese Weise fand man sowohl Prädiktoren, deren Vorhersagekraft durch unterschiedliche Studien bestätigt wurde, als auch solche, die ein unklares Bild abgaben oder mehrfach keinen signifikanten Zusammenhang zum späteren Beschäftigungsstatus aufwiesen.

Die nach Tsang et al. (2000) am häufigsten bestätigten fünf Prädiktoren werden in Tabelle 1 zusammengefasst. Gegenübergestellt werden drei ebenfalls häufig untersuchte Variablen, die jedoch die geringste Bestätigung eines Zusammenhangs zum späteren Beschäftigungsstatus aufwiesen.

Variablen (nach Tsang et. al., 2000), die sich in mehr als drei Studien als signifikante Prädiktoren bestätigten	Variablen (nach Tsang et. al., 2000), die in mind. 3 Studien keinen signifikanten Zusammenhang zum späteren Beschäftigungsstatus aufwiesen
1. Soziale Fertigkeiten (11 / 0)* (stärkster Prädiktor, war in 11 Studien signifikant)	1. Bildung (0 / 3)*
2. Allgemeine prä morb. Anpassung (6 / 0)*	2. Geschlecht (2 / 5)*
3. Prä morb. berufliche Performanz (7 / 3)*	3. Diagnose (3 / 5)*
4. Psychiatrische Symptomatik (10 / 6)*	
5. Kognitives Funktionsniveau (4 / 2)*	
* = (Anzahl der Studien in denen sich ein signifikanter Zusammenhang bestätigte / Anzahl der Studien in denen kein signifikanter Zusammenhang gefunden wurde)	

**Tabelle 1:** Gegenüberstellung der am häufigsten und am wenigsten bestätigten Prädiktoren aus der Überblicksarbeit von Tsang et. al. (2000).

Bei den in den aufgeführten Studien untersuchten Prädiktoren handelt es sich meist um sehr umfassende Konstrukte (prämorbidie Anpassung, psychiatrische Symptomatik etc.), die einen eher allgemeinen inhaltlichen Bezug zu Outcome-Konstrukten wie Berufserfolg oder -misserfolg, erfolgreiche Eingliederung, spätere Probleme am Arbeitsplatz usw. aufweisen. Es wurde über keine Arbeit berichtet, in der motivationale Faktoren als Prädiktoren untersucht wurden.

Gerade in der angewandten rehabilitativen Arbeit mit Klienten spielen motivationale Themen wie Zielsetzungen, motivationaler Hintergrund, das Selbstbild, Erfolgserwartungen oder subjektive Rehakonzepte eine wichtige Rolle, da hiervon in der Praxis ein spezifischer Bezug zum späteren Ergebnis der Arbeitsrehabilitation angenommen wird. Übertragen auf die Notwendigkeit der Untersuchung weiterer Prädiktoren würde dies dafür sprechen, Variablen dieser Art (z.B. Selbstwirksamkeit, motivationale Faktoren, subjektive Theorien, Kontrollüberzeugungen, persönliche Ziele usw.) schrittweise und systematisch einer Überprüfung zu deren Vorhersagekraft zu unterziehen.

Eine Studie (Regenold et al. (1999)) beschreitet diesen Weg: In einer Untersuchung mit Teilnehmern eines Supported Employment Programms (N= 60) erwies sich eine speziell auf den beruflichen Bereich zugeschnittene Selbstwirksamkeitsvariable (Career Search Efficacy) als der beste Prädiktor des Erfolgskriteriums „bezahlte Voll- oder Teilzeitarbeit“. Andere Prädiktoren wie Symptomatik oder Variablen zur Berufsvorgeschichte zeigten einen geringeren und teilweise auch keinen signifikanten Zusammenhang.

Bereits Ciompi (1988) berichtet über eine Untersuchungen mit 81 LangzeitpatientInnen, in der die Bedeutung motivationaler Prädiktoren bestätigt wurde. Das Outcome-Kriterium „Rehabilitationserfolg“ nach einem Jahr wurde jeweils anhand der so genannten „Wohnachse“ und der „Arbeitsachse“ erhoben. Als Eingliederungserfolg im Bereich „Arbeit“ wurde ein regulärer Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarkts oder eine Arbeit in einem halbgeschützten Arbeitsmilieu gewertet, was den beiden höchsten Stufen der siebenstufigen Arbeitsachse entspricht. Die so definierte Erfolgsquote im Bereich Arbeit lag im Schnitt unter der im Wohnbereich und betrug 26%. In dieser Studie wurde ein rehabilitatives Gesamtsetting untersucht, daher konnten keine Aussagen darüber gemacht werden, in welchem Umfang der Rehaerfolg auf welche arbeitsrehabilitative Maßnahme zurückzuführen ist. In der Vorhersage der Rehabilitationserfolge spielten motivationale Faktoren eine besondere Rolle; sie stellten sich als besonders starke Prädiktoren für spätere Verbesserungen auf der Arbeits- und Wohnachse heraus. In einer nachfolgenden Untersuchung wurde daher versucht, die motivationalen Variablen therapeutisch zu beeinflussen in Sinne eines Aufbaus positiver Erfolgserwartungen. Das Treatment schlug fehl, dennoch erwiesen sich auch in der Nachfolgeuntersuchung die motivationalen Faktoren als die stärksten Prädiktoren.

Bell und Lysaker (1996; 1997) fanden in ihrer bekannten Studie zur Bedeutung von paid work heraus, dass PatientInnen, die an einer arbeitswelttypischen Maßnahme („paid

work“) teilnahmen, einen günstigeren klinischen Verlauf nahmen als PatientInnen einer Kontrollgruppe („non-paid“) und im follow-up zu 75% beruflich integriert waren. Es kann vermutet werden, dass das Bewusstsein, eine bezahlte Arbeit zu haben, zu einer höheren Motivation und umfangreicheren Teilnahme an der Maßnahme beiträgt. Entsprechend wurde eine höhere und zeitlich umfangreichere Teilnahme der PatientInnen, die eine paid work hatten, im Vergleich zu jenen, die nur unbezahlte Arbeit angeboten bekamen, festgestellt.

In einer aktuellen Studie von Hoffmann et. al. (2003) wurde nach möglichen Prädiktoren im Rahmen eines Schweizer Programms zur beruflichen Wiedereingliederung gesucht. Die Autoren untersuchten 69 Personen mit chronischer Schizophrenie. Abhängige Variablen waren u.a. das berufliche Funktionsniveau (erfasst über die „Work behavior assessment scale“. Die Ergebnisse variieren in Abhängigkeit von der abhängigen Variable. Zu den stärksten Prädiktoren zählten neben Negativsymptomatik, kognitiver Einschränkung und sozialer Kompetenz auch motivationale Faktoren wie z.B. fatalistische Einstellungen nach dem IPC-Fragebogen von Krampen (1981).

In der Studie von Reker (1998) ergaben sich folgende günstige Prognosefaktoren (Erfolgskriterium Rehaerfolg = Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nach drei Jahren): kürzere Krankheitsverläufe, weniger und kürzere Hospitalisierungen, höhere Schulbildung, kürzerer Aufenthalt in beschützten Arbeitsverhältnissen, kurzes Zurückliegen der letzten Berufstätigkeit, weniger psychopathologische Symptome und ein höheres soziales Funktionsniveau. Entgegen der Erwartung stellten eine abgeschlossene Berufsausbildung und eine längere Berufserfahrung keine günstigen Faktoren dar. In dieser Studie zeigte sich auch die Bedeutung motivationaler Variablen: Subjektive Ziele und Erwartungen erwiesen sich als gute Prädiktoren. 74% der untersuchten PatientInnen und RehabilitandInnen erreichten ihre Ziele oder übertrafen sie, 26% erreichten sie nicht.

### **Ergebnisse zur Relevanz motivationaler Faktoren im Rahmen des arbeitsrehabilitativen Teilprojekts des Kompetenznetzes Schizophrenie**

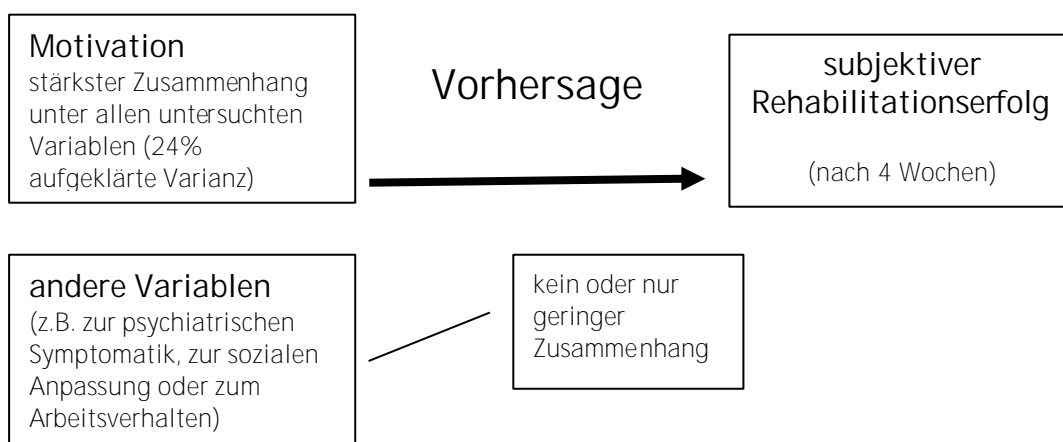
Da in der angewandten rehabilitativen Arbeit mit KlientInnen motivationale Themen wie Zielsetzungen, motivationaler Hintergrund, das Selbstbild, Erfolgserwartungen oder subjektive Rehakonzepte eine wichtige Rolle spielen und hiervon in der Praxis ein relativ spezifischer Bezug zum späteren Ergebnis der Arbeitsrehabilitation angenommen wird, wurde im Rahmen des arbeitsrehabilitativen Teilprojekts des Kompetenznetzes Schizophrenie die Vorhersagekraft solcher Faktoren untersucht.

### **Vorhersage des subjektiven Rehabilitationserfolgs nach vier Wochen**

Mit dem statistischen Verfahren der „multiplen Regressionsanalyse“ wurden alle Daten, die wir zum Zeitpunkt vor dem Beginn der beiden vierwöchigen Maßnahmen erhoben

hatten, daraufhin untersucht, wie gut sie sich zur Vorhersage des subjektiven Rehabilitationserfolgs eignen. Hierbei handelte es sich zum einen um einen von uns selbst entwickelten Fragebogen *„Teilnahmemotivation“*, der die Unterskalen *„Problembewusstsein“*, *„Einstellung zur Maßnahme“* und *„Laientheorie“* beinhaltet. Der Fragebogen enthält sowohl Fragen, die die Einsicht in die Problematik der Erkrankung erfassen sollen, als auch solche zur subjektive Auffassung darüber, wie hilfreich eine regelmäßige Beschäftigung im Rahmen der Bewältigung einer psychischen Erkrankung aus Sicht der PatientInnen ist. Die Reliabilität der beiden Skalen liegt bei einem zufrieden stellenden 0.67 bzw. 0.74. Neben dem Motivationsfragebogen lagen noch eine Vielzahl von Daten zu anderen Themen vor, wie beispielsweise solche zur psychiatrischen Symptomatik, zur sozialen Anpassung, zum Arbeitsverhalten etc.

Der *subjektive Rehabilitationserfolg*, den wir vorhersagten, wurde mit unserem selbst entwickelten Fragebogen zur retrospektiven Bewertung der Maßnahme erhoben. Dieser Fragebogen enthält neun Fragen (z.B. *„Die Maßnahme half mir, mir über meine beruflichen Ziele klarer zu werden“*) zur persönlichen Bewertung der Maßnahme (= 0.72). Als Ergebnis unserer Auswertung fanden wir nur bei der Motivation einen starken und bedeutsamen Zusammenhang zum späteren subjektiven Rehabilitationserfolg nach vier Wochen.



**Abb. 2:** Vorhersage des subjektiven Rehabilitationserfolgs

Bei dieser Vorhersage spielte es keine Rolle, in welcher der beiden Gruppen (kreativitätsbezogene Ergotherapie oder Arbeitstherapie) sich die Patienten befanden. In beiden Gruppen konnte der subjektive Erfolg der Gruppe jeweils auf gleiche Weise durch die Motivation vorhergesagt werden. Die Teilnahmemotivation zu Beginn der Maßnahme kann ausgehend von unserer Operationalisierung (s.o.) als die subjektive Einstellung der PatientInnen, wie hilfreich eine regelmäßige Beschäftigung im Rahmen der



Bewältigung einer psychischen Erkrankung ist, angesehen werden. Je überzeugter die PatientInnen hiervon zu Beginn der Maßnahme waren, desto besser ist die Bewertung der Maßnahme und damit die Zufriedenheit des/der Patienten/-in mit der jeweiligen vierwöchigen Behandlung. Kritisch muss in diesem Zusammenhang die nur mäßige Reliabilität der Skalen des Motivationsfragebogens bewertet werden. Der dennoch hohe prädiktive Wert der Motivation in unserer Studie könnte jedoch zumindest als Hinweis für die Notwendigkeit einer angemessenen Berücksichtigung motivationaler Aspekte beim Einsatz arbeitsrehabilitativer oder ergotherapeutischer Maßnahmen in der Klinik angesehen werden. In der Praxis der Zuweisung von PatientInnen zu solchen Maßnahmen wird in unterschiedlichem Umfang von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, mit PatientInnen darüber zu sprechen, warum eine regelmäßige Beschäftigung im Rahmen der Bewältigung einer psychischen Erkrankung hilfreich ist. Letztlich kann die Wirksamkeit einer solchen Vorgehensweise (durch Gespräche und Informationsvermittlung eine entsprechende Motivation zu erzeugen) jedoch nur durch ein eigenes experimentelles Design nachgewiesen werden, was in der Praxis nicht einfach umzusetzen zu sein scheint: In der Schweizer Untersuchung von Ciompi (1988) konnte lediglich erneut die prädiktive Kraft motivationaler Faktoren, nicht jedoch der Erfolg einer therapeutischen Beeinflussung dieser Faktoren nachgewiesen werden: Ein entsprechender experimenteller Ansatz zur Veränderung der Motivation erbrachte in diesem Fall und unter den damaligen Bedingungen keinen signifikanten Effekt zu Gunsten der motivationalen Intervention. M.E. sollten hierauf jedoch weitere Bemühungen verwendet werden, um durch einen anderen (ggf. verbesserten) Ansatz motivationale Effekte nachweisbar zu erzielen.

### **Vorhersage der tatsächlichen Beschäftigungsform nach drei und nach sechs Monaten**

In einem zweiten Schritt wurde die tatsächliche Beschäftigungsform nach drei und nach sechs Monaten auf zweifache Weise vorhergesagt: Die eine Vorhersage gaben die Patienten selbst jeweils zu ihrer eigenen Berufseingliederung ab, die andere Vorhersage gaben Mitarbeiter der Studie (Experteneinschätzung) zur späteren Beschäftigungsform der Patienten ab. Die Frage lautete jeweils:

Welche der folgenden Beschäftigungsformen (für Sie selbst bzw. für den jeweiligen Patienten) ist langfristig angemessen?

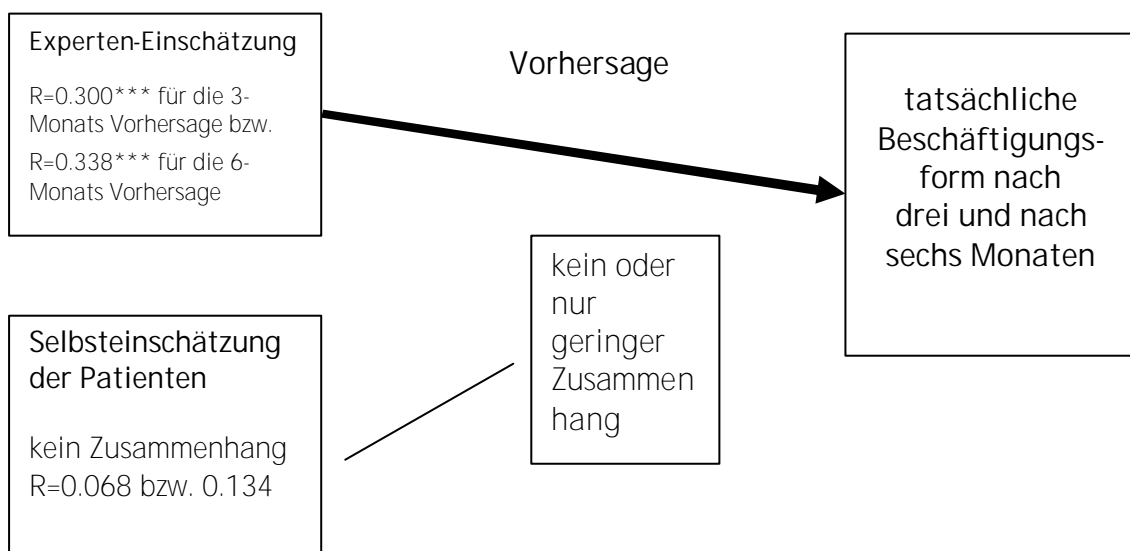
Zur Auswahl gestellt wurde:

1. anspruchsvolle Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
2. einfache Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
3. anspruchsvolle Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte oder ähnlichen Einrichtung
4. einfache Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte oder ähnlichen Einrichtung
5. Leben ohne Erwerbsarbeit (Sozialhilfe, Rente)

**Tabelle 2:** Erhebung der Rehaprognose

Die Selbstvorhersage der PatientInnen erfolgte intuitiv, die ExpertInneneinschätzung beruhte auf einer standardisierten Vorgehensweise. Diese Einschätzung erfolgte auf der Grundlage folgender, aus der Forschung bekannter Vorhersagevariablen: Schwere der Erkrankung, bisherige Berufserfahrung, Potentialverlust und Antriebsarmut, Umgang mit Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit und Kommunikationsfähigkeit.

Die spätere tatsächliche Beschäftigungsform wurde nach drei und nach sechs Monaten erfragt. Die korrelationsanalytische Auswertung (siehe Abbildung 2) ergab einen signifikanten Zusammenhang der Beurteilung durch die jeweiligen InterviewerIn und dem tatsächlichen späteren Beschäftigungsniveau, wobei die Prognose nach einem halben Jahr noch besser wird (Anstieg von  $R=0.300$  auf  $0.338$ ). Es gibt demnach eine deutliche Überlegenheit der Fremdeinschätzung gegenüber der Selbsteinschätzung: Zwischen der durch die PatientInnen selbst als angemessen empfundenen Beschäftigungsform und dem tatsächlichen Rehaoutcome konnte kein signifikanter linearer Zusammenhang entdeckt werden ( $R=0.068$  bzw.  $0.134$ ).



