

Empfehlungen zur Einarbeitung von Berufsanfängerinnen für ergotherapeutische Praxen



„Eine gute Mitarbeiterin fällt nicht einfach vom Himmel“

Kim Brinkmann (1866060)
Sarah Seeberg (1866400)

Christine Henseler (1820486)
Annika Wrede (1854593)

September 2019

Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gezondheidszorg“
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool
zur Erlangung des Bachelor of Science in Occupational Therapy

Empfehlungen zur Einarbeitung von Berufsanfängerinnen für ergotherapeutische Praxen

- „Eine gute Mitarbeiterin fällt nicht einfach vom Himmel“

Mit der Fragestellung:

Welche Erfahrungen und Strategien von Ergotherapeutinnen mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung sowie Berufseinsteigerinnen erleichtern den Berufseinstieg und die Einarbeitung von ausgebildeten Ergotherapeutinnen in der Praxis?

Kim Brinkmann (1866060)
Christine Henseler (1820486)
Sarah Seeberg (1866400)
Annika Wrede (1854593)

Abgabe: 05.09.2019
Kurs: BSG C12
Begleitende Dozentin: Nicole Kaldewei

© copyright Zuyd Hogeschool Heerlen

„Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Urheberinnen unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen“

Vorwort

Die nachfolgende Bachelorarbeit des Studiengangs Ergotherapie der Zuyd Hogeschool in Heerlen, in den Niederlanden, beschäftigt sich mit dem Thema Einarbeitung in ergotherapeutischen Praxen in Deutschland.

Die Idee zu diesem Thema basiert auf den Erfahrungen, welche die Forscherinnen der Bachelorarbeit in ihren ersten Arbeitsstellen, in ergotherapeutischen Praxen, sammelten. Die ersten Arbeitserfahrungen nach abgeschlossener Berufsausbildung sind für Berufsanfängerinnen von besonderer Bedeutung. Die hohen Erwartungen an sich selbst und die Aufregung, Behandlungen mit Klientinnen erstmals eigenständig durchzuführen, kostet viel Mut und Überwindung. Der Berufseinstieg der vier Forscherinnen gestaltete sich sehr unterschiedlich und es wurde deutlich, dass es keine einheitliche Einarbeitung gab. An diesem Punkt setzten die Forscherinnen an, denn eine gute Einarbeitung kann sich nicht nur positiv auf den Berufseinstieg auswirken, sondern ebenso die Qualität der ergotherapeutischen Praxis steigern.

Durch diese Erfahrungen entwickelte sich die Thesis zu der Bachelorarbeit, welche sich mit der folgenden Fragestellung beschäftigt:

Welche Erfahrungen und Strategien von Ergotherapeutinnen mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung sowie Berufseinsteigerinnen erleichtern den Berufseinstieg und die Einarbeitung von ausgebildeten Ergotherapeutinnen in der Praxis?

Um ein breites Meinungsbild zu erheben, entscheiden sich die Forscherinnen dazu, Erfahrungen und Meinungen von berufserfahrenen Ergotherapeutinnen und Berufseinsteigerinnen zu analysieren. Aus dem Konsens beider Gruppen sollen hilfreiche und unterstützende Empfehlungen für ein Einarbeitungskonzept in die ergotherapeutische Praxis entstehen. Denn bekanntlich ist „noch keine gute Mitarbeiterin vom Himmel gefallen“.

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt den Ergotherapeutinnen, die an unserer Bachelorstudie teilgenommen haben. Wir möchten uns bei euch bedanken für die Zeit, die ihr für die Experteninterviews investiert habt und für die angeregte Diskussion in der Fokusgruppe. Danke, dass ihr eure Erfahrungen und eure Ideen so offen mit uns geteilt habt. Besonders geholfen hat uns die Unterstützung von Johanna, die uns gute Ratschläge und ein Feedback zum Pretest der Interviews geben konnte. Des Weiteren möchten wir uns bei der Moderatorin bedanken, die die Fokusgruppe auf eine professionelle und humorvolle Weise geleitet hat, uns so eine angenehme Atmosphäre geschaffen hat, die die Diskussion angeregt hat.

Ein großer Dank gilt unserer betreuenden Dozentin Nicole Kaldewei für die Begleitung und Beratung während unseres Forschungsprozesses. Durch deine ruhige und entspannte Art konnten wir uns in stressigen Phasen auf das Wesentliche konzentrieren. Deine Ratschläge und Impulse haben uns dabei geholfen, neue Blickwinkel einzunehmen und über den Tellerrand hinauszuschauen. Danke für dein Vertrauen, uns unseren eigenen Weg finden zu lassen.

Weiterhin möchten wir uns bei Lucie bedanken, die uns bei der Übersetzung des Abstracts ins Niederländische und Englische unterstützt hat. Danke auch an alle Personen, die sich die Zeit genommen haben, unsere Bachelorarbeit Korrektur zu lesen. Dies hat uns sehr geholfen.

Abschließend möchten wir uns recht herzlich bei unseren Familien, Partnern und allen Menschen, die uns in allen Phasen dieser Arbeit unterstützt und motiviert haben, bedanken.

Lesehinweise

Abkürzungen:

Im Text verwendete Abkürzungen sind im Abkürzungsverzeichnis in ausgeschriebener Form aufgeführt.

Besondere Bezeichnungen:

Unter dem Begriff Forscherinnen sind die vier Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit zu verstehen. Die Begriffe Berufsanfängerinnen und Berufseinsteigerinnen sind in der Arbeit synonym anzusehen. Den Bezeichnungen erfahrene Ergotherapeutinnen und Einarbeitende werden die gleiche Bedeutung zugeschrieben.

Genderaspekt:

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen besserer Lesbarkeit und Verständlichkeit auf die Verwendung von genderneutraler Schreibweise wie bspw. Gendersternchen verzichtet. Da der Beruf der Ergotherapie größtenteils von Frauen ausgeübt wird, nutzen die Autorinnen der Bachelorarbeit im Text weibliche Subjektive stellvertretend für Personen jeden Geschlechts. Die Schreibweise ist nicht als diskriminierend zu verstehen. In direkten Zitaten und zusammengesetzten Worten, wie bspw. klientenbezogen, wird das Geschlecht nicht dem Genderaspekt dieser Arbeit angepasst.

Glossar:

Nichtgängige Begriffe, die einer Erklärung bedürfen, werden im Glossar aufgeführt und bei Erster-scheinung im Text mit Sternchen (*) hinter dem Wort gekennzeichnet.

Hervorhebungen im Text:

Im Ergebnisteil und der Diskussion werden Kategorien und Unterkategorien fettgedruckt hervorgehoben, z.B. **Zeit**.

Verweise:

Verweise auf Abbildungen, Anlagen, Darstellungen und Kapitel stehen hinter der entsprechenden Aussage im Text in Klammern, z.B. (siehe Abbildung 3).

Zitation:

Zitate aus verwendeter Literatur werden nach APA-6 (American Psychological Association, 2015) gekennzeichnet. Zur Verbesserung des Leseflusses werden einige direkte Zitate und Aussagen der Studienteilnehmerinnen gekürzt. Diese Auslassungen sind mit einer runden Klammer gekennzeichnet, z.B. (...).

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
Abs.	Absatz
APA-6	American Psychological Association,
BHV	Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände
BSG	Bachelorstudiengang
ACSOT	Australian Minimum Competencies Standards for New Graduate Occupational Therapists
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa (lateinisch, übersetzt: ungefähr, etwa)
d.h.	das heißt
DIN EN ISO	DIN steht für Deutsches Institut für Normung, EN für Europäische Norm und ISO für International Organization for Standardization
DIZ	Doorzoek informatiebronnen Zuyd (Suchmaschine der Bibliothek der Zuyd Hogeschool)
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
EBP	Evidence Based Practice
EFQM	Excellence-Modell der European Foundation for Quality Management
ErgThAPrV	Ergotherapeuten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
ErgThG	Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten
et al.	et alii (lateinisch, übersetzt: und andere)
etc.	et cetera (lateinisch, übersetzt: und so weiter)
e.V.	eingetragener Verein
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hrsg.	Herausgeber
HWG	Heilmittelwerbegesetz
KTQ	Modell der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
o.D.	ohne Datum
OTCLF	Occupational Therapy Clinical Learning Framework
PEOP	Person-Environment-Occupation-Performance
PDCA	plan, do, check, act
QM-System	Qualitätsmanagementsystem
SGB	Sozialgesetzbuch
stellv.	stellvertretend
SWOT	strength, weakness, opportunity, threat

TN	Teilnehmerinnen
USA	United States of America
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organisation
Z.	Zeile
z.B.	Zum Beispiel

Abstracts

Deutsch:

Die Transition von der Ausbildung in den Beruf stellt für Berufseinsteigerinnen eine Herausforderung dar. Zudem ist die Einarbeitung in eine ergotherapeutische Praxis in Deutschland nicht einheitlich gestaltet. **Ziel** dieser Studie ist es Einarbeitenden und Berufseinsteigerinnen Hilfestellungen und Empfehlungen zur Gestaltung eines Übergangsprozess von der Berufsausbildung in die ergotherapeutische Praxis zu geben.

Im Rahmen der **qualitativen Studie** wurden Experteninterviews mit erfahrenen Ergotherapeutinnen und Berufseinsteigerinnen durchgeführt. Zur Konsensfindung folgte eine Fokusgruppe mit allen Teilnehmerinnen. Die Daten wurden nach Mayring ausgewertet.

Es wurde festgestellt, dass die erste Arbeitszeit von Berufseinsteigerinnen als überfordernd beschrieben wird. Die **resultierenden Empfehlungen** lassen sich in die klientenbezogene und organisationsbezogene Einarbeitung einteilen. Diese unterscheiden sich zwischen dem Aufbau einer neuen Stelle und der Übernahme einer bereits bestehenden Stelle.

Die Studie zeigt, dass ein Bedarf an Hilfestellungen zur Einarbeitung besteht. Zur Entwicklung von Einarbeitungskonzepten sollten auf Grundlage der Ergebnisse weitere Forschungen mit größeren Teilnehmergruppen erfolgen.

Schlagwörter:

Ergotherapie, Einarbeitung, Transition, Berufseinstieg, Berufsanfängerinnen, ergotherapeutische Praxis

Englisch:

In Germany no common standard induction training exists. **The aim** of this study is to develop guidance for induction workers and young professionals in structuring the transition from training into the work of occupational therapists.

A **qualitative study** was conducted by carrying out six interviews with experienced occupational therapists and with young professionals entering the field. Consensus was reached by means of a focus group including all individuals interviewed. The data were evaluated according to Mayring.

The first period of working time is described by young professionals as overtraining. The **resulting recommendations** for induction are classified in client-related and organisation-related induction. These differ between the creation of a new job and the transfer of an existing job.

The study shows there is a need for recommendations on induction. It lays the foundation for the development of an induction concept and acts as a basis for future research.

Key words:

Occupational therapy, induction training, transition, career entry, young professionals, occupational therapy practice

Niederländisch:

In Duitsland is er in ergotherapeutische werkvelden geen gemeenschappelijke standaardintroductietraining. Het **doel** van de voorliggende studie is de ontwikkeling van een raamwerk dat werkgevers en jonge professionals helpt bij een efficiënte transitieproces naar het werkveld.

Er werd een **kwalitatief onderzoek** uitgevoerd aan de hand van zes interviews met ervaren ergotherapeuten en jonge beroepskrachten. Consensus werd bereikt door middel van een focusgroep waaraan alle geïnterviewden deelnamen. De resultaten zijn geëvalueerd volgens Mayring.

Het eerste contact met het werkveld wordt door jonge beroepskrachten in ergotherapie als belastend ervaren. De **aanbevelingen** voor een introductietraining kunnen worden onderverdeeld in klant- en organisatiegerelateerde onderdelen. Deze zijn toepasbaar op zowel nieuwe als bestaande banen.

Uit deze studie blijkt dat er behoefte is aan adviezen voor introductietrainingen. Het voorgestelde raamwerk kan in toekomstige studies met grotere steekproeven als basis worden gebruikt.

Kernwoorden:

Ergotherapie, introductietraining, transitieproces, carrière-ingang, jonge professionals, ergotherapiepraktijk

Zusammenfassung

Nach der Ausbildung steht neuen Ergotherapeutinnen die Transition von der Ausbildung in das Berufsleben bevor. Die Literaturrecherche ergab, dass dieser Prozess, wie auch in vielen anderen Gesundheitsberufen, oft als eine große Herausforderung beschrieben wird. Die Forscherinnen stellten außerdem fest, dass bisher wenig zum Thema Einarbeitung und Einarbeitungskonzepten in der Ergotherapie geforscht wurde. Ziel dieser qualitativen Studie ist es, zu beschreiben, welche Erfahrungen von Ergotherapeutinnen mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung sowie Berufseinsteigerinnen den Berufseinstieg und die Einarbeitung von ausgebildeten Ergotherapeutinnen in der Praxis erleichtern können. Durch leitfadengestützte Interviews wurden fördernde und hemmende Faktoren für eine gelungene Einarbeitung ermittelt. Aus den Ergebnissen haben die Teilnehmerinnen anschließend im Rahmen einer Fokusgruppe einen Konsens gebildet. Daraus formulierten die Forscherinnen Empfehlungen für die Einarbeitungsphase von Berufseinsteigerinnen. Die Auswertung der sechs Experteninterviews sowie der Fokusgruppe erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016). Die Ergebnisse der durchgeführten Studie zeigen, dass sich die Teilnehmerinnen in ihrem eigenen Transitionsprozess überfordert fühlten. Den Teilnehmerinnen ist es wichtig, dass zwischen Einarbeitenden und Berufsanfängerinnen ein offener Austausch besteht. Weiterhin werden Empfehlungen für eine klientenbezogene, sowie organisationsbezogene Einarbeitung entwickelt. Die Bachelorstudie macht deutlich, dass es in der Einarbeitung klare Unterschiede zwischen dem Aufbau einer neuen Stelle und der Übernahme einer bereits bestehenden Stelle gibt, auf die in der Ergebnisdiskussion Bezug genommen wird.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	I
Danksagung	II
Lesehinweise	III
Abkürzungsverzeichnis.....	V
Abstracts.....	VII
Zusammenfassung.....	IX
1 Einleitung.....	4
1.1 Aufbau der Bachelorarbeit	4
1.2 Motivation	4
1.3 Bedeutung für die Ergotherapie und Begründung des Forschungsthemas.....	5
1.4 Ziel der Studie und zentrale Fragestellung	5
2 Theoretischer Hintergrund	7
2.1 Literaturrecherche	7
2.2 PEOP-Modell	8
2.2.1 PEOP am Beispiel einer Berufsanfängerin	9
2.3 Transition	13
2.3.1 Transition in der Ergotherapie.....	13
2.3.2 Transition in der Physiotherapie und Krankenpflege.....	16
2.4 Ausbildung von Ergotherapeutinnen.....	18
2.4.1 Ausbildung international.....	18
2.4.2 Ausbildung in Deutschland	20
2.4.3 Ergotherapeutische Kompetenzen	21
2.5 Ergotherapeutische Praxen	25
2.5.1 Institutionelle Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen	25
2.5.2 Arbeitsbedingungen.....	26
2.5.3 Qualitätsmanagement	27
2.6 Einarbeitung	29
2.6.1 Einarbeitungskonzepte für angrenzende Gesundheitsberufe	30
2.6.2 Einarbeitungskonzepte in der Ergotherapie.....	31
2.6.3 Occupational Therapy Clinical Learning Framework (OTCLF).....	34
3 Methodisches Vorgehen	36
3.1 Forschungsdesign	36

3.2 Forschungsmethode	38
3.3 Ethische Aspekte	38
3.4 Interviews.....	41
3.4.1 Leitfaden.....	41
3.4.2 Rekrutierung der Teilnehmerinnen.....	42
3.4.3 Darstellung der Teilnehmerinnen der Interviews.....	43
3.4.4 Durchführung Pretest	44
3.4.5 Durchführung Interviews.....	45
3.5 Fokusgruppe	45
3.5.1 Moderatorin der Fokusgruppe.....	46
3.5.2 Leitfaden.....	47
3.5.3 Rekrutierung der Teilnehmerinnen.....	48
3.5.4 Darstellung der Teilnehmerinnen der Fokusgruppe	49
3.5.5 Durchführung Fokusgruppe.....	49
3.6 Datenanalyse nach Mayring	51
3.7 Gütekriterien qualitativer Forschung.....	55
4 Resultate	57
4.1 Resultate der Interviews	57
4.1.1 Zeit	57
4.1.2 Einarbeitung.....	61
4.1.3 Gefühle	64
4.1.4 Kolleginnen	66
4.1.5 Feedback/ Reflexion.....	68
4.1.6 Kompetenzen	70
4.1.7 Qualität	73
4.1.8 Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis	74
4.2 Resultate der Fokusgruppe.....	76
4.2.1 Gegenseitige Erwartungen	76
4.2.2 Hospitation / Übergabe (kundenbezogene Einarbeitung)	78
4.2.4 Ordner mit wichtigen Inhalten (organisationsbezogene Einarbeitung)	81
4.2.5 Einarbeitungszeit (organisationsbezogene Einarbeitung)	82
4.2.6 Mentor (organisationsbezogene Einarbeitung)	82
4.2.6 Reflexionsgespräche (organisationsbezogene Einarbeitung).....	83
5 Diskussion	85
5.1 Beantwortung der drei Leitfragen.....	85
5.2 SWOT-Analyse	92
5.3 Beantwortung der Forschungsfrage	96
5.4 Stärken und Limitationen der Studie.....	98
5.5 Schlussfolgerung und Ausblick.....	100

Literaturverzeichnis	101
Glossar	110
Abbildungsverzeichnis	113
Tabellenverzeichnis	114
Anlagen	115

1 Einleitung

1.1 Aufbau der Bachelorarbeit

Die vorliegenden Bachelorarbeit unterteilt sich in Einleitung, Theorie, Methode, Ergebnisse und Diskussion. In der Einleitung wird das Forschungsthema begründet sowie die auf der ersten Literaturrecherche basierende zentrale Forschungsfrage und die Zielsetzung der Bachelorarbeit vorgestellt. Das zweite Kapitel umfasst den theoretischen Hintergrund der Arbeit, in dem für das Forschungsthema relevante Aspekte dargestellt werden und in Bezug zur Ergotherapie gesetzt werden. Über eine umfassende Literaturrecherche wurden relevante Themen aus dem ergotherapeutischen Bereich und angrenzenden Professionen ausgewertet und ein Überblick über die Ausbildungs- und Berufssituation von Ergotherapeutinnen vor dem Hintergrund der Einarbeitung in die Praxis gegeben. Das dritte Kapitel beschreibt die methodische Vorgehensweise der Forscherinnen, sowie Forschungsdesign und Forschungsmethode der qualitativen Studie. Weiterhin werden der gesamte Forschungsprozess und die Gütekriterien dargestellt. Ebenfalls werden die ethischen Aspekte der Forschung bezüglich der durchgeführten Studien dieser Arbeit erläutert. Im vierten Kapitel werden die Resultate der Bachelorforschung aufgeführt und abschließend im fünften Kapitel der Bachelorarbeit diskutiert und auf den theoretischen Hintergrund bezogen. Dabei werden die Stärken und Schwächen der Studien reflektiert und die Grenzen der Ergebnisse erläutert sowie ein Ausblick für weiterführende Forschung gegeben.

1.2 Motivation

Das Thema der Bachelorarbeit entwickelte sich vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen der Forscherinnen mit dem Berufseinstieg als Ergotherapeutinnen. In den jeweiligen Praxen gab es keine oder nur eine sehr kurze Einarbeitungszeit. Viele Aspekte, die im Berufsalltag von Ergotherapeutinnen erwartet werden, wie zum Beispiel der Umgang mit Heilmittelverordnungen, werden in der Ausbildung nicht thematisiert. Daher kam der Wunsch nach einer Grundlage auf, an der man sich als Berufseinsteigerin orientieren kann, damit der Berufseinstieg leichter fällt. Die Forscherinnen entschieden sich deshalb dafür, in der Bachelorforschung mögliche Einarbeitungskonzepte für die ergotherapeutische Praxis zu untersuchen und Strategien zur Unterstützung der Einarbeitungsphase für Berufsanfängerinnen zu entwickeln, die sowohl von Seiten der Arbeitgeberin als auch von den Berufsanfängerinnen selbst genutzt werden können, um sich in die Rolle der Ergotherapeutinnen einzufinden und damit die Performanz im beruflichen Handeln zu verbessern.

1.3 Bedeutung für die Ergotherapie und Begründung des Forschungsthemas

Der Berufseinstieg stellt in Gesundheitsberufen wie der Ergotherapie für Berufsanfängerinnen eine große Herausforderung dar, denn es gilt direkt die volle Verantwortung für die Klientinnen zu übernehmen, Entscheidungen zu treffen und selbstständig zu handeln. Dadurch wird die Einstiegsphase in den Beruf häufig als stressreich und problematisch erlebt (Gray et al., 2012). Es ist demnach wichtig, der Unsicherheit vieler Berufsanfängerinnen zu begegnen und Orientierungshilfen zu bieten. Durch Entwicklung der Berufsidentität und Verbesserung des berufsbezogenen Selbstvertrauens kann die Performanz der Berufseinsteigerin im Beruf verbessert werden. In einer qualitativen Studie von Woick, Larsen-Vefring und Litwa (2013) wurden Ergotherapeutinnen dazu befragt, wie sie den Übergang von der Ausbildung in den Beruf erlebt haben. Dabei wurde deutlich, dass die Transition von allen befragten Personen als herausfordernd und auch überfordernd erlebt wurde. Die befragten Studienteilnehmerinnen beschreiben eine Zunahme von Verantwortung, welche mit dem Rollenwechsel einhergeht, sowie eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, die den Übergang in den Beruf erschwert haben. Ein Einarbeitungskonzept wäre deshalb innovativ, da es Berufseinsteigerinnen unterstützt, ihre neue Rolle zu finden und zu vertreten und einen leichteren Einstieg in den Beruf zu finden. Ökonomisch gesehen ist es außerdem sinnvoller, den Berufseinsteigerinnen mit Hilfe eines Konzeptes den Berufseinstieg zu erleichtern. Eine systematische und gut vorbereitete Einarbeitung kostet die Arbeitgeberin mehr Aufwand, hat aber einen hohen Mehrwert für die Zukunft.

1.4 Ziel der Studie und zentrale Fragestellung

Diese Studie beschäftigt sich mit dem Berufseinstieg von Ergotherapeutinnen nach der Ausbildung mit dem Ziel, Möglichkeiten zur gezielten Einarbeitung in der Arbeitsstelle zu finden. Auf der Grundlage von Literaturrecherche, Experteninterviews und Fokusgruppendifkussion soll herausgefunden werden, welche Aspekte relevant für eine gelingende Einarbeitung sind und wie die Einarbeitung in einer ergotherapeutischen Praxis aus Sicht von Berufsanfängerinnen und Arbeitgeberinnen zu gestalten und umzusetzen ist, damit der Übergang in die ergotherapeutische Arbeit gelingt.

Daraus ergibt sich die folgende zentrale Fragestellung dieser Studie:

Welche Erfahrungen und Strategien von Ergotherapeutinnen mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung sowie Berufseinsteigerinnen erleichtern den Berufseinstieg und die Einarbeitung von ausgebildeten Ergotherapeutinnen in der Praxis?

Um dies näher zu erforschen, wurde die Forschungsfrage in drei Leitfragen unterteilt, anhand derer die Leitfäden für die Experteninterviews* und die Fokusgruppe* entwickelt wurden:

1. Wie wurde der eigene Berufseinstieg von den befragten Ergotherapeutinnen erlebt?
2. Welche Faktoren fördern oder hemmen einen erfolgreichen Berufseinstieg?
3. Was macht eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung aus?

Die Ergebnisse der Studie sollen dazu beitragen, Hilfestellungen zur Gestaltung der Einarbeitung auf Seite der Berufsanfängerin als auch der Arbeitgeberin zu entwickeln, um den Übergangsprozess zu erleichtern.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Literaturrecherche

Anhand einer intensiven Literaturrecherche wurde ein Überblick über den aktuellen Stand des Forschungsthemas eingeholt. Aus der Forschungsfrage und den Leitfragen wurden zu dem Forschungsthema passende Themen und Aspekte abgeleitet, aus denen Schlüsselwörter für die Literaturrecherche entwickelt wurden. Die Recherche zum Forschungsthema „Einarbeitungskonzept für ergotherapeutische Berufsanfängerinnen in Praxen“ der Bachelorarbeit erfolgte daraufhin in unterschiedlichen Datenbanken. Bei der Suche wurden die Schlüsselwörter verwendet sowie eine Eingrenzung auf Quellen, die nicht älter als zehn Jahre waren, um eine hohe Aktualität der Literatur zu gewährleisten. Die Forscherinnen der Bachelorarbeit suchten im Internet in den Datenbanken PubMed*, OTdbase*, OTseeker* und Sage Journals* nach Literatur und nutzten die Suchmaschine DIZ der Zuyd Hogeschool, um geeignete Quellen zu finden. Es wurden Fachbücher und Artikel aus Fachzeitschriften in englischer und deutscher Sprache genutzt. Bei bereits gesichteten Artikeln und Studien konnte weiteren Quellen über Angaben im Literaturverzeichnis gefunden werden, wodurch weitere relevante Literatur zu dem Forschungsthema gefunden wurde. Die Aussagekraft gefundener Fachartikel und Studien wurde anhand der Evidenzpyramide* nach Tomlin & Borgetto (2011) bewertet. Die Evidenz der Studien ist überwiegend auf dem zweiten Level der Evidenzpyramide, auf der qualitativen Seite einzuordnen (siehe Anlage 1).

Datenbank: DIZ der Zuyd Hogeschool				
Einschränkung	Zeitraum	Limit	Sprache	Publikationsform
	2009 - 2019	Volltext	All	Wissenschaftliche Zeitschrift
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl	
"occupational therapy" AND transition			13.794	
"occupational therapy" AND "new graduate"			407	
"occupational therapy" AND "job training"			722	
"occupational therapy" AND Ergotherapie AND Einarbeitung			24	
Ergotherapie AND Berufseinstieg			16	
Berufseinstieg AND Einarbeitung			10	
"Occupational therapy" AND "study abroad"			176	
Transition AND nurse			131.931	
Transition AND nurse AND "new graduate"			2.915	
Transition AND physiotherapy			13.614	
Transition AND physiotherapy AND "new graduate"			211	

Tabelle 1: Beispiel der Suchstrategie in einer Datenbank

2.2 PEOP-Modell

Für den theoretischen Hintergrund der Bachelorarbeit wurde das Person-Environment-Occupation- Performance (PEOP) Model von Baum, Christiansen und Bass (2015) verwendet. Es bietet eine Möglichkeit den Berufseinstieg von Ergotherapeutinnen mit Blick auf Person, Umwelt und Betätigung* zu erfassen und aus der ergotherapeutischen Sichtweise darzustellen. Die Autorinnen des 1985 entwickelten Modells vertreten die Annahme, dass Betätigungsperformanz als Ergebnis von Interaktion zwischen Menschen, Betätigungen und ihren Umwelten zu sehen ist. Als klientenzentriertes Modell hat es zum Ziel, die Ausführung bedeutungsvoller Betätigungen von Individuen, Organisationen und Populationen sowie ihre Teilhabe an ihrer Umwelt zu verbessern (Baum et al., 2015). Dabei werden Lebenssituationen unter den Komponenten Betätigung, Personenfaktoren, Umweltfaktoren und der Beziehung zwischen den Bereichen gesehen, die sich auf die Performanz, die Partizipation und das Wohlbefinden der Person auswirken. Ein besonderer Fokus des Modells liegt auf der Narrativen und Lebensgeschichte von Personen, Organisationen und Populationen, die in Erzählungen erfasst wird. Bezogen auf die Berufseinstiegsphase bilden die verschiedenen intrinsischen Faktoren der Berufsanfängerin und die extrinsischen Faktoren der Arbeitsstelle als Umwelt Voraussetzungen, die die Betätigungen im Rahmen der ergotherapeutischen Arbeit bedingen. Die Berufsanfängerin muss sich in neue Rollen und damit verbundene Aktivitäten und Aufgaben einfinden. Diese verschiedenen Aspekte stehen als Interaktion zwischen Person und Umwelt in Verbindung und beeinflussen die Performanz der Berufsanfängerin. Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte des Modells beispielhaft auf die Situation einer Berufsanfängerin in einer ergotherapeutischen Praxis bezogen, um die Besonderheit der Berufseinstiegsphase anhand der Zusammenhänge verschiedener intrinsischer und extrinsischer Faktoren in ihrer Auswirkung auf die die Betätigungen im Rahmen der ergotherapeutischen Arbeit zu verdeutlichen.

PEOP: Enabling Everyday Living

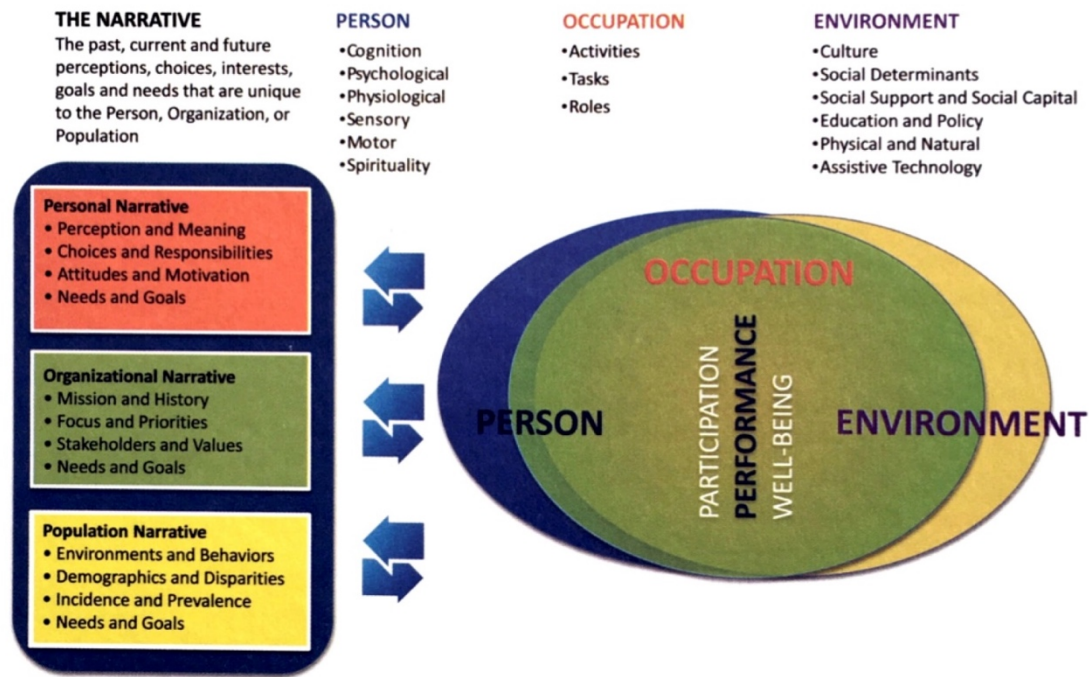


Abbildung 1: PEOP: Enabling Everyday Living (Baum, et al., 2015)

2.2.1 PEOP am Beispiel einer Berufsanfängerin

Narrative: Durch die Narration als Erzählung der Lebensgeschichte und Perspektive der Klientin erhält die Ergotherapeutin grundlegende Informationen über die Klientin, ihre Ziele und Bedürfnisse. Sie markiert den Start des ergotherapeutischen Prozesses nach dem PEOP. Die persönliche Narrative umfasst Aspekte der Umwelt und der Betätigungen, die der Person wichtig sind, und hilft dabei, die Situation der Person, ihre Einstellungen, ihre Entscheidungen sowie ihre Verantwortung zu verstehen. Darüber hinaus hilft sie zu erfassen, wie sie Wohlbefinden definiert und wie sie diesen Zustand anstrebt. Weiterhin wird im PEOP die organisationszentrierte Narrative beschrieben, die neben den mitwirkenden Personen auch die Geschichte der Organisation, ihre Werte und Ziele umfasst. Über diese Narrative erhalten Ergotherapeutinnen Informationen über die Bedürfnisse der Organisation und welches Potential die Ergotherapie dort hat. Die populationszentrierte Narrative legt den Fokus auf eine Population oder Ge-

meinschaft, hilft diese zu definieren und bietet die Möglichkeit ein näheres Verständnis von beeinflussenden Faktoren wie Umwelt, Bildung, Verhaltensweisen, Gesundheitspolitik zu gewinnen (Baum, et al., 2015).

Jede Berufsanfängerin macht unterschiedliche Erfahrungen in der Ausbildung als Ergotherapeutin und mit dem Berufseinstieg. Die persönliche Narrative beschreibt dabei die Perspektive der Person auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Dies umfasst die Lernentwicklung in Schule und Ausbildung, die gesammelten Praxiserfahrungen und die Einschätzung zur aktuellen Situation sowie zu den eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen. Daraus gehen kurzfristige und langfristige Ziele für die Zukunft der Person hervor. Die Narrative bietet einen holistischen Ansatz die Person mit ihren Gefühlen, Gedanken und Sorgen zu verstehen. Dabei bleibt die Perspektive nicht nur bei der Berufsanfängerin, sondern kann ebenso die Sichtweise der Praxis als Organisation und die der Einarbeitenden einbeziehen.

Person: Zu dem Bereich Person gehören im PEOP verschiedene personenbezogene Faktoren, die die Betätigungsperformanz beeinflussen. Darunter fällt beispielsweise die Motivation für Betätigungen, die sich aus Rollen, Aktivitäten und Zielen des Menschen zusammensetzen. Weiterhin umfasst dieser Bereich psychologische Faktoren wie das Selbstkonzept, das Selbstbewusstsein, das Identitätsgefühl und die Metakognition der Person. Neben emotionalen Faktoren und dem individuellen Erleben der Welt im Sinne eines Kohärenzsinnes, zählen zu dem Bereich Person im PEOP physische Faktoren wie Kraft, Flexibilität und generelle Gesundheitsaspekte. Außerdem werden Kognition, Motorik und Sensorik der Person berücksichtigt (Baum et al., 2015).

Um die Berufsbezeichnung Ergotherapeutin mit dem Examen zu erlangen, muss eine Person gesundheitlich dazu in der Lage sein, den Beruf auszuüben (§2 Abs. 1 ErgTHG). Daraus geht hervor, dass eine typische Berufsanfängerin in der Ergotherapie wahrscheinlich keine größeren Einschränkungen in den Bereichen Kognition, Motorik und Sensorik hat. Der Berufseinstieg stellt besonders an die psychologischen und emotionalen Personenfaktoren Anforderungen und erfordert eine hohe kognitive Verarbeitung und Lernleistung in Form von Gedächtnis, Organisation, Aufmerksamkeit und Entscheidungsprozessen. Wie unter dem Punkt 2.3.1 beschrieben, erleben Berufsanfängerinnen die Transition* von der Rolle der Auszubildenden zu der der Ergotherapeutin häufig als herausfordernd und auch überfordernd. Die in der Berufsausbildung erlernten Normen, Werte und Verhaltensweisen müssen auf die Situation der Arbeitsstelle übertragen und Bewältigungsstrategien entwickelt werden, um Anforderungen zu erfüllen und Handlungen umsetzen zu können. Dabei wird der Prozess der Rollenfindung nach Woick et al. (2013) von Berufsanfängerinnen als stressreich empfunden. Der Transitionsprozess ist dabei sehr

individuell und erfolgt vor dem Hintergrund der persönlichen Lernerfahrungen, Entwicklung und Kompetenzen.

Occupation (Betätigung): Als ergotherapeutisches Modell hebt das PEOP die Bedeutung von Betätigung hervor. Betätigung und Betätigungsperformanz verbinden Individuen mit sozialen Rollen und ihrer soziokulturellen Umwelt. Dabei setzen sich Betätigungen aus Aktivitäten, Aufgaben und Rollen der Person zusammen, die sie in ihrem Leben ausführen will und muss. Alltägliche Betätigungen werden durch Personenfaktoren und Umweltfaktoren beeinflusst (Baum et al., 2015).

Mit dem Beginn der Arbeit als Ergotherapeutin verändern sich die Betätigungen der Berufsanfängerin besonders im Bereich der Produktivität. Insgesamt wirkt sich die Transition zur Ergotherapeutin ganzheitlich auf die Person und alle Betätigungsbereiche aus. Die mit dem Rollenwechsel einhergehende Veränderung von Routinen, Gewohnheiten und Betätigungen macht eine Anpassung der Balance zwischen bedeutungsvoller Betätigung und Betätigungsdurchführung erforderlich. Die Arbeitsstelle als Umwelt stellt neue Anforderungen an Betätigungen und Aufgaben, welche die Berufsanfängerin in der Transaktion von Umweltbedingungen und Personenfaktoren umsetzt. Die Arbeit als Ergotherapeutin stellt dabei eine bedeutungsvolle Betätigung für die Berufsanfängerin dar. Die Arbeit umfasst verschiedene Aufgaben und Aktivitäten wie etwa die Arbeit mit Klienten, die sich aus Diagnostik, Behandlungsplanung, Zielentwicklung, Durchführung von Interventionen, Behandlung, Dokumentation, Austausch im ergotherapeutischen Team und weiteren Aufgaben zusammensetzt. Mit dem Berufseinstieg entsteht für die Berufsanfängerin die Herausforderung, sich in neue Betätigungen einzufinden.

Environment (Umwelt): Die physikalische Umwelt des Menschen umfasst geografische Aspekte, Klima, Technologien und bestimmt den Alltag von Menschen, indem sie die Umgebung des Zuhauses, auf der Arbeit oder in der Schule und in der Gemeinschaft bildet. Neben den Bedingungen der physikalischen Umwelt wirken weitere unterschiedliche Umwelteinflüsse auf den Menschen und sein Betätigungsverhalten ein. Die kulturelle Umwelt prägt Menschen durch Werte, Bräuche, Rituale und Zeitnutzungsansprüche. Die soziale Umwelt setzt sich aus sozialen Gruppen, formalen Gesetzen und politischen Bestimmungen zusammen. Politik und Bildung beeinflussen Betätigungen und Verhaltensweisen und wirken sich dadurch stark auf die Lebensumwelt aus. Soziale Faktoren können die Performanz und Teilhabe einer Person fördern, sie andererseits aber auch durch Stigma behindern. Das PEOP unterscheidet soziale Unterstützung, praktische Unterstützung und Unterstützung durch Informationen als bedeutende Umweltfaktoren hinsichtlich der Betätigungsperformanz (Baum, et al., 2015).

Für die Situation der Berufseinsteigerin ergeben sich verschiedene Einflüsse aus der Arbeitsstelle als Umwelt. Zunächst einmal bietet die ergotherapeutische Praxis als Umwelt verschiedene Bedingungen, die die Ausübung von Betätigungen der therapeutischen Arbeit beeinflussen. Die physische Umwelt der Arbeitsstelle setzt sich aus den Praxisräumen, Therapiematerialien und Gegenständen zusammen, die die Art der Ausübung von Arbeitsaufgaben beeinflussen. Die soziale Umwelt spielt in der ergotherapeutischen Arbeit eine große Rolle. Neben dem Kontakt zu Klientinnen in Planung und Ausführung der Therapie kommunizieren Ergotherapeutinnen mit anderen Therapeutinnen des Praxisteam, mit der Arbeitgeberin sowie mit Ärztinnen und Angehörigen von Klientinnen. Weitere Bedingungen der ergotherapeutischen Praxis sind unter Punkt X beschrieben.

Performance (Performanz), Participation (Teilhabe) und Well-Being (Wohlbefinden): Die Betätigungsperformanz ist das Ergebnis der Transaktion zwischen Person, Betätigung und Umwelt. Sie entsteht durch die komplexe Interaktion zwischen der Person und ihrer Umgebung und aus der Ausführung bedeutungsvoller Aktivitäten, Aufgaben und Rollen. Aus der ergotherapeutischen Perspektive unterstützt die Betätigungsperformanz die Teilhabe einer Person, die nach dem PEOP als aktives Engagement und Einbezogen-Sein beschrieben wird, welches zu Wohlbefinden von Individuen und Gemeinschaften beiträgt (Baum, et al., 2015). Wohlbefinden ist ein Bestandteil der Definition von Gesundheit der WHO, die Gesundheit als Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen mit dem Zitat „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1948) beschreibt. Wohlbefinden beschreibt eine positive, subjektive Erfahrung, die Menschen erfahren und die sich auf die empfundene Lebensqualität auswirkt (Baum, et al., 2015).

Der Berufseinstieg als Transition (siehe 2.3) stellt eine Herausforderung bezüglich der Performanz, der Teilhabe und dem Wohlbefinden der Berufsanfängerin dar. In der Phase des Übergangs von der Lernenden zur Ergotherapeutin entwickelt die Berufsanfängerin Strategien zur Bewältigung neuer Betätigungsherausforderungen. Wird die Betätigungsperformanz zunächst als unzureichend empfunden, kommt es zu einem Zustand von Stress, da die Anforderungen nicht adäquat bewältigt werden können. Die gezielte Einarbeitung kann dabei eine Möglichkeit sein, die Performanz der Berufsanfängerin zu stärken, indem sie sie dabei unterstützt, Umsetzungsstrategien zu entwickeln. Dadurch sollen Berufsanfängerinnen Teilhabe und Wohlbefinden in ihrer Arbeit erleben.

2.3 Transition

Blair (2000) beschreibt den Begriff Transition wie folgt:

„Throughout the life span, many transitions are experienced which require adjustment and adaptation in terms of role changes, balance of valued occupation and occupational performance. Transitional changes also have significant effects upon self-esteem and self-concept.“

Eine erfolgreiche Transition ist von grundlegender Bedeutung, um eine kompetente Praktikerin zu werden (Seah, Mackenzie & Gamble, 2011). Wie nachfolgend dargestellt, beziehen sich bedeutende Übergänge im Leben eines Menschen auf viele unterschiedliche Bereiche, wie beispielsweise der Übergang von der Schule in die Berufsausbildung. Einige der aufgeführten Studien beschreiben, wie die Transition in neue Lebensabschnitte empfunden wird. Epp (2018) beschreibt in einer Studie die Transition von der Schule in die Berufsausbildung. Hier wird deutlich, dass in diesem Lebensabschnitt der Übergang vom Jugendlichen in den Erwachsenenstatus stattfindet (Jungmann, 2004). Dieser Prozess hat für Jugendliche eine hohe Relevanz, da er den zukünftigen Lebensweg ebnet (Schoon & Silbereisen, 2009). Wird die Transition erfolgreich gemeistert, stellt dies eine Unabhängigkeit sowie Selbstständigkeit gegenüber dem Elternhaus dar und bietet eine Teilhabe an der Gesellschaft. Scheitert die Transition in die Berufsausbildung jedoch, kann dies weitreichende Konsequenzen für den weiteren Lebensweg mit sich bringen (Neuenschwander et al., 2012). Hier lässt sich in gewisser Weise ein Leistungsdruck erkennen, dem Jugendliche ausgesetzt sind. Auch die Transition von der Berufsausbildung in die Praxis kann als belastend erlebt werden (Gray et al. 2012).

2.3.1 Transition in der Ergotherapie

Die Transition in die Praxis bezeichnet den Austritt aus der Rolle einer Lernenden und den Eintritt in die Rolle einer Praktizierenden (Kralik Visentin & van Loon, 2006). Wie Larsen-Vefring, Litwa und Woick (2013) beschreiben, stellt der Berufseinstieg in Gesundheitsberufen wie der Ergotherapie für Berufsanfängerinnen eine große Herausforderung dar, da es gilt, direkt die volle Verantwortung für die Klientinnen zu übernehmen, Entscheidungen zu treffen und selbstständig zu handeln. Es ist demnach wichtig der Unsicherheit vieler Berufsanfängerinnen zu begegnen und Orientierungshilfen zu bieten. Durch Entwicklung der Berufsidentität und Verbesserung des berufsbezogenen Selbstvertrauens kann die Performanz der Berufseinsteigerin im Beruf verbessert werden. In einer qualitativen Studie von Woick, Larsen-Vefring, Litwa und Zillhardt (2014) wurden Ergotherapeutinnen dazu befragt, wie sie den Übergang

von der Ausbildung in den Beruf erlebt haben. Die Interviews ergaben, dass die Transition von Lernenden zu Therapeutinnen emotional besetzt war. Es wurde deutlich, dass die Transition von allen Befragten als herausfordernd und auch überfordernd erlebt wurde. Die befragten Studienteilnehmerinnen beschreiben eine Zunahme von Verantwortung, welche mit dem Rollenwechsel einhergeht, sowie eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, die den Übergang in den Beruf erschwert haben. Einige Studienteilnehmerinnen beschreiben die Transition sogar als Schock. Die Studie verdeutlicht, dass sich die Befragten einen Berufseinstieg ohne Zeit- und Arbeitsdruck gewünscht hätten, um den Herausforderungen der Transition bestmöglich begegnen zu können. International werden Berufseinsteigerinnen der Pflege, Physio- und Ergotherapie Mentorinnen zur Seite gestellt, welche die Transition erleichtern. Woick, Larsen-Vefring, Litwa und Zillhardt (2014) machen darauf aufmerksam, wie wichtig es ist, in Deutschland evidenzbasierte Einarbeitungsprogramme für Ergotherapeutinnen zu entwickeln, um den Rollenfindungsprozess zu unterstützen und die Qualität der zu leistenden Arbeit sowie das Wohlbefinden von Berufseinsteigerinnen zu gewährleisten. Auch die Befragten der Studie nannten Leitfäden und konkrete Einarbeitungskonzepte für die ergotherapeutische Praxis als große Ressource für den Einarbeitungsprozess.

Unterstützt wird die Aussage, dass die Transition von der Lernenden zur Therapeutin im Bereich der Ergotherapie international als herausfordernd wahrgenommen wird, durch eine australische Studie von Gray et al. (2012). Es wurde deutlich, dass sich lediglich 17,1% der australischen Hochschulabsolventen sehr gut darauf vorbereitet fühlten, ihre aktuellen Arbeitsanforderungen zu erfüllen. Die Mehrheit (66,4%) gab an, sich etwas vorbereitet zu fühlen, und 10,3% fühlten sich nicht oder gar nicht vorbereitet. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Teilnehmerinnen sich mehr auf sozial kommunikative Kompetenzen (einschließlich zwischenmenschlicher Fertigkeiten) und weniger auf methodisch/fachliche Kompetenzen vorbereitet gefühlt haben (einschließlich Interaktionen mit anderen Fachleuten und Verwendung von evidenzbasierter Literatur). Gray et al. (2012) machen darauf aufmerksam, wie wichtig der praktische Teil der Ausbildung und das Sammeln von Arbeitserfahrung während des gesamten akademischen Programms sind, damit die Studierenden akademisches Wissen in reale Situationen am Arbeitsplatz integrieren können.

Sutton & Griffin (2000) zeigen auf, dass einige Ergotherapeutinnen innerhalb der Transition zu hohe Erwartungen, zum Beispiel an ihre Kolleginnen, das Arbeitsumfeld oder die eigene Rolle haben. Beispielsweise bemerkten sie, dass Arbeitgeberinnen mehr Eigeninitiative und Autonomie forderten, als sie erwartet hatten. Aber auch die Aufgabe, sich vor einem multiprofessionellen Team zu rechtfertigen, oder die nicht klar formulierte Rolle der Ergotherapeutinnen sowie mangelnde Erfahrungen erschwerten den Prozess der Transition (Robertson & Griffiths, 2009).

Auch eine Studie von Hodgetts et al. (2007) zeigt, dass sich studierende Ergotherapeutinnen und Absolventinnen nach dem Abschluss nicht als klinisch kompetent gefühlt haben, da es an technischen Fertigkeiten und an konkreten Interventionskenntnissen mangelte. Weiterhin verdeutlicht die Studie die Relevanz von Supervisorinnen und Mentorinnen im praktischen Einsatz während der Ausbildung oder des Studiums sowie von Konzepten, um den Prozess der Einarbeitung zu erleichtern. Insgesamt schien es für die Therapeutinnen, die an dieser Studie teilgenommen haben, zwischen sechs Monaten und zwei Jahren klinischer Praxis zu dauern, um sich kompetent zu fühlen (Hodgetts et al., 2007).

Fone (2006) beschreibt in ihrer Studie die Signifikanz von Supervisionen*. Es sei eine Chance für den Supervisanden, über persönliche und berufliche Bedürfnisse nachzudenken, um die Leistung zu verbessern und Unterstützung zu erhalten. Weiterhin beschreibt sie Supervisionen im heutigen Gesundheitssystem als ein Muss, in dem Professionalität und Empowerment Schlüsselfaktoren darstellen. Als Vorteil von Supervisionen nennt Fone unter anderem eine bessere Leistung sowie ein niedrigeres Stressniveau. Sie ist der Meinung, dass jeder Ergotherapeutin der Zugang zu qualifizierten Supervisorinnen zur Verfügung stehen sollte (Fone, 2006).

Eine Studie von Doherty et al. (2009), beschreibt ein Ausbildungsmodell, dass die Deakin University in Australien einführt, um den Lernenden die Transition in das Berufsleben zu erleichtern. In den ersten fünf Semestern des Studiums absolvieren die Lernenden einen Tag pro Woche in einer ausgewählten Praktikumsstelle mit unterschiedlichen Fachbereichen. Anschließend absolvieren die Lernenden im sechsten und siebten Semester ein achtwöchiges Blockpraktikum in zwei Bereichen. Die Studie wurde durchgeführt, um die Wahrnehmung der Lernenden hinsichtlich ihrer Vorbereitung auf die Praxis zu untersuchen. Ziel war es, die Ansichten der Absolventen über ihre Wahrnehmung ihrer Vorbereitung auf den Übergangsprozess vom Lernenden zum Praktizierenden zu untersuchen (Doherty et al., 2009). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass sich die Befragten besser auf den Berufsalltag vorbereitet fühlten und die Transition als stressfreier erlebt wurde. Weiterhin wurde die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die neu ausgebildeten Therapeutinnen in der Praxis bleiben, wodurch eine hohe Fluktuation verringert wurde. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die klinische Rolle wurde ebenfalls als ein Faktor identifiziert, der die Transition vom Lernenden zur Therapeutin beeinflusst. Durch die verschiedenen Praktika konnten unter anderem klientenzentrierte sowie evidenzbasierte Fähigkeiten weiterentwickelt werden (Doherty et al., 2009).

2.3.2 Transition in der Physiotherapie und Krankenpflege

Die Transition von lernenden Physiotherapeutinnen in die Rolle der Praktikerinnen weist Parallelen zu den Ergotherapeutinnen hinsichtlich ihrer Wahrnehmungen auf. In Kanada wurde festgestellt, dass Physiotherapeutinnen in ihrem ersten Jahr unter Angst sowie mangelndem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten litten (Foster-Seargeant, 2001). Auch Stress und Überwältigungsgefühle wurden von den Physiotherapeutinnen benannt (Solomon und Miller, 2005). In ähnlicher Weise beklagten sich neu ausgebildete Physiotherapeutinnen im Vereinigten Königreich. Sie äußerten unter anderem unzufrieden mit dem Zeitmanagement und der Dokumentation der Behandlungen zu sein (Jones et al., 2010).

In einer Studie von Atkinson & McElroy (2016) wurden acht australische Physiotherapeutinnen mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung zu ihrer Wahrnehmung auf ihre Vorbereitung für den Berufseinstieg befragt. Weiterhin wurde untersucht, wie die Transition unterstützt werden kann. Dabei nannten die Befragten beispielsweise praktische Erfahrungen durch Praktika als Unterstützung, um neue Fähigkeiten zu erwerben und das Gelernte in der Praxis umsetzen zu können. Die Befragten äußerten sich weiterhin dazu, dass es einige Unterschiede zwischen der Arbeit im Krankenhaus und der Arbeit in einer Praxis gäbe. Beispielsweise sei der zeitliche Druck in einer Praxis deutlich höher als in einem Krankenhaus. Die Unterstützung zukünftiger Kolleginnen schien ein wichtiges Merkmal für die Verbesserung der Vorbereitung zu sein. Das wichtigste Merkmal bei der Arbeitsplatzauswahl war ein unterstützendes Arbeitsumfeld, in dem das Lernen und die Entwicklung des Personals im Zentrum stehen. Alle Teilnehmerinnen waren sich einig, dass es besser sei, eine Praxis zu wählen, bei der unterstützende Kolleginnen zur Verfügung stehen, um bei Bedarf zu helfen. Die meisten Teilnehmerinnen gaben die von Kolleginnen geleistete Unterstützung als größten Faktor für ihre frühe Entwicklung an. Die Unterstützung wurde sowohl formal (Fallprüfungen, oder Mentoring) als auch informell (durch die gemeinsame Behandlung von Patientinnen oder durch das Beantworten von Fragen) erbracht (Atkinson & McElroy, 2016).

Auch eine Studie von Black et al. (2010) untersuchte die Erfahrungen, das Lernen und die Entwicklung von Physiotherapeutinnen aus den USA in ihrem ersten Jahr in der Praxis. Dazu führten die Forscherinnen eine Langzeitstudie mit elf Physiotherapeutinnen durch. Um Veränderungen möglichst genau erfassen zu können, führten die Forscherinnen von Beginn der Berufstätigkeit bis zum Ende des ersten Berufsjahrs der Teilnehmerinnen alle drei Monate semi-strukturierte Interviews durch. Die Teilnehmerinnen, die an einen Arbeitsplatz angingen, an dem ein Mentoring-Programm für neue Therapeutinnen stattfand, empfanden dies als sehr hilfreich und bezeichneten das Programm als Arbeitsplatzunterstüt-

zung für ihre Entwicklung. Zwei Teilnehmerinnen stellten einen Mangel an Mentorinnen an ihrem Arbeitsplatz fest und hielten dies für ein Hindernis für das Lernen und ihre Entwicklung. Beide Teilnehmerinnen beabsichtigten, die Klinik während ihres ersten Berufsjahres zu verlassen. Zu Beginn stellten die Teilnehmerinnen ihre klinischen Fähigkeiten und ihr Urteilsvermögen in Frage. Um diese zu verbessern, verwendeten sie verschiedene Lernstrategien. Die Teilnehmerinnen berichteten über das Lernen aus Alltagserfahrungen (einschließlich Versuch und Irrtum), Beobachtung, Fragen und den Dialog mit Kolleginnen sowie das Suchen und Lesen von Literatur, um sich weiterzuentwickeln. Dabei schien es die beste Strategie zu sein, aus der Arbeitserfahrung selbst und der Kommunikation und Interaktion mit Kolleginnen, Mentorinnen, Patientinnen und Betreuerinnen in der täglichen Praxis zu lernen. Es wurde weiterhin deutlich, dass die Teilnehmerinnen gegen Ende des ersten Jahres selbstbewusster wurden, insbesondere in der Kommunikation mit Klientinnen, Pflegerinnen und anderen interprofessionellen Disziplinen. Dadurch wurde ihnen ihre eigene Rolle zunehmend bewusster und sie konnten sich gegen Ende des Jahres neuen Herausforderungen stellen. Die Studie verdeutlicht, dass das Lernen durch soziale Begegnungen erleichtert wird (Black et al., 2010).

Die Erfahrung der Transition in die Berufspraxis für die Krankenpflegerinnen wurde vor allem von Kramer (1974) studiert, der den Begriff "reality shock" formulierte, um zu beschreiben, dass schulische Werte mit den Werten der Arbeitswelt in Diskrepanz stehen. Eine Diskrepanz zwischen dem, was die Studierenden aus ihrer Ausbildung über Pflege verstehen, und den Erfahrungen, die sie in der „realen“ Arbeitswelt erleben.