**Abb. 3:** Zweifache Vorhersage der tatsächlichen Beschäftigungsform nach drei und nach sechs Monaten

Die Ergebnisse sind jedoch nur als Zwischenergebnisse zu verstehen. Wenn die Daten der 24-Monats-Katamnese vorliegen, erwarten wir wesentlich höhere Zusammenhänge, da der Zeitraum von zwei Jahren eher den tatsächlichen Gegebenheiten der Rehabilitation in Deutschland entspricht. Nach unserer Erfahrung werden allein für die Entscheidung über einen Rehabilitationsantrag (einschließlich der notwendigen Gutachten und Untersuchungen) meist deutlich mehr als sechs Monate Zeit benötigt. Daher ist der Zeitraum der

6-Monats-Katamnese zu kurz. Dies könnte die Tatsache erklären, dass der Zusammenhang zwischen der Experten-Vorhersage und der späteren Beschäftigungsform relativ gering ist (wenn auch deutlich besser als die Selbsteinschätzungen der PatientInnen).

In einem weiteren Schritt wollten wir herausfinden, worin die Fehleinschätzungen der PatientInnen bestanden. Aus unserer praktischen Erfahrung kannten wir oft unrealistisch hohe Erwartungen zu Beginn einer Rehabilitation. Dies bestätigte sich anhand unserer Daten: Ein hohes Beschäftigungsniveau (Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) wurde von den PatientInnen häufig vorhergesagt (86% der Vorhersagen), aber selten erreicht (39% der späteren Beschäftigungsform). Mit den niedrigeren Beschäftigungsniveaus verhielt es sich umgekehrt: Sie wurden selten vorhergesagt, traten aber relativ häufig ein. So wurde beispielsweise „Leben ohne Erwerbsarbeit“ in nur 2% der Fälle vorhergesagt, letztlich waren jedoch nach sechs Monaten 30% der PatientInnen ohne jede Erwerbsarbeit.

Wenn sich die Daten im Rahmen des noch auszuwertenden 24-month-follow-up weiter stabilisieren, wäre das insgesamt eine empirische Bestätigung für das in der Praxis der Arbeitsreha häufig genannte Erfahrungswissen, daß sich PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen oft überschätzen und die real vorhandenen Arbeits- und Rehamöglichkeiten nicht kennen, wenn sie am Beginn einer Reha stehen.

Mit Blick auf die praktische rehabilitative Arbeit, wird von Therapeuten hier die Wichtigkeit betont, bei der Rehaplanung mit den PatientInnen deren tatsächliche Fähigkeiten realistisch zu bewerten und sie ggf. auch bei der Wahl eines niedrigeren oder beschützteren Rehabilitationszieles zu unterstützen.

Allerdings kann man aus den Daten letztlich nicht den Grund für die Überschätzung ableiten. Die Daten zeigen auch nicht, dass diese Überschätzung ein spezifisches Merkmal schizophrener Menschen ist. Hier wäre zu überprüfen, ob es auch bei der Rehabilitation von Menschen mit anderen Erkrankungen zu solchen Überschätzungen kommt. Schließlich könnte diese Überschätzung auch als ein spezifisches Merkmal des deutschen Rehabilitationssystems betrachtet werden: Im Vergleich zu den USA wo der Ansatz des „supported employment“ weiter entwickelt ist (s.o.), existieren bei uns weniger ausgebaute Unterstützungssysteme für den allgemeinen Arbeitsmarkt während bei den niedrigeren Beschäftigungsniveaus ein m.E. vergleichsweise eher umfangreiches Angebot der Werkstätten für behinderte Menschen vorherrscht.

Aus diesem Grund wäre es von Interesse, ob die gefundene Überschätzung auch in anderen Ländern mit anderen Unterstützungssystemen vorgefunden werden kann.

### **Ausblick**

Das Forschungsgebiet der Arbeitsrehabilitation bedarf auch in Zukunft im Hinblick auf eine optimierte Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen einer verbesserten methodischen Herangehensweise u.a. im Sinne einer Standardisierung der Erhebungsinstrumente einerseits und einer Erweiterung von Evaluationskriterien (subjektive Erfolgsmaße, qualitative Erhebungen) andererseits.

Dabei wäre es wichtig, weiter die Bedeutung von Prädiktoren zu untersuchen, die einen engeren inhaltlichen Bezug zur Rehabilitationsarbeit aufweisen. Dadurch können Informationen gewonnen werden, die für die Gestaltung und Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation genutzt werden können.

### Referent:

Dipl. Psychologe Werner Höhl,  
Leiter der Ergotherapie der Rheinischen Kliniken Düsseldorf

### Kontaktadresse:

Rheinische Kliniken Düsseldorf  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Abteilung Ergotherapie  
Bergische Landstrasse 2  
D-40629 Düsseldorf

### **Literaturhinweise:**

**Bell, M.D., Lysaker, P.H., & Milstein, R.M.** (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, S.51-67.

**Bell, M.D., & Lysaker, P.H.** (1997). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia: 1-Year Follow-up. *Schizophrenia Bulletin*, 23, S 317-328.

**Beyermann, G.** (2002). Evidence based practice als Herausforderung für die Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation* 2002;10: S.19-26.

**Bond, G.R.** (1992). Vocational rehabilitation. In R.P. Liberman (ed.): *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York: Macmillan Press, S.244-263.

**Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. und Becker, D.R.** (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48, S.335-346.

**Ciampi, L.** (1988). Learning from outcome studies. Toward a comprehensive biological-psychological understanding of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1, S.373-384.

**Corner, R.M., Kielhofner, G.** (1995). Work Environment Impact Scale (WEIS) (Deutsche Übersetzung). Köln: Edition Vita Activa.

**Doose, S.** (1998). *Unterstützte Beschäftigung in Deutschland - ein Überblick*. In: Impulse-Zeitung der BAG UG, 9, S.16-19.

**Doose, S.** (1995). Supported employment and natural supports in Germany and the US: A survey of program and individuals in supported employment in Germany. Eugene, Oregon, USA: University of Oregon, Specialized Training Program.

**Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout, R.R., Becker, D.R., Harris, M., Bond, G.R. und Quimby, E.** (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, S.627-633.

**Dufresne, D. und Laux, B.** (1994). From Facilities to supports: The changing organization. In: V. Bradley, J. Ashbaugh & B. Blaney (eds.), *Creating individual supports for people with developmental disabilities: A mandate for change at many levels*, (S. 271-280), Baltimore: Paul Brookes.

**Höhl, W. & Großer, J.** (2002): Psychiatrische Ergotherapie – Bisherige Entwicklung und aktuelle Umbruchphase. *Krankenhauspsychiatrie*, 13: S. 8-13.

**Hoffmann, H., Kupper, Z., Zbinden, M. und Hirsbrunner, H.-P.** (2003). Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38: S.76-82.

**Jerosch-Herold, C.** (2000) .Evidenz-basierte Praxis: Wie beweisen wir als Ergotherapeuten unsere klinische Wirksamkeit? *Ergotherapie und Rehabilitation* 2000; 5: S.13-19

**Kielhofner, G. A.** (1995). Model of Human Occupation, 2nd. Edition, Baltimore: Williams & Wilkis.

**Krampen, G.** (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Handanweisungen. Göttingen: Hogrefe.

**Längle, G., Bayer, W., Köster, M., Salize, H.J., Höhl, W., Machleidt, W., Wiedl, K.-H., Buchkremer, G.** (2004). Unterscheiden sich die Effekte stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen bei schizophrenen Patienten? – Ergebnisse einer kontrollierten Multizenterstudie. In Vorbereitung.

**Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., Pollock, N.** (1994). Canadian Occupational Performance Measure, 2<sup>nd</sup> edition, Toronto: CAOT Publications.

**Lehman, A.F.** (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21: S.645-656.

**Lehman, A.F., Goldberg, R., Dixon, L.B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A. und McDonnell, K.** (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 59: S.165-172.

**Marotzki U., Hack B.M.** (1999). Zum Fortgang der Professionalisierung der deutschen Ergotherapie- eine Fiktion. In: Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Hack, B.M., Weber, P. (Hrsg) (1999). Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis, Springer ; S.175-205.

**Olsen, L., Fisher, G., Munoz, J., Knight, C.** (1994). Work Readiness Program (Deutsche Übersetzung) Köln: Edition Vita Activa.

**Regenold, M., Sherman, M.F. & Fenzel, M.** (1999). Getting back to work: Self-efficacy as a predictor of employment outcome. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22: S. 361-367.

**Reker, T.** (1998). Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie: Prospektive Untersuchungen zu Indikation, Verläufen und zur Effizienz arbeitsrehabilitativer Maßnahmen, Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Darmstadt: Steinkopf

**Rost, J.** (1996). Lehrbuch Testtheorie, Testkonstruktion. 1. Aufl. Bern: Huber.

**Tsang, H., Lam, P., Ng, B. und Leung, O.** (2000). Predictors of employment outcome for people with psychiatric disabilities: A review of the literature since the mid '80s. *Journal of Rehabilitation*, 66: S.19-31.

**Veloza, C., Kielhofner, G., Fisher, D.** (1990). Worker Role Interview (WRI) (Deutsche Übersetzung). Köln: Edition Vita Activa. 1990

## Präsentation

### Werkstattbericht: Arbeitsintegration nach berufsfeldorientierter integrativer Arbeitstherapie in der Klinik.

Gerd Groezinger; Barbara Servos

#### 1. Die Klinik und das Zentrum für Arbeitsdiagnostik und Berufliche Integration (ZABI)

Die Evangelische Stiftung Tannenhof gewährleistet die regionale Pflichtversorgung der Städte Remscheid und Wuppertal. Darüber hinaus bieten spezialisierte Stationen mit einem spezifischen Konzept (Depressionsfachstation, Psychosomatik, Traumastation) ein überregionales Therapieangebot an. Neben 10 Stationen des akutpsychiatrischen Bereiches, plus Tagesklinik, hat die Klinik noch einen gerontopsychiatrischen Bereich, einen Langzeitrehabilitationsbereich sowie Wohn- und Außenwohngruppen für chronisch psychisch erkrankte Menschen.

Das ZABI (Zentrum für Arbeitsdiagnostik und Berufliche Integration) richtet sich mit unterschiedlichen Abteilungen an alle PatientInnen und BewohnerInnen der Klinik, bei denen eine Fragestellung bzw. ein Rehabilitationsauftrag bezüglich Arbeit/Tätigkeit besteht.

Im Wesentlichen sind dies PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen im Alter zwischen 18 und 60 Jahren.

Die hier vorgestellte Studie bezieht sich nur auf die Abteilungen des ZABI, die für den akutpsychiatrischen Bereich zuständig sind.

Das ZABI gliedert sich im akutpsychiatrischen Bereich in drei Gruppen:

##### Vorbereitungsgruppe:

Diese Gruppe richtet sich an PatientInnen, die in ihrer Leistungsfähigkeit stark vermindert sind. Der Schwerpunkt der Vorbereitungsgruppe liegt neben der arbeitstherapeutischen Diagnostik, im Aufbau, Training und in der Stabilisierung grundlegender Arbeitsfähigkeiten, sowie im Training instrumenteller Fähigkeiten und der Stabilisierung des sozioemotionalen Bereiches. Grundsätzlich mit einer niedrigen Stundenzahl beginnend, soll der Patient langfristig auf eine Tätigkeit in einer Tagesstätte, auf einen Zuverdienstarbeitsplatz oder auf eine arbeitsrehabilitative Einrichtung (hier i. d. R. Werkstatt für behinderte Menschen) vorbereitet werden.

### Gewerblich-technische Gruppe:

Die PatientInnen dieser Gruppe streben in der Regel nach der Klinikbehandlung Tätigkeiten in folgenden Bereichen an:

- Montagetätigkeiten in einer Werkstatt für behinderte Menschen,
- Montage- und Verpackungstätigkeiten, sowie Taktgebundene Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt,
- eine Ausbildung oder Berufstätigkeit im Bereich LageristIn/HandelsfachpackerIn oder ähnliches,
- eine Ausbildung oder Berufstätigkeit aus dem Bereich der handwerklichen und technischen Berufe.

Neben - auch höhere Anforderungen stellenden - Montage- und Verpackungsarbeiten, stehen hier auch Maschinen zur Holzbearbeitung und theoretische Arbeitsproben aus dem gewerblichen und technischen Bereich zur Verfügung.

Die Behandlung beinhaltet eine ausführliche Diagnostik mittels praktischer und theoretischer Arbeitsproben. Es werden elementare Arbeitsfähigkeiten sowie Grundfertigkeiten der jeweiligen Berufsfelder vermittelt und trainiert, um eine entsprechende Weitervermittlung bzw. Vorbereitung zu ermöglichen. Vorhandene Ressourcen werden gefördert und stabilisiert bzw. Defizite ausgeglichen. Die Therapiezeiten werden individuell vereinbart und liegen zwischen minimal zwei Stunden und bis zu sechs Stunden täglich.

### Arbeitsdiagnostische Abklärung:

Diese Gruppe richtet sich zum einen an PatientInnen, die sich beruflich neu oder erstmals orientieren wollen. Sie haben hier die Möglichkeit, sich anhand von Informationsmaterial und berufsbezogenen theoretischen und praktischen Aufgaben ein realistisches Bild von dem jeweiligen Tätigkeitsbereich zu machen und eigene Neigungen und Fähigkeiten zu überprüfen. Zum anderen können PatientInnen mit Berufen aus dem sozialen, medizinischen, kaufmännischen oder verwaltenden Bereich, sowie SchülerInnen und StudentInnen aller Fachrichtungen sich auf den Wiedereinstieg in ihren/seinen Beruf/Schule/Studium vorbereiten.

Allgemeines Ziel der Gruppe ist neben einer ausführlichen arbeitstherapeutischen Diagnostik und einer gemeinsamen Zielplanung der Aufbau von speziellen berufsbezogenen Fähigkeiten, sowie die Stärkung von elementaren Arbeitsfähigkeiten. Bei den Arbeitsproben handelt es sich sowohl um theoretische und praktische Arbeitsproben aus den verschiedenen Berufszweigen, als auch um realistische Auftragsarbeiten aus der Klinik. Die PatientInnen können im Einzeltraining in Psychoedukation unterwiesen werden, um ihre Erkrankung und deren Auswirkungen besonders im Arbeitsbereich besser integrieren zu können.

Ziel des ZABI ist es, das optimale Beschäftigungsniveau für den jeweiligen Menschen mit seinen speziellen Fähigkeiten und Wünschen zu finden.



Zum Teil werden zu diesem Zweck mehrschrittige Rehabilitationspläne entwickelt und begleitet. Ein weiteres wichtiges Ziel ist es, einen möglichst nahtlosen Übergang von der Klinik in eine Arbeit oder Tätigkeit zu ermöglichen und diesen zu flankieren, um in der für psychisch erkrankte Menschen schwierigen Phase des Übergangs Abbrüche zu vermeiden.

Das multiprofessionelle Behandlungsteam des ZABI besteht aus 5 ErgotherapeutInnen, einer Sozialarbeiterin und einem Psychologen, die Behandlungskapazität liegt bei 45 Patienten.

## 2. Forschungsfrage

Aufgrund der integrativen Ausrichtung des ZABI wollten wir mit der Katamnese ermitteln, ob die in der Klinik mit den PatientInnen erarbeiteten Ziele und Pläne auch über die Entlassungsphase hinaus dauerhaften Bestand haben. Wir wollten wissen, was aus den Menschen wurde, die im ZABI waren, wie ihr weiterer beruflicher Werdegang aussah und ob sich unsere Planung längerfristig verwirklichen ließ.

### 2.1 Zeitlicher Umfang der Vorlaufphase bis zum eigentlichen Beginn - Vorbereitungen und Aufgaben

Die Katamnese, wie hier vorgestellt, erstreckt sich über drei Erhebungsjahre. Vor der allerersten Untersuchung im Jahre 2000 musste zunächst einmal die Klinikleitung von der Untersuchungsidee überzeugt werden. Auch war es wichtig, die Zulässigkeit und Fragen des Datenschutzes mit der Klinik zu klären. Zudem sollte die Infrastruktur der Klinik (Postversand, Geräte, Porto etc.) genutzt werden, auch dies musste geklärt werden. Weiterhin mussten grundsätzliche Vorüberlegungen angestellt werden, wie z.B.:

- o Festlegen des Zeitraums der Katamnese: Einerseits lang genug, um einen Eindruck von der Stabilität der Ergebnisse gewinnen zu können, andererseits Berücksichtigung der postalischen Erreichbarkeit der ehemaligen PatientInnen,
- o Problem Anonymität: Eine anonyme Auswertung gewährleisten, aber es trotzdem ermöglichen, zwei Erinnerungen an Nicht-Antwortende zu versenden,
- o Zuordnung zur Anmeldung notwendig, um Informationen nicht nochmals über den Fragebogen erheben zu müssen, was diesen zu lang und zu kompliziert gemacht hätte,
- o Fragebogen und Anschreiben entwerfen und vortesten,
- o Wie kann man die Rückläufe erhöhen? (Zeitpunkt der Versendung bedenken, Rückantwortumschlag, zwei Erinnerungen).

### Grundsätzlich fällt jedes Jahr an:

- Ermittlung, welche PatientInnen in den Untersuchungszeitraum fallen,
- Adressen und Akten zusammenstellen,
- Briefe versenden.

## 2.2 Jährlicher Zeitplan für den gesamten Ablauf der Studie

Es werden drei Aussendungen im Abstand von 14 Tagen durchgeführt. Nicht zustellbare Rückläufer werden mit Klinikverwaltung/Telefonbuch/KollegInnen etc. korrigiert und zwei Wochen versetzt später neu versendet. Damit besteht ein Untersuchungsablauf von acht Wochen.

Über acht Monate erfolgt neben der regulären Arbeit die Zusammenstellung der Studie: Auswertung, statistische Überprüfung, KollegInnen suchen, die beraten und Tipps geben, Bericht schreiben, Präsentation erstellen.

## 2.3 Finanzierung der Studie

Eine besondere Finanzierung gibt es nicht. Sachmittel wie Porto, Papier etc. werden von der Klinik getragen; die Bearbeitung findet im Wesentlichen außerhalb der Arbeitszeit statt.

## 2.4 Kriterien für die Ermittlung der Stichprobe

Angeschrieben wurden alle PatientInnen, die innerhalb eines Jahres im ZABI behandelt wurden. Der Entlassungszeitpunkt lag für den Einzelnen zwischen einem Monat und einem Jahr zurück. Nicht berücksichtigt wurden PatientInnen, deren Behandlungszeitraum im ZABI unter 14 Tagen lag.

In Zahlen bedeutet dies über den Zeitraum von drei Jahren: Innerhalb des Zeitraumes von drei Jahren wurden insgesamt 380 PatientInnen behandelt, davon 48 weniger als 14 Tage. Daher verblieben nur 332 PatientInnen, die berücksichtigt werden konnten. Von diesen 332 PatientInnen, waren 29 unbekannt verzogen.

Für die Befragung stand daher eine Stichprobe von 303 postalisch zu erreichenden PatientInnen zur Verfügung. 219 Fragebögen erhielten wir zurück, was einer Rücklaufquote von 72,3% entspricht.