Duchscher (2009) benennt einen „transition shock“. Dieser beschreibt die erste Reaktion der Krankenpflegerinnen auf die Erfahrung, von der geschützten Umgebung der Ausbildung in den ungewohnten und herausfordernden Kontext der beruflichen Praxis überzugehen. Gefühle wie Angst, Unsicherheit, Stress und Labilität gingen mit dem Berufseinstieg einher. Diese Gefühle entstehen nach Duchscher (2009) häufig durch unzureichende funktionale und emotionale Unterstützung, mangelnde Praxiserfahrung und -vertrauen sowie Unsicherheiten in der Kommunikation und Beziehung zu neuen Kolleginnen. Umgekehrt zeigte Duchscher (2009) auf, dass sowohl unterstützende Aussagen als auch die Akzeptanz älterer Kolleginnen für die Entwicklung von Selbstbewusstsein und Professionalität eine wichtige Rolle für die Krankenpflegerinnen gespielt haben. Duchscher (2009) macht in seiner Studie darauf aufmerksam, wie wichtig Mentoren-Programme oder andere Orientierungsmöglichkeiten für Krankenpflegerinnen sind, um die Transition in die Berufspraxis zu vereinfachen.

Eine weitere Studie von Parker et al. (2012) zielt darauf ab, die Erfahrungen von Krankenpflegerinnen in Australien bei der Transition in den Beruf zu beschreiben und Faktoren zu ermitteln, die diesen Übergang erleichtern können. Dazu wurden 282 Krankenpflegerinnen im Alter von 21 bis 54 Jahren sowohl in Online-Umfragen als auch in Fokusgruppen befragt. Die Teilnehmerinnen nannten unter anderem folgende Faktoren, die eine positive Transition in den Beruf ausmachten: eine positive Arbeitskultur (darunter fallen ein respektvoller und höflicher Umgang untereinander sowie Unterstützung durch die Kolleginnen), Feedback von Kolleginnen und Vorgesetzten, die Anpassung der eigenen Erwartungen, sowie das Sammeln von Erfahrungen. Es gab jedoch auch viele Aspekte, die die Transition negativ beeinflusst haben. So beschrieben die Teilnehmerinnen beispielsweise, dass sie häufig einer hohen Patientenbelastung ausgesetzt waren und somit ein zu hohes Arbeitspensum bewältigen mussten. Weiterhin schilderten die Teilnehmerinnen, dass es ihnen schwerfiel, ihre Kolleginnen um Hilfe zu bitten, wenn sie sahen, dass auch diese ein hohes Arbeitspensum zu bewältigen hatten und nur wenig Zeit für Nebentätigkeiten aufbringen konnten. Parker et al. (2012) betonen, wie wichtig es ist, eine Reihe von evidenzbasierten Ansätzen zu entwickeln und zu testen, um Krankenpflegerinnen die Transition in den Beruf zu erleichtern.

Um das Erleben und die Herausforderungen der Transition von der Ausbildung in den Beruf in Gesundheitsberufen und insbesondere in der Ergotherapie besser verstehen zu können, ist es von Nöten, sich mit den Ausbildungszielen im internationalen sowie im nationalen Raum auseinanderzusetzen und so die Entwicklung zur Ergotherapeutin nachzuvollziehen.

2.4 Ausbildung von Ergotherapeutinnen

2.4.1 Ausbildung international

Betrachtet man die Ergotherapie im internationalen Raum, zeigt sich, dass die Akademisierung in vielen Ländern im Vergleich zu Deutschland weiter fortgeschritten ist. In den USA sowie in Kanada stellt der Abschluss eines Master-Studiums die Grundlage dar, um als Ergotherapeutin zu arbeiten (Zamath, 2018, Müller, 2011b). Das Masterstudium in den USA umfasst fünf Studienjahre und schließt sich an ein zuvor absolviertes Bachelorstudium an. Einige Bundesstaaten in den USA setzen zudem einen Doktorgrad für die Arbeit als Ergotherapeutin voraus. Neben den genannten hochrangigen akademischen ergotherapeutischen Abschlüssen gibt es die Möglichkeit nach einem zweijährigen Studium den Beruf des Ergotherapie-Assistenten auszuüben und mit Masterabsolventen der Ergotherapie zusammenzuarbeiten. Der Beruf der Ergotherapeutin zählt in den USA, anders als in Deutschland, zu einem der attraktivsten Berufe. Dafür spricht die zunehmende Zahl an Studenten in den Masterstudiengängen und

die, aus der hohen Qualität des Studiums resultierende, hohe Bezahlung (Zamath, 2018). Die University of St. Augustine (2019a, 2019b) veröffentlichte zu dem Masterstudiengang und auch dem Doktor-Studiengang das dazugehörige Curriculum. Module, die vor allem im Masterstudiengang abgelegt werden, sind z.B. Management zur Klientenversorgung, menschliche Bewegung für die Betätigungsperformanz, assistive Technologien, oder auch klinische Anwendungen in den Bereichen Erwachsenenalter, Geriatrie, Pädiatrie und Psychologie und Gemeinde. Innerhalb der Anwendungen in den verschiedenen Bereichen wird, anders als an vielen Berufsschulen in Deutschland, im Detail auf Assessments und Interventionen eingegangen (University of St. Augustine, 2019a). Im Curriculum des Doktor-Studiums sind es nahezu die gleichen Module wie im Masterstudiengang. Hier kommt die sogenannte „Capstone Experience“ (University of St. Augustine, 2019b) dazu. Diese beinhaltet die Umsetzung eines ausgewählten Bereiches des Studiums in die Praxis. Zur Auswahl stehen hier die klinischen Praxisfähigkeiten, die Recherchefähigkeiten, die Verwaltung, die Leitung, die Entwicklung von Strategien und Programmen, die Fürsprache, die Bildung und die theoretische Entwicklung (University of St. Augustine, 2019b).

In Kanada gibt es den Master-Studiengang bereits seit den 1990er Jahren (Müller, 2011). Auch das Department of Occupational Science and Occupational Therapy University of Toronto (o.D.) veröffentlichte sein Curriculum zum Masterstudiengang. Dieses beinhaltet nicht nur Module, die im Studium gelernt werden, sondern auch das „Master of Science in Occupational Therapy Educational Conceptual Framework“. Es richtet sich an Lehrende und Lernende und ebnet den Weg für die ständige Erneuerung im akademischen und praktischen Bereich.

Um den Beruf ausführen zu dürfen, muss man in Australien mindestens einen Bachelorabschluss haben (Müller, 2014). Diesen kann man an einer der acht Universitäten des Landes absolvieren. In Australien gibt es landesweit 21 Studiengänge für die Ergotherapie. Dort kann man den Bachelor in vier Jahren, den Master in zwei Jahren und schließlich den Doktor in weiteren drei bis vier Jahren absolvieren (Müller, 2014).

In Australien müssen innerhalb des Bachelorstudiums Kompetenzen erworben werden, die den Standards der „Australian Minimum Competencies Standards for New Graduate Occupational Therapists“ (ACSOT) entsprechen (Sellar et al., 2017). Hierzu gehören unter anderem das professionelle Verhalten und die Einstellung, die Informationsbeschaffung und die gemeinsame Zielsetzung. Diese müssen erworben werden, da jede Ergotherapeutin in Australien dem „Occupational Therapy Board Australia“ beitreten muss und diese Kompetenzen zu den Standards dieses Verbundes gehören (Sellar et al., 2017). Ein beispielhafter Studienablauf an der La Trobe University (o.D.) über vier Studienjahre enthält Module, z.B. zu menschlicher Biowissenschaft oder auch zum Forschen und zur EBP*. Im weiteren

Verlauf des Studiums werden dann Themen behandelt wie die Occupational Science, Anatomie, Neurowissenschaften und das professionelle Handeln. Es ist zu erkennen, dass hier ein großer Wert auf das professionelle Handeln gelegt wird, da es hierzu gleich vier Module innerhalb der vier Studienjahre gibt (La Trobe University, o.D.).

2.4.2 Ausbildung in Deutschland

Durch die immer komplexer werdende Gesundheitsversorgung in Deutschland und die gesammelten Erkenntnisse einer akademischen Bildung im Ausland befindet sich die Ergotherapie in Deutschland im Wandel. Wie zuvor bereits beschrieben, fühlen sich viele Ergotherapeutinnen in der Transition von der Ausbildung in den Beruf überfordert und nicht genügend vorbereitet (Woick et al., 2014).

Bisher erfolgt die Qualifizierung zur staatlich anerkannten Ergotherapeutin über eine dreijährige Ausbildung, welche über die „Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung“ (ErgThAPrV) und das „Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten“ (ErgThG) geregelt ist (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., o.D.). Die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten“ (2016) beinhaltet den Stundenumfang einzelner Inhalte innerhalb der Ausbildung sowie alle Themen, die in der Ausbildung gelehrt werden müssen, wie z.B. Psychologie und Pädagogik mit einem Stundenumfang von 210 Stunden. Außerdem enthält die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Regelungen zur Zusammensetzung der Prüfungskommission und zu Ablauf und Inhalt der Prüfung zur staatlich anerkannten Ergotherapeutin (ErgThAPrV, 2016)

Die Gesamtverantwortung und die Ausarbeitung der verschiedenen Bereiche und Lernfelder liegt bei den einzelnen Berufsfachschulen. Es bestehen thematische Vorgaben zu den Inhalten, die in der Ausbildung behandelt werden müssen. Innerhalb der Themen gibt es jedoch einen Gestaltungsspielraum, wodurch Inhalte mehr oder weniger umfassend behandelt werden können. Daher können Unterrichtsinhalte und Curricula an den verschiedenen Berufsfachschulen erheblich voneinander abweichen (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., o.D.).

Seit 2010 besteht eine Modellklausel des Bundesgesundheitsministeriums, durch die Ergotherapie an deutschen Hochschulen studiert werden kann. Da die Modellklausel bis 2027 verlängert wurde, wird es vorerst, trotz guter Ergebnisse und Erfahrungen in den letzten Jahren, kein Regelstudium in Gesundheitsfachberufen geben (Friedrichs & Schulte-Frei, 2016).

Walkenhorst (2011) beschreibt, dass die bisherige schulische Ausbildung von Ergotherapeutinnen nicht mehr ausreicht, um den Veränderungen im Versorgungssystem gerecht zu werden. Durch die momentan diversen Möglichkeiten der Bildung, wie z.B. der Ausbildung an einer Berufsfachschule, dem additiven Studium oder auch dem ausbildungsintegrierten Studium, ist in Frage zu stellen, ob man von einem einheitlichen Qualitäts- und Qualifikationsprofil sprechen kann (Walkenhorst, 2011). Auch Weyland und Klemme (2013) beschreiben die Schwierigkeit der Qualitätssicherung der Ausbildungen im Gesundheitswesen. Sie geben an, dass in der praktischen Ausbildung von Ergotherapeutinnen bisher nur zwei Bundesländer verschiedene Qualifikationsanforderungen an das betriebliche Ausbildungspersonal stellen, es also derzeit keine bundeseinheitlich gesetzliche Regelung dazu gibt (Weyland, & Klemme, 2011). Damit diese Probleme gelöst werden und die Gesundheitsberufe den kommenden Entwicklungen im Versorgungssystem gerecht werden können, benennt Walkenhorst (2011) Aufgaben, die in Zukunft bearbeitet werden müssen. Unter anderem brauche es eine „differenzierte und systematische Evaluation der derzeitigen Ausbildungs- und Studiensituation, um die Ergebnisse der Veränderungen zu erfassen und zu kommunizieren“ sowie die „Definition der Verantwortungs- und Haftungsbereiche der einzelnen Berufsprofile (vom Berufsfachschulabsolventen bis zum promovierten Therapeuten)“ (Walkenhorst, 2011).

2.4.3 Ergotherapeutische Kompetenzen

Die Berufsausbildung zur Ergotherapeutin legt den Grundstein für das berufliche Handeln. Um die Qualität der Therapie gewährleisten zu können, müssen Ergotherapeutinnen in der Ausbildung Berufskompetenzen erwerben (Sellar et al., 2017). Dabei unterscheiden sich die zu erwerbenden Kompetenzen je nach Land. In Australien gibt es die ACSOT (siehe 2.6.1), welche von allen Studenten nachweislich erworben werden müssen. In der folgenden Abbildung sind die sieben Kompetenzen aufgeführt (Sellar et al., 2017).

TABLE 1: *Units of competency in the ACSOT*

Australian Minimum Competency Standards for New Graduate Occupational Therapists (ACSOT) (Occupational Therapy Australia, 2010)

1. Occupational Therapy Professional Attitudes and Behaviour
 2. Occupational Therapy Information Gathering and Collaborative Goal Setting
 3. Occupational Therapy Intervention and Service Implementation
 4. Occupational Therapy Service Evaluation
 5. Occupational Therapy Professional Communication
 6. Occupational Therapy Professional Education and Development
 7. Occupational Therapy Professional Practice Responsibilities
-

Abbildung 2: Berufskompetenzen Australien (ACSOT, 2010)

In den Niederlanden werden zwölf ergotherapeutische Berufskompetenzen beschrieben, welche sich in klients-, organisations- und berufsorientierte Kompetenzen aufteilen (Cup & Van Hartingsveldt, 2019). Zu den klientsorientierten Kompetenzen gehören das „Screenen“, „Inventarisieren und Analysieren“, „Behandeln und Begleiten“, „Beraten“ und „Stützen und Stärken“. Zu den organisations- und berufsorientierten Kompetenzen zählen „Zusammenarbeiten“, „Unternehmerisch tätig sein“, „Organisieren“, „Sorgen für Qualität“, „Forschen“, „Innovativ sein“ und „Lernen“ (Cup & Van Hartingsveldt, 2019).

In Deutschland entwickelte eine Projektgruppe innerhalb des DVE Berufskompetenzen für die deutsche Ergotherapie (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2019). Für die Umsetzung und Konsensfindung wurden Kompetenzprofile aus anderen Ländern berücksichtigt, um auch internationale Ergebnisse zu ergotherapeutischen Kompetenzen mit einzubeziehen. Hieraus bildeten sich sechs Kompetenzen, die jeder Ergotherapeut in seiner Praxis mit einbeziehen soll. Die erste Kompetenz, die eine Ergotherapeutin nutzen soll, ist die Kommunikation. Der gezielte Einsatz von verschiedenen Kommunikationsmethoden ist von Bedeutung, um wertschätzend und effektiv mit dem Klienten zu arbeiten und ihm auf Augenhöhe zu begegnen. Um eine qualitativ hochwertige klientenzentrierte Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, ist eine intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig. Die Ergotherapeutinnen können hier ihr Handlungsfeld klar darstellen und ihr interprofessionelles Netzwerk nachhaltig ausbauen. Eine weitere Kompetenz stellt das Management in der Ergotherapie dar, welches auf Mikro-, Meso- und Makroebene stattfindet. Auf Mikroebene findet eine effiziente und effektive Planung der ergotherapeutischen Tätigkeiten statt. Gleichzeitig ist es wichtig, Managementprozesse auch in der Praxis umzusetzen, um die Qualität zu gewährleisten und zu verbessern. Auf Makroebene wird durch diese Prozesse das Berufsbild ständig weiterentwickelt und nach außen getragen, ebenso profitiert die Ergotherapeutin von Entwicklungen im Gesundheitswesen und festigt damit ihre Berufsidentität.

Die vierte Kompetenz ist die Fürsprache. Sie beinhaltet die Erfassung und Förderung von individueller Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden der Klientin. Ergotherapeutinnen tragen dazu bei, dass Klientinnen „Teilhabe durch Betätigung ermöglicht wird. Sie beteiligen sich an der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Umwelt und der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Klientinnen“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2019, S.13). Ebenfalls wichtig ist das lebenslange Lernen, da es zu Erhalt und zur Verbesserung des professionellen Handelns beiträgt. Dies kann durch die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse, durch Fortbildungen und durch Selbstreflexion gewährleistet werden. Um eine bestmögliche Therapie durchführen zu können, ist die Entwicklung einer professionsethischen Grundhaltung notwendig. Das ergotherapeutische Handeln sollte hinsichtlich der Professionalität ständig reflektiert werden. Zusammen bilden die sechs Kompetenzen die ergotherapeutische Expertise mit dem Ziel der Förderung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden ihrer Klienten (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2019).

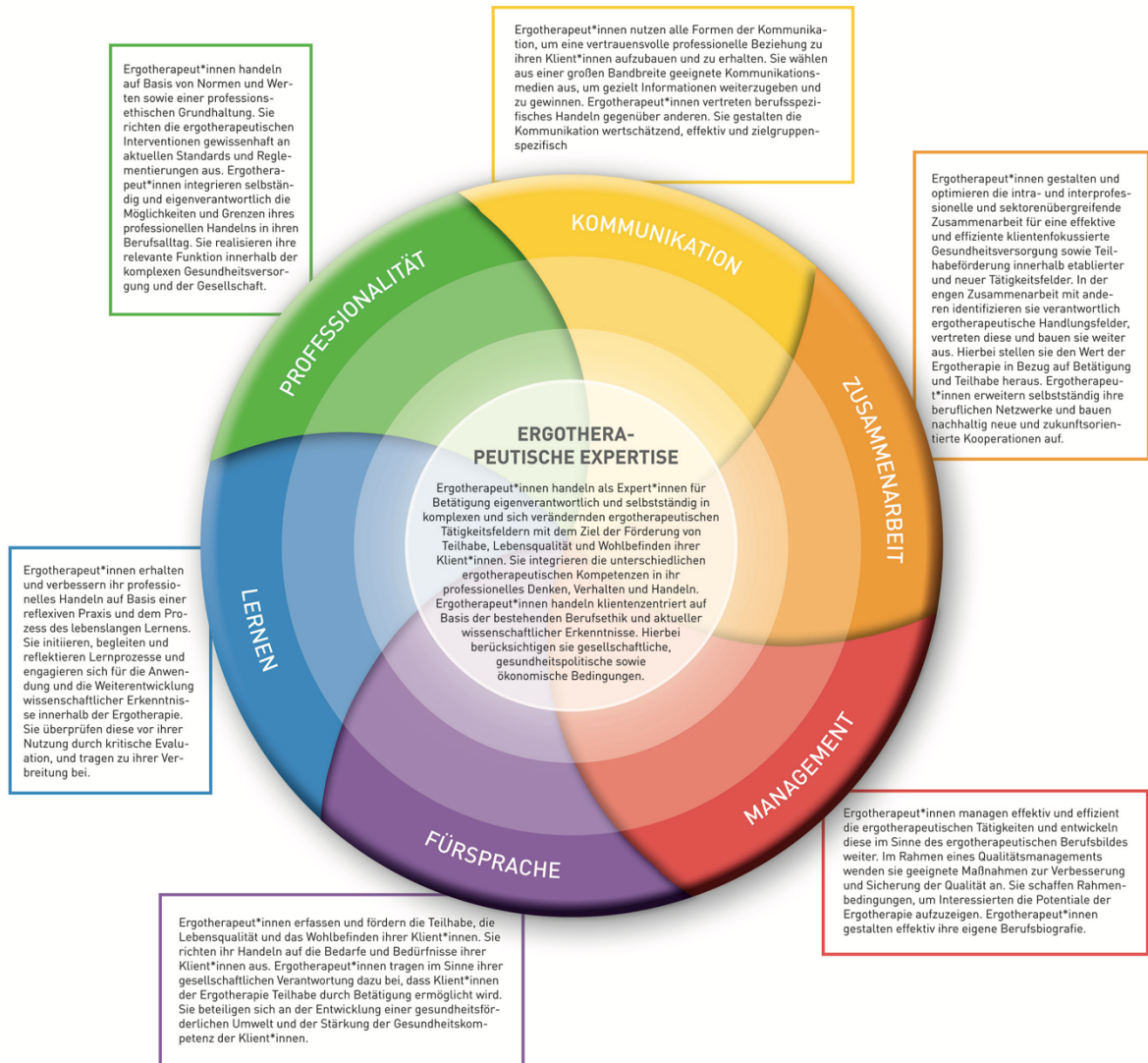


Abbildung 3: Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019)

2.5 Ergotherapeutische Praxen

In Deutschland gibt es laut dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (2017) etwa 9800 ergotherapeutische Praxen mit durchschnittlich ein bis zwei Angestellten. Eine Gesundheitspersonalrechnung des statistischen Bundesamtes berechnet eine Zahl von 59000 ausgebildeten Ergotherapeutinnen für das Jahr 2015 in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2017). Davon arbeiten ca. 48 % in einer ambulanten Einrichtung bzw. in einer ergotherapeutischen Praxis (DVE, 2017). Demnach stellt die ergotherapeutische Praxis das größte Arbeitsfeld in Deutschland dar und bildet den am häufigsten gewählten Berufsweg (Walkenhorst & Burchert, 2005). Es besteht jedoch nach der Bundesagentur für Arbeit eine geringere Attraktivität für potenzielle Auszubildende in diesem Beruf. Seit etwa zehn Jahren ist die Anzahl der Auszubildenden Ergotherapeutinnen um etwa 30 % gesunken (DVE, 2017). Dennoch stellt der Beruf Ergotherapie nach der Physiotherapie die zweitgrößte Gruppe der Therapieberufe in Deutschland dar und es besteht durch den demografischen Wandel ein wachsender Bedarf an Ergotherapie (DVE, 2017). Für die Gründung und Zulassung einer ergotherapeutischen Praxis bestehen Richtlinien, gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen.

2.5.1 Institutionelle Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen

Ergotherapeutische Praxen müssen sich an Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen halten. Sie weisen aufgrund der ergotherapeutischen Dienstleistungen Besonderheiten in ihren Rahmenbedingungen auf (Betz, 2014). Zur Gründung einer Praxis gibt der GKV-Spitzenverband* Empfehlungen gemäß des § 124 Abs. 4 SGB V an, um eine Zulassung von den einzelnen Landesverbänden der Krankenkassen zu erlangen. Diese umfassen die Ausstattung, die räumliche Aufteilung und die Grundausstattung der Praxis. Ergotherapeutische Praxen müssen sich zudem an gesetzlichen Rahmenbedingungen wie bspw. dem SGB V orientieren (Hucke, & Gans, 2009). Das SGB V umfasst ergotherapeutische Bereiche, wie z.B. die ambulante Behandlung, die Krankenhausbehandlung, die Rehabilitation und die Prävention. Bei der Prävention ist zu beachten, dass das SGB V keine Formulierungen enthält, die spezifisch für Ergotherapie sind. Es gibt allerdings Paragraphen, die den Anspruch auf die ergotherapeutische Behandlung im Krankenhaus und auch in der medizinischen Rehabilitation beschreiben. In der medizinischen Rehabilitation ist nicht die Krankenkasse der Kostenträger, sondern auch die Unfallversicherung und die Rentenversicherung beteiligt. Das SGB VII und das SGB VI gehen näher auf Kostenübernahme der Träger ein. In einem weiteren Teil des SGB V wird die Ergotherapie als ambulantes Heilmittel beschrieben. Dazu zählen Zulassung, Rahmenempfehlungen und Verträge. Die grundsätzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung wird auch im SGB V aufgegriffen, wobei die ambulanten Heilmittel nicht aufgeführt sind. Weitere Rahmenbedingungen der Ergotherapie ergeben sich aus dem

SGB IX, welches die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen beschreibt. Darunter fallen Leistungen zur Teilhabe, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die Rechte, die sich aus dem SGB IX ergeben, werden im heutigen Versorgungssystem noch nicht erfolgreich umgesetzt (Hucke, & Gans, 2009).

Die therapeutischen Dienstleistungen werden durch die gesetzlichen Krankenkassen bestimmt. Sie entscheiden über Dienstleistung und deren Bedingungen, Vergütungssätze sowie Mindestausstattung der Praxen. Die Inhaberin einer ergotherapeutischen Praxis ist dazu verpflichtet, in den DVE einzutreten, da der Verband die Preise und Verträge mit den Krankenkassen vereinbart und nur so die Praxis honoriert werden kann (DVE, 2017). Therapeutinnen sind nicht nur abhängig von den gesetzlichen Krankenkassenversicherungen, sondern auch von den verordnenden Ärztinnen (Betz, 2014). Durch die Abhängigkeit von ärztlichen Rezepten steigt der administrative Aufwand. Die Therapeutinnen verbringen viel Zeit mit Abrechnungen, falsch ausgestellten Rezepten und der Abrechnung von Patientenausfällen.

Trotz einer gemeinsamen „Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände“ (BHV) haben die therapeutischen Berufe kein Stimmrecht im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Arbeitsgemeinschaft hat lediglich die Funktion eines Gesprächspartners. Durch das Heilmittelwerbegesetz (HWG) sind die Therapeutinnen zusätzlich bei Selbstzahlerleistungen oder Präventionsangeboten sowie im Marketing eingeschränkt. Dies stellt einen Nachteil gegenüber anderen Dienstleistern dar, für welche dieses Gesetz nicht gilt. Betz (2014) beschreibt als weiteres Problem der Rahmenbedingungen die fehlenden betriebswirtschaftlichen Inhalte in der Ausbildung. Die benötigten Kenntnisse für die Eröffnung einer Ergotherapeutischen Praxis können nur innerhalb eines Studiums oder eines Seminars zu diesem Thema erworben werden. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Evidenzmaßnahmen werden immer häufiger verlangt. Fortbildungen zu Qualitätsmanagement-Maßnahmen müssen meist von den Praxisinhaberinnen selbst gezahlt werden und diese sind oftmals nicht in der Erbringung von Evidenzen geschult. Weiterhin gibt es in Deutschland immer mehr ergotherapeutische Praxen, wodurch ein hoher Wettbewerbsdruck entsteht (Betz, 2014).

2.5.2 Arbeitsbedingungen

Die Rahmenbedingungen der ergotherapeutischen Praxis wirken sich auf den Berufsalltag und die therapeutische Arbeit aus. Da Ergotherapeutinnen keiner Berufskammer angehören und nur ein Teil der Ergotherapeutinnen Mitglied im Berufsverband DVE sind, gibt es keine deutlichen statistischen Angaben über die genaue Zahl der Therapeutinnen (Barzel, Ketels, Schön, Haevernick, Lang, Link (...), van den Bussche, 2011a). Der DVE bezieht sich in seinen Angaben der Zahl der Ergotherapeutinnen in Deutschland auf eine Gesundheitspersonalrechnung des statistischen Bundesamtes, welche eine Zahl

von 59.000 Ergotherapeutinnen für das Jahr 2015 nennt (Statistisches Bundesamt, 2017). In einer DVE-Angestelltenumfrage von 2016 wird die Arbeitssituation deutscher Ergotherapeutinnen untersucht, wobei der größte Teil der Befragten in ergotherapeutischen Praxen arbeitet (Albrecht, 2017). Neben der direkten Klientenarbeit bzw. der Durchführung von Interventionen mit Klientinnen oder Klientengruppen verbringen Ergotherapeutinnen etwa ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit Arbeitstätigkeiten wie organisatorische Aufgaben und das Anfertigen von Dokumentationen, welche mit den Krankenkassen nicht abzurechnen sind, da sie keine Leistungsziffern haben (Barzel, et al., 2011b). Aus diesem Grund ist es den Praxisinhaberinnen nicht möglich ihre angestellten Therapeutinnen adäquat zu bezahlen. Die optimale Versorgung der Klientinnen sehen mehr als die Hälfte der Therapeutinnen als problematisch an und auch der Kostendruck ist ein Faktor, der für Ergotherapeutinnen oft Stress bedeutet. (Barzel et al., 2011b). Die Arbeitsbedingungen von Ergotherapeutinnen verhindern oft auch den Einbezug von Evidenz bei der therapeutischen Arbeit. Zeitmangel oder fehlende Unterstützung von anderen erschweren es, evidenzbasierte Praxis realisieren zu können. Der wichtigste Kooperationspartner von Ergotherapeutinnen stellt die Berufsgruppe der Ärztinnen dar (Barzel et al., 2011c). Andere Kooperationen finden unter anderem mit Lehrerinnen und Erzieherinnen, Physiotherapeutinnen, Logopädinnen oder auch mit Pflegerinnen statt. Die Qualität dieser Kooperationen, besonders mit Ärztinnen, ist für viele Ergotherapeutinnen derzeit nicht zufriedenstellend. Ein Grund für die Unzufriedenheit ist bspw., dass „häufig Informationen von Ärzten“ fehlen (Barzel et al., 2011c). Etwa die Hälfte der in der Praxis tätigen Ergotherapeutinnen empfindet zudem ein steigendes Konkurrenzgefühl innerhalb der eigenen Berufsgruppe. Zudem gibt nur etwa ein Drittel aller Therapeutinnen an, sich in ihrem Beruf ausreichend wertgeschätzt zu fühlen (Barzel et al., 2012).