## 3. Forschungsdesign

Wir haben als Erhebungsgrundlage einen Fragebogen gewählt, sowie Informationen aus der Anmeldung und aus der Akte des Patienten verwendet. Um die Auswertung zu erleichtern, haben wir sehr viele geschlossene Fragen gewählt, die quantitativ ausgewertet werden können. Die Antworten sind zum Teil bewertender, zum Teil beschreibender Natur.

Aufgrund der Tatsache, dass die Klinik einen Versorgungsauftrag hat, haben wir keine Kontrollgruppe gebildet, um niemandem die Arbeitstherapie vorenthalten zu müssen.

Die explorative Studie versteht sich auch als Aufforderung, in Studien mit naturalistischem Design den Stellenwert der Arbeitstherapie auch unter den heutigen Behandlungsbedingungen darzulegen, um sie als wichtige Behandlungsmöglichkeit zur Bewältigung psychischer Erkrankung und zur Rückfallprophylaxe beizubehalten, zu festigen und weiter zu differenzieren.

#### 4. Untersuchungsablauf

Bei den 3 Katamnesen der Jahre 2000 bis 2002 haben wir Daten zu

- (T1) = bei Aufnahme der PatientInnen in die Abteilung und
- (T3) = zum Befragungszeitpunkt 6-18 Monate nach Entlassung aus der Klinik erhoben.

Zum Befragungszeitpunkt T3 haben wir zusätzlich

- (T2) = die Arbeitssituation unmittelbar nach der Entlassung aus der Klinik erfragt.

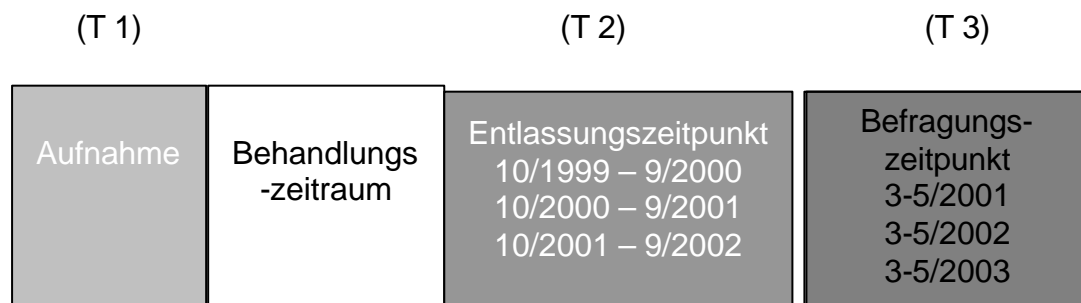


Abb. 1: Untersuchungspunkte

#### 5. Datenerhebung

Wir haben die ‚Stammdaten‘ der PatientInnen verwendet, die Arbeitsvorgeschichte erfragt und nach der Planung von PatientIn und Team gefragt. Des Weiteren wurde unter anderem die Arbeitssituation zum Entlassungszeitpunkt aus dem ZABI und zum 6-18 Monate später liegenden Befragungszeitpunkt erfragt.

Dazu benutzten wir den Statusbogen der Klinik, die schriftliche Anmeldung des Stationsbehandlers und den zurückgesandten Fragebogen des/der Patienten/-in (bestehend aus 12 Fragen).

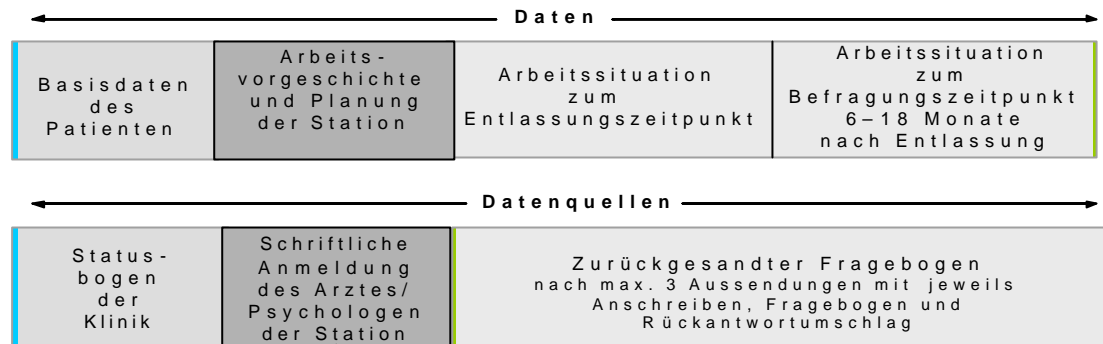


Abb. 2: Daten/ Datenquellen

## 6. Beschreibung der Stichprobe

Die Diagnosen der Patienten:	N	%
Schizophrene Erkrankungen (ICD 10: F 20, 22, 23)	99	45,2
Schizoaffektive Störungen (ICD 10: F 25)	15	6,8
Affektive Störungen, Angst- /Zwangsstörungen (ICD 10: F 3, F 40-42)	65	29,7
Persönlichkeitsstörungen, PTBS (ICD 10: F 43, F 6)	40	18,3
<b>Summe</b>	<b>219</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 1: Patientendiagnosen

Wir unterscheiden zwischen den Patienten der

- Diagnosegruppe F2 (52%), n=114

und den Patienten der

- Diagnosegruppe F3 – F6 (48%), n=105

### 6.1 Anzahl der Voraufnahmen in unserer Klinik

Bei den Erstaufnahmen sehen wir die PatientInnen der Diagnosegruppen F3 bis F6 deutlich stärker vertreten, bei zunehmender Anzahl der Voraufnahmen sehen wir die PatientInnen mit der Diagnosegruppe F2 stärker vertreten. Die Unterschiede hinsichtlich der Diagnosegruppen sind signifikant.

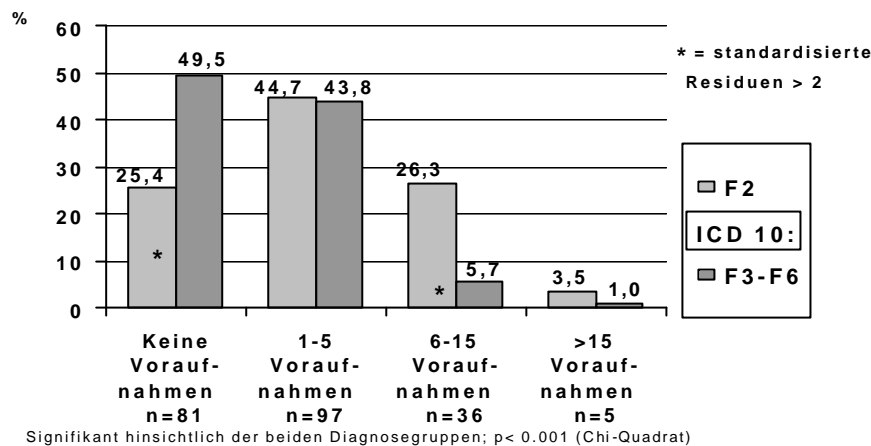


Tabelle 2: Voraufnahmen in der Klinik

### 6.2 Der Zeitraum seit Ersterkrankung

In den Erkrankungsdauern finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Diagnose-Gruppen.

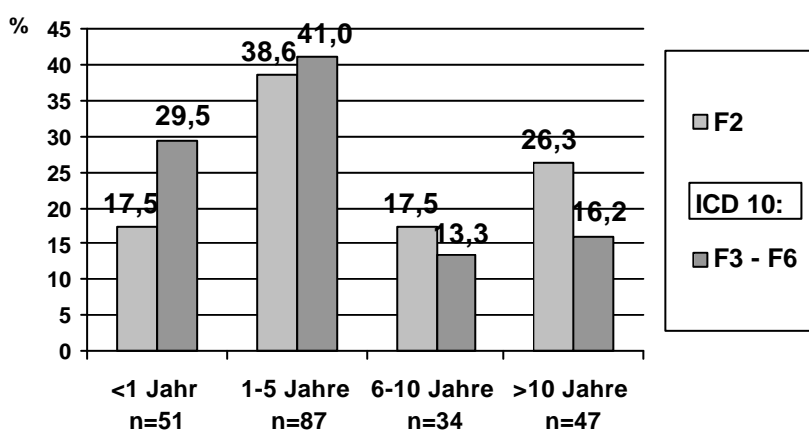


Tabelle 3: Zeitraum seit Ersterkrankung

### 6.3 Alter

Bei den über 51-jährigen PatientInnen sind die depressiv Erkrankten signifikant häufiger vertreten als die psychotisch Erkrankten.

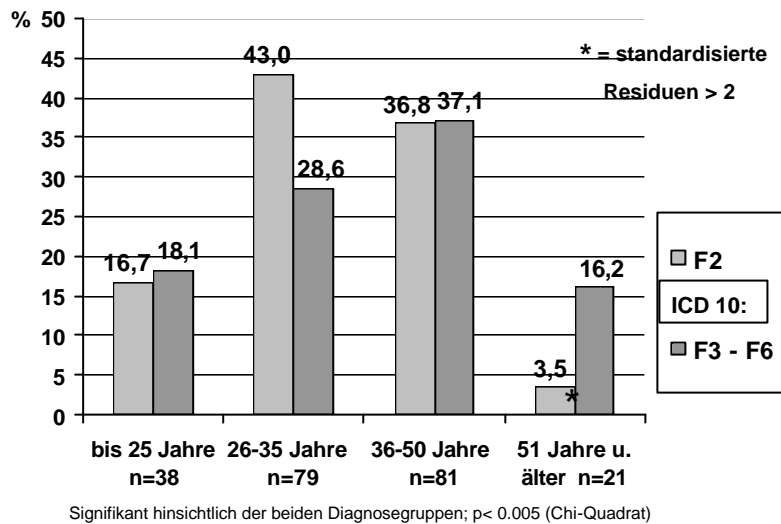


Tabelle 4: Alter der Patienten

### 6.4 Geschlecht

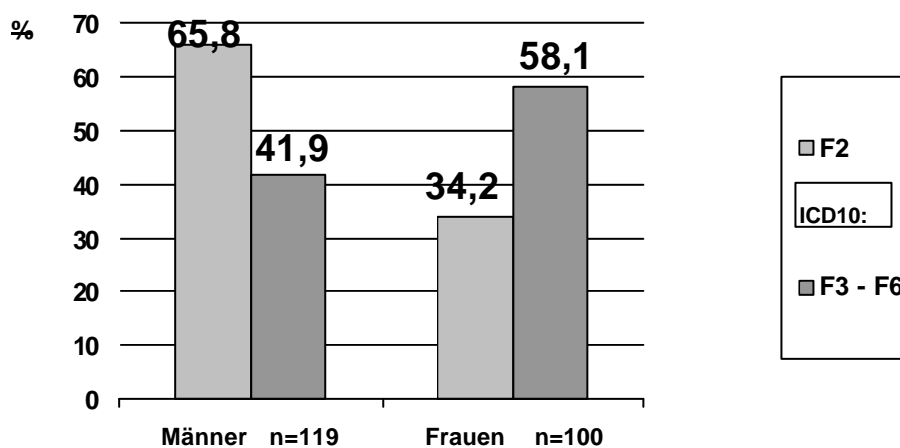


Tabelle 5: Geschlecht der PatientInnen

### 6.5 Schulabschluss

Nur geringe Unterschiede in der Schulbildung zwischen den Diagnosegruppen.

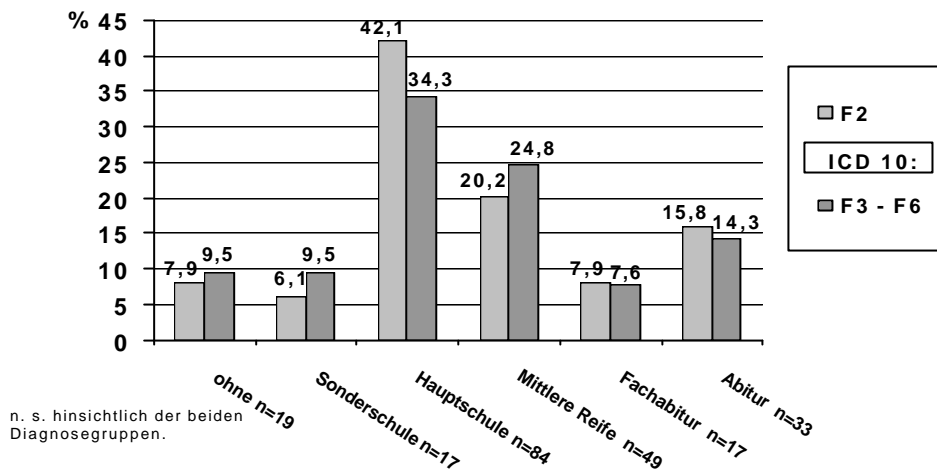


Tabelle 6: Schulabschlüsse der PatientInnen

### 6.6 Behandlungsdauer

Die häufigste Behandlungsdauer liegt im Bereich von fünf -acht Wochen

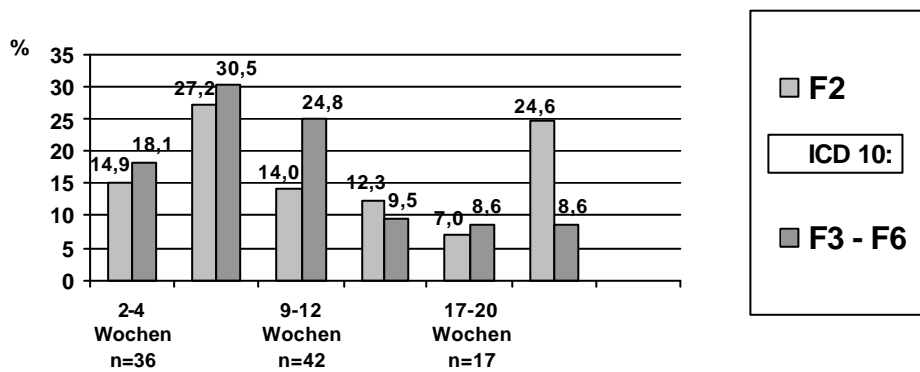


Tabelle 7: Behandlungsdauer

Mittelwert Alle	Mittelwert F2 - Diagnosen	Mittelwert F3 - F6 - Diagnosen
12,7 Wochen	14,9 Wochen	10,3 Wochen

Mittelwert-Unterschied ist signifikant  $p < 0.001$  (t-Test).

## 7. Die Arbeitssituation vor Aufnahme

Vorbemerkung: In der gesamten Untersuchung haben wir den Bereich 'Berufliche Bildung' der Werkstatt für behinderte Menschen nicht unter *Rehamaßnahmen* sondern unter der *Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)* subsummiert, auch wenn dies formal nicht korrekt ist. Wir wählten dieses Vorgehen jedoch, weil wir der Ansicht sind, damit der Realität der WfbM mit ihrer geringen (Re-) Integrationsrate auf den 'ersten Arbeitsmarkt' gerechter zu werden.

Knapp die Hälfte der ZABI-PatientInnen gehen bei Aufnahme keiner Tätigkeit nach. ArbeitsstelleninhaberInnen auf dem 'ersten Arbeitsmarkt' gehören weit überwiegend zur Gruppe der F3–F6–Diagnosen.

Keine Unterschiede bestanden hinsichtlich der Diagnosen bei denjenigen 'ohne Tätigkeit', jedoch bestanden signifikante Unterschiede bei den Tätigen auf dem 'ersten Arbeitsmarkt'.

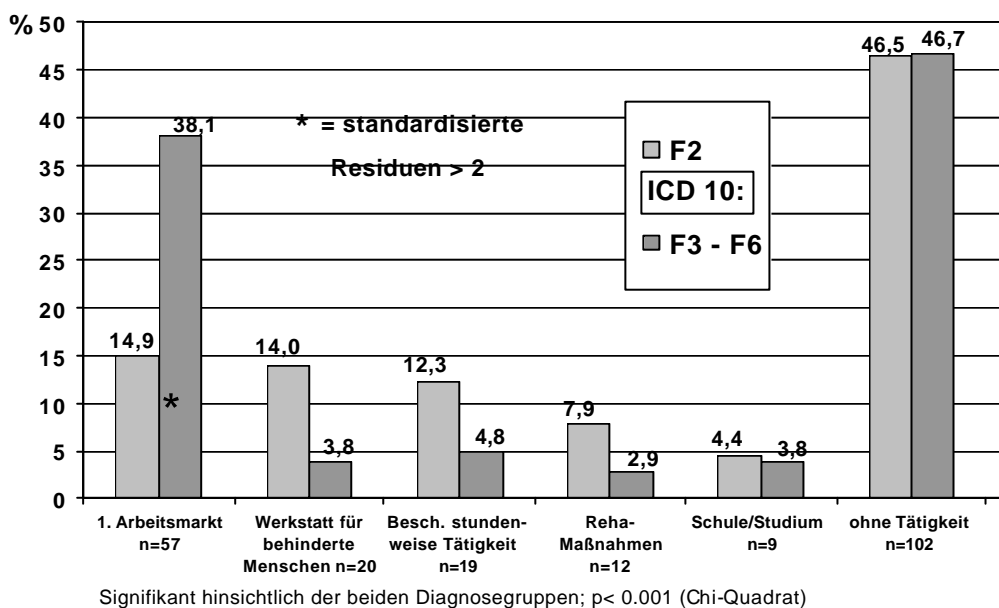


Tabelle 8: Arbeitssituation vor Aufnahme



### 8. Die weitere Entwicklung nach Entlassung aus der Klinik

Nur 42,7% der PatientInnen (= 50 Personen) mit Arbeitsplatz gehen an die bisherige Stelle zurück, wovon acht PatientInnen kündigen oder gekündigt werden. 31,6% (= 37 Personen) nehmen eine neue Tätigkeit auf (in der Regel mit niedrigerem Anforderungsniveau); bei 9,4% (= 11 Personen) kommt es zur Kündigung. Der Rest von 25,7% (= 30 Personen) verbleibt (vorerst) ohne Tätigkeit.

Von den ohne Tätigkeit in die Klinik gekommenen PatientInnen (rechte Grafik) haben 67,6% (= 69 Personen) eine Tätigkeit neu aufgenommen. Zur Kündigung kam es bei 11,7% (= 12 Personen).

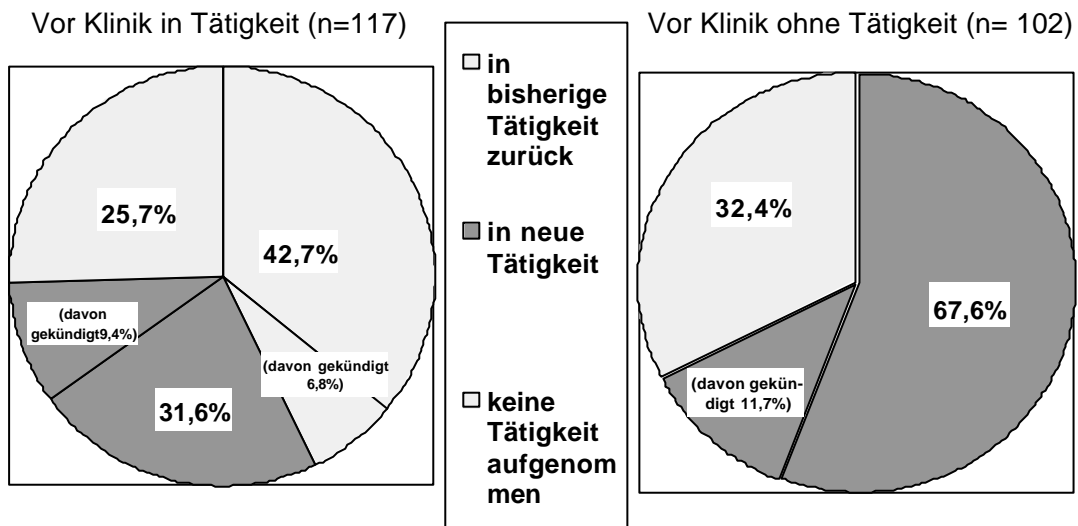


Tabelle 9: Arbeitssituation nach der Entlassung

### 9. Aktuelles Tätigkeitsniveau zum Zeitpunkt der Befragung

Die zwei Diagnose-Gruppen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich des Anforderungsniveaus der aktuellen Tätigkeit (zum Befragungszeitpunkt T3). Der Anteil der Personen ohne Tätigkeit (im Gesamt vor der Klinikbehandlung 46,6%, jetzt 26,9%) zeigt keine bedeutsamen Unterschiede, so dass man annehmen kann, dass sich beide Diagnose-Gruppen gleich gut integrieren lassen, jedoch in hohem Maße unterschiedliche Integrationsziele erreichen.

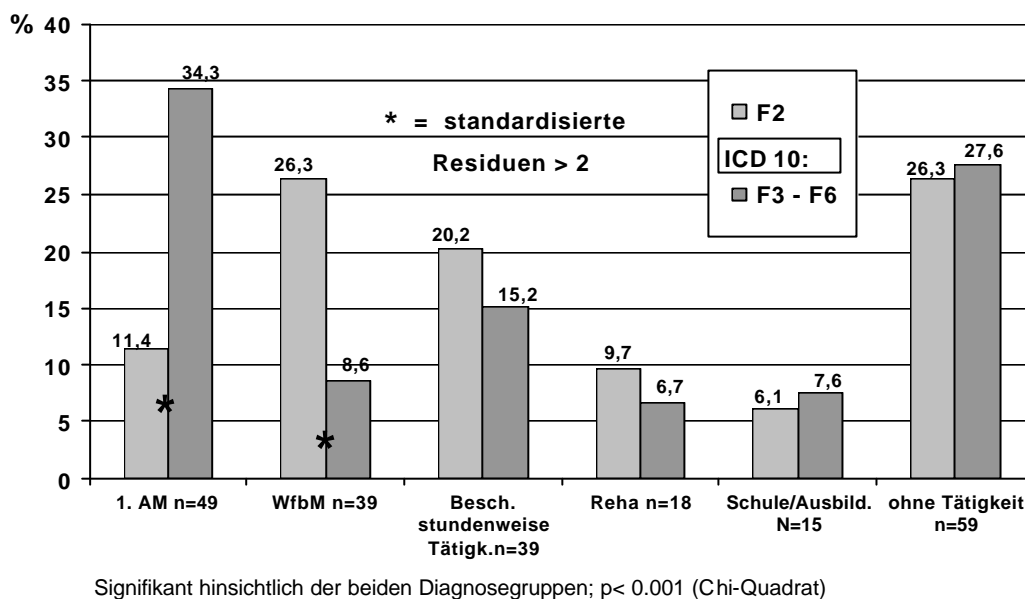


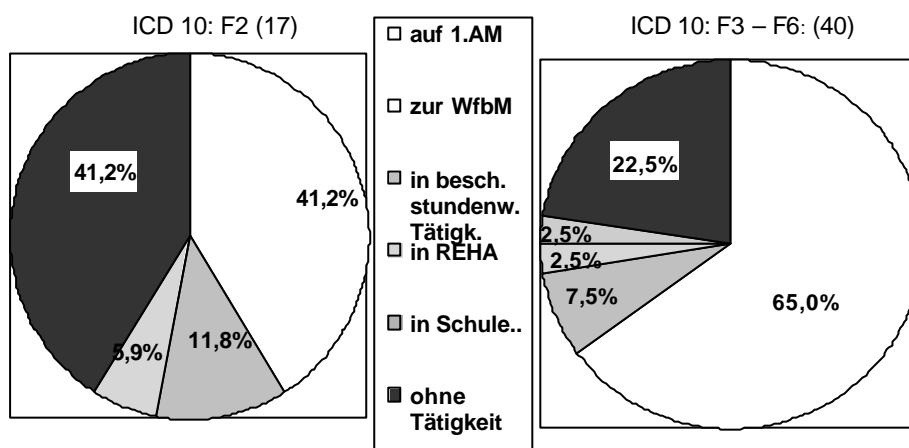
Tabelle 10: Tätigkeitsniveau zum Zeitpunkt der Befragung

### 10. Subgruppenanalyse: Aktuelles Tätigkeitsniveau der PatientInnen

#### 10.1 PatientInnen mit Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt vor Behandlungsbeginn

Mehr nicht-psychotisch Erkrankte gehen zurück auf den ersten Arbeitsmarkt (1. AM/weiß/rechtes Schaubild), mehr psychotisch Erkrankte verbleiben ohne Tätigkeit (schwarz/links).

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind in beiden Gruppierungen nicht vertreten. Dies kann ein Hinweis sein auf Angebotslücken für eine spezielle PatientInnen-Gruppe, die offenbar zu krank für eine Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist, aber vom Angebot der WfbM nicht erreicht wird.



n. s. hinsichtlich der beiden Diagnosegruppen

**Tabelle 11:** Verteilung PatientInnen mit Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt vor Behandlungsbeginn

### 10.2 PatientInnen ohne Tätigkeit vor Behandlungsbeginn

Psychose-Erkrankte wurden zur Hälfte in die WfbM (Karo) und beschützte stundenweise Tätigkeiten (grau) integriert, die andere Diagnose-Gruppe deutlich mehr auf dem 1. AM (weiß), deutlich geringer in die WfbM (Karo) und in beschützte stundenweise Tätigkeiten (grau), und in höherem Maß nicht integriert (schwarze Felder).

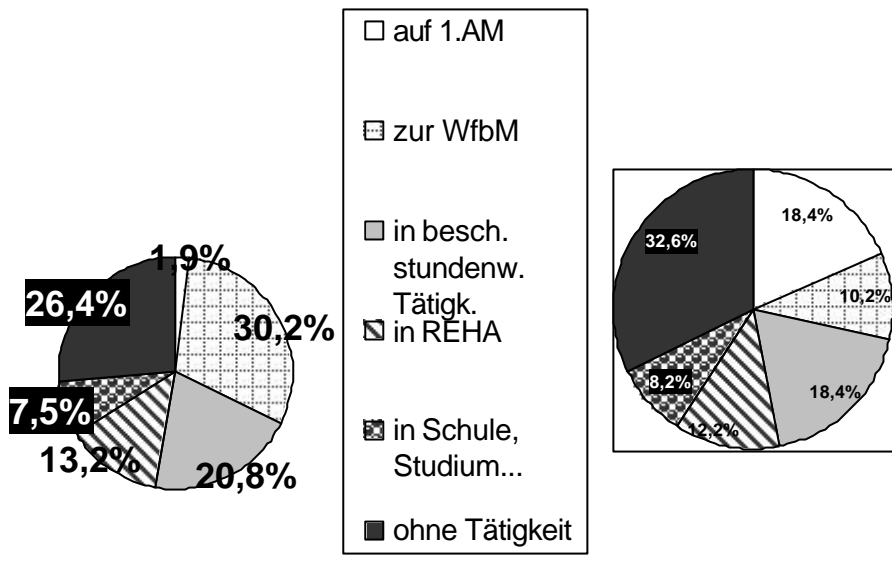


Tabelle 12: Verteilung Patienten ohne Tätigkeit vor Behandlungsbeginn

11. Zufriedenheit mit der Tätigkeitssituation (n=157)

Zum Befragungszeitpunkt liegt (bei einer Skala von 1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden) die Zufriedenheit mit einem Durchschnitt von 2,2 recht hoch. Signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen gibt es nicht.

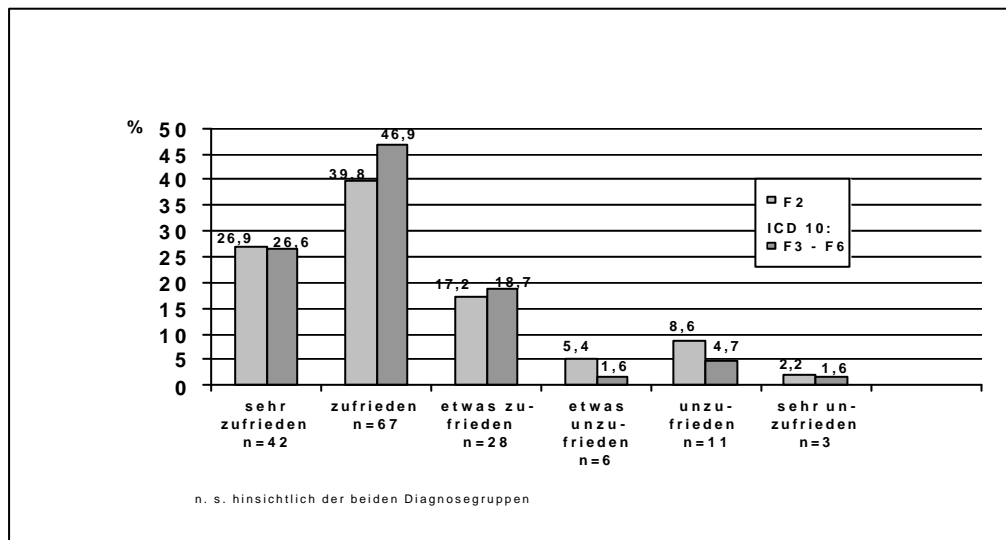


Tabelle 13: Zufriedenheit mit der Tätigkeitssituation

### 12. Zufriedenheit mit dem psychischen Befinden

Auf einer Skala von 1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden zeigt sich ein Durchschnitt von 3,05 Punkten. Die Bewertung zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen denen, die eine Tätigkeit ausüben und denen, die keine Tätigkeit ausüben.

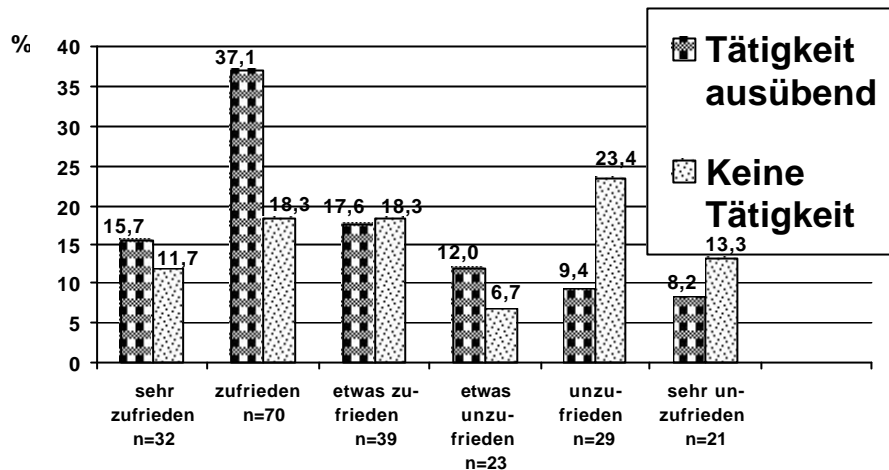


Tabelle 14: Zufriedenheit mit dem psychischen Befinden

Signifikant unterschiedlich hinsichtlich der beiden Gruppen ‚Tätigkeit ausübend‘ und ‚keine Tätigkeit‘;  $p < 0.005$  (t-Test)

### 13. Helfer, mit denen über Schwierigkeiten im Arbeitsalltag gesprochen werden kann

Für uns überraschend war der große Anteil der niedergelassenen TherapeutInnen, mit denen über Schwierigkeiten im Arbeitsalltag gesprochen wird. Ebenfalls überraschend war der geringe Anteil der Berufsbegleitenden Fachdienste/ Integrationsfachdienste.

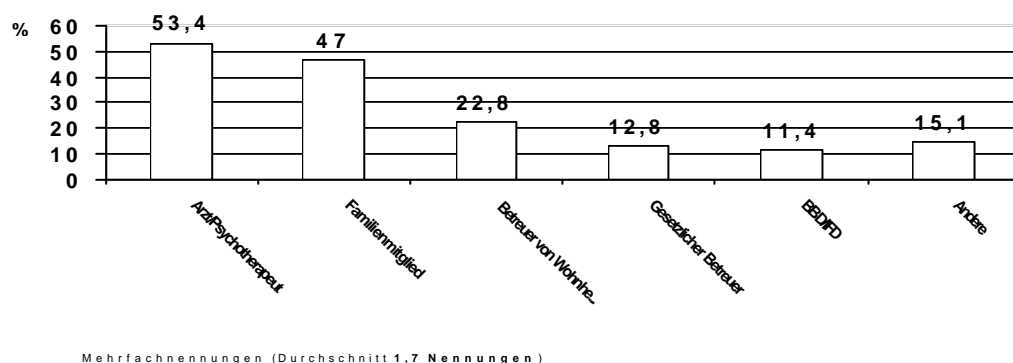


Tabelle 15: Verteilung der Gesprächspartner bei Schwierigkeiten im Arbeitsalltag

#### 14. Was war bei der Behandlung im ZABI besonders wichtig?

Beim Überblick, was den befragten ehemaligen PatienInnen bei der Behandlung im ZABI besonders wichtig war, waren es Vorgaben, die auf die Beziehung abheben. Sie werden in etwas höherem Ausmaß genannt als Items, die auf die Informationsaspekte abheben. Es gab keine (signifikanten) Unterschiede in der Einschätzung zwischen Männern und Frauen.

	%
Die <b>psychische Unterstützung ganz allgemein</b> durch die Arbeit und die Therapeuten im ZABI	57,5
Der <b>Aufbau von Selbstvertrauen</b> durch die Arbeiten im ZABI	56,2
Die <b>therapeutische Beziehung</b> zu den Mitarbeitern des ZABI	41,1
Die <b>Gespräche/Beziehung mit den Mitpatienten</b> im ZABI	26,0
Die <b>Planung</b> des beruflichen Wiedereinstiegs bzw. der Reha-Maßnahme	45,2
Die <b>Informationen über berufliche Möglichkeiten</b> durch das ZABI	28,3
Die persönliche <b>Kontaktaufnahme an der zukünftigen Arbeits-/Tätigkeits-Stelle</b>	16,0
Die Überlegungen über <b>Bewältigungsmechanismen</b> für Bereiche mit Leistungsminderung im ZABI	12,8

NON-COVID-19-ERFAHRE

Mehrfachnennungen (Durchschnitt 2,9 Nennungen)

Abb. 3: Verteilung der Items

#### 15. Vergleich des geplanten und des erreichten Tätigkeitsniveaus (Alle Befragten)

Wir haben in der Anmeldung nach der Planung des PatienInnen und der Planung des anmeldenden Teams hinsichtlich des angestrebten Tätigkeitsniveaus gefragt. Wir vergleichen diese Planungen mit dem tatsächlich erreichten Tätigkeitsniveau.

Wir sehen insgesamt bei dem Ziel 1. AM ein gegenüber der Planung des PatientInnen deutlich geringeren Anteil. Dass der Ausgang der ZABI -Maßnahme auch „keine Tätigkeit“ sein kann, wird kaum erwartet, tritt in ein Viertel der Fälle aber ein. REHA scheint weder vom Patienten/-in noch vom Team in Betracht gezogen zu werden.

Allerdings ist die Unsicherheit in der Einschätzung durch Team und PatientIn – „keine Vorstellung“ (Balken ganz rechts) – mit rund einem Drittel recht groß.

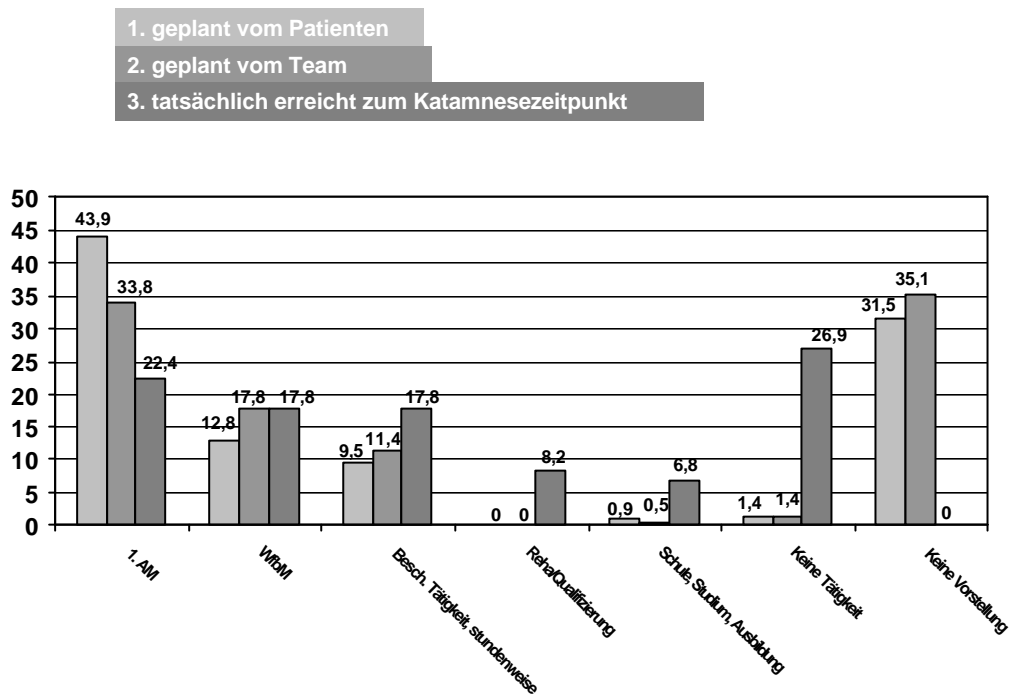


Tabelle 16: Geplantes und erreichtes Tätigkeitsniveau (alle Befragten)

### 15.1 Vergleich des geplanten und des erreichten Tätigkeitsniveaus (Psychose-Erkrankte)

Bei Psychose-Erkrankten ist die Einschätzung der PatientInnen hinsichtlich des geplanten Tätigkeitsniveaus deutlich überhöht, das Team scheint recht realistisch einzuschätzen.