In der ergotherapeutischen Berufspraxis in Deutschland kommt es aufgrund des Paradigmenwechsels von ehemals funktionell ausgerichteter Ergotherapie hin zu Betätigungsorientierung (Möller, 2017) zu einem Anspruch an einen Wandel des beruflichen Handelns. Betätigung* als Berufskern der Ergotherapie wird fokussiert und ins Zentrum der ergotherapeutischen Vorgehensweise gerückt (Fisher, 2013). Die Umsetzung betätigungsorientierter Ergotherapie bereitet im deutschen Berufsalltag jedoch einige Hindernisse, da neu examinierte Ergotherapeutinnen in Arbeitsstellen häufig auf Kolleginnen treffen, die eine andere Meinung vertreten und nach dem alten Paradigma arbeiten und auch lehrende Ergotherapeutinnen oft nicht betätigungsorientiert ausgebildet wurden (Roosen, Schüller & Brandt, 2017).

2.5.3 Qualitätsmanagement

Der Begriff Qualität hat grundsätzlich verschiedene Bedeutungen und kann unterschiedlich definiert werden. Im Duden (2018) wird er aus dem lateinischen „Qualitas“ als Beschaffenheit beschrieben, welche durch objektive Merkmale oder subjektive Bewertungen bestimmt wird. Qualität kann subjektiv und

objektiv bewertet werden. Die grundsätzlichen Qualitätsanforderungen stellt die Kundin oder diejenige, für die das Produkt bestimmt ist. Je nach Anforderung kann das Produkt unterschiedlich bewertet werden. Zur Bewertung der Qualität werden verschiedene Merkmale dargestellt (Piechotta, 2008). Zum einen müssen die primären Qualitätsmerkmale erfüllt werden, welche die Grundanforderungen bilden, die von den Kundinnen erwartet werden. Diese Grundanforderungen bezüglich einer Leistung oder eines Produktes beziehen sich auf gesetzliche und normative Vorgaben und gelten als „selbstverständlich“, was bedeutet, dass deren Erfüllung vorausgesetzt wird. Werden die primären Qualitätsmerkmale nicht erfüllt, kann dies zu Unzufriedenheit der Kundin führen. Die sekundären Merkmale werden von Piechotta (2008) als zusätzliche Attraktivität beschrieben, welche das Produkt „besser“ machen können. Es werden zusätzliche Leistungen erbracht, die von der Kundin nicht erwartet werden. Dies steigert nicht nur die Zufriedenheit der Kundin, sondern auch die Wettbewerbsfähigkeit des Anbieters. Langfristig können sekundäre Merkmale zu primären Merkmalen werden, wenn bestimmte Leistungen als selbstverständlich angesehen werden.

Neben den primären und sekundären Qualitätsmerkmalen werden von Piechotta (2008) zwei weitere Qualitätsmerkmale aufgeführt. Zum einen objektive Qualitätsmerkmale und zum anderen subjektive Qualitätsmerkmale. Objektive Merkmale sind formulierte und festgeschriebene Kriterien, die eingehalten werden sollen. Zu ihnen zählt bspw. die Dauer einer Zugfahrt oder die Zeiteinhaltung einer Therapieeinheit nach der Heilmittelverordnung. Subjektive Merkmale werden von Kundinnen durch die eigene Wahrnehmung beurteilt, welche durch immaterielle Faktoren wie Atmosphäre und Service beeinflusst werden kann. Durch Einschätzungs- oder Beurteilungskriterien können subjektive Faktoren jedoch zu objektiven umfunktioniert werden.

Qualitätsmanagement bedeutet nicht nur das Erkennen von schlechten Qualitätsmerkmalen, sondern das Führen und Steuern einer Organisation. Es werden neue Ziele entwickelt und vermittelt, Veränderungsprozesse im Hinblick auf diese Ziele eingeleitet und die Mitarbeiterin in diesen Prozess mit eingebunden. Nach der DIN EN ISO 9000* wird Qualitätsmanagement wie folgt definiert: „Aufeinander abgestimmte Tätigkeit(en) zum Leiten und Lenken einer Organisation bzgl. Qualität. Anmerkung: Leiten und Lenken bzgl. Qualität umfassen üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung“. Weitere oft genannte Qualitätsmanagement-Systeme sind das Excellence-Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM*) und das Modell der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ*) (Scheepers-Assmus, 2015).

Um Qualitätsmanagement zu ermöglichen verdeutlicht der PDCA-Zyklus nach Edward Deming das Grundprinzip des Managements. Der PDCA-Zyklus umfasst vier zyklische Schritte, dem „plan“, „do“, „check“ und „act“. Zunächst sollen im „plan“ auf Grundlage einer Analyse der Ausgangssituation, Ziele und Maßnahmen festgelegt werden. Danach werden im Schritt „do“ die geplanten Maßnahmen durchgeführt, Arbeitsabläufe beschrieben und Verantwortlichkeiten geklärt. Der dritte Schritt „check“ ist die Überprüfung der Prozesse und ob die Ziele erreicht worden sind. Der letzte Schritt des Zyklus ist das „act“, welches das Reagieren auf Abweichungen beschreibt und das Vorgehen reflektiert.

Scheepers-Assmus (2015) beschreibt, dass es wichtig sei, das komplette Leistungsspektrum der Ergotherapie beschreiben zu können, um bspw. den Bereich der Ergotherapie im QM-Systems eines Krankenhauses zu implementieren. Mit dem Indikationskatalog (DVE, 2004) erstellte der DVE ein Buch, mit dem alle Leistungen konkret dargestellt werden und das als „Grundlage für die Entwicklung eines Qualitätsplanes“ (Scheepers-Assmus, 2014) nutzbar ist. Für ergotherapeutische Praxen gibt es zurzeit noch keine gesetzliche Verpflichtung zur Implementierung eines QM-Systems. Es gibt jedoch ein von dem Bundesverband Selbstständiger Physiotherapeuten gegründetes Institut zur Qualitätssicherung im Heilmittelbereich, in dem auch niedergelassene Ergotherapeutinnen Mitglied werden können, um ein QM-System in die Praxis einzuführen (Scheepers-Assmus, 2015).

2.6 Einarbeitung

Eine Einarbeitung gehört nach Engelhardt (2018) zur Personalentwicklung einer Institution und unterliegt dem Bereich des Qualitätsmanagements. Dabei sollte eine Einarbeitung die Einrichtungskultur, die Werte der Einrichtung und das fachliche Wissen vermitteln. Besonders bei neuen Mitarbeiterinnen, welche keine Erfahrungen im Beruf und der Einrichtung haben, müssen diese Aspekte in der Einarbeitung transparent gemacht werden (Engelhardt, 2018). Außerdem ist die Einarbeitung ein wichtiger Bestandteil, um die Qualität einer Einrichtung zu gewährleisten und die Berufszufriedenheit und Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen innerhalb der Einrichtung zu fördern (Lummer, 2015).

In der Fachliteratur wird die Personaleinführung und Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen als Sozialisationsprozess in Phasen beschrieben, die zur sozialen Integration in das Arbeitsumfeld führen. Die antizipatorische Sozialisation umfasst den gesamten Lernprozess bis zum Eintritt in das Berufsleben und alle individuellen internalisierten Normen, Werte und Verhaltensweisen, die die Berufseinsteigerin mitbringt (Kraler, 2008). Darunter fallen beispielsweise Einflüsse des Elternhauses sowie die Schul- und die Berufsausbildung. Je besser die gelernten Normen und Verhaltensweisen mit denjenigen Normen, die das Unternehmen fordert, übereinstimmen, desto unproblematischer gelingt der Einführungsprozess der Berufseinsteigerin, der sich an die Phase des Kennenlernens der Arbeitsstelle anschließt.

Es kann für die Berufseinsteigerinnen mit dem Übergang von Berufsfachschulausbildung oder Studium zur Arbeitsstelle zu einer Diskrepanz zwischen aufgebauten Erwartungen und der tatsächlichen Arbeitsrealität kommen, welche als „Realitäts-“ oder „Praxisschock“ (Kraler, 2008) bezeichnet wird. Dieser löst bei den Berufsanfängerinnen ein hohes Stressaufkommen aus und stellt eine Gefahr für die Integration in die Berufspraxis durch innere Abwendung dar. Nach Kraler (2008) ist es wichtig, die Diskrepanz beidseitiger Erwartungen und Gegebenheiten der Arbeitsstelle zu erkennen und zu benennen, um Bewältigungsstrategien für den Praxisschock zu entwickeln. Es folgt eine Einarbeitungsphase, in der Erwartungen und Rollenkonflikte geklärt und umgesetzt werden. In der anschließenden Integrationsphase fügt sich die Berufsanfängerin in die Abläufe und das Sozialgefüge der Arbeitsstelle ein, indem sie Rollenanforderungen auf fachlicher und sozialer Ebene entschlüsselt und entsprechende Strategien zur Bewältigung anwenden kann. Zudem internalisiert sie vorherrschende Werte, wodurch eine Identifikation und innere Bindung zum Unternehmen entsteht, welche sich positiv auf die Einsatzbereitschaft der Mitarbeiterin auswirkt. Eine gelungene Integration in den Beruf und die Arbeitsstelle fördert die Zufriedenheit der Arbeitnehmerin und befähigt sie, eine gute Arbeitsleistung zu erbringen (Kraler, 2008).

Um die Einarbeitung strukturiert zu gestalten, werden häufig Einarbeitungskonzepte genutzt. Ein Einarbeitungskonzept definiert Lernziele und Lerninhalt der jeweiligen Themenfelder. Nach Krenzer und Kühn-Krenzer (2013) sorgt ein Einarbeitungskonzept für die Sicherstellung der Qualität der Leistungen und der Qualitätsstandards, bspw. durch eine schnellere und effizientere Einarbeitung.

2.6.1 Einarbeitungskonzepte für angrenzende Gesundheitsberufe

In anderen Gesundheitsberufen wie bspw. der Pflege wurden bereits diverse Einarbeitungskonzepte veröffentlicht. Dabei wurde deutlich, dass es in einigen Konzepten der Pflege bereits ein fester Bestandteil der Einarbeitungsphase ist, den Berufseinsteigerinnen eine Mentorin zur Seite zu stellen oder Checklisten zu verwenden (Fischer, 2017). Hofler (2008) zeigt ebenfalls beispielhaft auf, dass bereits evidenzbasierte Einarbeitungsprogramme entwickelt wurden, um Krankenpflegerinnen die Transition in den Beruf zu erleichtern. In der Landesberichtserstattung für Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen (2013) wird beschrieben, dass es Einarbeitungskonzepte gibt. Die Einarbeitung wird als eine umfangreiche und zeitaufwendige Maßnahme gesehen, welche durch Personalmangel oft schwer umzusetzen ist. Mittels Umfragen stellte sich heraus, dass viele Praxisinhaberinnen (ca. 47%) kaum Zeit einräumen können, um die Lernenden nach einem Konzept einzuarbeiten oder dieses nicht umfänglich fertigstellen können. Dies hat Auswirkung auf die qualitative Arbeit und die Qualität in dem Unternehmen. Positiv zu vermerken ist, dass rund 45 % der befragten Stellen ein schriftliches Konzept aushän-

digen. Außerdem ist für ca. 42 % die kollegiale Rückmeldung an die Lernenden bzw. die Berufsanfängerinnen ein wichtiger Bestandteil der Einarbeitung (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. Köln, 2013).

Die Einführung von Richtlinien des amerikanischen Berufsverbandes der Ergotherapeutinnen, in denen die Aufsicht, Rollen und Verantwortlichkeiten von Ergotherapeutinnen sowie Mentoring-Programme beschrieben werden (American Occupational Therapy Association, 2009), zeigen wie wichtig es ist, Ergotherapeutinnen im Prozess des Berufseinstieges zu unterstützen. Bei der Recherche nach ergotherapeutischen Einarbeitungskonzepten fällt auf, dass es bereits viele Konzepte in Kliniken und Krankenhäusern gibt, jedoch kaum in Praxen.

2.6.2 Einarbeitungskonzepte in der Ergotherapie

Liebhart (2012) beschreibt im Supplement* „Praxisprofil“ ebenfalls, wie wichtig eine professionelle Einarbeitung im Bereich der Ergotherapie ist. Er weist weiterhin darauf hin, welche weitreichenden Folgen eine ungenügende Einarbeitung für eine Praxis haben kann, wie z.B. Patientenverlust oder ein schlechter Ruf. Dabei geht er ebenfalls auf die Kosten ein, welche eine schlechte Einarbeitung nach sich ziehen kann und nimmt somit auch eine wirtschaftliche Perspektive ein. Ursachen für eine hohe Fluktuation in Praxen sind laut Liebhart (2012): „(...) dass neuen Mitarbeiterinnen zu wenig Zeit gegeben wird, sich zielgerichtet und schrittweise in die neuen Aufgaben einzuarbeiten. Zudem werden sie häufig von Vorgesetzten und Paten zu wenig begleitet und erhalten kein ausreichendes Feedback zu den Einarbeitungsfortschritten.“ Liebhart (2012) beschreibt in seinem Artikel weiterhin einen möglichen Einarbeitungsprozess und betont, dass dieser bis zum Ende der Probezeit andauert. Er unterteilt diesen Prozess in drei Schritte: „die Vorbereitungsphase, den ersten Arbeitstag und die ersten Wochen bis zum Ende der Probezeit“ (Liebhart, 2012).

Die Einarbeitung in ergotherapeutische Praxen in Deutschland findet häufig jedoch ohne festgelegte Struktur „nach bestem Wissen und Gewissen statt“ (Betz, 2014). Vor diesem Hintergrund wurde ein spezifisches Einarbeitungskonzept für therapeutische Praxen von Studierenden des Studiengangs Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie der HAWK und Praktikerinnen entwickelt (Dehning, Küster & Peter, 2010). Es wurde im Anschluss in der Praxis erprobt (Kehr & Scholles, 2011) und mit den Empfehlungen von Böhmer, Klemm und Wächter (2010) verbunden und in der Veröffentlichung von Betz (2014) in Zielen und Inhalt vorgestellt: Das Konzept von Dehning et al. (2010) hat zum Ziel, neue Mitarbeiterinnen therapeutischer Praxen innerhalb von zwei Arbeitswochen auf eine selbstständige Arbeitsweise und Aufgabenübernahme vorzubereiten. Der Einarbeitungsplan zielt darauf ab, dass die neue

Mitarbeiterin den Arbeitsplatz schnell kennenlernt und zudem ausreichend Eingewöhnungszeit bekommt, um sich zurechtzufinden, sowie die Verantwortungsübernahme und selbstständige Arbeitsweise schrittweise zu steigern. Laut Betz (2014) wünschen sich Mitarbeiterinnen dabei Verlässlichkeit der Praxisleitung, Zeit für Gespräche zu erhalten und im Team der Kolleginnen offen angenommen zu werden.

Checkliste zur Einarbeitung

Der Einarbeitungsplan enthält eine Checkliste mit Inhalten und Stationen der Einarbeitungszeit sowie Informationen über Feedbackgespräche und Aufgaben einer Patin. In der Checkliste sind die zu vermittelnden Informationen in chronologischer Reihenfolge zu jedem Tag der zwei Einarbeitungswochen gegliedert. Die Inhalte sind dabei unterteilt in Informationen zu Organisation und Theorie und einen Teil über Klientenarbeit (Betz, 2014).

Organisation und Theorie

Der organisatorische Teil nach Dehning et al. (2010) umfasst Informationen zur Vorbereitung des Arbeitsantritts der neuen Mitarbeiterin bezüglich Bewerbungsunterlagen, Arbeitsvertrag und weiteren Dokumenten. Weiterhin enthält die Checkliste grundlegende Informationen, die die Arbeitgeberin mit der Arbeitnehmerin besprechen soll, die sich auf Verhalten bei Krankheit, Schweigepflichterklärung, Orientierung in den Praxisräumen, Schlüsselübergabe und Anträge auf Urlaub oder Fortbildung beziehen. Außerdem sollen technische Geräte wie PC und Kopierer sowie administrative Aufgaben wie Termin- und Wochenplanung als auch Akten- und Rezeptmanagement der neuen Mitarbeiterin erläutert werden. In der Checkliste sind ebenfalls Angaben zu Befundsystemen, Dokumentation und Arztberichten enthalten sowie Informationen zu therapeutischen Mitteln und Medien in der Praxis. Als letzten Punkt gibt es Erläuterungen zum Arbeitsschutz (Betz, 2014).

Für die Einarbeitung werden von Böhmer et al. (2010) mehrere Schritte empfohlen. Zunächst sollen vorbereitende Arbeiten getroffen werden, wie das Team über die neue Kollegin zu informieren und eine Patin zu bestimmen, welche die Mitarbeiterin in der Einarbeitungszeit begleitet. Auch sollen zunächst alle Formalitäten der Bewerbung, bezüglich der Dokumente und Unterlagen geklärt werden. Darauf folgt die Einführung in die Praxis, in der Leitbild, Praxisziele, Arbeitszeit-, Pausen- und Urlaubsregelungen, Teamsitzungen sowie Sicherheitsvorschriften besprochen werden und ein Kennenlernen des Teams stattfindet. In einer inhaltlichen Einarbeitung werden Arbeitsunterlagen, Stellenbeschreibung und Aufteilung der Therapieräume behandelt. Auch wird der Anmeldebereich und die einzelnen Räumlichkeiten erklärt (Betz, 2014).

Klientenarbeit

Den zweiten Teil des Einarbeitungsplans macht die Klientenarbeit aus. Hier soll die neue Mitarbeiterin begleitet werden, sodass sie schrittweise zur selbstständigen Behandlung am Ende der Einarbeitungszeit gelangt. Zunächst wird ein Erwartungsfragebogen benutzt, um Erwartungen von Mitarbeiterin und Arbeitgeberin hinsichtlich Aufgaben und Verantwortung zu klären. Dieser wird im Verlauf genutzt, um abzugleichen und die Einarbeitung gegebenenfalls anzupassen. Zwischendurch und zum Abschluss erfolgen Feedbackgespräche, die auch nach erfolgreichem Abschluss der Einarbeitung fortgesetzt werden können. Zu Beginn der Einarbeitung lernt die neue Mitarbeiterin die Klientinnen kennen und beobachtet sie zunächst nur. In den folgenden Tagen übernimmt sie Anteile der Behandlung, bis sie zum Ende der Einarbeitungszeit die Behandlungen selbstständig durchführt. Durch diese langsame Steigerung der Anforderungen und Verantwortung wird eine Überforderung der Mitarbeiterin verhindert (Betz, 2014).

Feedbackgespräche und Aufgabe der Patin

Am Ende der ersten Arbeitswoche und zum Ende der Einarbeitungszeit nach zwei Wochen finden Feedbackgespräche zwischen Arbeitgeberin, neuer Mitarbeiterin und der Patin statt, in denen jeder der Beteiligten jeweils Rückmeldungen und Feedback gibt. Die Patin ist Ansprechpartnerin und Vertraute der neuen Mitarbeiterin und soll sich mit den Praxisabläufen auskennen. Sie hat die Aufgabe in Absprache mit der Praxisleitung die inhaltliche Einarbeitung durchzuführen, die Erwartungsfragebögen auszuwerten und plant und führt die Feedbackgespräche durch (Betz, 2014).

Die Inhalte des vorgestellten Einarbeitungskonzeptes nach Betz (2014) beziehen sich auf die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und nicht speziell auf die Situation von Berufsanfängerinnen. Eine gezielte Einarbeitung ist besonders für Berufsanfängerinnen wichtig, um die berufliche Entwicklung und den Übergang in den Beruf zu fördern. Dabei kann die Anwendung eines ergotherapeutischen Einarbeitungskonzeptes Berufseinsteigerinnen in der Ergotherapie eine Unterstützung bieten, gemeinsam mit ihrer Arbeitgeberin die Eingliederungsphase entsprechend beidseitiger Bedürfnisse zu gestalten, damit die berufliche Integration erfolgreich gelingt und die neue Ergotherapeutin sich schnell und sicher in ihrem beruflichen Handeln einfindet (Woick, Larsen-Vefring, Litwa & Zillhardt, 2014). Dies verdeutlicht die Notwendigkeit eines spezifischen Einarbeitungskonzeptes für die Ergotherapie für Berufseinsteigerinnen in Praxen.

Neben der Einarbeitung durch die Arbeitsstelle bedarf der Berufseinstieg des Einsatzes und aktiven Beitrags der Berufsanfängerin. Es müssen weitere eigene Lernbedürfnisse erkannt werden und ent-

sprechende Lernstrategien entwickelt werden, um diesen zu begegnen. Der Berufseinstieg verlangt damit Eigeninitiative, weiteres Lernen und die Reflexion der eigenen Situation sowie eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen von Berufsanfängerinnen. Dazu werden in der Literatur Instrumente wie das Occupational Therapy Clinical Learning Framework (OTCLF) genannt (Fitzgerald, Moores, Coleman & Fleming, 2015).

2.6.3 Occupational Therapy Clinical Learning Framework (OTCLF)

Um neu examinierte Ergotherapeutinnen in ihrem klinischen Lernen und ihrer professionellen Entwicklung zu unterstützen, entwickelten Fitzgerald, Moores, Coleman und Fleming 2014 das Occupational Therapy Clinical Learning Framework (OTCLF) im Rahmen einer Studie. Das OTCLF soll Berufsanfängerinnen dazu anregen, über ihre Lernbedürfnisse zu reflektieren und Zielsetzungen und Lernstrategien unterstützt durch Supervision umzusetzen (Fitzgerald et al., 2015).

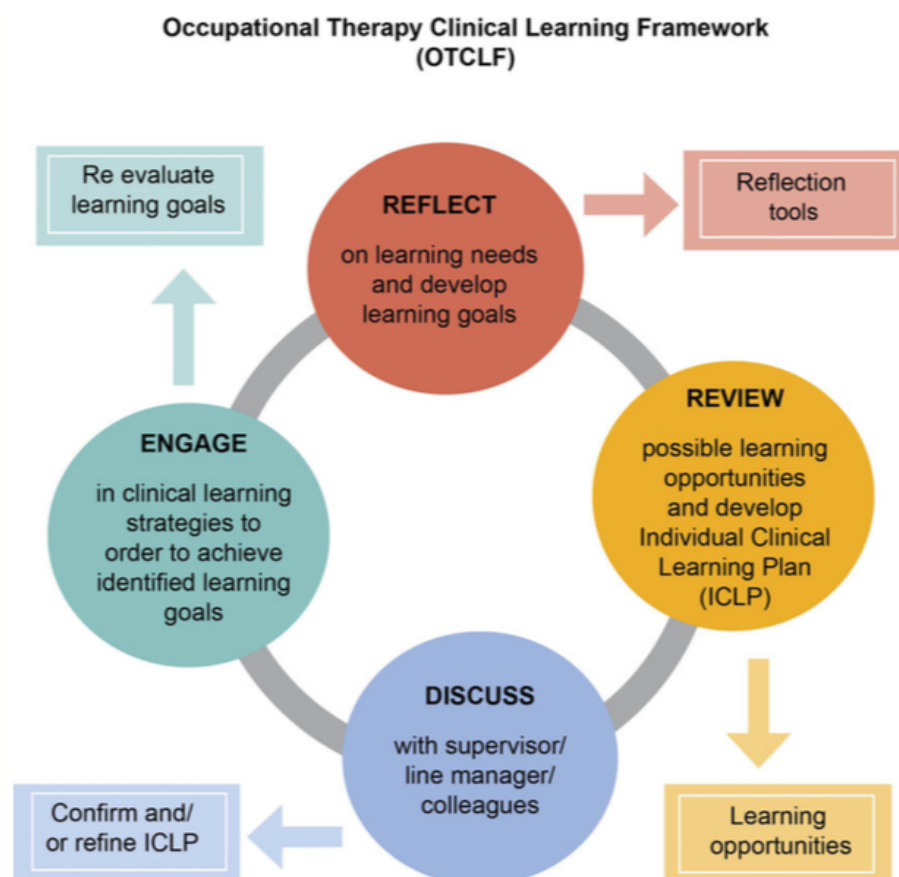


Abbildung 4: Occupational Therapy Clinical Learning Framework (Fitzgerald et al., 2015)

Reflect: Die Lernenden sollten angeregt werden ihre Performanz zu reflektieren, um Lernbedürfnisse herauszufinden und sich weiter entwickeln zu können. Die Kompetenz und Level der Fähigkeiten können dabei in Bezug zu Praxisfeldern evaluiert und eingeschätzt werden. Wenn Lernbedürfnisse durch die Reflexion herausgefunden wurden, können diese zu Lernzielen formuliert werden.

Review: Vor dem Hintergrund der aufgestellten Lernziele sollen mögliche Lernerfahrungen und Aktivitäten identifiziert werden, die relevant für die Entwicklung der Berufsanfängerin sind.

Discuss: Mit Unterstützung durch eine Supervisorin oder Kollegin diskutiert die Berufsanfängerin die Erfahrungen aus den Lernsituationen und Aktivitäten hinsichtlich der eigenen professionellen Entwicklung. Durch regelmäßige Supervision wird die Reflexion gefördert und die Lernziele aktualisiert.

Engage: Diese Komponente beschreibt die Bedeutung von Lernsituationen. Nach der Umsetzung einer geplanten Lernerfahrung kann diese bezüglich der Lernziele und der Erfüllung des Lernbedürfnisses evaluiert werden. Daran können sich weitere Lernziele anschließen, die in erneuter Reflexion aufgeworfen werden (Fitzgerald, et al., 2015).

Zur Umsetzung des OTCLF wurden einige Materialien entwickelt, die den Prozess unterstützen sollen. Es werden sowohl Hinweise zu Reflexionswerkzeugen und Ressourcen gegeben, die die Berufsanfängerin nutzen kann, als auch ein Dokument für den individuellen Lernplan zur Verfügung gestellt, mit dem die Berufsanfängerin Lernziele identifizieren und priorisieren kann und mit entsprechenden Lernstrategien in Verbindung setzen kann. Außerdem gibt es eine Information zu verschiedenen Lernmöglichkeiten (Fitzgerald, et al., 2015).

Eine gezielte Einarbeitung in eine Arbeitsstelle und die Nutzung von Reflexionsinstrumenten wie bspw. dem OTCLF stellen demnach Möglichkeiten dar, um den Übergang neu examinierter Ergotherapeutinnen von der Ausbildung in den Beruf zu unterstützen. Für die Aufgaben und Anforderungen der Arbeit werden durch Einarbeitung auf strukturierte Weise Lernmöglichkeiten geboten und der Lernprozess kann mittels Reflexion von Berufsanfängerinnen und Einarbeitenden überprüft werden (Fitzgerald, et al., 2015). Die beschriebenen Instrumente können die Transition in den Beruf erleichtern.

3 Methodisches Vorgehen

Anschließend an den theoretischen Hintergrund der Arbeit wird im weiteren Verlauf auf den gewählten Forschungsansatz und die methodische Vorgehensweise eingegangen, die verwendet wurden, um die zentrale Forschungsfrage zu beantworten:

Welche Erfahrungen und Strategien von Ergotherapeutinnen mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung sowie Berufseinsteigerinnen erleichtern den Berufseinstieg und die Einarbeitung von ausgebildeten Ergotherapeutinnen in der Praxis?