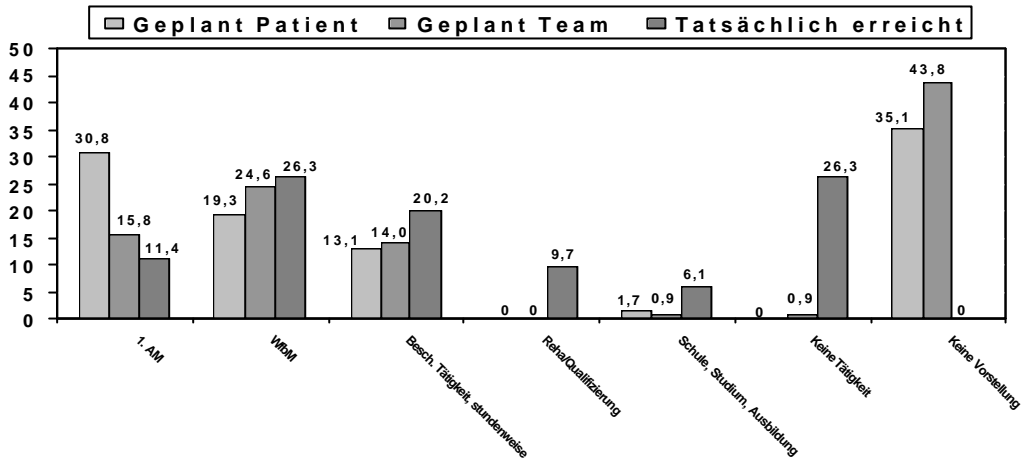


Tabelle 17: Geplantes und erreichtes Tätigkeitsniveau (Psychose-Erkrankte)

### 15.2 Vergleich des geplanten und des erreichten Tätigkeitsniveaus (Nicht-Psychose-Erkrankte)

Das Team und PatientIn schätzen dies insgesamt höher ein, liegen aber deutlich über dem tatsächlich erreichten Ergebnis.

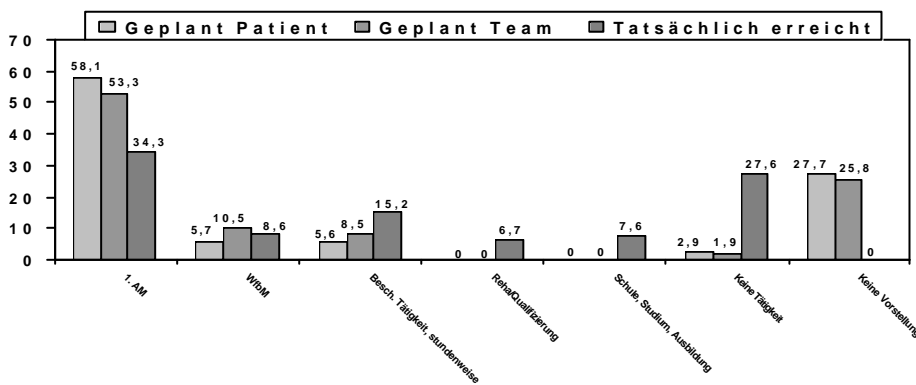


Tabelle 18: Geplantes und erreichtes Tätigkeitsniveau (Nicht-Psychose-Erkrankte)



## 16. Konsequenzen aus dieser Studie für die Ergotherapie

### 16.1 Auf der persönlichen Ebene des einzelnen Ergotherapeuten

Wir bauen über die häufig längeren Behandlungszeiträume und die Einzeltherapie eine Beziehung zu den PatientInnen auf. Es ist auch für uns wichtig, eine systematischere Rückmeldung zu bekommen, was aus den Menschen und der gemeinsamen Planung geworden ist. Es entsteht Motivation durch die Rückmeldung, dass es zwar häufig schwierig ist, aber auch funktioniert.

### 16.2 Auf der Ebene der Abteilung

Durch die Rückmeldungen können Vorstellungen entstehen, was zu verbessern ist oder an welcher Stelle immer wieder Probleme auftreten. Sie verhindern ein Arbeiten im „luftleeren Raum“ und leisten somit einen Beitrag zur Qualitätssicherung.

### 16.3 Auf der Klinikebene

Die Studie hat geholfen, das ZABI innerhalb der Klinik sehr positiv zu positionieren. Sie hat zu einer Aufwertung der ergotherapeutischen Arbeit auf Klinikebene geführt.

Dieser Werkstattbericht (bzw. Vorläufer/Ausschnitte dieses Berichts) wurde

- im Rahmen des Projekts Gesundes Land Nordrhein Westfalen
- bei der Firma Lilly und
- in Berlin, DGPPN-Kongress 2003

veröffentlicht.

#### ReferentInnen:

Dipl. Psychologe Gerd Groezinger, Ergotherapeutin Barbara Servos.

#### Kontaktadresse:

Evangelische Stiftung Tannenhof Remscheid  
Remscheider Str. 76  
42899 Remscheid

Email [info@stiftung-tannenhof.de](mailto:info@stiftung-tannenhof.de)

## Gesamtauswertung der Arbeitsgruppen am Vormittag

### Diskussion und Ergebnisse der 3. Delphi-Runde

Ursula Walkenhorst

#### 1. Einleitung

Die Arbeitsgruppen des Vormittages waren themengleich angelegt. Ihr gemeinsamer Inhalt war die Auseinandersetzung mit und die Diskussion der Ergebnisse der Delphi-Studie aus der zweiten Fragebogenrunde. Ziel der Arbeitsgruppen war die Vorbereitung einer möglichen vierten Befragungsrunde auf der Grundlage der Diskussionsergebnisse in den Gruppen. Dazu sollten die 15 vorrangigen Themen anhand der vorliegenden Daten ermittelt werden und um fehlende Themen ergänzt werden.

Anliegen der themengleichen Arbeitsgruppen war es zunächst, die vorliegenden Ergebnisse zu diskutieren und gegebenenfalls fehlende Themen oder Aspekte zu ergänzen.

Die Moderatorinnen der insgesamt drei Arbeitsgruppen des Vormittages gingen nach einem vorher entwickelten festgelegten Moderationsablauf innerhalb der Gruppen vor. Ziel war es, die Ergebnisse aus den einzelnen Arbeitsgruppen an diesem Tag auszuwerten und vergleichbar zu machen. Dazu war eine parallele Vorgehensweise in den Gruppen erforderlich. Die themengleichen Arbeitsgruppen bildeten gleichzeitig die dritte Befragungswelle innerhalb der Delphi-Studie.

#### 2. Methodischer Verlauf der Arbeitsgruppen

An dieser Stelle wird zunächst die Vorgehensweise und der Moderationsverlauf in den Arbeitsgruppen vorgestellt.

Die drei Gruppen setzten sich aus jeweils 12-15 Personen und einer Moderatorin zusammen. Die Gruppen waren beliebig zusammengestellt, es wurde lediglich darauf geachtet, dass die Studierenden der Fachhochschule Bielefeld, die ebenfalls eingeladen waren, in einer Arbeitsgruppe gemeinsam diskutierten, da sie im Vorfeld nicht an der Studie beteiligt waren. Hier war es notwendig die Studie noch einmal zu erläutern, soweit dies nicht im Rahmen der vorausgehenden Vorträge bereits erfolgt war.

Zu Beginn der Arbeitsgruppe erhielten alle Teilnehmenden eine Kopie des zweiten Fragebogens. In diesem waren die endgültigen Punkte, die sich aus dem Rücklauf der zweiten Runde ergeben hatten, eingetragen.

So wurde z.B. sichtbar, dass das Thema „Bezugspersonen“ insgesamt 37 Punkte erhalten hatte, während das Thema „Entwicklung einer Fachsprache“ insgesamt 11 Punkte erhalten hatte.

Die Teilnehmenden hatten zunächst Zeit, sich mit den konkreten Zahlen, die bereits während des Vortrages in ihrer Gesamtheit und nach Themenbereichen sortiert, bekannt gegeben wurden, vertraut zu machen und die Bewertungen einzeln wahrzunehmen.

Sie wurden gebeten, die Daten unter drei Fragestellungen zu betrachten:

1. Hätten Sie mit dieser Verteilung gerechnet?
2. Wenn Sie vorher gefragt worden wären, welche Vermutungen hätten Sie zu der Verteilung gehabt?
3. An welchen Stellen hätten / haben Sie andere Prioritäten gesetzt?

Die Fragen wurden anschließend gemeinsam diskutiert und die Beiträge der Teilnehmenden von den Moderatorinnen festgehalten.

In einem zweiten Schritt erhielten die TeilnehmerInnen eine „Hitliste“ der zweiten Fragebogenrunde. Hierbei handelte es sich um eine Auflistung der Themen, die innerhalb des Ranking bewertet wurden. Diese waren in der Reihenfolge ihrer Gesamtsumme aufgelistet. Die Liste enthielt insgesamt 28 Positionen, die aus der Gesamtanzahl von 68 Themen exzerpiert worden waren. Eine Position beinhaltete jeweils die erreichte Punktzahl und die Themen, die mit dieser Punktzahl versehen waren. So fanden sich z.B. an Position 12 fünf Themen mit dem gleichen Wert. Drei Themen hatten von den Befragten keinerlei Punkte erhalten, d.h. diese wurden innerhalb dieser Studie nicht als vordergründig forschungsrelevant bewertet. Dazu gehörten die Themen: Anleitung von Patienten, Erwartungen des Settings und Abrechnungswesen. Die Punkteverteilung lag zwischen 1 Punkt z.B. für das Thema „Mobbing“ bis zu 55 Punkten für das Thema „Wirkfaktoren erfolgreicher Therapie“.

Danach wurden die TeilnehmerInnen aufgefordert, das Ranking noch einmal kritisch zu betrachten. Der Fokus lag hierbei auf folgender Fragestellung:

„Wenn Sie jetzt noch einmal auf die Liste und deren Ranking / Reihenfolge schauen, gibt es noch Bedarfe, etwas daran zu verändern?“

Dabei bestand die Möglichkeit, einzelne Themen in der Reihenfolge zu verändern, die Liste in ihrer vorgegebenen Form unverändert zu belassen oder eine neue Reihenfolge vorzunehmen. Die TeilnehmerInnen hatten 30 Minuten Zeit, sich mit der Fragestellung zu beschäftigen und ggf. etwas zu verändern. Es bestand abschließend zu dieser Phase die Möglichkeit, diese zusätzlichen Impulse, Eindrücke und Anmerkungen an die Moderatorin weiter zu geben.

In der dritten und letzten Phase der Arbeitsgruppe wurde mit der Moderationsmethode gearbeitet. Hier waren die Teilnehmenden aufgefordert, über mögliche fehlende Aspekte der bisherigen Diskussion nachzudenken und diese zu benennen. Die Ergebnisse wurden auf Moderationskarten festgehalten.

Nach Beendigung der Sammlung wurden die Themen geclustert und abschließend wurden von den Teilnehmenden Punkte für die Relevanz des neu entstandenen Aspektes bzw. Themas verteilt. Dafür stand jedem/-r TeilnehmerIn jeweils ein Punkt zur Verfügung. Diese Ergebnisse sollen ggf. für die Durchführung einer vierten Delphi-Runde genutzt werden.

### 3. Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der drei Arbeitsgruppen werden hier zusammenfassend dargestellt. Sie resultieren aus den ausgefüllten Dokumenten (konkret: die ggf. überarbeitete „Hitliste“), Protokollen aus den jeweiligen Arbeitsgruppen zu den inhaltlichen Fragen, den geführten Diskussionen sowie den entwickelten und bewerteten Themen der letzten Phase der Arbeitsgruppen. Eine ausführliche Darstellung aller einzelnen Ergebnisse wird in einem abschließenden Forschungsbericht zu der Delphi-Studie erfolgen.

Die Teilnehmenden aller drei Arbeitsgruppen zeigten sich an den Ergebnissen sehr interessiert und diskutierten intensiv über die ihnen vorliegende Papiere. Da ihnen bewusst war, dass sie selber zu den Ergebnissen beigetragen hatten, versuchten sie sich auch „wieder zu finden“ und brachten gelegentlich noch einmal ihre persönliche, eventuell unterschiedlich vorgenommene, Bewertung ein. Einen Teil der Ergebnisse fanden einzelne TeilnehmerInnen überraschend und zogen daher Diskussionen über den Stand der Ergotherapie nach sich. Es ergaben sich auch Fragen, die eine Definition der Begrifflichkeiten, wie diese in dem Fragebogen verwendet wurden, erforderlich machten.

#### a) Reflexion der Ergebnisse der zweiten Fragebogenrunde

Nach einer Einzelreflexion der Ergebnisse anhand des vorliegenden Rankings kam es zu einer gemeinsamen Diskussion. Diese wurde von den durch die Moderatorin vorgegebenen Fragestellungen unterstützt und begleitet. Die Themen, die in der zweiten Runde zur Bewertung standen, waren von einem Teil der Teilnehmenden persönlich anders bewertet worden bzw. ein anderer Teil der TeilnehmerInnen hatte mit diesem Ergebnis gerechnet.

In allen drei Arbeitsgruppen gehörten zu den zentralen Diskussionen u.a. folgende Themenschwerpunkte:

- geringe Bedeutung von ergotherapeutischen Materialien und Medien,
- geringe Bewertung der Anleitung von Patienten,
- die geringe Bewertung von aktuellen theoretischen Diskussionen (z.B. Praxismodelle, Begriff ‚Betätigung‘),

- die wichtige und entsprechend hoch bewertete Anforderung an das Thema „Wirksamkeitsnachweise in der Ergotherapie“,
- hohe Präsenz der Themen aus dem Bereich der Sensorischen Integrationstherapie,
- fehlende Relevanz der Angehörigenarbeit,
- geringe Bedeutung geriatrischer Themen,
- geringe Bedeutung der Motivation der Patienten.

Innerhalb der Diskussionen gab es einzelne TeilnehmerInnen, die aus ihrer eigenen Sicht heraus Erklärungen für diese Verteilung fanden. Insbesondere der starken Präsenz von in Praxen arbeitenden ErgotherapeutInnen wurde für die gesamte Bewertung und deren Prioritäten eine große Bedeutung beigemessen. Die geringe Präsenz von ErgotherapeutInnen aus dem klinischen Bereich führte nach Ansicht der Teilnehmenden zu einer Vernachlässigung der Thematisierung von Behandlungsverfahren und interdisziplinären Arbeitskontexten.

Dies wurde von den TeilnehmerInnen bedauert, da hier gleichsam zu den Arbeitsplätzen in den Praxen die Stellen für ErgotherapeutInnen im klinischen Bereich zur Disposition stehen. In allen drei Gruppen gab es eine große Zustimmung zur Bewertung der Wirksamkeitsnachweise in der Ergotherapie. Hier wird unabhängig vom Fachbereich der größte Bedarf zum Bestand des Berufsbildes gesehen.

Die Relevanz und Brisanz der berufspolitisch geführten Diskussion um den Gegenstand der Ergotherapie zeigte sich in den Gruppendiskussionen noch einmal bei der Thematisierung des Stellenwertes des Handwerks bzw. der therapeutischen Medien. Hier wurde kontrovers diskutiert und gemeinsam der Bedarf an einer theoretischen Fundierung des ergotherapeutischen Gegenstandes formuliert.

Einigen Teilnehmenden fehlten explizit Themen in der Bewertung, die die aktuellen theoretischen Diskussionen bestimmen (z.B. Praxismodelle und die intensive Auseinandersetzung mit dem Begriff ‚occupation‘).

Zum Teil löste die Vernachlässigung spezieller Themen, die die direkte Behandlung des Patienten betreffen, z.B. Anleitung von Patienten, in den Arbeitsgruppen großes Erstaunen aus. Als Erklärung wurde weniger eine Ignoranz gegenüber PatientInneninteressen gesehen, sondern mehr eine berufliche Selbstverständlichkeit und eine bereits vorhandene große Kompetenz der ErgotherapeutInnen in diesem Bereich. Nachdenklich machte in den Arbeitsgruppen, dass diese Kompetenz nicht sichtbar dokumentiert wurde und in der Praxis zu wenig Beachtung findet.

### b) Reflexion der „Hitliste“ der Forschungsthemen

Die Teilnehmenden beschäftigten sich noch einmal intensiv mit der Reihenfolge der Forschungsthemen anhand einer ausgehändigten Liste und sie nutzten sowohl die Möglichkeit, einzelne Items in dem Ranking zu verändern als auch die gesamte Liste neu zu strukturieren.

Zielsetzung war hier, ein möglicherweise verändertes Ranking in einer neuen Liste abschließend darzustellen und in der dritten Phase Ergänzungen zu benennen. Dabei zeigte sich in allen drei Arbeitsgruppen eine fast komplette Übereinstimmung in der Platzierung des Themas „Wirkfaktoren erfolgreicher Therapie“ aus dem Themenbereich der Wissenschaft in der Ergotherapie, auf Platz 1. Die Themen 2 bis 5 fanden sich auch nach der Reflexion zum größten Teil unter den zehn ersten Plätzen wieder. Die größten Abweichungen gab es hier in der Arbeitsgruppe, die fast ausschließlich aus Studierenden des Fachbereiches bestand. Hier finden sich viele Themen, die aus der Praxisperspektive vordergründig relevant sind, ab Platz 14 abwärts wieder. Eine Studentin hat dabei ergänzend eine Unterteilung der Bewertung aus der Perspektive als Therapeutin und als Studierende vorgenommen. Eine weitere Studentin merkte an, dass sie sich, aus der Sicht als Praktikerin, der vorgegebenen Bewertung anschließen würde, sich aber aus der Perspektive der Studierenden eine andere Bewertung vornehmen würde. In einigen Listen wurden keine konkreten Neubewertungen für einen bestimmten Platz vorgenommen, sondern lediglich Bemerkungen z.B. „weiter nach vorn“ bzw. „weiter nach hinten“ oder „Mitte / Mittelfeld“ ergänzt. Manche Veränderungen werden in „ca.-Angaben“ ausgedrückt, z.B. „ca. Platz 5“.

Ebenso weisen Pfeile, die nach oben oder unten zeigen, eher unspezifisch auf eine höhere oder niedrigere Bewertung hin.

Die Teilnehmenden gaben ihre zum Teil veränderten Bögen am Ende dieser Phase wieder an die Moderatorin zurück. Diese wurden hinterher ausgewertet und in einer veränderten „TOP 15 – Liste“<sup>1</sup> dokumentiert. Die Teilnehmenden konnten noch mündliche Ergänzungen zu ihrer Bewertung abgeben. Da die inhaltlichen Diskussionen bereits in der ersten Sequenz stattgefunden hatten, wurden hier nur kurze Kommentare zu der eigenen veränderten Bewertung abgegeben.

### c) Ergänzung fehlender Aspekte<sup>2</sup>

Im letzten Schritt wurden die Teilnehmenden in den Arbeitsgruppen nach möglichen ergänzenden Themen / Aspekten befragt. Hier zeigte sich in den Gruppen eine unterschiedlich differenzierte Themensammlung. In zwei Arbeitsgruppen fehlte aus Sicht der Teilnehmenden die explizite Erwähnung der Geschichte der Ergotherapie als Forschungsthema. In allen drei Arbeitsgruppen wurde der differenzierte Blick in die Zukunft (z.B. zukünftige Handlungsfelder, neue Arbeitsfelder, Tätigkeitsfelder außerhalb des Zuständigkeitsbereiches der Krankenkassen, zukünftige gesellschaftspolitische

---

<sup>1</sup> Die Liste findet sich im Anhang.

<sup>2</sup> Eine Liste mit den ergänzten Themen findet sich im Anhang.

Veränderungen und deren Auswirkungen auf die Ergotherapie) vermisst. Berufspolitische Fragestellungen und Themen wie z.B. die Bildung einer Kammer für therapeutische Berufe, Inhalte von Aus-, Fort- und Weiterbildung neben den klassischen Fortbildungsangeboten, Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung und deren Konsequenzen für die Trennung zwischen akademisch und nicht-akademisch ausgebildeten ErgotherapeutInnen, wurden insbesondere von den Studierenden ergänzt.

Weitere Themen, die ergänzt wurden, waren: Bedeutung der Geriatrie, Veränderung der Praxis der Ausbildung, Ausbildungsstandards.

In allen drei Arbeitsgruppen wurde auf der Grundlage der Ergebnisse der Delphi-Studie in der Gruppensituation gemeinsam weitergedacht und perspektivisch Themen entwickelt. Dass Zukunftsvisionen und neue Tätigkeitsfelder nicht im Vordergrund der Delphi-Daten standen, erschien den Teilnehmenden aus dem konkreten Handlungsfeld heraus, aus dem die befragten ErgotherapeutInnen geantwortet hatten, erklärbar. Sie fanden sich auch selber in dieser Gegenwartsbezogenheit wieder und diskutierten abschließend in der Arbeitsgruppenphase noch einmal die Notwendigkeit, berufliche Perspektiven „über den Tellerrand hinaus“ in den Blick zu nehmen und sich dort „Felder zu sichern“. In einer Arbeitsgruppe wurde betont, dass ergotherapeutische Forschung sich insbesondere der Erschließung neuer Handlungsfelder widmen sollte, um den Bestand des Berufsbildes zu sichern.

Nach der Themensammlung wurde nur in einer der drei Gruppen wiederum eine Bewertung der neu entwickelten Themen vorgenommen. Hierbei handelte es sich um die Gruppe, der die Studierenden angehörten.

In den beiden anderen Gruppen wurde zunächst die Sammlung der Themen als das zentrale angesehen. Dadurch wurden berufspolitische Themen wie Qualitätssicherung, Bildung einer „Therapiekammer“ etc. in den Vordergrund gestellt.

#### **4. Diskussion**

Die Durchführung dieser Arbeitsgruppe bot erstmalig die Möglichkeit, die Delphi-Ergebnisse mit den Befragten zu diskutieren und die entwickelte Kategorisierung in der Forschungsgruppe noch einmal kritisch zu hinterfragen. Hier zeigte sich in der Diskussion des Rankings das die individuelle Bewertung und Wahrnehmung sowohl von der Zugehörigkeit zu einem konkreten Fachbereich und einer Institutionsart als auch von dem Grad der Auseinandersetzung mit dem ergotherapeutischen Selbstverständnis abhängig war. So waren für einige Teilnehmende manche Kategorien und deren Bewertungen nicht nachvollziehbar, da sie sich mit ihrem Selbstverständnis nicht darin wieder fanden. Die Diskussionen um die Bezeichnung und Systematik der Kategorien machte deutlich, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine gemeinsame Berufssprache als Grundlage besteht, sondern diese fachbereichsspezifisch existiert. Dies wurde auch von einigen Teilnehmenden als relevanter Forschungsauftrag benannt. Der Aufbau einer gemein-

samen Forschungsbedarf an der Stelle einer breiteren Erläuterung und Diskussion der Forschungssystematik.

Die Diskussionen um den Einsatz therapeutischer Mittel in der Ergotherapie einerseits sowie die fehlende Benennung von Forschungsthemen, die sich mit Begrifflichkeiten und dem Gegenstand der Ergotherapie beschäftigen andererseits, weisen noch einmal auf das Kontinuum aktuellen ergotherapeutischen Handelns hin.

An dieser Stelle lässt sich möglicherweise von einer Theorie-Praxis-Kluft sprechen. Diese Thematik zeigt sich auch noch einmal in der Diskussion um eine Differenzierung zwischen akademisch und nicht-akademisch ausgebildeten ErgotherapeutInnen. Hier wurden Verunsicherung und Verärgerung gleichzeitig deutlich. Interessant erscheint an dieser Stelle, dass die teilnehmenden Studierenden für sich eine Differenzierung in der Bewertung der Forschungsthemen aus ihrer noch vorhandenen Praxisperspektive und der zunehmenden akademischen Perspektive im Rahmen ihres Studiums vornehmen. Hier kann die Formulierung einer Studentin „Die Ergebnisse stammen nicht von Forschern!“ sowohl auf eine mögliche sich etablierende Kluft hinweisen als auch auf die Notwendigkeit, den jetzigen Zeitpunkt für eine enge Verzahnung zwischen Theorie und Praxis zu nutzen.

Die Studie weist eine große Anzahl an ErgotherapeutInnen vor, die in einer Praxis tätig sind. Dies führte bei den Teilnehmenden, die schwerpunktmäßig aus dem klinischen oder komplementären Bereich anwesend waren, zu einer Beunruhigung bzgl. der Vertretung eigener Interessen und deren Berücksichtigung. Auch hier deutet sich eine mögliche Spaltung an, die es zu beobachten gilt.

Ein großer Konsens bestand in der persönlichen Einschätzung der Relevanz ergotherapeutischen Handelns. Hier zeigte sich sowohl in den Diskussionen als auch in der Arbeitsatmosphäre eine gegenseitige Stärkung.

Von besonderer Relevanz für den derzeitigen Stand und die Zukunft der Ergotherapie sind die Ergebnisse, die sich aus der Frage nach den fehlenden Forschungsthemen ergeben haben. Hier wurde noch einmal deutlich, dass es zwar einerseits um den Erhalt jetziger Handlungsfelder geht, aber das dies nicht ausreicht, den Bestand und das Berufsbild zu sichern. Gemeinsam wurden hier Notwendigkeiten gesehen, neue Handlungsfelder zu eruieren. Die Diskussionen zeigten, dass eine Konkretisierung dieser Felder noch nicht erfolgt ist und hier zunächst unspezifisch die Bereiche Prävention, Management und die „Nicht-Arbeitswelt“ von Patienten genannt wurde. Einigkeit bestand in der Ermittlung von Handlungsfeldern, die unabhängig von der Krankenkasse existieren. An dieser Stelle entstand der Eindruck, dass hier die gezielte Erhebung zukünftiger Handlungsfelder ein dringliches Aufgabenfeld für die Forschung sein kann.



## 5. Ausblick

Die Diskussion der Delphi-Ergebnisse am Vormittag des Workshops hat die Vielfalt ergotherapeutischen Handelns, die sich auch in der Beantwortung der Fragebögen gezeigt hat, widergespiegelt. Zum jetzigen Zeitpunkt kann die erste entwickelte Struktur als Ergebnis der Delphi-Studie nur der Anfang eines Forschungsaufbaues sein.

An vielen Stellen innerhalb und außerhalb der Berufsgruppe wird es notwendig sein, die Ergebnisse zu diskutieren, aber die Arbeit in den Gruppen hat gezeigt, dass die Systematik als Start für eine beginnende Forschung und eine sich etablierende wissenschaftliche Diskussion hilfreich ist.

Eine Fortführung wird die Studie in einer möglichen vierten Befragungsrunde finden. Hierbei sollen die 15 relevanten Themen, die aus den Ergebnissen der zweiten und dritten Befragungswelle resultieren, sowie die ergänzten Themen wiederum an die Teilnehmenden aus der zweiten Welle verschickt werden.

Sie sollen nochmals die Reihenfolge überprüfen und dabei insbesondere die mögliche Implementierung der neuen Themen berücksichtigen.

Weitere Forschungsfragen an das Datenmaterial bzw. an die Teilnehmenden können sich auf die Beschreibung der ergotherapeutischen Praxis richten. Die derzeitigen Ergebnisse können nicht als ein Abbild der ergotherapeutischen Praxis interpretiert werden, sondern müssen als konkrete Beantwortung der Frage nach offenen Themen, die mit Hilfe der Forschung bearbeitet werden sollen, verstanden werden. Dennoch lieferten sie in den Gruppen spannende Diskussionen über die Bandbreite ergotherapeutischen Selbstverständnisses und ergotherapeutischer Handlungsfelder.

### Referentin:

Dipl. Päd. Ursula Walkenhorst,  
Fachhochschule Bielefeld

### Kontaktadresse:

FH Bielefeld  
Am Stadtholz 24  
33609 Bielefeld

Email [ursula.walkenhorst@fh-bielefeld.de](mailto:ursula.walkenhorst@fh-bielefeld.de)

## Anhang 1

Neue „TOP 15-Liste“ nach erfolgter Diskussion der Ergebnisse aus der zweiten Runde der Delphi-Studie:

Platz Nr.	Thema	Oberkategorie	Punkte
1.	Wirkfaktoren erfolgreicher Therapie	Wissenschaft der Ergotherapie	702
2.	Nachweismethoden	Wissenschaft der Ergotherapie	663
3.	Sensorische Integration	Therapie im Zentrum	596
4.	Bezugspersonen (System / Umwelt)	Patient im Zentrum	585
5.	Ergotherapeutisches Umfeld (System / Umwelt)	Patient im Zentrum	573
6.	Methodische Vorgehensweise / Bedingungsfaktoren erfolgreicher Therapie	Wissenschaft der Ergotherapie	465
7.	Qualitätsmanagement	Therapeut im Zentrum	533
8.	Sensorische Funktionen (Handlungsdysfunktionen)	Patient im Zentrum	547
9.	Geistig-seelische Funktionen (Handlungsdysfunktionen)	Patient im Zentrum	474
10.	Diagnostik-Instrumente / Methodisches Vorgehen	Therapie im Zentrum	465
11.	Struktur der Aus-, Fort- und Weiterbildung	Bildungsforschung Ergotherapie	416
12.	Bild in der medizinischen Öffentlichkeit	Therapeut im Zentrum	388
13.	Entwicklung einer Fachsprache/ Zeitfaktoren der Therapie	Wissenschaft der ET / Therapie im Zentrum	379
14.	Personalmanagement	Therapeut im Zentrum	371
15.	Kosten-Nutzen-Relation	Position Ergotherapie in der Gesellschaft	367

## Anhang 2

Liste der ergänzten Themen durch die Teilnehmenden des Workshops  
 (die Themen sind hier nebeneinander in ihrer Gesamtheit ohne Wertigkeit aufgelistet)

Qualitätssicherung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (Berufspolitik)	Bildung einer „Therapiekammer“ (Berufspolitik)
Inhalte Aus-, Fort- und Weiterbildung (Berufspolitik)	Effizienz des ergotherapeutischen Bildungsweges (Berufspolitik)
Dauer der Berufstätigkeit (Fluktuation)	Möglichkeiten der Weiterqualifizierung (berufliche Rollenentwicklung)
Fluktuation in verschiedenen Arbeitsfeldern	neue Arbeitsfelder / neue Tätigkeitsfelder für Ergotherapeuten
Prävention in der Ergotherapie	Historie der Ergotherapie
Spezialisierungen innerhalb der ET (berufliche Rollenentwicklung)	Demenzerkrankungen in der Geriatrie
Compliance der Kostenträger	Tarifrecht – Berufsstruktur
Zukunftsängste in Bezug auf Forschung und Akademisierung	Aushandlungsprozesse mit dem Klienten
Veränderung der Praxis der Anleitung	Ausbildungsstandards
Alltagshandlung / ICF	Kluft Theorie und Praxis
Material Handwerk	Handlungsorientierung als Therapieprinzip
Nicht-Arbeitswelt für Patienten	Anleitung von Patienten
maschinenunterstützte Therapie	Einflussgrößen der Medizin auf die Ergotherapie
Gesellschaftliche Veränderungen – veränderte Patienten	Eigene Diagnosestellung
Leitungsaufgaben mittleres Management	Zukunftsperspektiven für akademische und nicht-akademische Ergotherapeuten

## Protokoll

### Arbeitsgruppe 1 Präsentation von Hausarbeiten Studierender

Moderation: **Ulrike Lange**  
Redaktionelle Bearbeitung: **Simone Scheidner**

Die Arbeitsgruppe „Präsentation von Hausarbeiten Studierender“ richtete sich sowohl an Studierende des Fachbereiches als auch an extern Interessierte. Hier fand sich eine Arbeitsgruppe zusammen, in der zwei Projektarbeiten von Studierenden des Studienganges „LehrerIn für Gesundheitsberufe“ vorgestellt wurden. An dieser Arbeitsgruppe nahmen insgesamt sechs Personen teil. Davon waren fünf Studierende der Fachhochschule Bielefeld und ein Dozent einer Ergotherapieeschule.

Die Präsentationen wurden von zwei Studierenden der FH-Bielefeld übernommen. Dabei handelte es sich um zwei Hausarbeiten, die innerhalb einer Lehrveranstaltung angefertigt wurden und in denen sich die Studierenden erstmals selbständig mit dem Prozess der ergotherapeutischen Forschung auseinandergesetzt hatten.

Ziel der Präsentationen sollte es ein, den Teilnehmern der Arbeitsgruppe neben den Inhalten und Ergebnissen der durchgeführten Forschungsarbeiten vor allem die wissenschaftliche Vorgehensweise näher zu bringen.

Dazu stellten die Organisatorinnen des Workshops den Studierenden einen Leitfaden zur Verfügung, anhand dessen sie ihre vorgestellten Präsentationen strukturieren konnten. Dieser Leitfaden kann zugleich als unterstützende Hilfe für alle an therapeutischen Forschungsprojekten Interessierte gesehen werden, um deren Struktur und Entstehung besser nachvollziehen zu können.

#### Fragen des Leitfadens:

1. Wie lautete die Forschungsfrage?
2. Wie hoch ist der zeitliche Aufwand von der Entwicklung der Forschungsfrage bis hin zur Durchführung der Studie?
3. Welches Forschungsdesign wurde gewählt und warum (z.B. qualitativ, quantitativ, induktiv, deduktiv, deskriptiv, analytisch)?

4. Welche Kriterien wurden für die Ermittlung der Stichprobe festgelegt? Wie groß war sie? Wie setzte sich die letztendliche Stichprobe zusammen?
5. Wie sah der Zeitplan für den gesamten Ablauf der Studie aus? Wurde er während der Studie verändert?
6. Sind Veränderungen im Verlauf der Studie aufgetreten? Welche und wie wurde damit umgegangen?
7. Welche Ergebnisse konnten ermittelt werden?
8. Wurde die Studie mit ihren Ergebnissen veröffentlicht?<sup>1</sup>
9. Gibt es neue Forschungsideen aus der Studie heraus? Welche Konsequenzen lassen sich aus der gesamten Studie ziehen (z.B. für eine weitere ähnliche Studie)?

Für die Präsentation ihrer Hausarbeiten wurde von den Studierenden die Darstellungsform einer Power-Point-Präsentation gewählt, die vor allem die einzelnen Planungs- und Durchführungsschritte verdeutlichte, um den Teilnehmern der Arbeitsgruppe neben dem inhaltlichen Aspekt insbesondere auch den methodischen Ablauf des wissenschaftlichen Arbeitens aufzuzeigen. Im Folgenden werden die beiden Präsentationen kurz skizziert.

### Zusammenfassung Präsentation 1

Alexander Weiland: „ErgotherapeutInnen in der Psychiatrie, Psychosomatik und in der beruflichen Rehabilitation“.

Herr Weiland beschäftigte sich in seiner Hausarbeit mit dem Forschungsschwerpunkt „ErgotherapeutInnen in der Psychiatrie, Psychosomatik und in der beruflichen Rehabilitation“. Dabei setzte er sich mit folgender Forschungsfrage auseinander: Inwieweit gestalten ErgotherapeutInnen aus dem psychiatrischen Arbeitsfeld ihren therapeutischen Prozess in einer traditionell beschäftigungstherapeutischen Form?

Zur Beantwortung dieser Frage ging er von drei Vorannahmen aus:

1. Die aktuelle Arbeit der Ergotherapeuten im psychiatrischen Arbeitsfeld ist stark auf die eigene Institution bezogen und bezieht wenig, im Sinne des multiprofessionellen Denkens und Handelns, externe Informationen mit ein bzw. arbeitet wenig rehabilitativ.
2. Ergotherapeuten arbeiten mit unterschiedlichen handwerklichen Medien (z.B. Ton, Holz) und verwenden darüber hinaus wenige weitere Materialien und Methoden.
3. Die Arbeit ist methodisch schwerpunktmäßig kompetenzorientiert im Sinne Scheibers ausgerichtet.

---

<sup>1</sup> Im Rahmen der fachhochschulinternen Hausarbeiten erfolgten bisher keine Veröffentlichungen.

Zur Beleuchtung dieser Gesamtsituation wurde eine empirische Erhebung mittels standardisierter Fragebögen durchgeführt. Die Stichprobe umfasste 25 Ergotherapeuten aus der Region südliches Westfalen, die über Erfahrungen in der Anleitung von Schülern verfügten.

Es ergab sich ein Rücklauf von 20 Fragebögen des vorher durch einen Pre-Test geprüften Fragebogens. Dieser wurde anschließend mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet.

Zu den o.g. Vorannahmen der Forschungsarbeit präsentierte Herr Weiland in der Arbeitsgruppe seine Ergebnisse in Ausschnitten.

#### Zu Punkt 1:

- Ergotherapeuten beziehen Informationen vorrangig aus dem interdisziplinären Team der eigenen Institution.
- Ergotherapeuten arbeiten untereinander (sowohl in der eigenen Institution als auch mit externen Institutionen) selten zusammen.
- Ergotherapeuten pflegen darüber hinaus auch kaum Kontakte zu anderen Einrichtungen und geben damit sehr wenig rehabilitative Hilfen.

Die Untersuchung bestätigte damit die Vorannahme, dass die Arbeit wenig rehabilitativ genannt werden kann. Der Rehabilitationsbegriff umfasst dabei einen Prozess, der ein kompetentes Ineinandergreifen („Schnittstellenmanagement“) der verschiedenen am Prozess beteiligten Personen beinhaltet.

#### Zu Punkt 2:

- Die Medien Ton, Holz und bildnerisches Material werden bei der Mehrzahl der Befragten häufig oder gelegentlich eingesetzt.
- Spiele, Gartenarbeit, Hirnleistungstraining etc. finden kaum statt.

Die Vorannahme zum Einsatz handwerklicher Medien als zentralem ergotherapeutischen Mittel wurde damit bestätigt.

#### Zu Punkt 3:

- 12 von 20 Befragten arbeiten überwiegend nach der kompetenzzentrierten Methode.
- 10 Befragte arbeiten überwiegend oder häufig nach der ausdruckszentrierten Methode.