Um die Forschungsfrage untersuchen zu können, wurde sie in drei Leitfragen unterteilt:

1. Wie wurde der eigene Berufseinstieg von den befragten Ergotherapeutinnen erlebt?
2. Welche Faktoren fördern oder hemmen einen erfolgreichen Berufseinstieg?
3. Was macht eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung aus?

Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass sich die Forschungsfrage nicht allein durch die vorliegende Literatur beantworten lässt. Daher wählen die Forscherinnen der Bachelorarbeit einen empirischen Forschungsansatz zur weiteren Untersuchung des Forschungsthemas. Die empirische Sozialforschung lässt sich in quantitative und qualitative Forschung unterteilen. Zur Untersuchung der Forschungsfrage wählen die Forscherinnen ein qualitatives Forschungsdesign aus, um das subjektive Erleben, die Erfahrungen und das Wissen von Ergotherapeutinnen als Expertinnen zu erforschen. Im Folgenden wird das qualitative Forschungsdesign näher erläutert und das methodische Vorgehen zur Datenerhebung anhand der Forschungsmethoden Leitfadeninterviews und Fokusgruppe beschrieben. Zu jeder Forschungsmethode wird die Leitfadenkonstruktion beschrieben und auf die Teilnehmerge Gewinnung und Durchführung eingegangen. Weiterhin folgt die Datenauswertung nach Mayring und die Darstellung der Gütekriterien qualitativer Forschung, die in dieser Arbeit Beachtung finden.

3.1 Forschungsdesign

Die Forscherinnen nutzen ein qualitatives Design für die Bachelorarbeit, um die Erfahrungen einer Stichprobe von Ergotherapeutinnen während ihres Berufseinstieges zu untersuchen. Im Mittelpunkt der qualitativen Forschung steht das menschliche Erleben. Das Design versucht die Erfahrungen aus der Perspektive der Betroffenen zu verstehen, um daraus allgemeine Abläufe, Struktur- und Deutungsmuster zu erschließen (Flick, 2011). Die Forschung orientiert sich dabei an der Phänomenologie als wissenschaftliche Forschungsmethode (Wertz, 2016). In Bezug auf die gewählte Forschungsfrage werden

neue Erkenntnisse für die Entwicklung eines Einarbeitungskonzeptes für ergotherapeutische Praxen gewonnen. Dies wird durch Erfragen des Erlebten untersucht und in der Analyse seiner Bedeutung festgehalten. Das phänomenologische Forschungsdesign setzt voraus, dass die Forscherinnen unvoreingenommen das ausgesuchte Thema erforschen (Wertz, 2016). In der Bachelorstudie werden Erfahrungen bezüglich der eigenen Einarbeitung der Forscherinnen weder in der Gestaltung der Leitfäden noch in der Befragung der Teilnehmerinnen berücksichtigt. Zur Gewährleistung unterschiedlicher fachlicher Perspektiven, werden Teilnehmerinnen befragt, welche in unterschiedlichen ergotherapeutischen Praxen arbeiten. Somit werden Erfahrungen aus unterschiedlichen Institutionen eingebracht, um die Forschung entsprechend des eine phänomenologischen Ansatzes zu gestalten (Wertz, 2016).

Die qualitative Forschung findet in einer alltäglichen Umgebung der Teilnehmerinnen statt, um die Untersuchungspersonen ganzheitlich und im Kontext ihrer Umwelt zu betrachten. Kennzeichnend für ein qualitatives Design ist die direkte Interaktion der Forscherinnen mit den Beforschten. Die qualitative Forschung hat zum Ziel, neue Erkenntnisse zu gewinnen und daraus Theorien zu entwickeln. Die Bildung neuer Theorien erfolgt dabei induktiv (Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016). Dies bedeutet, dass für die Forschung anstelle einer standardisierten Methode eine offene Vorgehensweise in der Datenerhebung genutzt wird. Vor dem Hintergrund des Forschungsthemas und der daraus entwickelten Forschungsfrage werden neue Erkenntnisse zur Einarbeitung von Berufsanfängerinnen in der ergotherapeutischen Praxis gewonnen.

3.2 Forschungsmethode

Nach der Auswahl des qualitativen Forschungsdesigns wählen die Forscherinnen eine Kombination aus Interviews mit Expertinnen und einer Diskussionsrunde in Form einer Fokusgruppe als Methode zur Datenerhebung. Es werden Interviewteilnehmerinnen gesucht, die zunächst in einzelnen nicht standardisierten Leitfadeninterviews ihr Wissen und ihr Erleben hinsichtlich des Berufseinstiegs und der Einarbeitung in der ergotherapeutischen Praxis aufzeigen. Ziel der Interviews ist es die subjektiven Erfahrungen und Sichtweisen der Teilnehmerinnen als Expertinnen zu erheben (Perkhofer et al., 2016). Im weiteren Verlauf kommen die Teilnehmerinnen in der Fokusgruppe zusammen und diskutieren das Forschungsthema. Die Diskussion in der Fokusgruppe wird als Methode gewählt, da sie durch den Meinungsaustausch unter den Teilnehmerinnen einen Zugewinn an neuen Informationen zum Forschungsthema hervorbringt und eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglicht (Littig & Wallace, 2012). Beide Methoden der Datenerhebung erfolgen in offener, theoriegeleiteter Weise. Die Fragestellungen in Interviews und Fokusgruppe werden offen formuliert, um die Ergebnisse nicht im Vorhinein durch starke Strukturierung einzuschränken. Im Folgenden werden die beiden Forschungsmethoden im Detail beschrieben.

3.3 Ethische Aspekte

Das gewählte qualitative Forschungsdesign beinhaltet die Erfahrungen von Ergotherapeutinnen während ihres Berufseinstiegs zu untersuchen und Verbesserungspotentiale zu identifizieren. Im Mittelpunkt dieser Forschung steht das menschliche Erleben (Flick, 2011). Im Umgang mit den Teilnehmerinnen zeigen die Forscherinnen der Bachelorarbeit eine persönliche und berufsbedingte ethische Haltung und setzen diese in ihrem Vorgehen um. Dazu werden die forschungsethischen Prinzipien nach Schnell und Heinritz (2006) genutzt und berücksichtigt.

1. Prinzip: *„Der Forscher muss begründen können, warum zu seinem Thema Forschung überhaupt notwendig ist“.*

Die Forscherinnen recherchierten im Vorfeld der Bachelorarbeit den Stand der aktuellen Forschung zum Thema Einarbeitung in ergotherapeutische Praxen. Wie unter 2.5.1 beschrieben, gestaltet sich der Berufseinstieg in Gesundheitsberufen wie der Ergotherapie für Berufsanfängerinnen als herausfordernd. Die Recherche ergab, dass bereits eine Bachelorarbeit zum Erleben des Übergangs von der Ausbildung in den Beruf erstellt wurde (Woick et al., 2013). Die Autorinnen kommen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass innovative ergotherapeutische Einarbeitungskonzepte entwickelt werden sollten, zur Erleichterung

des Berufseinstiegs. Die Argumentation des Forschungsthemas der vorliegenden Bachelorarbeit wird unter 1.3. weiter ausgeführt.

2. Prinzip: *„Der Forscher muss erklären können, was das Ziel seiner Forschung ist und unter welchen Umständen die Probanden an ihm mitwirken“.*

Die Teilnehmerinnen wurden durch ein von den Forscherinnen erstelltes Anschreiben (siehe Anlage 2) rekrutiert. Darin wurde das Ziel der Forschung, sowie Ort, Zeitraum und Dauer der Interviews beschrieben und auf eine anschließende Teilnahme an einer Fokusgruppe hingewiesen. Weiterhin wurde auf den Datenschutz und die anonymisierte Verarbeitung der Daten aufmerksam gemacht.

3. Prinzip: *„Der Forscher muss das methodische Vorgehen eines Vorhabens explizieren können“.*

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde eine qualitative Studie durchgeführt, in der die Teilnehmerinnen auf freiwilliger Basis ihre Erfahrungen zu Berufseinstieg und Einarbeitung teilten (siehe 4.1 und 4.2). Während der Durchführung von Interviews und Fokusgruppe bestand für die Teilnehmerinnen jederzeit die Möglichkeit, das Gespräch abubrechen und ihre Teilnahme zurückzuziehen. Dazu wurde vor Beginn der Teilnahme eine Einverständniserklärung ausgeteilt, in der die Teilnehmerinnen über ihre Rechte informiert wurden (siehe Anlage 3).

4. Prinzip: *„Der Forscher muss einschätzen können, ob seine Forschungstätigkeit ethisch relevante positive oder negative Folgen für den Probanden hat“.*

Neben der „informierten Zustimmung“ (informed consent) durch die Datenschutzvereinbarung und Einverständniserklärung (siehe Anlage 3) wurde auch während der Interviews und der Fokusgruppe individuell auf die Probandin eingegangen und auf ihre Stimmungslage geachtet, um eventuelle ethisch negative Folgen der Forschungstätigkeit abschätzen zu können und darauf einzugehen.

5. Prinzip: *„Der Forscher muss vor der Realisierung seines Vorhabens die durch eine Realisierung möglicherweise auftretenden Verletzungen und Schäden abschätzen [...]“*
6. Prinzip: *„[...] und muss aufgrund der von ihm gemäß Prinzip 5 eingeschätzten Risiken eine ethische Prävention initiieren“.*

Zur Vermeidung von Schäden für die Teilnehmerinnen in der Forschung und um die Grundlage für ehrliche Aussagen über gemachte Erfahrungen während der Einarbeitung zu schaffen, haben die Forscherinnen darauf geachtet, keine Teilnehmerinnen aus einer gleichen Praxis zu rekrutieren. Die Forscherinnen schätzen eine Diskussion über negative Aspekte der eigenen Einarbeitung einer Berufseinsteigerin mit ihrer einarbeitenden Kollegin als negative Folge für die kollegiale Beziehung ein. Zudem könnte eine solche Situation als hemmender Faktor auf die Datenerhebung wirken, da Aussagen zurückgehalten werden könnten, um negative zwischenmenschliche Auswirkungen zu vermeiden.

7. Prinzip: *„Der Forscher darf keine falschen Aussagen über den Nutzen seiner Forschung abgeben“.*

Um falschen Erwartungen der Teilnehmerinnen vorzubeugen, wurden Grund und Ziel der Forschung sowohl im Teilnehmeranschreiben genannt als auch vor Beginn der Interviews und der Fokusgruppe erklärt.

8. Prinzip: *„Der Forscher muss die geltenden Datenschutzbestimmungen beachten“.*

In der Forschungsarbeit wurden die Teilnehmerinnen aus Datenschutzgründen anonymisiert und in der Bachelorarbeit als TN bezeichnet. Informationen über die Teilnehmerinnen und deren Zitate und Aussagen sind somit von Leserinnen der Arbeit nicht auf die Probandinnen zurückzuführen. Die Datenschutzbestimmungen sind in der Datenschutzvereinbarung (siehe Anlage 3) näher ausgeführt.

3.4 Interviews

Um zunächst vor dem gemeinsamen Austausch in der Fokusgruppe die Erfahrungen und Strategien der einzelnen Teilnehmerinnen zu erheben, werden halb standardisierte leitfadengestützte Expertinnen-Interviews durchgeführt. Das Expertinnen-Interview ist nicht als eigene Interviewform zu nehmen, sondern bildet eine Unterkategorie der Leitfadeninterviews (Kruse, 2015). Durch Expertinnen-Interviews können bereichsspezifische Aussagen erhoben werden und spezifisches Wissen gewonnen werden, welches für das Forschungsthema relevant ist. Die Expertinnen-Interviewform, die dabei genutzt wird, ist das explorative Expertinnen-Interview. Hier hat der Leitfaden nur eine rahmengebende Funktion und einen stark monologischen Charakter (Kruse, 2015). Dabei steht nicht die Person im Vordergrund sondern ihre Eigenschaft als Experte für ein Fachgebiet (Scholl, 2018). Die Berufsanfängerinnen und erfahrenen Ergotherapeutinnen, die in dieser Studie als Interviewteilnehmerinnen gesucht werden, sind jeweils als Expertinnen für den Berufseinstieg und die Einarbeitung von Berufsanfängerinnen in die ergotherapeutische Praxis zu sehen. Das Expertinnen-Interview wird als Methode der Datenerhebung zur Wissensgewinnung genutzt. Interviews ermöglichen es Forscherinnen, Einblicke in Erfahrungen, Erleben und Entscheidungen von Menschen zu erlangen, und können durch die Einzelsituation und die Form als Selbstbericht eine Tiefe an persönlichem Informationsgehalt erreichen (Perkhofer et al., 2016). In der Form als halb standardisiertem leitfadengestützten Interview ist eine offene Interviewsituation möglich, die die Sichtweise der Interviewteilnehmerin stärker in den Fokus stellt, als es in standardisierten Interviews der Fall ist. Der Leitfaden strukturiert das Interviewgespräch und dient der Interviewerin als Gesprächsstütze, wobei er dabei im Umfang variieren kann (Scholl, 2018).

3.4.1 Leitfaden

Im Folgenden wird die Entwicklung der beiden Interviewleitfäden für erfahrene Ergotherapeutinnen und Berufsanfängerinnen beschrieben. Anhand der Forschungsfrage werden zunächst drei Leitfragen abgeleitet, aus denen die Fragen für die Leitfäden entstehen. Die unterschiedlichen Perspektiven der zwei verschiedenen Expertengruppen Berufsanfängerinnen und erfahrene Ergotherapeutinnen als Interviewteilnehmerinnen werden in der Entwicklung der Interviewleitfäden bedacht. Daher werden die Fragen jeweils so formuliert, dass sie dem Expertenwissen beider Seiten gerecht werden, und je einen Leitfaden zu jeder Expertengruppe erstellt (siehe Anlagen 4 und 5).

In der Entwicklung und Formulierung der Interviewfragen werden Fragen in zentralen Bezug zu der Forschungsfrage gestellt. Ergänzende Eventualfragen, die entsprechend der jeweiligen Interviewsituation gestellt werden, ermöglichen es bestimmte Aspekte im Interview aufzugreifen, wenn sie im Verlauf

nicht von der Teilnehmerin angesprochen werden (Scholl, 2018). Zum Start der Interviewsituation dienen Einleitungsfragen dem Einstieg in das Forschungsthema und ermöglichen den Interviewteilnehmerinnen spontane, offene Antworten, um das Gespräch in Gang zu bringen. Die Fragen des Leitfadens werden offen und ohne feste Reihenfolge gestellt und sollten klar und eindeutig formuliert sein. Im Verlauf unterstützt die Interviewerin die Gesprächssituation durch Techniken des aktiven Zuhörens. Durch Folgefragen, Nachhaken, direkte und indirekte Fragen oder überleitende Strukturierungsfragen wird die Teilnehmerin zum Erzählen angeregt und das Gespräch geleitet (Scholl, 2018). Die Fragen für den Interviewleitfaden werden auf Grundlage der aus der Literaturrecherche ermittelten Theorie in verschiedenen Themenbereichen erstellt und kategorisiert. Daraufhin wird die Anzahl der Fragen, die Formulierung und die Einteilung in Schlüsselfragen und Eventualfragen überprüft.

3.4.2 Rekrutierung der Teilnehmerinnen

Als Teilnehmerinnen für die Forschung werden sechs bis acht Ergotherapeutinnen aus verschiedenen Ergotherapie-Praxen rekrutiert. Es werden sowohl Berufsanfängerinnen als auch erfahrene Ergotherapeutinnen aufgenommen. Erfahrenere Ergotherapeutinnen werden unter folgenden Kriterien definiert:

- Mindestens fünf Jahre Berufserfahrung in einer Ergotherapie-Praxis haben
- Bereits mindestens zwei Berufsanfängerinnen eingearbeitet haben
- Sich bereiterklären, an einem Interview sowie an einer Fokusgruppe teilzunehmen

Die Forscherinnen haben sich dazu entschieden, dass die erfahrenen Ergotherapeutinnen mindestens fünf Jahre Berufserfahrung benötigen, da laut Hodgetts et al. (2007) der Prozess, bis man sich als Ergotherapeutin kompetent fühlt, zwischen sechs Monaten und zwei Jahren dauern kann (Hodgetts, Hollis, Triska, Dennis, Madill & Taylor, 2007). Nach fünf Jahren sollten Ergotherapeutinnen somit nicht mehr als Berufseinsteigerinnen gelten, sondern ausreichend Berufserfahrung gesammelt haben, um erfahrene Ergotherapeutinnen zu sein. Um in der Bachelorstudie Erfahrungen aus der Perspektive einarbeitender Personen weitergeben zu können, sollen Teilnehmerinnen der Kategorie erfahrene Ergotherapeutin mindesten zwei Berufsanfängerinnen eingearbeitet haben.

Für die Berufsanfängerinnen ergaben sich folgendes Einschlusskriterium:

- nicht länger als ein Jahr in einer Ergotherapie-Praxis arbeitend
- Sich bereiterklären, an einem Interview sowie an einer Fokusgruppe teilzunehmen

Für die Gruppe der Berufsanfängerinnen werden Personen gesucht, deren Berufseinstieg in den Beruf der Ergotherapie und die Arbeit in einer Ergotherapie-Praxis nicht länger als ein Jahr zurück liegt. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Erfahrungen der Berufsanfängerinnen mit dem Berufseinstieg und der Transition in den Beruf noch frisch sind und Einzelheiten des eigenen Erlebens bezüglich Hindernisse oder hilfreichen Strategien umfassend erinnert und mitgeteilt werden können. Zur Teilnehmerge Gewinnung wird im Mai 2019 ein Anschreiben (siehe Anlage 2) verfasst und über E-Mail an ergotherapeutische Praxen in Aachen und Umgebung mit der Bitte um Rückmeldung gesendet. Um die Neutralität der Forscherinnen der Bachelorstudie zu gewährleisten, werden dabei ihre jeweiligen Arbeitsstellen von der Rekrutierung ausgeschlossen.

3.4.3 Darstellung der Teilnehmerinnen der Interviews

Für unsere Studie wurden sechs examinierte Ergotherapeutinnen interviewt. Alle Interviewteilnehmerinnen arbeiten in einer ergotherapeutischen Praxis in Nordrhein-Westfalen. Drei der sechs Teilnehmerinnen haben weniger als ein Jahr Berufserfahrung in einer ergotherapeutischen Praxis und stellen die Berufsanfängerinnen der Praxis dar. Die weiteren drei Teilnehmerinnen haben sich mit einer ergotherapeutischen Praxis selbstständig gemacht und haben mindestens drei Berufseinsteigerinnen eingearbeitet. Die Interviewteilnehmerinnen arbeiten nicht zusammen in einer Praxis, sondern kommen alle von einer anderen Arbeitsstelle. Somit konnten mögliche Konflikte zwischen Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmerinnen ausgeschlossen werden.

Kriterien	TN1	TN2	TN3	TN4	TN5	TN6
<i>Alter</i>	40	21	25	30	26	42
<i>Arbeitsjahre als Ergo-therapeutin</i>	17	6 Monate	6 Monate	6	11 Monate	17
<i>Erste Arbeitsstelle</i>	Praxis	Praxis	Praxis	Praxis	Praxis	Praxis
<i>Art des Abschlusses</i>	Bachelor	Examen	Examen	Bachelor	Bachelor	Bachelor
<i>Position in der Einrichtung bzw. Angestelltenverhältnis</i>	Selbstständig	Angestellt	Angestellt	Selbstständig	Angestellt	Selbstständig
<i>Eingearbeitete Berufseinsteigerinnen</i>	12	0	0	4	0	3

Tabelle 2: Interviewteilnehmerinnen

3.4.4 Durchführung Pretest

Vor der Durchführung der Hauptstudie wurde der Interviewleitfaden in einer Vorstudie (Pretest) getestet. Dabei wurde probeweise ein Interview durchgeführt und der Leitfaden auf Verständlichkeit und Umsetzung überprüft. Die Vorstudie diente neben der Überprüfung des Leitfadens auch der Übung der Interviewtechnik vor dem Start der Hauptstudie. Im Anschluss des Pretests wurde ein Evaluationsbogen (siehe Anlage 6) ausgehändigt, um den Interviewleitfaden gegebenenfalls optimieren zu können. In der nachfolgend aufgeführten Tabelle sind die Einschlusskriterien über die Teilnehmerin des Pretests zu entnehmen.

Einrichtung	Praxis
<i>Berufserfahrung</i>	10 Jahre
<i>Position in der Einrichtung</i>	Leitung
<i>Mitarbeiterinnen eingearbeitet</i>	3

Tabelle 3: Teilnehmerin des Pretests

Die Durchführung des Pretests verlief reibungslos und die Fragen haben sich als gut strukturiert und relevant herausgestellt, weshalb der Leitfaden des Interviews (siehe Anlagen 4 und 5) inhaltlich nicht verändert wurde. Lediglich eine Frage wurde neu formuliert, um sie verständlicher zu machen, wie im Folgenden dargestellt wird:

Was sind Ihrer Meinung nach hilfreiche Strategien, um die Einarbeitung zu unterstützen/zu fördern? (Mentorin/ feste Ansprechpartnerin, Kommunikation Chefin und Kolleginnen, Einarbeitungskonzept)



Was sind Ihrer Meinung nach Faktoren, die die Einarbeitung unterstützen/fördern? (Mentorin/ feste Ansprechpartnerin, Kommunikation Chefin und Kolleginnen, Einarbeitungskonzept).

3.4.5 Durchführung Interviews

Die sechs Einzelinterviews wurden in Aachen und Umgebung innerhalb von zwei Wochen Ende Mai bis Anfang Juni 2019 durchgeführt. Zwei Interviews wurden auf Wunsch der Teilnehmerinnen per Skype durchgeführt, während die anderen Interviews persönlich in Praxisräumen der jeweiligen Arbeitsstelle der interviewten Person stattfanden. Vorab erhielt jede Interviewteilnehmerin per E-Mail eine Datenschutz- und Einverständniserklärung über die Durchführung des Interviews (siehe Anlage 3 und 11), welche sie unterschrieben zurücksendeten. Die Teilnehmenden erklärten sich somit bereit, dass die Interviews aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert ausgewertet werden durften. Ausschnitte aus den Interviews durften anonymisiert in der Bachelorarbeit zitiert werden.

Die Interviews wurden jeweils von zwei Forscherinnen der Bachelorarbeit geführt und waren zwischen 20 und 45 Minuten lang. Mithilfe von Smartphones wurden die Interviews zum Zwecke der anschließenden Transkription aufgenommen. Vor Beginn der Interviews wurde den Teilnehmerinnen das Bachelorthema und Ziel der Studie erklärt, um eine informierte Ausgangslage für die Interviewsituation zu schaffen. Die Interviewfragen orientierten sich flexibel an den entwickelten Leitfäden.

3.5 Fokusgruppe

Fokusgruppen dienen als Forschungsinstrument, welche in der heutigen Forschung zur Hypothesenüberprüfung oder zur Hypothesengenerierung genutzt werden. Für die Durchführung müssen spezielle Fragestellungen, Ablauf- und Auswertungsschwerpunkte gesetzt werden, um das aussagekräftigste Ergebnis zu erzielen (Littig & Wallace, 2012). Sie sind eine kostengünstige, flexible und weniger zeitaufwendige Methode zur Erhebung von unterschiedlichen Meinungen im Gegensatz zu den repräsentativen Umfragen. Fokusgruppen bzw. Fokusgruppendifkussionen haben ihren Ursprung in der kommerziellen Markt- und Meinungsforschung (Littig & Wallace, 2012). Sie wurden erstmals in den 40er Jahren in Form einer experimentellen Diskussion von Merton durchgeführt (Bloor, Frankland, Thomas & Robson, 2001). Der Einsatz der Fokusgruppen wurde verstärkt in den 70er Jahren eingesetzt, da es sich als eine schnelle und kostengünstige Forschung herauskristallisierte, welche die Präferenzen von Konsumenten darstellte (Littig & Wallace, 2012).

Das Ziel der Fokusgruppen ist nicht die Übereinstimmung eines Themas, sondern vielmehr die Darstellung unterschiedlicher Meinungen über ein bestimmtes Thema. Die Diskussion in der Gruppe hat einen wertvollen Effekt auf die Dynamik und kann dafür sorgen, dass Teilnehmerinnen ihre ehrliche Meinung zu einem Thema offenbaren. Die Ehrlichkeit der Teilnehmerinnen sorgt für einen authentischen Blick

auf das Thema und zeigt die verschiedenen Facetten der Meinungen auf (Littig & Wallace, 2012). Fokusgruppen eignen sich weniger für intime Gespräche oder Diskussionen, da die Teilnehmerinnen in dieser Situation gegebenenfalls über persönliche Themen sprechen müssten (Schulz, Mack & Renn, 2012).

Das Instrument zur Erforschung der unterschiedlichen Meinungen bringt ebenso viele Vorteile wie Nachteile mit sich. So sollte beachtet werden, dass nicht immer die Ehrlichkeit der Teilnehmerinnen gewährleistet werden kann (Littig & Wallace, 2012). Diskussionsstarke und dominante Teilnehmerinnen können gegebenenfalls den Redefluss von diskussionsschwächeren Teilnehmerinnen stören. Hierbei ist die Rolle der Moderatorin von wichtiger Bedeutung, welche die Diskussion führen sollte und auf einen möglichst gleichen Redeanteil aller Teilnehmerinnen achten sollte (Bloor et.al.).

Außerdem stellt eine solche Diskussion immer ein künstliches Arrangement dar und keine natürliche Unterhaltung. In der Auswertung der Ergebnisse sollte nach Littig und Wallace (2012) beachtet werden, dass die Moderatorin möglicherweise in die Diskussion mit eingreife und somit mögliche Antworten manipulierte. Weiterhin geht durch den Transkriptionsprozess das nonverbale Verhalten der Teilnehmerinnen verloren. Die Mimik, Gestik und Körperhaltung dieser werden durch Aufnahme nicht deutlich (Littig & Wallace, 2012).

Die Forscherinnen wählen die Fokusgruppe als Methode, da durch die Dynamik in der Gruppeninteraktion verschiedene Meinungen und Themen aufkommen und die Diskussion eine Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglicht, die über die einzelnen Meinungen der Expertinnen hinausgehen kann. Gerade die unterschiedlichen Sichtweisen und Motive von Berufsanfängerinnen und erfahrenen Ergotherapeutinnen wie Praxisinhaberinnen können eine tiefgehende Auseinandersetzung mit Chancen und Problemen der Einarbeitung ermöglichen. Somit kann die Gruppendiskussion neue Themen generieren oder in den Fokus rücken, welche in den Einzelinterviews nicht im Vordergrund standen.

3.5.1 Moderatorin der Fokusgruppe

Für die Durchführung einer Fokusgruppe ist es sinnvoll, eine Person für die Moderation zu rekrutieren. Diese ist zuständig für die Leitung der Diskussion, die Kanalisierung von Konflikten und sorgt für ein angemessenes Gesprächsklima (Schulz et al., 2012). Während der Durchführung der Fokusgruppe ist es wichtig, dass die Moderatorin sich weitestgehend zurückhält, um den Erfahrungsaustausch der Teilnehmerinnen nicht zu stören und ihnen einen offenen Gesprächsablauf zu ermöglichen (Schulz et al., 2012). Trotz der eher untergeordneten Rolle ist eine Moderatorin in einer Fokusgruppe von hoher Bedeutung, da sie für die Interaktion in der Gruppe verantwortlich ist und nur durch sie eine Diskussion

zwischen den Gruppenteilnehmerinnen ermöglicht wird (Benighaus & Benighaus, 2012). Die Moderatorin hilft der Fokusgruppe gemeinsam das vorgegebene Thema zu erörtern und gezielt die Fragestellung zu beantworten (Benighaus & Benighaus, 2012).

Vorab wird die Moderatorin auf das zu erforschende Thema vorbereitet, um auf Grundlagen zurückgreifen zu können und um bei Bedarf Input in die Diskussionsrunde geben zu können. Sie wird von den Forscherinnen auf die Diskussion durch den erstellten Leitfaden vorbereitet. Nach Bohnsack und Schäffer (2001) gibt die Moderatorin keine eigene Stellungnahme zu dem Diskussionsthema ab, sondern richtet ihre Fragen immer an die gesamte Gruppe und unterhält sich mit der gesamten Gruppe. Dialoge zwischen einer Teilnehmerin und der Moderatorin sollen vermieden werden.

Der Kontakt zu der Moderatorin der Fokusgruppe dieser Bachelorarbeit entstand durch ein ehemaliges kollegiales Verhältnis zu einer der Forscherinnen. Die Moderatorin absolvierte 2018 den Bachelor of Arts, im Bereich „International Relations“ an der Hochschule Rhein-Waal in Kleve (siehe Anlage 8). Innerhalb dieses Studiums sowie eines Semesteraufenthaltes an der Zuyd Hogeschool Maastricht erlernte die Moderatorin wichtige Kompetenzen im Bereich der Kommunikation, dazu zählen unter anderem zahlreiche Diskussionsrunden in verschiedenen Modulen. Innerhalb der Bachelorarbeit führte die Moderatorin mehrere Expertinneninterviews und hatte die Leitung über ein spieltheoretisches Experiment mit insgesamt 36 Teilnehmerinnen. Des Weiteren arbeitete die Moderatorin fünf Jahre lang als Betreuungskraft an einer Grundschule und leitete dort mehrere Arbeitsgruppen. Die Moderatorin wurde vor der Fokusgruppe von den Forscherinnen bezüglich ihrer Aufgaben und ihrer Verhaltensweise innerhalb der Fokusgruppe instruiert. Diese Anleitung ist dem Leitfaden (siehe Anlage 7) zu entnehmen. Die Moderatorin unterschrieb zu Beginn eine Schweigepflichtserklärung sowie die Einverständniserklärung zur Ton- und Videoaufnahme (siehe Anlage 9 und 10), um die Daten zu sichern.

3.5.2 Leitfaden

Für die Fokusgruppe wird ein Leitfaden erstellt, welcher als „roter Faden“ für die Diskussion und als Gedächtnisstütze für die Moderatorin dient (siehe Anlage 7). Außerdem stellt der Leitfaden für die Moderatorin eine Übersicht über den zeitlichen Rahmen dar. Die maximale Dauer der Diskussion wird auf 90 Minuten festgelegt. Die Fragestellungen sind als offene Fragen formuliert. Nach Schulz (2012) ist es sinnvoll, offene Fragen als Instrument zu nutzen, um ein möglichst großes Spektrum an Antworten von den Teilnehmerinnen zu bekommen. Offene Fragen regen die Teilnehmerinnen in ihrer Denkweise an und begünstigen spontane Äußerungen in der Gruppe. Außerdem fördern sie die Gruppendynamik und können den Meinungs- und Äußerungsfluss der Teilnehmerinnen in der Diskussion positiv beeinflussen (Schulz, 2012).

Ziel der Fokusgruppe ist es, zu diskutieren, durch welche Faktoren und Aspekte eine Einarbeitung für alle Beteiligten effektiv und effizient zu gestalten ist. Durch diese Methode sollen die Ergebnisse der durchgeführten Interviews erweitert werden und ein Konsens über die Themen zwischen erfahrenen Ergotherapeutinnen und Berufsanfängerinnen gefunden werden. Der Leitfaden stützt sich auf zwei der drei Leitfragen und basiert inhaltlich auf den Antworten und Ergebnissen der Interviews. Auf dieser Basis werden Kategorien gebildet, um eine Übersicht der in den Interviews genannten Themen darzustellen. Da der Fokus der Diskussion nicht auf den Erfahrungen mit der eigenen Einarbeitung und den erlebten Gefühlen liegt, sondern vielmehr auf der inhaltlichen Diskussion über Pro und Kontra einer Einarbeitung, wird die erste Leitfrage im Leitfaden der Fokusgruppe nur anteilig aufgegriffen. Sie wird als Einstieg in das Thema genutzt, indem die Teilnehmerinnen in einem Wort ein Gefühl während der eigenen Einarbeitung beschreiben sollen.

Im ersten Teil der Diskussion werden die fördernden und hemmenden Faktoren zu den vier Themen (Zeit/Zeitmanagement, Kolleginnen, Theorie-Praxis-Transfer und Kompetenzen/Eigenschaften) erörtert. Zur visuellen Verdeutlichung werden die zu diskutierenden Themenblöcke aufgeschrieben und für alle Teilnehmerinnen sichtbar auf den Tisch gelegt. Für den zweiten Teil der Fokusgruppe werden konkrete Fragen an die Gruppe gestellt, um einen Konsens zu den Themen zu bilden. Insgesamt umfasst der zweite Diskussionsteil sieben konkrete Fragen zu der organisationsbezogenen Einarbeitung und drei Fragen zu der klientenbezogenen Einarbeitung.

3.5.3 Rekrutierung der Teilnehmerinnen

Als Teilnehmerinnen für die Fokusgruppe werden die bereits für die Interviews rekrutierten Teilnehmerinnen aufgenommen. Es werden keine weiteren Teilnehmerinnen für die Fokusgruppe rekrutiert. Diese Methode ist für die Forschung sinnvoll, da die Interviewteilnehmerinnen durch die Einzelinterviews auf das Forschungsthema vorbereitet werden. Für die Diskussion in der Fokusgruppe achteten die Forscherinnen außerdem darauf, dass die sechs Teilnehmerinnen keine Kolleginnen aus derselben Praxis sind. Durch die Heterogenität der Gruppe können die Forscherinnen sicherstellen, dass es in der Diskussion zu einem breiteren Erfahrungsaustausch kommt.

Die Teilnehmerinnen werden nach der Durchführung der Einzelinterviews auf die stattfindende Gruppendiskussion vorbereitet. Ihnen wird der Ablauf der Diskussion erklärt und die Anzahl der Teilnehmerinnen mitgeteilt. Ein gemeinsames Vorverständnis ist nach Littig und Wallace (1997) von Bedeutung, da sie somit ein gemeinsames Hintergrundwissen haben und sich besser vorbereiten und einstellen können.

3.5.4 Darstellung der Teilnehmerinnen der Fokusgruppe

Für die Fokusgruppe der Studie wurden die sechs Teilnehmerinnen der Interviews eingeladen und alle Teilnehmerinnen erschienen am Tag der Fokusgruppe zur Diskussion. Die Daten der Teilnehmerinnen stimmen mit der Darstellung der Interviewteilnehmerinnen überein und sind nachfolgend noch einmal zur Verdeutlichung aufgelistet.

Kriterien	TN1	TN2	TN3	TN4	TN5	TN6
<i>Alter</i>	40	21	25	30	26	42
<i>Arbeitsjahre als Ergo-therapeutin</i>	17	6 Monate	6 Monate	6	11 Mo-nate	17
<i>Erste Arbeitsstelle</i>	Praxis	Praxis	Praxis	Praxis	Praxis	Praxis
<i>Art des Abschlusses</i>	Bachelor	Examen	Examen	Bachelor	Bachelor	Bachelor
<i>Position in der Einrichtung, Angestellten-verhältnis</i>	Selbst-ständig	Ange-stellt	Ange-stellt	Selbst-ständig	Ange-stellt	Selbst-ständig
<i>Eingearbeitete Berufs-einsteigerinnen</i>	12	0	0	4	0	3

Tabelle 4: Teilnehmerinnen der Fokusgruppe

3.5.5 Durchführung Fokusgruppe

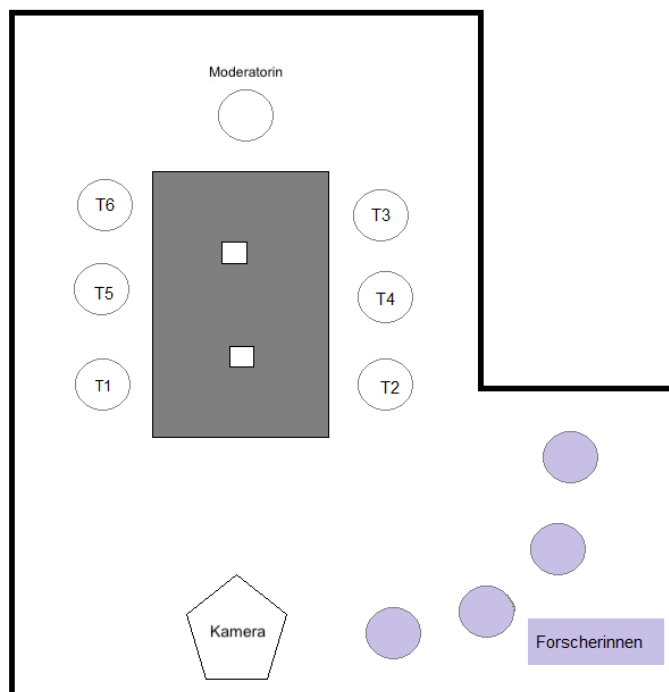


Abbildung 5: Darstellung der Sitzposition während der Fokusgruppe

Die Fokusgruppe fand nach einer Terminumfrage aller Teilnehmerinnen und der Moderatorin an einem Samstagvormittag in einer Wohnung der Forscherinnen statt. Alle sechs Teilnehmerinnen, die Moderatorin und die vier Forscherinnen erschienen. Um eine angenehme Gesprächsatmosphäre herzustellen, wurde ein kleines Buffet vorbereitet und ausreichend Getränke zur Verfügung gestellt. Während des Eintreffens der Teilnehmerinnen fand eine kleine Kennlernphase statt und anschließend suchten sich die Teilnehmerinnen einen Platz am Tisch aus. Zur Begrüßung stellten sich die Forscherinnen noch einmal vor und erläuterten erneut das Thema der Bachelorarbeit. Sie verwiesen ebenfalls darauf, dass sie in der Fokusgruppe als Beobachterinnen fungieren und nicht für Fragen oder Ähnliches während der Diskussion zur Verfügung stehen. Anschließend übernahm die Moderatorin die Leitung der Situation und die Forscherinnen schalteten Aufnahmegeräte zum Festhalten der Daten an. Die Moderatorin orientierte sich bei der Durchführung an dem vorher erstellten Leitfaden, welcher vorab gemeinsam mit den Forscherinnen besprochen wurde, um aufkommende Fragen zu klären und das Thema zu vermitteln.

Die Moderatorin begann mit einer kurzen Vorstellungsrunde, um möglichen Hemmungen entgegenzuwirken. Anschließend begann die Fokusgruppe mit der Einleitungsphase (siehe Anlage 7), in welcher zunächst die Gruppenregeln der Diskussion kurz erläutert und das Ziel der Fokusgruppe erklärt wurde. Außerdem wurde der Ablauf kurz verdeutlicht und die Teilnehmerinnen angehalten, aus ihrer jeweiligen Rolle der Berufsanfängerin oder der Erfahrenen zu argumentieren und nicht zwischendurch in die Gegenperspektive zu wechseln.

In der ersten Diskussion (siehe Anlage 7) wurde auf fördernde und hemmende Faktoren einer Einarbeitung in einer Praxis eingegangen, die sich auf die durch die Interviews analysierten Kategorien „Zeit, Kolleginnen, Theorie-Praxis-Transfer und Kompetenzen/Eigenschaften“ bezogen. Nach dem etwa zwanzigminütigen ersten Diskussionsteil schloss sich der zweite Teil der Diskussion an. Dabei wurden verschiedene Fragen bezüglich der organisationsbezogenen und der klientenbezogenen Einarbeitung beantwortet. In der Abschlussphase wurde die Diskussion von der Moderatorin zusammengefasst. Außerdem wurde den Teilnehmerinnen die Möglichkeit gegeben, zu offengeblieben Themen Gedanken einbringen zu können. Die gesammelten Informationen der Fokusgruppe wurden anschließend transkribiert und nach Mayring systematisch analysiert.

3.6 Datenanalyse nach Mayring

Für die systematische Datenanalyse der Interviews und der Forschungsgruppe nutzen die Forscherinnen die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Laut Mayring (2016) will „Qualitative Inhaltsanalyse [...] Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“ (S.114). Im Folgenden wird auf die einzelnen Schritte der Analyse eingegangen.

Festlegung des Materials

Im ersten Schritt der Datenanalyse wird festgelegt, welches Material betrachtet werden soll und für die Analyse genutzt wird. Für die qualitative Forschung der vorliegenden Bachelorstudie wurden sowohl Interviews als auch eine Fokusgruppe mit allen Interviewteilnehmerinnen durchgeführt. Bei den Teilnehmerinnen handelte es sich um drei Ergotherapeutinnen mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung, welche schon mindestens zwei Berufsanfängerinnen eingearbeitet hatten, und drei Ergotherapeutinnen, die bisher weniger als ein Jahr Berufserfahrung hatten. Jede Teilnehmerin nahm an einem Interview teil. Etwa zwei Wochen nach Beendigung der Einzelinterviews fand die Fokusgruppe statt, in der die Teilnehmerinnen über die Ergebnisse der Interviews und Faktoren der Einarbeitung von Berufsanfängerinnen diskutieren sollten. Der zeitliche Rahmen der Interviews streckte sich über ca. 20 - 45 Minuten, in der Fokusgruppe waren es 90 Minuten. Alle Teilnehmerinnen der Interviews waren am Tag der Fokusgruppe anwesend.

Analyse der Entstehungssituation

In der Entstehungssituation wird beschrieben, wie und von wem das Material gesammelt wurde und unter welchen Bedingungen dies stattfand. Die Teilnahme der Ergotherapeutinnen erfolgte auf freiwilliger Basis. Per E-Mail-Verkehr wurde im Vorfeld der Studie das Forschungsthema erklärt. Die halbstrukturierten und offenen Interviews wurden von den Forscherinnen der Bachelorarbeit anhand eines zuvor erstellten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Fokusgruppe wurde von einer externen Moderatorin geleitet. Zuvor wurde die Moderatorin anhand des erstellten Leitfadens auf die Diskussion vorbereitet und setzte diesen anschließend mit den Teilnehmerinnen in der Fokusgruppe um.

Charakterisierung des Materials

Die Charakterisierung des Materials beschreibt, in welcher Form das Datenmaterial gesammelt wurde. Es kann z.B. in schriftlicher Form oder in Form transkribierter Interviews vorliegen. Die Daten wurden in der Bachelorstudie mithilfe der Sprachaufnahmefunktion des Mobiltelefons aufgenommen. Nach erfolgreicher Aufnahme wurde das erhobene Material am Computer transkribiert. Zum Transkribieren wurden die Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2015) genutzt (siehe Anlage 12).

Richtung der Analyse

Mit der Richtung der Analyse wird festgelegt, welche Informationen aus dem Material gezogen werden und diese in das Kommunikationsmodell nach Mayring (2015) eingeordnet. Die Interviews sollten den Teilnehmerinnen ermöglichen, offen über die Einarbeitungssituation in ihren Praxen zu reden und Veränderungswünsche oder -vorschläge zu äußern. In den Fokusgruppen diskutierten sie gemeinsam über diese Themen. Durch den Austausch und die Erfahrungen der anderen konnten weitere Ideen entwickelt werden. Die Diskussion hatte zum Ziel, dass sich die Teilnehmerinnen auf einen gemeinsamen Konsens einigten. Die Richtung der Analyse geht dahin, Aussagen über den kognitiven Hintergrund zu treffen (Mayring, 2015). In dem Kommunikationsmodell beinhaltet der kognitive Hintergrund den Wissenshintergrund, den Bedeutungshintergrund sowie den Handlungshintergrund, der sich auf die bisherigen Erfahrungen mit der Einarbeitung von Ergotherapeutinnen bezieht.

Theoriegeleitete Differenzierung der Analyse

Jede Analyse bezieht sich auf eine zuvor formulierte Fragestellung. Das Material enthält Aussagen von sechs Ergotherapeutinnen über ihre Erfahrungen mit der Einarbeitung von Berufsanfängerinnen und von hinderlichen und fördernden Faktoren. Wie bereits im theoretischen Hintergrund beschrieben, läuft die Einarbeitung in vielen Praxen mit zu wenig Struktur ab (Betz, 2014). Dazu kommt, dass der Berufseinstieg in Gesundheitsberufen für die Berufseinsteigerinnen oft eine große Herausforderung darstellt. (Larsen-Vefring, Litwa, & Woick, 2013). Um Lösungsansätze für diese Situation zu finden, befasst sich die Studie mit den zuvor benannten Leitfragen innerhalb der zentralen Fragestellung.

Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

Vor dem Beginn der Analyse wurde das transkribierte Material der Interviews und der Fokusgruppe durch eine Forscherin mithilfe der erstellten Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2015) (siehe Anlage 12) überprüft. Als Ablaufmodell der Analyse haben die Forscherinnen sich für die Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung (Mayring, 2015) entschieden.

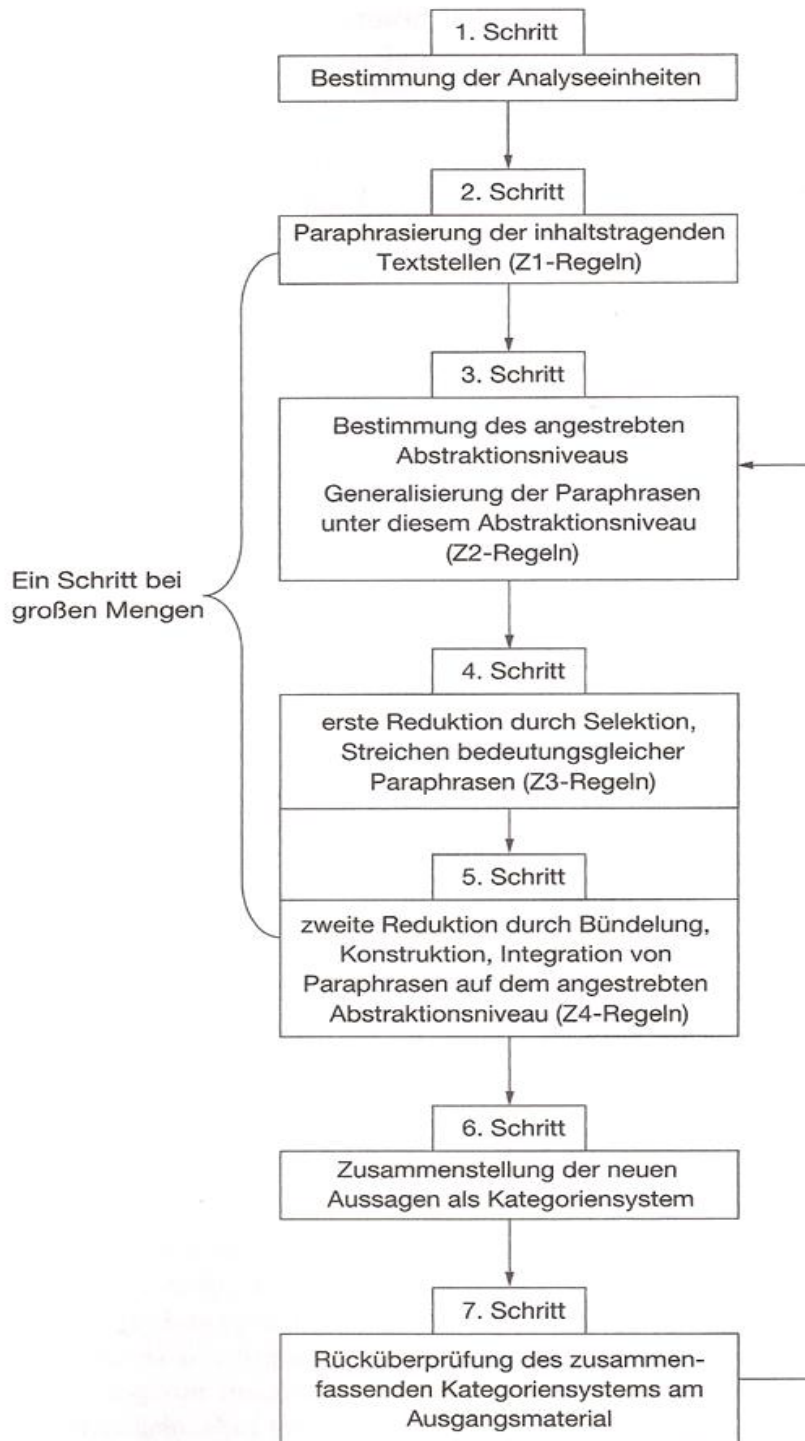


Abbildung 6: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015)

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten

Im ersten Schritt der Analyse werden die Analyseeinheiten bestimmt. Durch die Kodiereinheit wird festgelegt, „welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann“ (Mayring, 2015, S. 61). In der Analyse stellt sich heraus, dass für die Kategorieneinordnung ein Wort genügen kann. „Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann“ (Mayring, 2015, S.61). Hier werden teilweise mehrere Sätze oder sogar Absätze gefiltert, welche unter eine Kategorie fallen. „Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden“ (Mayring, 2015, S.61). Zuerst werden Kategorien aus dem Material der Interviews gebildet, welche keiner bestimmten Reihenfolge zugeordnet sind. Nachfolgend werden die Analyseeinheiten auf die Fokusgruppe angewandt und mit den Kategorien der Interviews verglichen. Die Schritte 2, 3 und 4 werden beispielhaft im Anhang (siehe Anlage 15) verdeutlicht.

2. Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen (Z1-Regeln)

Das transkribierte Material wird zunächst nur auf den Inhalt reduziert, indem das transkribierte Material der Interviews und anschließend das der Fokusgruppe in eine beschreibende Form umgeschrieben wird. Inhalte, die nicht wichtig für die Fragestellung sind, werden herausgekürzt. Dazu wird nach den Z1-Regeln vorgegangen.

3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus; Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau (Z2-Regeln)

In diesem Schritt werden die Paraphrasen verallgemeinert und alle Aussagen und Paraphrasen werden auf ein Niveau gebracht. Hier wird nach den Z2 Regeln (siehe Anlage 14) vorgegangen.

4. Schritt: Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen (Z3-Regeln)

Als Nächstes findet eine erste Reduktion statt. Inhaltsgleiche oder unwichtige Paraphrasen werden weggelassen und alle Paraphrasen, die inhaltlich wichtig sind, werden übernommen. Hier wird nach den Z3-Regeln (siehe Anlage 14) vorgegangen.

5. Schritt: Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau (Z4-Regeln)

Im weiteren Verlauf werden Paraphrasen zusammengefasst, die aufeinander Bezug nehmen bzw. welche inhaltlich zusammenpassen. Aus dem nun gebündelten Material werden, mit Blick auf die For-

schungsfrage, Kategorien gebildet. Diese müssen genau definiert werden, damit auch andere Textpassagen eindeutig zugeordnet werden können. Hier wird nach den Z4-Regeln (siehe Anlage 14) vorgegangen.

6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

Bisher gewonnene Kategorien werden zu komplexeren Themenbereichen zusammengefasst. Die neu gebildeten Kategorien werden so gekennzeichnet, dass erkennbar ist, aus welchen Bereichen sie entstanden sind.

7. Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Die erstellten endgültigen Kategorien müssen anhand des Ausgangsmaterials rücküberprüft werden. Stimmen die Kategorien inhaltlich mit den einzelnen Aussagen überein, werden sie so übernommen. Ansonsten werden Änderungen vorgenommen und diese dann erneut überprüft. Die Ergebnisse der Interviews sowie der Fokusgruppe werden mit Hilfe einer Tabelle gegenübergestellt. Da sich viele Ergebnisse ähnelten bzw. bedeutungsgleich waren, konnten die Forscherinnen das Material der Fokusgruppe den gebildeten Kategorien der Interviews zuordnen. Im Anhang (siehe Anlage 16) befindet sich die Darstellung der Gegenüberstellung beider Fokusgruppen.

3.7 Gütekriterien qualitativer Forschung

Gütekriterien sind Kriterien, die „die wissenschaftliche Exaktheit von Studien beschreiben“ (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016). Mayring (2016) beschreibt sechs Gütekriterien, die nun kurz erläutert werden.

Verfahrensdokumentation

Um den Forschungsprozess für jeden nachvollziehbar darzustellen, müssen Vorgehen und Methodik der Forschung genau beschrieben werden. Zu den wichtigen Punkten, die erklärt werden müssen, zählen das Erklären des Vorverständnisses, die Auswahl der Analyseinstrumente, die Durchführung der Datenerhebung und die Datenauswertung (Mayring, 2016). Die Darstellung des theoretischen Hintergrundes sichert die Erklärung des Vorverständnisses (siehe Kapitel 2). Die anderen Punkte werden in Kapitel 4 ausführlich beschrieben.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Laut Mayring (2016) ist die Interpretation ein wichtiger Teil jeder Forschung. Um diese für jeden transparent zu machen, ist es wichtig, alle Interpretationen genau zu begründen. Für die theoriegeleitete Deutung ist das Vorverständnis, also der theoretische Hintergrund dieser Arbeit, von hoher Wichtigkeit.

Eventuelle Unstimmigkeiten, sowie Alternativdeutungen sind genau zu erklären und die Argumentation für die Interpretation kann durch das Widerlegen von Negativdeutungen gerechtfertigt werden (Mayring, 2016). Diese Aspekte wurden in dieser Arbeit in Kapitel 4 und 6 berücksichtigt.

Regelgeleitetheit

Wie auch in der quantitativen Forschung ist es in der qualitativen Forschung wichtig, vorgeplanten Analyseschritten zu folgen und diese auch zu beschreiben. Hierdurch soll der Beantwortung der Fragestellung nähergekommen werden. Die Forscherinnen haben sich für die Analyse nach Mayring (2016) entschieden. Das Vorgehen nach einer bestimmten Analyse, bei der die Schritte im Vorhinein geplant sind, steigert die Qualität der Forschung (Mayring, 2016). Die einzelnen Schritte dieser Analyse werden in Kapitel 4 beschrieben.

Nähe zum Gegenstand

Nähe zum Gegenstand bedeutet, dass die Forschung im Feld und nicht in einem Versuchslabor stattfindet. Dies kann durch eine Alltagsverknüpfung zum untersuchten Gegenstand erreicht werden (Mayring, 2016). In dieser Forschung wird es dadurch erreicht, dass die befragten Ergotherapeutinnen den Einarbeitungsprozess nicht nur theoretisch durchlebt haben, sondern persönlich und in ihrer Rolle, in der sie befragt wurden. Die Berufsanfängerinnen haben den Prozess gerade selbst durchlebt und die einarbeitenden Ergotherapeutinnen haben tatsächlich schon Berufsanfängerinnen eingearbeitet. Beide Rollen können aus ihren eigenen Erfahrungen berichten. Dies kann in Kapitel 4 nachgelesen werden.

Kommunikative Validierung

Die kommunikative Validierung beinhaltet die Absicherung der Ergebnisse durch die Studienteilnehmerinnen. Die Ergebnisse der Analyse sowie die angefertigten Transkriptionen wurden den Teilnehmerinnen zur Überprüfung zugesendet. Dies sichert die Aussagekraft der Studie, da alle Teilnehmerinnen bestätigen, dass sie sich in den Antworten wiederfinden (Mayring, 2016).

Triangulation

Die Triangulation beschreibt das Verwenden mehrerer Methoden im Hinblick auf die Lösung der Fragestellung. Die unterschiedlichen Lösungswege werden miteinander verglichen, so dass Stärken und Schwächen der jeweiligen Methode erkannt werden können. So wird die Qualität dieser Studie verstärkt (Mayring, 2016). Innerhalb dieser Studie werden verschiedene Methoden gewählt, auf deren Umsetzung in Kapitel 4 im Detail eingegangen wird.