Die Vorannahme des schwerpunktmäßigen Einsatzes der kompetenzzentrierten Methode konnte damit zum Teil bestätigt werden.

Abschließend unterzog Herr Weiland seine Forschungsarbeit einer kurzen kritischen Betrachtung. Kritikwürdig war seiner Meinung nach die Repräsentanz der Stichprobe neben dem Aspekt der Vergleichbarkeit der jeweiligen Arbeitsfelder der Befragten untereinander.

Zudem merkte er an, dass möglicherweise nicht eindeutige Begrifflichkeiten sowie der recht umfassende Fragebogen die Ergebnisse negativ beeinflussten und dass dem Thema durch eine rein quantitative Erhebung nicht ausreichend Rechnung getragen wurde. Sein persönlich enger Bezug zum Feld hat ihn auch in seiner Herangehensweise zum Teil beeinflusst.

## Zusammenfassung Präsentation 2

Simone Scheidner: „Gibt es zum aktuellen Zeitpunkt in der Ergotherapie- und Physiotherapie-Ausbildungspraxis Hinweise für den handlungsorientierten Ansatz nach Arnold und Siebert bzgl. Medien- und Methodeneinsatz?“

Der Themenkreis der zweiten vorgestellten Hausarbeit von Frau Scheidner konzentrierte sich auf den Bereich der Unterrichtsgestaltung von therapeutischen Lehrkräften an Ergo- und Physiotherapieschulen. Den Schwerpunkt bildete der Fokus Medien und Methoden im Unterricht unter der Berücksichtigung aktueller Ansätze zur Unterrichtsgestaltung. Daraus resultierte die Forschungsfrage:

„Gibt es zum aktuellen Zeitpunkt in der Ergotherapie- und Physiotherapie-Ausbildungspraxis Hinweise für den handlungsorientierten Ansatz nach Arnold und Siebert bzgl. Medien- und Methodeneinsatz?“

Hinter der Fragestellung verbirgt sich zum einem eine angestrebte Statuserhebung zum aktuellen Medien- und Methodeneinsatz der therapeutischen Lehrkräfte und zum anderen ein Vergleich des erhobenen Status mit den in der Literatur genannten Kriterien für den handlungsorientierten Ansatz nach Arnold & Siebert bezogen auf einen Medien- und Methodeneinsatz. Die abschließende Einschätzung sollte mögliche Hinweise für diesen Ansatz liefern. Somit ergab sich innerhalb dieser qualitativen deskriptiven Feldstudie, im Sinne einer Pilotstudie, die Aufgabe, ein operationalisiertes Erhebungsinstrument zu entwickeln. In diesem Fall wurde die Entscheidung für einen Fragebogen getroffen.

Nachdem die beiden Hauptkategorien ‚Medien- und Methodeneinsatz operationalisiert waren, erfolgte ein Pre-Test. Danach wurde der Fragebogen an 16 therapeutische Lehrkräfte in einer Ausbildungseinrichtung ausgegeben.

Die Auswertung erfolgte bei geschlossenen Fragen durch das Statistikprogramm SPSS, die offenen Fragen wurden durch die Bildung von Kategorien ausgewertet. Dabei ergaben sich gekürzt dargestellt u.a. folgende Ergebnisse zu den drei Themenschwerpunkten:

### 1. Ergebnisse: Medieneinsatz

- am häufigsten eingesetzt werden: Tafel und Overhead-Projektor,
- bei beiden Medien fühlen sich die Dozenten anwendungssicher,

- die Begründungen bzgl. des Einsatzes beziehen sich auf die Aspekte der praktischen Anwendung und des Aufwandes der Vorbereitung,
- vorrangige Zielsetzungen für den Einsatz der Medien sind Visualisierung und Übersichtlichkeit sowie eine Bearbeitung des Themas,
- Hinderungsgründe für den Einsatz anderer Medien sind u.a. Kostengründe und die fehlende Ausstattung,
- vermehrt einsetzen würden Dozenten gerne: Beamer, Metaplanwand etc.

### 2. Ergebnisse: Methodeneinsatz

- umfassende Kenntnisse in und häufigster Einsatz von folgenden Methoden: Vortrag, Frontalunterricht, Referat etc.,
- Begründung: Zeitmangel und Stoffmenge,
- vorrangige Zielsetzung: umfassende Inhaltsvermittlung,
- Hinderungsgründe für den Einsatz anderer Methoden sind u.a. Zeitmangel und wenig Kenntnisse,
- vermehrt einzusetzen würden Dozenten gerne: Fallarbeit, Mind Mapping, Leittextmethode, Rollenspiel etc.

### 3. Ergebnisse: Umsetzung handlungsorientierter Ansatz

- Medien- und Methodenauswahl erfolgt durchaus didaktisch begründet bzgl. der Zielerreichung (z.B. Visualisierung),
- nicht didaktisch begründet werden die Medien- und Methodenauswahl bzgl. der Ermöglichung eines erfahrungs- und handlungsbezogenen selbständigen Lernens,
- damit sind wesentliche Voraussetzungen und Forderungen des handlungsorientierten Ansatzes nach Arnold & Siebert noch nicht vorhanden bzw. werden noch nicht umgesetzt.

Abschließend erfolgte auch hier eine kritische Betrachtung. Neben den formalen Aspekten der relativ kleinen Stichprobe sei auch die Tatsache zu bedenken, dass die Daten nur in einer Ausbildungseinrichtung erhoben wurden.

Inhaltlich zieht Frau Scheidner das Resümee, dass ein Bedarf an didaktisch- methodischer Weiterbildungen für therapeutische Lehrkräfte erkennbar sei. Es wird zwar einerseits die Bedeutung der Handlungsorientierung im therapeutischen Bereich gesehen, aber andererseits wird die Umsetzung noch stark von äußeren Faktoren abhängig gemacht.

Anhand dieser beiden Forschungsarbeiten erfuhren die Teilnehmenden an praktischen Arbeiten, wie die ersten Schritte einer Forschungsarbeit angegangen wurden. Außerdem konnte über die Darstellung der erzielten Ergebnisse deutlich gemacht werden, wie wichtig und notwendig der Bereich der Forschung in der Ergotherapie ist.



Mit den Teilnehmenden fand während und nach den Präsentationen ein reger Austausch statt, so dass am Ende der Arbeitsgruppe alle Beteiligten positiv rückmeldeten, neue Erkenntnisse und Wissen erlangt zu haben.

Es wurde als Wunsch angeführt, zu jedem Workshop Arbeiten und Projekte der teilnehmenden Fachhochschulen zu präsentieren und darüber kennen zu lernen, welche Themen bearbeitet werden und auf welche methodische Art und Weise diesen nachgegangen wird.

Ulrike Lange, Simone Scheidner, Alexander Weiland  
Fachhochschule Bielefeld,  
Studentinnen „LehrerIn für Gesundheitsberufe“, Fachhochschule Bielefeld

Kontaktadresse:  
FH Bielefeld  
Am Stadtholz 24  
33609 Bielefeld

## Protokoll

### Arbeitsgruppe 2 Zukünftige Aufgaben in der Ergotherapie – Ergebnisse der Delphi-Studie

Ursula Walkenhorst

#### 1. Einleitung

In der Arbeitsgruppe fanden sich InteressentInnen aus der ergotherapeutischen Praxis, dem Berufsverband der Ergotherapeuten (DVE) und dem Schulverband der Ergotherapie-schulen (VDES) zusammen. Gemeinsam wurden die Ergebnisse aus der Delphi-Studie zu der vierten Fragestellung bearbeitet: „Welche Aufgaben werden aus Ihrer Sicht in den nächsten Jahren auf die Berufsgruppe der Ergotherapeuten zukommen?“

Zunächst wurden die Ergebnisse der Befragung von der Referentin vorgestellt. In einem zweiten Schritt hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, diese in Kleingruppen zu diskutieren und in einem dritten Schritt wurde noch einmal gemeinsam eine Bewertung der ermittelten Themen vorgenommen. Abschließend erhielten die Teilnehmenden die Möglichkeit, die Antworten in den Ihnen schon bekannten Kategorien der Fragen 2 und 3 der Studie zugeordnet zu sehen und gemeinsam zu diskutieren.

#### 2. Datenaufbereitung und -auswertung

Zu der vierten Frage der Delphi-Studie konnten insgesamt 305 Antworten erhoben werden. Die Antworten wurden mit Unterstützung des Computerprogramms SPSS (Statistic Package for the Social Science) zunächst in einer Urliste zusammengestellt. Dieses Programm, das schwerpunktmäßig in den Sozialwissenschaften eingesetzt wird, ermöglicht sowohl eine Form der Datenverwaltung als auch der Datenauswertung bzw. -analyse. Mit Hilfe des Programms wurden sämtliche Daten in ihren Originalaussagen dokumentiert. Unklare Antworten, unverständliche Sätze wurden dabei ebenso dokumentiert wie Unlesbares ggf. entsprechend gekennzeichnet wurde. Dies ermöglicht einerseits eine konkrete Rückverfolgung der Daten zur Überprüfung bei Datenun-klarheiten bzw. die parallele Betrachtung von Aussagen. Andererseits bietet es die Möglichkeit, die Daten für die Beantwortung weiterer Forschungsfragen zu nutzen. Nach Erstellung einer Urliste wurde diese ausgewertet. Dazu wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring zur Auswertung herangezogen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Die Darstellung der einzelnen Schritte kann an dieser Stelle nicht geleistet werden. Zur Vertiefung sei auf den Projektbericht verwiesen.

Aus den Datensätzen konnten zunächst folgende Kategorien ermittelt werden:

- Ausbildungssituation / Professionalisierung
- Veränderungen in der Klientel / Krankheitsbilder
- Therapieziele
- Diagnostik
- neue Handlungsfelder / Anforderungen
- Nachweise / Wirksamkeit
- Tätigkeitsveränderungen
- Berufsbild / Präsentation des Berufsbildes
- Behandlungsverfahren
- Qualitätsmanagement
- Patient

Den einzelnen Kategorien konnten dann die generalisierten Antworten der Befragten aus dem Datensatz zugeordnet werden.

### **3. Arbeit und Ergebnisse aus den Kleingruppen- und Plenumsdiskussionen**

Zunächst teilten sich die Teilnehmenden in Kleingruppen auf und diskutierten die ermittelten Kategorien und deren dazugehörige Daten. Diskussionsleitend waren zwei Fragestellungen:

- a) Hätten Sie mit diesen Antworten zu den zukünftigen Fragestellungen gerechnet?
- b) Welche Rangfolge würden Sie von der Dringlichkeit her in den Kategorien für eine zukünftige Forschung sehen?

Anschließend sollten die Diskussionsergebnisse und das Ranking der Kategorien im Plenum vorgestellt werden. In dieser ersten Runde fanden sich die Teilnehmenden in drei Kleingruppen willkürlich zusammen.

Zu der Frage a) ergaben sich zunächst viele Bestätigungen aus den drei Kleingruppen. Die gegebenen Antworten entsprachen den Vorstellungen der Teilnehmenden. Nach der Präsentation im Plenum konnte folgende Rangfolge in den Themen ermittelt werden:

Platz	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
1	Professionalisierung Ausbildung / Studium (getrennt v. Prof.)	Professionalisierung / Ausbildung / Studium	Qualitätsmanagement
2	a) Veränderung in der Klientel / Krankheitsbilder b) Patient	Veränderung in der Klientel / Krankheitsbilder	Professionalisierung / Ausbildung / Studium
3.	Handlungsfelder / neue Anforderungen	Handlungsfelder / neue Anforderungen	Veränderung in der Klientel / Krankheitsbilder
4.	Berufsbild an sich / Präsentation des Berufsbildes	Therapieziele	Therapieziele
5.	a) Qualitätsmanagement b) Nachweise	Diagnostik	Diagnostik
6.	a) Tätigkeitsveränderungen b) Behandlungsverfahren	Nachweise	Handlungsfelder / neue Anforderungen
7.	Diagnostik	Tätigkeits- veränderungen	Nachweise
8.	Therapieziele	Berufsbild an sich / Präsentation des Berufsbildes	Tätigkeits- veränderungen
9.		Behandlungsverfahren	Berufsbild an sich / Präsentation des Berufsbildes
10.		Qualitätsmanagement	Behandlungsverfahren
11.		Patient	Patient

Abb. 1: Ranking der zukünftigen Themenbereiche

Die Bewertung der Themen ergab weitere Diskussionen im Plenum. Hier zeigten sich insbesondere Unterschiede zwischen den praktisch tätigen ErgotherapeutInnen und den

VertreterInnen der Verbände. Nach diesem Schritt wurden dieselben Daten den Teilnehmenden in einer zweiten Liste präsentiert.

Hierbei wurden die in der ersten Runde der Arbeitsgruppe diskutierten Kategorien (z.B. Professionalisierung, Qualitätsmanagement, Patient) vernachlässigt und ausschließlich auf die generalisierten Antworten zurückgegriffen. Die Grundmaske der zweiten Liste war die bereits am Vormittag bekannte Aufgliederung der Kategorien (s. S. 89 ff.).<sup>2</sup> In dieser Liste fanden sich nach der Zuordnung der Daten aus der Frage 4 nunmehr auch Kategorien und Unterkategorien, die zwar bei der Frage nach aktuellen Forschungsfragen (Fragen 2 und 3) genannt und auch bewertet wurden, aber bei der Zuordnung der zukünftigen Fragen und Aufgaben in der Ergotherapie keine Berücksichtigung mehr fanden. Diese waren u.a. Rolle des Patienten, Anleitung von Patienten, Entwicklung einer Fachsprache, Modelle in der Ergotherapie, Materialien und Medien.

Die Kategorien, die keine Daten aus den Zuordnungen der zukünftigen Aufgaben erhalten hatten, führten zu inhaltlichen Diskussionen. Die Teilnehmenden schätzten die Notwendigkeit mancher Aspekte höher ein und insistierten, diese nicht aus dem Blick zu verlieren (z.B. die Rolle des Patienten). Vermutet wurde, dass diese Themen auch aus der Sicht der Befragten nicht irrelevant seien, aber in der Prioritätensetzung hinter den großen Themen standen.

Zu den Oberkategorien (aus der Liste des Vormittages), die die meisten Daten erhalten haben, gehörten:

- Patient im Zentrum der Aufmerksamkeit  
- mit den dazugehörigen Unterkategorien -
- Therapeut im Zentrum der Aufmerksamkeit  
- hier insbesondere das Berufsbild der Ergotherapie, weniger die Bereiche Rolle des Therapeuten und Management -
- Wissenschaft der Ergotherapie  
- mit dem Fokus der Wirksamkeitsnachweise, weniger der aktuellen theoretischen Diskussionen wie z.B. Gegenstandsbestimmung, Modelle, konkrete Wirkfaktoren -
- Bildungsforschung Ergotherapie  
- hier insbesondere die Akademisierungs- und Professionalisierungsfragen, sowie der Bereich der Transferforschung -

Die zahlenmäßige Vertretung mancher Themen in den einzelnen Kategorien zeigten nach Ansicht der Teilnehmenden aktuelle Verunsicherungen und Befürchtungen im Hinblick auf die Zukunft der Ergotherapie. Zu Bedenken wurde gegeben, dass die starke interne Beschäftigung mit dem Professionalisierungsprozess und dem Bild der Ergotherapie in

---

<sup>2</sup> Die komplette Liste mit den zugeordneten Daten findet sich im Projektbericht.

der Öffentlichkeit dazu führen könnte, den Zeitpunkt zu verpassen, den konkreten Beitrag der Ergotherapie im Gesundheitswesen z.B. innerhalb der Versorgungsforschung zu dokumentieren. An dieser Stelle wurde allerdings wieder auf die Formulierung des zentralen Bedarfes der Wirksamkeitsnachweise ergotherapeutischer Behandlungen verwiesen.

Aus einem Großteil der Antworten wurde deutlich, dass grundsätzlich die Notwendigkeit gesehen wurde, neue Handlungsfelder und Tätigkeiten für die Ergotherapie zu erschließen. Darin sahen die Befragten der Studie die wichtigste zukünftige Aufgabe. In den Antworten zu der Frage 4 ergab sich eine Reihe an Anregungen dazu. Da diese für die Ergotherapie von großer Bedeutung für die Zukunft des ergotherapeutischen Berufsbildes sind, wurden sie abschließend noch einmal extrahiert in einer gesonderten Liste zur Diskussion vorgestellt. Hier wurden den Teilnehmenden der Arbeitsgruppe die Innovationen der Befragten deutlich. Zu den als zukunftsorientiert entwickelten Tätigkeiten, Angeboten, Klientel etc. gehörten nach Einschätzung der Studienteilnehmenden folgende Aspekte:

#### **Zukünftige Tätigkeiten / Inhalte**

- mehr Beratungstätigkeiten
- sinnvolle Freizeitangebote für ältere Menschen
- Prävention (evtl. mit VHS)
- verstärkt ambulante Arbeit im psychosozialen Bereich
- Rücken-, Schulter-, Rheumaschule
- Lerntherapie
- Systemische Therapie
- fachliche Qualifikation für gesundheitspolitisch und ökonomisch relevante Therapiefelder

#### **Zukünftige Angebote und Angebotsstruktur**

- flexiblere Angebote machen können
- mobile ET
- Managementaufgaben im Sinne von Case-Management
- kassenunabhängige Angebote in der Prävention
- Dienstleistungen auf privat bezahlter Ebene
- Angebote werden immer punktueller und modulhafter abgefragt – Umstrukturierungen im institutionellen Bereich
- Ausbau ambulanter und kommunaler Angebote von ergotherapeutischen Leistungen
- evtl. neue Modelle im geriatrischen Bereich
- mehr kundenorientierte Angebote

- Ausbau alternativer Finanzierungen und Arbeitsmöglichkeiten und deren Anerkennung vom Verband
- Vernetzung von Institutionen

#### **Zukünftige (veränderte) Klientel**

- Tagesstrukturierende Angebote für langzeitarbeitslose Menschen
- Hilfestellung für Arbeitslose zwischen den Bereichen Arbeit, Versorgung und Freizeit bzgl. ihres Gleichgewichtes (Wohlbefinden)
- Anleitung von Laienhelfern und Angehörigen
- Berufliche Bildung für psychisch Kranke, Lernbehinderte, Verhaltensauffällige

Den Ergebnissen und zugleich Anregungen aus dieser Liste konnten die Teilnehmenden vorbehaltlos zustimmen. Ergänzt wurde in der Diskussion das potenzielle neue Handlungsfeld der Gesundheitsförderung. Intensiv diskutiert wurde die Notwendigkeit, sich an gesundheitspolitischen Diskursen zu beteiligen. Hier wird zukünftig ein steigender Bedarf in der Qualifizierung der ErgotherapeutInnen gesehen, da nach Ansicht der Teilnehmenden die Interessenvertretung an der Stelle nicht ausschließlich über die Verbände erfolgen sollte. Zur Begründung wurde auch genannt, dass sich den ErgotherapeutInnen in den Institutionen gesundheitspolitische Fragen täglich stellen und hier eine qualifizierte Teilnahme daran erforderlich ist.