4 Resultate

4.1 Resultate der Interviews

Nach der Durchführung der sechs Interviews und der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (siehe Anlage 15) werden insgesamt acht Kategorien durch die Forscherinnen herausgearbeitet. Im Folgenden werden diese Kategorien durch K und einer entsprechenden Nummerierung gekennzeichnet. Mit Blick auf die Forschungsfrage müssen Textpassagen der Interviews den gebildeten Kategorien eindeutig zugeordnet werden können. Demnach werden die gebildeten Kategorien zunächst aufgeführt und durch Unterkategorien erläutert. Anschließend werden sie durch Zitate der transkribierten Aussagen der Studienteilnehmenden untermauert. Die Bezeichnung der Teilnehmerinnen entspricht der Tabelle in Kapitel 4.4.4 und dient der Anonymisierung. Die Kategorien werden im weiteren Verlauf in Kapitel 4.8, durch die Ergebnisse der Fokusgruppe ergänzt. Um sowohl die Perspektiven der Berufsanfängerinnen als auch die Perspektive der erfahrenen Ergotherapeutinnen auf die Einarbeitung zusammenzubringen, werden gemeinsame Kategorien aus den Interviews gebildet, die nachfolgend aufgelistet werden.

Kategorie	Titel der Kategorie
K1	Zeit
K2	Einarbeitung
K3	Gefühle
K4	Kolleginnen/Praxis
K5	Feedback/Reflexion
K6	Kompetenzen
K7	Qualität
K8	Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis

Tabelle 5: Kategorien der Interviews

Durch das Einfügen transkribierter Zitate der Interviewteilnehmerinnen wird die Aussagekraft der Kategorien nachfolgend bestärkt.

4.1.1 Zeit

Aus den Interviews ergeben sich verschiedene Unterkategorien der Kategorie „Zeit“

- Berufseinsteigerinnen Zeit geben, sich zurechtzufinden
- Berufseinstieg mit wenigen Stunden bspw. mit einer Teilzeitstelle beginnen

- Zeitmanagement, welches die Einteilung der eigenen Zeit beinhaltet
- Finanzielle Einbußen bei wenigen Stunden
- Sich als Einarbeitende Zeit nehmen, die Berufsanfängerin einzuarbeiten

Die Interviews enthalten verschiedene Aussagen der Teilnehmerinnen, die erkennen lassen, dass es relevant ist, **Berufseinsteigerinnen Zeit zu geben, sich zurechtzufinden**. Die folgenden Zitate zeigen, dass es für Berufseinsteigerinnen wichtig ist, sich im Berufsalltag zurechtzufinden, und dazu Zeit benötigt wird, um die Arbeit in der Praxis und ihren Ablauf kennenzulernen.

Genügend Zeit, um zu lernen, wie man arbeitet (TN3, Z. 271).

(...) genügend Zeit auf jeden Fall, um sich zurechtzufinden (TN3, Z.185).

(...) man braucht ja einfach auch länger noch für so organisatorische Sachen, Dokumentation, Berichte (...) (TN3, Z. 66-67).

TN5 empfindet es als nicht ausreichend, vor dem Berufseinstieg durch einen Hospitationstag auf die Arbeit vorbereitet zu werden und hat sich mehr Zeit für die Einarbeitung gewünscht.

Bei mir war es relativ knapp, weil ich spontan angefangen hab zu arbeiten, das ging alles sehr schnell und ich hatte quasi einen Tag, wo ich hospitiert habe, wo ich einmal mitgelaufen bin und bin dann in der Woche drauf hab' ich angefangen (TN5, Z. 30-32).

Die Teilnehmerinnen sind sich einig, dass es sinnvoll ist, **den Berufseinstieg mit wenigen Stunden** zu gestalten, um dem Wunsch nach mehr Zeit zur Orientierung nachzukommen. Eine Teilzeitstelle wird als angenehm empfunden, da die Berufsanfängerin weniger Klientinnen behandelt und somit eine geringere Belastung erfährt als mit einer Vollzeitstelle.

(...) dass ich nur eine halbe Stelle hatte, (...) dass ich nicht 40 Patienten auf einmal übernommen habe, (...) und nicht 20 Anamnesen in einer Woche oder so hatte, also das fand ich auf jeden Fall für den Berufseinstieg sehr, sehr angenehm (TN4, Z.102-105).

Ich hatte anfangs 15 Stunden also an drei Tagen verteilt und die musste ich dann alleine machen quasi (TN5, Z. 44-45).

Am Anfang wirklich erstmal 25 Stunden oder 20 Stunden und nicht direkt einen Vollzeit-Job (TN2, Z. 101-102).

Einen weiteren wichtigen Punkt in der Einarbeitung stellt das **Zeitmanagement** dar. Neben der geringeren Belastung durch eine Teilzeitstelle bietet sich die Möglichkeit, den Terminplan für die Behandlungen in einem für die Berufseinsteigerin angemessenen Zeitrahmen zu füllen.

(...) also ich bin ja für 16 Stunden angestellt (...) ich hatte am Anfang quasi erstmal einen leeren Terminplaner und hab mir dann (...) innerhalb des ersten Monats quasi so ein paar Klienten eingeplant und es wurde gesagt, also ich hab eine bestimmte Anzahl an Behandlungen, die ich erreichen muss, und in den ersten drei Monaten wurde gesagt, dass ich diese Anzahl noch nicht erreichen muss. Also das heißt, die ersten drei Monate waren quasi noch Schonzeit (...) (TN3, Z. 54-59).

(...) an meinem ersten Arbeitstag hatte ich erstmal ganz viel Zeit, um mich so selber zurechtzufinden und hab mir dann nach und nach quasi mein Terminkalender quasi selbst eingeplant (...) (TN3, Z. 23-25).

(...) es war aber ähnlich so wie ich es jetzt mache, in der Probezeit musste man den Plan nicht ganz voll haben (TN6, Z. 29-30)

TN5 zeigt, dass, ohne die Möglichkeit seinen Terminplan flexibel zu gestalten, es nicht möglich ist die Anforderungen der Praxis innerhalb der Arbeitszeit zu erledigen und somit unbezahlte Überstunden entstehen.

Also es war für mich sehr viel Zeit, die ich vorher und nachher noch in der Praxis verbracht hab, die eben nicht bezahlt worden (...) hab da also viel Freizeit investiert um, ja mich vertraut zu machen mit dem was es alles gab in der Praxis (TN5, Z. 45-49).

Bezüglich des **Zeitmanagements** fällt auf, dass im Praxisalltag wenig freie Zeit entsteht, in der sich die Berufseinsteigerin mit Kolleginnen austauschen kann.

Mangelnde Zeit (...) mit Leuten mich nochmal austauschen zu können in der Praxis (TN5, Z. 115-117).

(...) im Praxisalltag (...) hat niemand viel Zeit zwischendrin, um irgendwas zu erklären. (TN3, Z. 144-145).

Ein Hindernis für den Berufseinstieg mit **wenigen Stunden** stellen jedoch **finanzielle Einbußen** für die Praxis dar.

(...) dann war so nach vier Wochen oder fünf Wochen der Plan dann wirklich voll. Aber dass man das (...) stückweise aufbaut, und das ist (...) finanziell für die Praxis nicht so toll, weil man den Plan dann nicht voll hat, ich glaube aber, dass es insgesamt effektiver ist, weil die Leute dann wenigstens vernünftig arbeiten. Also weil man dann auch die Zeit hat die Sachen auszuarbeiten und sich anzuschauen (TN1, Z. 171-175).

Was ich sehr schade finde ist, dass es halt noch irgendwie so die Erwartungshaltung ist, man startet in einer Praxis und es geht darum möglichst viele Therapien zu machen, weil halt die finanziellen Mittel (...) in der Politik auch momentan Thema sind und dass halt auch an die Berufsanfänger (...) diese Erwartung gestellt wird, möglichst viele Therapien in möglichst wenig Zeit und das ist, finde ich, irgendwie die falsche Herangehensweise (TN4, Z. 315-319).

Dennoch äußern beide Teilnehmerinnen, dass ein Berufseinstieg mit wenigen Stunden sinnvoll ist, um eine gute Arbeit der Berufseinsteigerin zu gewährleisten. Zudem ist es wichtig, **sich als Einarbeitende Zeit zu nehmen, die Berufsanfängerin einzuarbeiten.**

(...) dass man sich wirklich Zeit nimmt für denjenigen, für den Berufsanfänger. Dass man ihn nicht überfordert und auch nicht unterfordert. (TN2, Z. 75-76).

TN4 nennt eine Möglichkeit, den Einarbeitungsaufwand unter den Mitarbeiterinnen aufzuteilen und somit verschiedene Erfahrungen an die Berufseinsteigerin weiterzugeben.

(...) wir teilen quasi die Einarbeitung auf uns zwei auf, damit möglichst viel Erfahrung mitgegeben wird und wir uns die Fachbereiche aufteilen können (TN4, Z. 202-204).

TN1 macht deutlich, dass es im Praxisalltag schwierig ist, die Einarbeitung mit eigenen anfallenden Aufgaben zu koordinieren und feste Zeiten einzuplanen.

Erwartungen an mich selber wäre eigentlich, dass ich mehr Zeit dafür hätte und ist aber oft nicht so der Fall. Also das ich da merke ich habe mir da eine Stunde eingeplant und dann merke es

ist doch was anderes in der Praxis (...) ich kriege aber nicht alles unter einen Hut. So das wäre so die Ressource, die mir am meisten fehlt (TN1, Z. 234-239).

4.1.2 Einarbeitung

Aus den Interviews ergeben sich vier verschiedene Unterkategorien der Kategorie „Einarbeitung“

- Hospitationen
- Organisationsbezogene Einarbeitung
- Klientenbezogene Einarbeitung
- Inhalte eines Einarbeitungskonzeptes

Von mehreren Teilnehmerinnen werden **Hospitationen** zu Beginn der Einarbeitung als Möglichkeit benannt, die Arbeitsstelle kennenzulernen. Dabei wurde deutlich, dass eine eintägige Hospitation als zeitlich zu kurz eingestuft wurde. TN6 bevorzugt eine einwöchige Hospitation vor Arbeitsbeginn.

Ich hatte einen Tag, wo ich hospitiert habe, wo ich einmal mitgelaufen bin und dann in der Woche drauf habe ich angefangen. Es war ein bisschen schade, weil die Kollegin deren Stelle ich übernommen hab, nur noch eine Woche da war (...) sie konnte mich eine Woche quasi mitnehmen zu den ganzen Hausbesuchen und zu den Therapien und danach musste ich dann alleine starten (TN5, Z. 31-35).

Also, wenn möglich, habe ich das immer so gemacht, dass mindestens eine Woche die Person in Hospitation geht (TN6, Z. 159-160).

Aus den Interviews ergibt sich, dass eine strukturierte Einarbeitung den Arbeitsbeginn unterstützt und für einen, für alle Beteiligten gelungenen Berufseinstieg unabdingbar ist.

(...) ohne jegliche Einarbeitung oder ohne jegliche Einsicht in den Ablauf zu starten, das stelle ich mir schwierig vor, egal, wie viel Erfahrung man hat (TN6, Z. 130-134).

Dabei teilt sich die Kategorie „Einarbeitung“ in eine organisationsbezogene und eine klientenbezogene Einarbeitung auf. Zu Beginn der **organisationsbezogenen Einarbeitung** wird der Ablauf der Praxis vermittelt sowie bspw. die Räumlichkeiten und Materialien der Praxis vorgestellt.

(...) und dann habe ich das eigentlich so gemacht, dass zwei Wochen erstmal der Ablauf kennengelernt wurde (TN6, Z. 162-164).

(...) eine kleine Tour durch die Praxis, (...) um zu sagen: „Okay, das sind tatsächlich auch alles Sachen, die wir haben“ (TN5, Z. 180-182).

Im weiteren Verlauf der organisationsbezogenen Einarbeitung empfehlen die Teilnehmerinnen, auf die individuellen Berichts- und Dokumentationsschemata der Praxis einzugehen.

Also es war halt immer klar, man muss dokumentieren, aber wie ich zu dokumentieren habe oder was ich aufschreiben muss, oder wodrauf ich achten muss oder so, das war nie Thema. (...) Also es gab schon Strukturen, wo ich halt wusste okay ich konnte gucken wie andere das machen und hab das dann umgesetzt, aber das war jetzt nicht speziell, dass darüber gesprochen wurde (TN4, Z. 78-84).

(...) wir haben da mit einer Kollegin ein bisschen durchgegangen wie sind die Aktenordner aufgebaut was ist darin (...) wie sieht so ein Bericht aus oder in welchem Programm werden Berichte geschrieben. (...) und es waren dann gerade so Sachen wie Befundberichte damit wurde ich erstmal wirklich ins kalte Wasser geschmissen (...) (TN5, Z. 73-79).

TN6 beschreibt eine mögliche Vorgehensweise bei der Vermittlung organisatorischer Inhalte, indem die individuellen Praxisabläufe schriftlich festgehalten werden.

Ich habe einen Zettel erstellt für Sachen wie ist das Morgens, wenn man die Praxis aufschließt und wie ist das abends wenn man die Praxis abschließt, dass man dann auch nochmal alle Räume angeschaut hat ja (...) wie wenn jemand anruft, wie trag ich das ins Telefonbuch ein, wie nehme ich eine Neuaufnahme an und was sage ich ihm (...) Also diesen ganzen organisatorischen Ablauf, der mit dem Patienten jetzt nur indirekt was zu tun hat (...) diese ganzen Zettel (...) das finde ich sollte man dann so im Rahmen der ersten zwei Wochen, dann mal angeguckt haben (TN6, Z. 169- 183).

Neben der organisationsbezogenen Einarbeitung spielt auch **die kundenbezogene Einarbeitung** eine wichtige Rolle, zur Vermittlung der Arbeit an der Klientin. Bei der Übernahme von Klientinnen wird der persönlichen Übergabe eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Auch die gemeinsame Behandlung einer

Klientin sowie das eigenständige Erarbeiten von Patientinneninformationen unterstützt die klientenbezogene Einarbeitung.

Also eigentlich finde ich eine persönliche Übergabe ist immer das A und O (...) (TN6, Z. 144).

(...) es heißt ja dass es in der Praxis ganz viele Abläufe gibt, von ja Strukturen ja die man kennen muss ja, dass man auf jeden Fall patientenmäßig eingearbeitet wird, dass man Übergaben hat, wenn man halt zu Beispiel einen Vorgänger hat, wenn man Patienten übernimmt, dass man Patienten gemeinsam macht, dass man eine schriftliche Übergabe hat mit Therapiezielen, Inhalten, solchen Sachen (TN1, Z. 72-76).

Also es war wirklich immer einmal in der Woche eine halbe Stunde, wo ich mir meine Akten nehmen konnte (...) nur bei Patienten die ich laufend übernommen habe von jemand anderem, gab es in der Regel einen Übernahmetermin, (...) wo ich dann quasi bei der Therapie nur dabei war, um zu wissen was gemacht wurde und dann ab dem nächsten Mal war ich alleine und musste es dann halt so weiterführen. Also da gab es eine Übernahme aber ansonsten, waren das immer nur theoretisch die Vorbereitungen für die Therapien (TN4, Z.66-73).

Um die Einarbeitung zu strukturieren, empfinden es die Teilnehmerinnen als hilfreich, die **Inhalte eines Einarbeitungskonzeptes** schriftlich festzulegen.

(...) für eine Praxis denke ich wäre es sinnvoll eine Art Leitfaden zu haben, einfach zu wissen das sind Sachen die muss auf jeden Fall der neue Mitarbeiter über diese Praxis wissen (...) als Zusammenfassung sozusagen (TN5, Z. 98-101).

Es würde auf jeden Fall helfen, wenn man was hat, was man immer wieder zur Hand nehmen kann, weil wenn man anfängt zu arbeiten, dann bekommt man ganz viele Informationen, die man irgendwie behalten muss, die man aber nicht behalten kann (TN3, Z. 277-280).

Dies beinhaltet Aspekte der klientenbezogenen wie auch der organisationsbezogenen Einarbeitung.

(...) was muss der Berufsanfänger Organisatorisches wissen, und irgendwie fachlich in der Patientenbehandlung, und persönlich, was sind die Schwächen und Ressourcen (...) (TN1, Z. 301-305).

(...) und dann wird halt grundsätzlich besprochen, welche Tests gibt es, welche sind gerade für das und das Ziel sinnvoll, was sind Ausschlusskriterien, also so wirklich diese praxisnahen Themen, wie komme ich an mein Ziel, welche Mittel kann ich nutzen (TN4, Z. 230-233).

(...) Basiswissen was man haben muss in der Praxis und da stehen dann halt Fragen wie viele Mitarbeiter sind in der Praxis, wie ist der Schwerpunkt der Mitarbeiter, welche Art von Verordnung gibt es, welche Art von Heilmittel gibt es, wie sieht es mit der Zuzahlung aus bei den Patienten oder wie sehen überhaupt die Abläufe aus morgens und abends in der Praxis, was muss ich machen wenn ich als erste komme oder als letzter gehe, wie sind Ferienzeiten geregelt, was passiert wenn ich krank bin oder wenn Patienten krank sind, wie ist mit Ausfällen zurechnen und so weiter (TN1, Z. 104-109).

4.1.3 Gefühle

Aus den Interviews ergeben sich verschiedene Unterkategorien der Kategorie „Gefühle“

- Überforderung
- Unsicherheit
- Rollenfindung
- Akzeptanz und Transparenz

Ein häufig beschriebenes Gefühl der Berufseinsteigerinnen in Bezug auf den Berufseinstieg, ist die **Überforderung**.

Ja also überfordert (...) ist so mein Begriff dafür (TN5, Z.84).

(...) wurde ich erstmal wirklich ins kalte Wasser geschmissen (TN5, Z. 77-78).

(...) dieses Gefühl, dass man eigentlich direkt dafür verantwortlich ist, für die Klienten, also für das was man tut (...) Was einem eigentlich nie jemand erklärt hat, was man da tut. (TN3, Z. 145-148).

Des Weiteren wurde in den Interviews deutlich, dass die Berufseinsteigerinnen ein Gefühl der **Unsicherheit** erleben. Dies äußert sich insbesondere in der Planung und Behandlung von Klientinnen, in Form von Selbstzweifeln über das eigene Wissen und Können.

(...) man macht halt irgendwas, was man mal irgendwo gesehen hat, wo man denkt, das könnte ja ganz gut sein, aber ob das jetzt wirklich einen Erfolg hat weiß man nicht. Und was auch ganz schwer war, sind so diese Befundungen, also wie sehe ich jetzt, was nicht normal ist, weil woher weiß ich was normal ist? (TN3, Z. 97-100).

(...) und bei Erwachsenen, bei psychiatrischen Patienten fand ich das damals schwierig was ich mit denen machen soll oder nicht, also so diese ganzen unterschiedlichen Schwerpunkte eingearbeitet zu bekommen (...) (TN4, Z. 53-57).

(...) man kann auch einen gewissen Selbstzweifel an sich haben: "Okay, bin ich dem jetzt gewachsen, so viele Patienten auf einmal, kann ich mir das jetzt alles merken?" (TN2, Z. 98-100).

Der Prozess der **Rollenfindung** zeigt sich in fehlender Sicherheit in der eigenen Rolle als Ergotherapeutin und dem Gefühl, der Klientin gegenüber Expertise vorspielen zu müssen.

Das hat eine Weile gedauert bis ich mich tatsächlich als Ergotherapeutin gefühlt habe, ich habe eine ganze Weile erst gedacht, es ist wie ein Theaterstück, ich tue nur so als ob ich Ergotherapeutin bin und das ist nur wie so ein Schauspieler, der seine Rolle ausführt und erst so nach einem Jahr hab ich gedacht, so ich bin wirklich Ergotherapeutin (...) (TN6, Z. 53-56).

(...) es wird von einem verlangt, gefühlt, dass man der Profi ist, und dass man alles weiß, aber gefühlt weiß man gar nichts und das ist einfach ein schlechtes Gefühl, weil man quasi vorspielen muss, dem Klienten gegenüber, dass man total die Ahnung hat (...) (TN3, Z. 34- 37).

Gleichzeitig ist den Berufseinsteigerinnen bewusst, dass sie oftmals einen zu hohen Anspruch an sich selbst stellen und dass **Akzeptanz und Transparenz** der eigenen Fähigkeiten ein wichtiger Bestandteil der Einarbeitung darstellen.

(...) man sollte die Akzeptanz mitbringen, dass es in Ordnung ist, wenn man nicht direkt alles kann. Und da nicht direkt frustriert sein (TN3, Z. 196-198)

Also mit dem Patienten drüber sprechen und lieber sagen, „Kann ich Ihnen jetzt auch gerade nicht beantworten, krieg ich für die nächste Einheit raus.“ Also wirklich sich nicht verrückt zu

machen und nicht von sich selbst zu erwarten es muss alles von Anfang an perfekt laufen, wir sind alles Menschen und das kommt halt mit der Zeit (TN4, Z. 286-290).

4.1.4 Kolleginnen

Aus den Interviews ergeben sich verschiedene Unterkategorien zu der Kategorie „Kolleginnen“

- Mitlaufen und Lernen von Kolleginnen
- Freiraum geben, sich auszuprobieren
- Regelmäßiger fachlicher Austausch
- Rücksicht und Unterstützung durch Kolleginnen
- Berufseinsteigerinnen ins Team integrieren
- Berufseinsteigerinnen als Chance

Das **Mitlaufen und Lernen von Kolleginnen** werden von allen Teilnehmerinnen als unterstützend in der Einarbeitung wahrgenommen. Dabei können Berufseinsteigerinnen von Kolleginnen profitieren, indem sie unterschiedliche Arbeitsstile kennenlernen und sich Vorgehensweisen zum Vorbild nehmen.

Also was ich am Anfang ganz viel machen durfte, ist bei Kollegen mitgehen in der Therapie, da konnte ich mir auch so ein paar Sachen abgucken (TN3, Z. 44-45).

(...) ich konnte gucken wie andere das machen und hab das dann umgesetzt (TN4, Z. 82-83).

(...) und hat halt in freien Einheiten immer die Möglichkeit gehabt bei uns mit zu gucken, also das ist quasi das Prinzip, egal ob Teilzeit, Vollzeit (.) oder Mini-Job, das wir sagen, okay so viel wie möglich jetzt mit gucken (TN4, Z. 199-201).

(...) find ich es super, wenn man es einrichten lässt einfach mal eine Woche da sein und bei den Kollegen mitgehen und bestimmten Stil kennenlernen (TN6, Z. 97-99).

(...) viele Parallelbehandlungen gemacht haben sodass man eigentlich voneinander profitiert hat. (TN1, Z. 53-54).

Neben dem Lernen von Kolleginnen ist es ebenfalls wichtig, der Berufsanfängerin **Freiraum zu geben, sich auszuprobieren.**

(...) worauf muss ich achten, was ist jetzt überhaupt nicht gut, oder wie gehe ich denn jetzt mit diesem Problem um und das ist halt das Beste was man eigentlich davon haben kann, dass man das selber halt testet, ohne andauernd jemanden zu haben, der wirklich einen am Händchen mitführt (TN2, Z. 60-63).

Sowohl den Berufseinsteigerinnen als auch den erfahrenen Ergotherapeutinnen ist ein **regelmäßiger fachlicher Austausch** wichtig, um aufkommenden Fragen auf Augenhöhe zu begegnen.

(...) dass man wirklich in einen fachlichen Austausch kommt, weil ich glaube egal ob Berufsanfänger oder 20 Jahre Erfahrung, man kann halt immer über die Grundlagen sprechen (TN4, Z. 260-261).

(...) ich durfte halt jederzeit Fragen stellen, also fachliche oder organisatorische (TN3, Z. 49-50).

Für einen regelmäßigen fachlichen Austausch ist es sinnvoll, Termine und Themen, über die man sich austauschen möchte, festzulegen. Zusätzlich können freie Zeiten zwischen Therapien dazu genutzt werden, mit Kolleginnen in den fachlichen Austausch zu gehen.

(...) grundsätzlich in diesen halben Stunden ist es halt so, dass man sagen kann okay nimm dir ein paar Patienten, wo läuft es momentan irgendwie gegen eine Wand, was ist da die Schwierigkeit oder wo ist gerade eine Frage bei einem Kind, welche Diagnostikinstrumente kommen irgendwie in Frage (...) (TN4, Z. 227-230).

Wir nutzen auch die Pausen, aber wir haben tatsächlich auch Orga-Zeiten zusammen (...) dann wird sich schon mal ausgetauscht wie kann ich das formulieren oder hast du da noch eine Beobachtung gehabt (...), dass man sich da so ein bisschen austauscht (...) (TN5, Z. 243-247).

Die **Rücksicht und Unterstützung durch Kolleginnen** sind sowohl für Berufseinsteigerinnen als auch für die Einarbeitenden unerlässlich für die Einarbeitung.

(...) dass Einarbeitung vielleicht nicht nur bei einer Person ist, sondern halt bei mehreren, es muss ja auch nicht Praxisinhaber sein, es können ja eben auch andere Angestellte sein (TN4, Z. 296-297).

Sowas wie Hospitationen waren immer möglichen oder wenn ein klient gerade Zeit hatte, dann haben sie es auch oft von sich aus zu dem neuen Kollegen gesagt (TN6, Z. 308-310).

(...) das Verständnis dafür, dass man viele Fragen stellt und auch dass mir vermittelt wird, dass es in Ordnung ist, dass ich viele Fragen Stelle (TN3, Z. 185-187).

Die Offenheit für Fragen unterstützt dabei, die **Berufseinsteigerin ins Team zu integrieren**.

(...) dass man vielleicht auch gerade in Teambesprechungen oder so immer nochmal die Möglichkeit bietet unter allen drüber zu sprechen, über irgendwelche Sachen, die nicht klappen und dass man vielleicht auch als Kollege so ein bisschen zeigt auch mit Erfahrung sind immer offene Fragen da (TN4, Z. 298-301).

Ich glaube ganz wichtig ist, dass man sich wohlfühlt im Team, dass man in einer guten Atmosphäre ist, dass man die Atmosphäre schafft, in der man sich traut Fragen zu stellen, dass man irgendwie alle anderen als Ansprechpartner hat (TN1, Z. 66-68).

TN4 betont, dass **Berufseinsteigerinnen als Chance im Kollegium** gesehen werden sollten und man voneinander profitieren kann.

(...) immer mal irgendwelche Patienten mit in den Raum werfen und sagen, „So jetzt denkt mal alle mit.“ Und da ist es schon oft genug gewesen, dass gerade die Berufsanfänger, die waren, die halt irgendwelche guten Ideen hatten, ja frischen Wind reingebracht haben (...) Und ich glaube, dass so diese Bestätigung, dass man schon ganz viel kann (...) (TN4, Z. 301-309).

(...) ich finde, dass wir davon in der Praxis sehr profitieren können mit Berufseinsteigern zu arbeiten, was sehr unterschätzt wird (TN4, Z. 327-329).

4.1.5 Feedback/ Reflexion

Aus den Interviews ergeben sich verschiedene Unterkategorien zu der Kategorie „Feedback/Reflexion“

- Regelmäßige Reflexionsgespräche
- Feste Ansprechpartnerinnen/Mentorinnen

Ein Wunsch der Berufsanfängerinnen besteht darin, **regelmäßige Reflexionsgespräche** gemeinsam mit der Einarbeitenden oder den Kolleginnen zu führen.

Also auch dass ich eine Rückmeldung erhalte von meiner Chefin oder von meinen Kollegen, damit ich selber weiß, was ich noch verändern kann, was ich verbessern sollte (TN3, Z. 188-190).

(...) ich hätte mir da mehr Unterstützung gewünscht. Ja. Also dass man da auch noch mehr Gespräche hat, also so Reflexionen. Also einmal persönlich aber auch für Abläufe, wie man Patienten behandelt. (TN1, Z. 136-138).

Diese Reflexionsgespräche sollten wöchentlich geführt werden und fest terminiert sein, um den Berufsanfängerinnen Rückmeldung über ihr Handeln zu geben.