#### **4. Zusammenfassung und Ausblick**

Die Arbeit an den Ergebnissen der Fragestellung nach den zukünftigen Aufgaben in der Ergotherapie hat zu vielfältigen Diskussionen in den Kleingruppen und im Plenum geführt. Es wurden Möglichkeiten und Gefahren gesehen, die die Fokussierung bestimmter Themen für die Zukunft mit sich bringen könnten. Konsens bestand in der Einschätzung, neue Handlungsfelder und Angebote zu entwickeln. Hier wurde allerdings parallel die Frage gestellt, wie diese Entwicklungen strategisch zu handhaben sein und in welche Diskussionen sich die Ergotherapie mit angrenzenden Berufsgruppen begibt (z.B. Physiotherapie). Deutlich wurde, dass der Diskurs über Aktivitäten des Berufsverbandes hinausgehen muss und ErgotherapeutInnen qualifizierte Alltagsdiskussionen in den Institutionen mit führen müssen, um die Zukunft im Gesundheitswesen mit zu gestalten.

#### Referentin:

Dipl. Päd. Ursula Walkenhorst,  
Fachhochschule Bielefeld

#### Kontaktadresse:

FH Bielefeld (s.o.)

## Protokoll

### Arbeitsgruppe 3 Planung von Forschungsobjekten in der Praxis

Dr. Annette Nauerth

Die kleine Arbeitsgruppe setzte sich mit der Frage auseinander, wie Forschungsprojekte in der Praxis geplant und durchgeführt werden können. Diese Frage war auch vor dem Hintergrund interessant, dass in der Arbeitsgruppe sowohl eine Studierende als auch eine Absolventin eines Studienganges anwesend waren.

Forschungsprojekte in der Praxis, so legte die Arbeitsgruppe fest, heißt, dass in konkreten Einrichtungen und Praxen in Zusammenarbeit oder auch allein Forschungsfragen bearbeitet werden. Schon an dieser Stelle zeigten sich erste Schwierigkeiten, denn es stellt sich die Frage, ob denn in der Praxis schon das notwendige Know-How vorhanden ist oder ob in jedem Fall eine Kooperation mit einer Hochschule notwendig wird. In der Arbeitsgruppe wurde ausgehend von diesem Problem sodann ein konkretes Vorgehen besprochen und diskutiert, welches eine Hilfestellung bei der Entwicklung von Forschungsprojekten sein kann. Diese erste Checkliste ist in Tabelle 1 zusammengestellt und wird im Folgenden erläutert.

Schritt	Arbeitsaufgabe	Mögliche Fragen/ Hinweise
1.	Suche eines Themas	Problemanalyse im Alltag: Z.B. Welches ist ein häufiges wiederkehrendes Problem, das ich endlich angehen will?
2.	Suche nach Verbündeten <ul style="list-style-type: none"><li>• Andere interessierte Praktiker (Verbunderstellung)</li><li>• Wissenschaftliche Begleitung</li></ul>	Mit welchen Kollegen kann ich mir eine Zusammenarbeit vorstellen? Welche fachfremden Experten sind notwendig? Welche Hochschulen sind in erreichbarer Nähe? Gibt es dort Interesse an Zusammenarbeit (z.B. Diplomarbeiten)?



3.	Klärung der Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitrahmen zur Projektentwicklung</li> <li>• Finanzierung des Projektes</li> <li>• Schaffen von Strukturen für Forschung</li> <li>• Bereitschaft der Mitarbeiter</li> <li>• Interesse der Patienten</li> </ul>	Wie viel Arbeitszeit/Freizeit kann ich in Forschung investieren? Gibt es zusätzliche Geldquellen, Förderung für Forschung? Wie muss ich meine Praxis, meine Dokumentation, meine Patientenin-formationen gestalten, um Forschung zu ermöglichen? Wie kann ich Mitarbeiter gewinnen, welche Informationen benötigen diese? Welche Auswirkungen sind für die Patienten spürbar? Welche Widerstände könnten sich ergeben?
4.	Literaturrecherche <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachzeitschriften</li> <li>• Internet</li> <li>• Datenbanken</li> </ul>	Was ist zu dem Fragenkomplex schon bekannt? Welche Fragen sind schon beantwortet? Kann ich meine Frage präzisieren? Mit welchen Methoden wurde der Frage bisher nachgegangen? Welche Methoden sind geeignet die Frage zu bearbeiten? Welche Messinstrumente sind bereits entwickelt, die ich nutzen bzw. anpassen kann?
5.	Beschreibung des Projektes	Welches konkrete Problem soll mit welcher Methode bearbeitet werden? Was ist die Zielsetzung des Projektes?
6. evtl.	Schreiben eines Projektantrages	Mögliche Gliederung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hintergrund/ Ausgangslage</li> <li>• Stand der Forschung</li> <li>• Zielsetzung/Fragestellung</li> <li>• Methode der Bearbeitung</li> <li>• Erwartete Ergebnisse</li> <li>• Arbeits- und Zeitplan</li> <li>• Finanzplan</li> </ul>
7.	Durchführung des Projektes	

**Tabelle 1:** Checkliste zur Entwicklung von Forschungsprojekten

### 1. Suche eines Themas

Es gibt vielerlei Anlässe für eine Forschungsfrage bzw. für ein Forschungsprojekt. Dies kann z.B. ein in der Praxis immer wiederkehrendes Problem sein. Auch ein Gespräch unter Kollegen kann den Anstoß zu einem Thema geben. Gerade am Anfang ist jedoch die Frage, die man beantworten will oft zu groß. Deshalb sei hier angeraten, die Thematik mit anderen Fachkollegen zu diskutieren, die verschiedenen Bestandteile der großen Frage zu sammeln und somit Unterthemen zu bilden. Sehr wahrscheinlich ist dann eine Unterfrage schon groß genug für ein eigenes Projekt.

## 2. Suche nach Verbündeten

Forschung ist ein Beitrag zu einem wissenschaftlichen Gespräch, das innerhalb der Fachgemeinschaft geführt wird mit dem Ziel, die Gesamtheit weiter zu bringen. Das Einüben in ein fachliches Gespräch, eine fachliche Auseinandersetzung ist daher eine gute Voraussetzung für wissenschaftliche Arbeit. Forschung lebt von der fachlichen Auseinandersetzung untereinander, von dem sich gegenseitig aufeinander beziehen, in dem jeder einen kleinen Mosaikstein für das Gesamtbild liefert. Daher ist es für jedes Projekt wichtig, Verbündete zu finden. Dies sind zum einen andere Praktiker, aber auch die Hochschulen. An den Hochschulen gibt es in der Regel über Hausarbeiten und Diplomarbeiten die Möglichkeit, die Praktiker vor Ort konkret zu unterstützen. Dies bezieht sich auch auf die Beratung im Bereich von Projekten.

## 3. Klärung der Rahmenbedingungen

Gerade in der Praxis muss sehr gut kalkuliert werden, wieviel Zeit darauf verwendet werden kann ein Projekt zu entwickeln, denn schon die Entwicklung und Vorbereitung eines Projektes kostet Zeit, dies gilt erst recht für die Durchführung eines Projektes. Die eigenen Zeitressourcen sollten genau kalkuliert und regelmäßig überprüft werden. Zur langfristigen Vorbereitung von Forschungsprojekten in der Praxis ist es wichtig, schon im Vorfeld Strukturen aufzubauen, die Forschung ermöglichen. Ein ganz wesentlicher Faktor ist an dieser Stelle die qualitativ gute und standardisierte Dokumentation von Therapien. Solche Therapiedokumentationen können an vielen Stellen der Ausgangspunkt sein sowohl für Qualitätssicherung in der eigenen Praxis als auch für Forschungsfragen, wie retrospektive Erhebungen und Langzeitbeobachtungen von Verläufen etc. Bei Interesse an Forschung und Teilnahme an Forschung lohnt es sich, die eigene Organisation und Dokumentation der therapeutischen Praxis zu systematisieren und zu standardisieren. Die Bereitschaft von Mitarbeitern und Patienten muss ebenfalls langfristig in den Blick genommen werden und erfordert entsprechende Kommunikationsstrukturen (Fortbildung, Patienteninformationen, Aufklärung von Patienten etc). Schließlich ist die Frage der Finanzierung von Wichtigkeit. Als mögliche Finanzquellen wären u.a. zu prüfen: Stiftungen, die den Bereich Gesundheit fördern wie z.B. die Robert-Bosch-Stiftung, die auch die Vernetzung von Theorie und Praxis im Gesundheitsbereich fördert, Krankenkassen (bei spezifischen Themen), öffentliche Mittelgeber (Stadt, Land, Bund) aber durchaus auch Berufsverbände, Hilfsmittelfirmen etc.

## 4. Literaturrecherche

Von der ersten Fragestellung, dem Problem aus sollte eine gründliche Literaturrecherche stattfinden, ob und inwieweit das interessierende Thema schon bearbeitet wurde. Wer sich in ein „Gespräch“ einschalten will, sollte wissen, worüber zu dem Thema gerade gesprochen worden ist. Welche Ergebnisse zu Unteraspecten vorliegen ist ebenso

interessant wie die Frage nach bisher verwendeten Messinstrumenten, die sich für die Fragestellung eignen.

Hier ist der Zugang zu einer wissenschaftlichen Bibliothek von großem Vorteil. Die Recherche umfasst Zeitschriften, Internetquellen und Datenbanken. Eine solche Recherche führt in der Regel zu einer Präzisierung des Ausgangsproblems, zu einem Eindringen in die Denkvorgänge der Disziplin und zu einem Gefühl für angemessene Fragestellungen und geeignete Methoden. Die Arbeit einer Literaturrecherche ist am Anfang mühsam und zäh, sie wird jedoch mit zunehmender Übung und Einarbeitung zu einer beherrschbaren Aufgabe. Manchmal lässt sich auch feststellen, dass schon andere die eigene Frage beantwortet haben und man die Ergebnisse direkt nutzen kann.

## **5. Beschreibung des Problems**

Infolge der Literaturrecherche konkretisiert sich in der Regel das Problem; auch die Fragestellung und die anzuwendenden Methoden zur Bearbeitung haben sich oft weitgehend geklärt. Den so erreichten Stand kann man als kurze Skizze festhalten. Diese Skizze und die Literaturrecherche sind eine gute Ausgangsbasis für das Gewinnen von weiteren Bündnispartnern, aber auch für das Schreiben eines Projektantrages auf Fördermittel.

## **6. Eine klassische Gliederung eines Projektantrages umfasst die folgenden Punkte:**

1. Beschreibung der Ausgangslage,
2. Beschreibung des Forschungsstandes,
3. Beschreibung der Forschungsfrage,
4. Darstellung der gewählten Methodik,
5. Erwartete Ergebnisse der Untersuchung,
6. Möglicher Nutzen der Ergebnisse,
7. Darstellung des Arbeits- und Zeitplanes,
8. Darstellung des Finanzierungsplanes.

In der Arbeitsgruppe versuchten wir im Anschluss an diese Klärungen, für ein konkretes Thema die vorgenannten Schritte exemplarisch durchzugehen. Wir konnten dieses jedoch nur in Anfängen diskutieren, da die Zeit in der Arbeitsgruppe zu begrenzt war.

Workshop -Forschungsbedarf in der ergotherapeutischen Praxis  
Annette Nauerth, Ursula Walkenhorst

Referentin:

Prof. Dr. Anette Nauerth,  
Fachhochschule Bielefeld

Kontaktadresse:

FH Bielefeld  
Am Stadtholz 24  
33609 Bielefeld

Email [annette.nauerth@fh-bielefeld.de](mailto:annette.nauerth@fh-bielefeld.de)

## Protokoll

### Arbeitsgruppe 4 Einführung in wissenschaftliches Arbeiten

#### Dr. Hilke Bertelsmann

Die Arbeitsgruppe bearbeitete die Frage, wie aus einer relativ weit gefassten Forschungsidee ein konkretes Forschungsvorhaben entsteht. Der Schwerpunkt lag damit auf der ersten Phase des Forschungsprozesses, der Generierung von Hypothesen und der Planung eines Studiendesigns.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer brachten konkrete Forschungsideen aus ihrer Praxis ein, die als Beispiele genutzt wurden. Ein konkretes Forschungsvorhaben war die Evaluation einer verbesserten Therapie für ADS-Kinder, das hier als Beispiel vorgestellt wird. Aufgrund der Interessen der TeilnehmerInnen beschränkte sich die Arbeitsgruppe auf die Entwicklung eines quantitativen Studiendesigns.

Im ersten Schritt wird aus der Forschungsidee eine konkrete Forschungshypothese abgeleitet. Dies bedeutet eine starke Einschränkung der weitgefassten Forschungsidee auf einen empirisch überprüfaren Teilbereich. Es wird eine unabhängige und eine abhängige Variable festgelegt, z.B. Unabhängige Variable: Teilnahme an einem verbesserten Therapieprogramm; abhängige Variable: ADS-Symptome wie körperliche Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, aber auch Lebensqualität des Kindes und seiner Eltern mit der Situation.

Im nächsten Schritt werden die Variablen operationalisiert, also messbar gemacht. An dieser Stelle zeigte die Diskussion, wie schwierig es oft ist, genau die gewünschten Eigenschaften zu erfassen. Zum Teil kann dabei auf Messinstrumente zurückgegriffen werden, die schon entwickelt wurden, z.B. computergestützte Aufmerksamkeits- und Konzentrationstests, z.T. müssen die Instrumente wie Fragebögen erst noch entwickelt werden.

Im weiteren Verlauf wurde die Frage eines angemessenen Studiendesigns besprochen. Während in therapeutischen Praxen wissenschaftliche Studien häufig als Experiment angelegt werden können, indem der Erfolg einer neuen oder verbesserten Therapie gegen den der konventionellen Therapie oder gegen die Entwicklung bei unbehandelten Menschen getestet wird, kommen bei der Untersuchung von Menschen in ihrem sozialen Umfeld, z.B. bei Kindern in der Schule, eher Beobachtungsstudien wie Kohortenstudien oder Fall-Kontroll-Studien in Betracht.

Schließlich wurde noch über die Finanzierung eines Forschungsvorhabens diskutiert. Grundsätzlich ist die Zusammenarbeit von ErgotherapeutInnen in der Praxis mit WissenschaftlerInnen einer Forschungseinrichtung innerhalb oder außerhalb einer Universität möglich. Anträge auf Finanzierung können z.B. bei der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG) oder bei unterschiedlichen Stiftungen gestellt werden. Voraussetzung ist in der Regel ein konkreter Plan des Forschungsvorhabens, der alle Phasen von der Hypothese über die Operationalisierung bis zur Datenerhebung und -auswertung beinhaltet.

**Prof. i.V. Dr. Hilke Bertelsmann,**  
Fachhochschule Bielefeld

Kontaktadresse:  
FH Bielefeld  
Am Stadtholz 24  
33609 Bielefeld

E-Mail: [hilke.bertelsmann@fh-bielefeld.de](mailto:hilke.bertelsmann@fh-bielefeld.de)

## Ausblick und Perspektiven

Prof. Dr. Annette Nauerth, Dipl.-Päd. Ursula Walkenhorst  
Fachhochschule Bielefeld

Ergotherapeutisches Handeln ist derzeit und wird zukünftig von den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien abhängig sein. Um dies zu gewährleisten, ist der Aufbau einer eigenen Forschung notwendig. Der Entwicklungsbeginn eines neuen Forschungsbereiches ist dabei mit vielen Fragen verbunden:

- Welche Themen und Probleme sind zu lösen?
- Welche Fragen stellt die Praxis und welche stellen sich aus der theoretischen Perspektive?
- Wie kann eine erste Forschungssystematik aussehen?
- Welche Fragen werden in welcher Dringlichkeit bearbeitet?
- Welche Konsequenzen haben Forschungsergebnisse für die Praxis?
- Wie wirken sich Forschungsergebnisse auf den Ausbildungsbereich aus?

Alle Fragen wurden innerhalb des Workshops gestellt und als Arbeitsauftrag sowohl an die eigene Institution, in der die Teilnehmenden tätig sind, als auch als Auftrag an die Hochschule formuliert. Die gemeinsame Devise wurde an vielen Stellen hörbar: Es gibt viel zu tun und zum jetzigen Zeitpunkt gilt es anzufangen!

Die Ergebnisse der Delphi-Studie und die vielfältigen Diskussionen und Impulse innerhalb des Workshops haben allen Mut gemacht und einen gemeinsamen „Forschergeist“ geweckt. Dies gilt es fortzuführen und öffentlich zu machen. An der Fachhochschule Bielefeld sollen zukünftig weitere Projekte entwickelt werden, die die Ergebnisse der Studie mit zum Ausgangspunkt nehmen. Im Rahmen von Diplom- und Bachelorarbeiten sollen die Themen ebenfalls aufgegriffen und bearbeitet werden. Forschung in der Praxis basiert auf Kooperationen zwischen den Institutionen und der Fachhochschule. Hier stellt jede Institution das jeweils erforderliche Know-how zur Verfügung. Auch dies soll weiter ausgebaut und gefördert werden. Die Gründung von Forschungsnetzwerken auch außerhalb der Hochschule wurde von den Teilnehmenden insbesondere durch die Präsentation der beiden Projekte angeregt, ebenfalls angedacht.

Der Aufbau einer eigenen Forschung verlangt auch, sich in der wissenschaftlichen Welt zu etablieren und relevante Themen und Ergebnisse zu ermitteln.

Hier gilt es neben dem Engagement in der Praxisforschung auch theoretische Diskussionen in der Ergotherapie zu führen und sich wissenschaftstheoretischen Diskussionen zu widmen. Eine eigenständige Therapiewissenschaft ist derzeit noch nicht vorhanden;

deren mögliche Form sowie interdisziplinäre Verknüpfungen werden noch diskutiert. Der Beginn der Forschung in diesem Bereich forciert diese Diskussion und trägt zur Positionierung innerhalb der bestehenden Disziplinen bei.

Eine Positionierung in dieser Entwicklungsphase werden auch der Berufsverband der ErgotherapeutInnen und der Schulverband der Ergotherapieschulen vornehmen müssen. Der gemeinsame Austausch der jeweiligen VertreterInnen an dem Tag hat auch dort zu weiterführenden Gesprächen untereinander und mit der Fachhochschule Anlass gegeben. Eine Form der Beteiligung an dieser Entwicklung wurde von beiden Verbänden als relevant für die gesamte Berufsgruppe angesehen.

Die Ergotherapie ist auf dem Weg hin zu einer wissenschaftlichen Etablierung. Diese bedarf zum jetzigen Zeitpunkt der Unterstützung von Verbänden, Forschungseinrichtungen und Institutionen im Gesundheitswesen. Das Interesse und das Engagement in der Ergotherapie für den Aufbau einer Forschung sind groß und dieses Potenzial bietet die Ausgangsbasis für die zukünftige Entwicklung. Das hat der Workshop an diesem Tag gezeigt.