Die zwei halben Stunden sind in der Regel einmal Anfang der Woche und Ende der Woche und mittwochs ist immer Team-Besprechung, sodass also immer kontinuierlich reflektiert werden kann und immer nur ein oder zwei Tage dazwischenliegen (...) generell ist es bei uns, dass das genau so feste Termine sind die wöchentlich im Kalender stehen, wie die Patienten auch (TN4, Z. 241-246).

(...) auch wenn es schwer ist natürlich im Praxisalltag, man macht dann wirklich einmal in der Woche ein Reflexionsgespräch (...) Dass man wirklich ohne Stress daran geht und dass es halt kein Tür-und-Angel-Gespräch ist, sondern dann muss man sich wirklich als Chefin Zeit nehmen (...) (TN2, Z. 76-81).

(...) dann gucke ich, dass ich immer so einmal wöchentlich ein Gespräch mache mit dem Mitarbeiter. (...) und da ist es natürlich auch wichtig, dass die Mitarbeiter selber ein bisschen in der Verantwortung sind, um zu sagen, „Hey ich hab’ das nicht oder ich hab’ da und da Bedarf.“ Da brauche ich auch ganz viel Rückmeldung von den Mitarbeitern (TN1, Z. 155-160).

Die Reflexionsgespräche können im Verlauf der Einarbeitung nach Bedarf reduziert werden.

(...) alle drei Monate zum Beispiel, weil da sieht man dann eine Entwicklung drin. Und dann kann man das halt abstufen und sagen, man macht es dann quartalsweise, oder macht es dann wirklich halbjährlich (...) (TN2, Z. 149-151).

Durch **festen Ansprechpartnerinnen/Mentorinnen** wird für die Berufsanfängerin die Aufgabe Rückmeldung zu geben festgelegt, wodurch eine regelmäßige Reflexion der Arbeit gewährleistet wird.

(...) was vielleicht auch sinnvoll wäre, dass man sagt man hat regelmäßig ein Gespräch mit seinem Mentor, um einfach zu gucken wo sind noch Fragen, wo braucht man noch Unterstützung (TN3 Z. 137-139).

(...) bei der stellvertretenden Leitung konnte ich sehr viel nachfragen und nachhaken, aber fest das einer gesagt hat ich bin jetzt für dich zuständig gab es eigentlich nicht (TN5, Z. 108-110).

Mir hat mir ist das gar nicht so sehr aufgefallen, dass ich da keinen festen Ansprechpartner hab aber so im Nachhinein denk ich wäre das ganz gut gewesen da auch mal regelmäßiges Feedback auch zu haben oder sich selbst noch mehr reflektieren zu müssen. So ein regelmäßiger Austausch wäre nicht verkehrt (TN5, Z. 171-175).

4.1.6 Kompetenzen

Aus den Interviews ergeben sich verschiedene Unterkategorien zu der Kategorie „Kompetenzen“, dabei sind nachfolgend zunächst Kompetenzen der Berufsanfängerinnen genannt, welche den gelungenen Berufseinstieg unterstützen.

- Selbstbewusstsein und Mut
- Selbsteinschätzung von Stärken und Schwächen
- Eigeninitiative z.B. sich Notizen machen, selbst recherchieren

Anschließend werden Kompetenzen der erfahrenen Ergotherapeutinnen beschrieben, die sie in ihrer Rolle als Einarbeitende mitbringen sollen.

- Lernprozess ermöglichen
- Verständnis
- Unterstützung

Selbstbewusstsein und Mut helfen der Berufseinsteigerin dabei, Fragen zu stellen und offen mit Problemen umzugehen.

Offenheit (und) den Mut viele Fragen zu stellen, auch den Mut zu haben, das einzufordern, was man benötigt (TN3, Z. 201-202).

Den Mut haben zu fragen und auch den Mut haben offen zu sagen: "Ich kann das noch nicht. Ich weiß das nicht" (TN3, Z. 228-229).

Mut, Selbstbewusstsein, Akzeptanz, also Akzeptanz, dass man alles noch nicht so gut kann wie man es eigentlich gerne hätte, Frustrationstoleranz (TN3, Z. 240-241).

Weiterhin bedarf es einer realistischen **Selbsteinschätzung von Stärken und Schwächen**.

Dass man selbstständig ist, dass man sich selber einschätzen kann, dass man sich nicht überschätzt, dass man sich nicht unterschätzt, dass man genau weiß wo sind denn meine Stärken, wo sind meine Schwächen. (TN2, Z. 238-239).

(...) dass sie halt auch wissen wo es vielleicht nicht mehr passt, was ihre eigenen Schwächen sind und sie sagen: „Das hab ich vielleicht noch nie gemacht“ oder „Das kann ich einfach noch nicht“, dass sie auf jeden Fall angeben können: „In diesem Bereich benötige ich (...) noch Hilfe“ (TN1, Z. 226-229).

Alle Teilnehmerinnen sind sich einig, dass von den Berufsanfängerinnen ein gewisses Maß an **Eigeninitiative** während der Einarbeitung gezeigt werden soll.

(...) ich erwarte jemanden, der bereit ist sich fortzubilden, der (...) bei uns im Fachschrank auch einfach mal ein Buch nimmt und wenn eine Stunde frei ist, dass auch einfach mal zu lesen. Wo ich merke, der will gut werden und ist jetzt noch nicht zufrieden mit der allgemeinen Ausbildung (...) (TN6, Z. 267-270).

Dabei spielt es ebenfalls eine wichtige Rolle, dass Berufsanfängerinnen mit konkreten Fragen auf die Einarbeitende zugehen und sich bei Bedarf aktiv um Unterstützung bemühen.

(...) also, dass jemand sich halt wirklich auch bemüht sich selbst reinzuhängen, dass derjenige mit konkreten Fragen zu mir kommt, wenn irgendwas nicht funktioniert, weil dafür ist die Einarbeitung meiner Meinung nach da, dass es eben nicht nur so ist, ich kontrolliere funktioniert alles und ich muss dafür arbeiten, dass alles läuft sondern, dass halt der Mitarbeiter auch gewillt ist zu sagen: „Okay, das und das funktioniert nicht“ oder „Da komme ich nicht weiter“ und offen (...) darüber spricht (TN4, Z. 254-259).

(...) dass sie sich aktiv im Team einbringen, dass sie Fragen stellen (...) (TN1, Z. 225).

Weiterhin erachten es sowohl die Berufsanfängerinnen als auch die erfahrenen Ergotherapeutinnen als wichtig, relevante Aspekte der Einarbeitungsphase mitzuschreiben, um die neuen Informationen zu festigen.

(...) alles mit aufzuschreiben was für mich wichtig war an dem Punkt und das liegt jetzt auch in der Praxis bei uns (...) aber das fand ich für mich ganz wichtig, einfach nochmal alles auch aufgeschrieben zu haben und auch weitergeben zu können (TN5, Z. 201-205).

(...) ich habe halt immer überall alles mitgeschrieben, mir (...) alles was wir irgendwie besprochen haben oder woran ich denken muss alles auf Zettel geschrieben (TN4, Z. 90-91).

Die Teilnehmerinnen nennen mehrere Kompetenzen der Einarbeitenden, die Berufseinsteigerinnen in der Einarbeitungszeit gut unterstützen. Um die Eigeninitiative weiter zu fördern, benennt TN4, dass es wichtig ist in der Rolle der Einarbeitenden, die Berufsanfängerin dazu zu befähigen, Lösungsansätze selbstständig zu recherchieren. Dies dient dazu, einen eigenständigen **Lernprozess zu ermöglichen**.

(...) was ich an mich selbst immer erwarte ist, dass ich nichts vorkaue, weil sonst kann man die Einarbeitung Jahre lang ziehen (...), oder halt auch sagen kann „Guck da und da mal rein in dem und dem Kapitel von dem und dem Buch steht was, oder guck mal hier ist mein Skript aus der Fortbildung, guck da mal rein, da findest du was“, oder irgendwelche Anreize für Therapiematerial oder Mittel gebe (...) also, dass ich mich ein bisschen zurücknehme und versuche mehr zu leiten, so wie wir das ja auch bei Patienten quasi so ein bisschen versuchen, sich zurückzunehmen und ja das ist so meine Erwartung an mich (TN4, Z. 268-287).

Weiterhin ist es von Bedeutung, dass die Einarbeitenden **Verständnis** für die Situation der Berufseinsteigerinnen zeigen.

(...) wenn man weiß das ist ein Berufsanfänger, dann find ich ist klar, dass man gewisse Sachen einfach noch nicht voraussetzen kann. Ja und wenn man weiß, dass das jetzt auch die erste Arbeitsstelle ist dann weiß man, dass da jetzt auch viele Sachen sind, die man noch klären muss (TN6, Z. 92-95).

Die Berufseinsteigerinnen äußern in den Interviews den Wunsch nach **Unterstützung** in Form von Anleitung und Hilfsbereitschaft.

Sich einzufordern, dass man eine Unterstützung bekommt, dass man eine richtige Anleitung bekommt und eigentlich alle Fragen geklärt werden. Vielleicht auch (...) zeig mir dies und ja einfach fragen. Viel fragen. (TN5, Z 229-230).

Hilfsbereitschaft Fragen zu beantworten, Dinge zu zeigen, auch offen dafür sind, dass man bei Therapien mitgeht (TN3, Z. 212-213).

Okay, ich werde zwar jetzt ins kalte Wasser geschmissen, aber ich bin trotzdem nicht alleine (TN2, Z. 267-268).

4.1.7 Qualität

Aus den Interviews ergeben sich verschiedene Unterkategorien zu der Kategorie „Qualität“

- Qualität vor Quantität
- Fortbildungen

TN4 betont, dass in der Therapie **Qualität vor Quantität** stehen muss und daher eine gute Einarbeitung von Bedeutung ist.

(...) es ist schön, wenn wir viele Therapien machen, aber wenn am Ende die Qualität leidet, hat halt keiner was gewonnen, also lieber kein Fließband, sondern Therapien, die qualitativ gut sind und dafür (...) braucht man eine Einarbeitung (TN4, Z. 209-211).

Einen weiteren Aspekt von Qualität in der Arbeit stellen **Fortbildungen** dar. Diese befähigen Berufseinsteigerinnen ihre Expertise für ihren weiteren Berufsweg zu erweitern.

Trotzdem aber finde ich ist dieser SI-Einführungskurs super, um in der Pädiatrie anzukommen und einfach mal das Beobachten von einem Kind gut hinzukriegen und sich wirklich mal ein Wochenende damit auseinanderzusetzen, (...) also Leute, die zu mir kommen bekommen immer eine Fortbildung von mir geschenkt (TN6, Z.112-115).

Also halt überlegen, wo willst du hin und da dann halt gut werden. Alles lesen was geht, Kongresse besuchen, Fortbildungen, mit Kollegen austauschen (TN6, Z. 293-294).

4.1.8 Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis

Aus den Interviews ergeben sich verschiedene Unterkategorien zu der Kategorie „Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis“

- Wenig bis keine Vorbereitung auf den organisatorischen Ablauf
- Praktische Ausbildung als gute Vorbereitung

Die Interviews zeigen, dass Berufseinsteigerinnen eine Diskrepanz zwischen der in der Ausbildung oder dem Studium erlernten Theorie und der Berufspraxis erleben und sie **wenig bis keine Vorbereitung auf den organisatorischen Ablauf** in der ergotherapeutischen Praxis erhalten.

(...) in der Ausbildung wird alles nur sehr grob angerissen, und man ist nicht wirklich darauf vorbereitet, was einen erwartet im Berufseinstieg (...) (TN3, Z. 107-111).

(...) raus aus der Schule, rein ins Arbeitsleben und das war komplett was anderes. Das was man in der Schule gelernt hat war überhaupt nicht so, das hat man dann auch da festgestellt (...) (TN2, Z. 20-22).

(...) wir kommen (...) aus der Ausbildung, aus dem Studium und sagen „(...) wo ist das Betätigungsziel und was ist mein Ziel“, und dann steht man in der Praxis und hört dann vom Patienten ja mein Arm muss mobilisiert werden (...) also diese Theorie und Praxis funktioniert halt überhaupt nicht (TN4, Z.135-138)

Insbesondere die unzureichende Vermittlung im Umgang mit Rezepten fehlt den Berufseinsteigerinnen für den Arbeitseinstieg in die Praxis.

(...) ich weiß, dass wir einen Tag gemacht haben, wo wir uns Rezepte angeguckt haben. Das hat nicht so viel gebracht würde ich im Nachhinein behaupten (TN5, Z. 134-136).

(...) wie das mit den Rezepten funktioniert, wird in unserer Ausbildung überhaupt nicht erwähnt, und wenn man jetzt auf die Arbeit mit dem Klienten eingeht, würde ich mir mehr (...) für die

Befundung, spezielleres Vorgehen wünschen und wenn einem Assessment besser erklärt werden würden (...) (TN3, Z. 112-116)

TN3 beschreibt jedoch den **praktischen Teil der Ausbildung als gute Vorbereitung** für den Einstieg ins Berufsleben.

(...) im Praktikum hat man eigentlich, meiner Meinung nach, das Meiste gelernt und in der theoretischen Ausbildung immer nur so (...) Grundlagen (...) (TN3, Z. 176-178).

4.2 Resultate der Fokusgruppe

Anschließend an die Ergebnisse der Interviews werden im Folgenden die Resultate der Fokusgruppe dargestellt und mit Zitaten der Teilnehmerinnen untermauert. Zur Abgrenzung der neu gebildeten Kategorien der Fokusgruppe zu denen der Interviews werden sie durch K' und entsprechende Nummerierung gekennzeichnet. Im ersten Teil der Fokusgruppe wurde diskutiert, welche zwischenmenschlichen Faktoren eine gelungene Einarbeitung unterstützen. Dabei werden gegenseitige Erwartungen von Berufseinsteigerinnen und erfahrenen Ergotherapeutinnen benannt. Im weiteren Verlauf werden zur Konsensfindung die Interviewergebnisse zur Kategorie Einarbeitung (K2, siehe 4.7) näher diskutiert. Diese gliedern sich in klientenbezogene und organisationsbezogene Einarbeitung und sind in der nachfolgend aufgeführten Tabelle farbig hinterlegt. Auf Ergebnisse und Aussagen, die sich mit den Resultaten der Interviews überschneiden, wird im Folgenden nicht näher eingegangen. Daraus bilden sich folgende Kategorien:

Kategorie	Titel der Kategorie
K'1	Gegenseitige Erwartungen
	Klientenbezogene Einarbeitung:
K'2	Hospitation/Übergabe
K'3	Fallbesprechungen im Team
	Organisationsbezogene Einarbeitung:
K'4	Ordner/Konzept
K'5	Einarbeitungszeit
K'6	Mentor
K'7	Reflexionsgespräche

Tabelle 6: Kategorien der Fokusgruppe

4.2.1 Gegenseitige Erwartungen

Aus der Fokusgruppe ergeben sich verschiedene Unterkategorien zu der Kategorie „Gegenseitige Erwartungen“

- Erwartungen an Berufseinsteigerinnen
- Erwartungen an Einarbeitende
- Rücksicht
- Offene Kommunikation im Team

Die Teilnehmerinnen diskutieren in der Fokusgruppe verschiedene Anforderungen und Kompetenzen, die eine Berufsanfängerin mitbringen sollte. Die erfahrenen Ergotherapeutinnen äußern in der Gruppendiskussion verschiedene **Erwartungen an Berufseinsteigerinnen**

Förderlich als Eigenschaft ist Eigeninitiative zu ergreifen (...) oder auch, dass man sich selber reflektieren kann (TN1, Z359-362).

Ich wünsche mir von meinem neuen Mitarbeiter, neue Mitarbeiterin, dass derjenige einfach motiviert ist, dass er sehr viel Freude an seinem, oder unserem Beruf hat, dass er lernwillig ist, dass ich auch so das Gefühl habe, (...) der kann eben auch Arbeit sehen. (TN6, Z.1135-1138).

(...) ich wünsche mir so einen roten Faden bei Parallelbehandlungen, die Transparenz (...) dass man das halt auch als Berufsanfänger quasi so ein bisschen zeigt. Komme ich damit zurecht, oder fehlt mir da noch irgendwie was (TN4, Z.1106-1011).

Einige Berufseinsteigerinnen betonen die Wichtigkeit einer flexiblen Haltung und des Erkennens der eigenen Grenzen.

(...) seine eigenen Grenzen kennen, dass man sich halt nicht überfordert oder unterfordert (...) (TN2, Z. 415-416).

(...) Offenheit für ja eigentlich alles und auch ganz viel Flexibilität. Also sich auf neue Sachen einstellen, aber auch flexibel in der Therapie zu reagieren (...) (TN3, Z.393-394).

Neben den Erwartungen an die Berufseinsteigerinnen reflektieren die erfahrenen Ergotherapeutinnen, welche **Erwartungen an Einarbeitende** bestehen, um Berufseinsteigerinnen einen stressfreien Einstieg in den Beruf zu ermöglichen.

(...) Geduld und Ruhe auszustrahlen und vielleicht so ein bisschen Angst zu nehmen (...) (TN4, Z.373)

(...) ein bisschen Zuversicht ausstrahlen (...) und sagt „Vertrau dir selber, ich vertrau dir da, das kriegst du hin“ (TN6, Z.381-387).

(...) man muss sich selber natürlich nochmal hinterfragen, sich selber nochmal mehr reflektieren(...) (TN6, Z.751-752)

In der Diskussion wird deutlich, dass für eine gute Zusammenarbeit gegenseitige **Rücksicht** und gegenseitiges Verständnis für die Situation des anderen wichtig sind.

(...) man bekommt Fragen zu seiner eigenen Arbeit (...) auch wenn es, wie TN1 es sagt auch schon mal was anstrengend ist (TN6, Z.752-754).

(...) dass auch einfach ein gegenseitiges Verständnis besteht bezüglich wie viel Zeit ist gerade, wie sieht es mit den Kosten aus, wie ist die nervliche Situation (...) (TN1, Z.1123-1125)

Die Teilnehmerinnen wünschen sich eine **offene Kommunikation im Team**.

(...) ich wusste, dass es okay ist Fragen zu stellen, (...) dass ich da keinen Kollegen mit nerve, wenn ich jetzt mal zwischendurch, wenn ich nicht weiter weiß Fragen stelle (...) also diese Kommunikation im Team und die Offenheit der Kollegen für die Fragen, aber auch meinerseits. (TN3, Z.197-185)

(...) ich wünsche mir, dass ein offener Austausch besteht zwischen den Mitarbeiterinnen (...) in dem von beiden Seiten Bedürfnisse geäußert werden können. (TN1, Z. 1121-1123)

4.2.2 Hospitation / Übergabe (kundenbezogene Einarbeitung)

Aus der Fokusgruppe ergeben sich verschiedene Unterkategorien zu der Kategorie „Hospitation/Übergabe (kundenbezogen)“

- Ziele des Mitlaufens bei Kolleginnen
- Mitlaufen und Lernen von Kolleginnen über einen Zeitraum von zwei Wochen
- Mitlaufen nur bei Stellenübernahme möglich

In der Diskussion zeigt sich, dass das **Mitlaufen und Lernen von Kolleginnen über einem Zeitraum von zwei Wochen** einen bedeutenden Aspekt der kundenbezogenen Einarbeitung darstellt. In der Konsensfindung kamen die Teilnehmerinnen zu der Übereinkunft, dass eine Woche nicht ausreicht, daher werden zwei Wochen empfohlen.

(...) finde ich einen mit der wichtigsten Punkte (...) in der Einarbeitung, dass man mitläuft bei Kollegen, gerade als Berufsanfänger. (TN3, Z.906-908)

(...) wir versuchen eigentlich immer zwei Wochen Übergabe zu machen (...) dass wir halt zwei Wochen parallel laufen, dass man alle Patienten ungefähr zweimal gesehen hat. (TN1, Z.867-869)

(...) ich konnte nur eine Woche mitlaufen (...) das fand ich schon sehr knapp, wenn man wirklich alles kennenlernt in der Woche, sowohl Praxisalltag und Ablauf und die Klienten und das war (...) zu viel. (TN5, Z.879-883)

Die Teilnehmerinnen benennen verschiedene **Ziele des Mitlaufens bei Kolleginnen**.

(...) noch nicht direkt die Verantwortung da einfach hat (...) wie ein erweitertes Hospitieren (...) (TN6, Z.900-901).

TN3 beschreibt, dass Berufseinsteigerinnen beim Mitlaufen von den Erfahrungen ihrer Kolleginnen profitieren können.

(...) ich finde man kriegt (...) ganz viel Handwerkszeug (...) man kann sich finde ich ganz viel abgucken (...) wie wird gearbeitet in der Praxis, bzw. welche Materialien (...) werden eingesetzt, was wird vorher in der Therapie gemacht (...) (TN3, Z.903-906).

TN1 sieht in Parallelbehandlungen den Vorteil, dass die Berufseinsteigerinnen Behandlungen ausprobieren können oder ihre Kolleginnen dabei beobachten und ihre Vorgehensweise anschließend mit einer Kollegin reflektieren können.

(...) dass an (...) was ausprobieren kann (...) wir teilen uns die Stunde (...) und dann hinterher sich nochmal darüber austauschen kann (TN1, Z.912-916).

(...) der eine behandelt und der andere macht schon mal die Doku, weil später muss man ja beides machen (...) (TN1, Z. 931-932)

Vor der selbstständigen Behandlungsübernahme durch die Berufseinsteigerin bieten Übergaben die Möglichkeit, Besonderheiten über die jeweiligen Klientinnen zu besprechen.

Ich finde es auch wichtig sich vorher auszutauschen, also vorher vielleicht die Klienten zu besprechen (...) dass man sich danach nochmal austauscht und (...) eine Rückmeldung bekommt (...) (TN3, Z.920-924)

(...) dass man nochmal genau besprechen kann, was kann man gut beobachten (...) und dass man dabei als Berufsanfänger auch die Reaktion des Patienten schon mal kennenlernt (...) (TN4, Z.938-942)

Als Einschränkung empfindet TN 6, dass **Mitlaufen nur bei Stellenübernahme möglich** ist, da bereits ein Klientenstamm besteht. Zum Aufbau einer neuen Stelle entfällt dies.

(...) wenn es eine Übergabe gibt, wenn nicht, dann entfällt das (TN6, Z.877).

5.2.3 Fallbesprechungen im Team (klientenbezogene Einarbeitung)

Nach der Phase von der Übergabe und dem Mitlaufen beginnt die Berufseinsteigerin selbstständig zu arbeiten. **Fallbesprechungen im Team** sind hierbei hilfreich, um den dabei auftretenden Problemen begegnen zu können. Hier sollten akute Probleme sofort besprochen werden und Probleme mit geringerem Handlungsbedarf in regelmäßigen Abständen aufgegriffen werden.

Ich würde das schon so davon abwägen, ist es jetzt wirklich ein Klient, wo ich persönlich gar nicht klar komme (...) Ist das jetzt wirklich was Akutes, (...) oder reicht es, dass wir das auch wirklich dann erst einmal im Monat oder so besprechen (TN2, Z.1026-1032).

(...) einmal in der Woche Teambesprechung und da kann jeder in ein Buch aufschreiben, (...) dass das als erstes besprochen wird (...) Die Patienten werden dann grundsätzlich eine Woche später nochmal besprochen, um wieder zu reflektieren. (...) ansonsten ist es halt, dass jede Woche immer noch mindestens ein Patient so regulär mal besprochen wird (...) unter Berufsanfängern als auch Erfahrenen (TN4, Z.1034-1040).

Es wird sowohl von Berufseinsteigerinnen als auch von erfahrenen Ergotherapeutinnen als eine Erleichterung wahrgenommen, in Teamgesprächen regelmäßig Problembesprechung zu haben.

(...) die Tatsache, dass es Raum hat, dass du es mal sagen kannst und mal aussprechen kannst (...) (TN6, Z.1068-1069)

(...) dass einem auch der Druck genommen wird (...) (TN1, Z.1071)

4.2.4 Ordner mit wichtigen Inhalten (organisationsbezogene Einarbeitung)

Zusätzlich zu den klientenbezogenen Faktoren ist auch die organisationsbezogene Einarbeitung wichtig. Hier wünscht sich TN5 ein strukturiertes Vorgehen in der Einarbeitung.

Ein strukturiertes Vorgehen (...) dass man da einfach einen Plan kriegt, oder die Information kriegt, die man von Anfang an gebrauchen kann (...) (TN5, Z.1128-1130).

In den Interviews stellt sich heraus, dass die Berufseinsteigerinnen am Anfang der Arbeitszeit viele Informationen bekommen, die sie in der Praxis umsetzen müssen. Die Teilnehmerinnen haben die Idee Inhalte in Form eines **Ordners mit wichtigen Inhalten** bzw. eines Handbuches zu strukturieren, um sie der Berufseinsteigerin zugänglich zu machen. Für die Inhalte des Ordners haben die Teilnehmerinnen verschiedene Vorschläge, wobei diese je nach Praxis angepasst werden können.

(...) organisatorische Sachen auf jeden Fall. (...) wie gehe ich mit Rezepten um (...) worauf muss ich achten (...) wo kann ich nachgucken (...) wenn ich etwas nicht weiß (...) wie sind die Abläufe mit Neuaufnahmen. Wo finde ich welche Unterlagen (...) (TN3, Z.794-800).

(...) Welche Kollegen haben welche Schwerpunkte (...) Sachen, die die Patienten erfragen (...) zum Beispiel Zuzahlungen (...) (TN1, Z.806-808).

(...) Tests, die es gibt, mit dem Schwerpunkt, den das abtestet und für welches Alter das gemacht wird (TN6, Z.819-820).

(...) eine kurze Zusammenfassung der Assessments. (TN3, Z.827)

(...) wie gehe ich jetzt mit einer Absage um (...) wann wird eine Rechnung geschrieben (...) wie weit sind Hausbesuche entfernt, die wir noch annehmen (TN5, Z.833-835).

(...) eine Inventarliste (...) mit groben Überschriften, für was könnte was zuständig sein (...) (TN2, Z.842-843)

(...) wenn es um einen Befundbericht geht. Was muss da überhaupt alles erst einmal gemacht werden, überprüft werden, was muss reingeschrieben werden (...) (TN5, Z.859-860).

4.2.5 Einarbeitungszeit (organisationsbezogene Einarbeitung)

Aus der Fokusgruppe ergeben sich verschiedene Unterkategorien zu der Kategorie „Einarbeitungszeit (organisationsbezogene Einarbeitung)“

- Drei bis sechs Monate Einarbeitungszeit
- Mit wenig Stunden und wenig Klientinnen einsteigen

Die Gruppe diskutiert, welchen Zeitraum die Einarbeitungsphase in Anspruch nehmen soll. Dabei einigen sich die Teilnehmerinnen auf eine **Einarbeitungszeit von drei bis sechs Monaten**.

(...) in einem halben Jahr sollte man so eingearbeitet sein, dass sagen wir mal die größten Sachen geklärt sind (TN6, Z.512-514).

Würde ich auch sagen, so drei bis sechs Monate (...) (TN1, Z.543)

Zudem empfinden es die Berufseinsteigerinnen als sinnvoll, **mit wenig Stunden und wenig Klientinnen einzusteigen**.

Ich persönlich finde das auch viel entspannter, mit wenig erstmal überhaupt anzufangen (...) (TN2, Z.572-573)

(...) fördernd finde ich auf jeden Fall genügend Zeit, um sich erstmal zurechtzufinden (...) und nicht direkt einen vollen Terminplan zu haben, (...) Dokumentation, Therapievorbereitung (...) brauchen am Anfang einfach Zeit (TN3, Z.38-42).

(...) dass man nicht direkt so einen vollen Terminkalender bekommt (...) und dass man auch Zeit hat, um sich selber in der Praxis mehr umzuschauen (...) (TN2, Z.113-1116)

4.2.6 Mentor (organisationsbezogene Einarbeitung)

Aus der Fokusgruppe ergeben sich verschiedene Unterkategorien zu der Kategorie „Mentor (organisationsbezogene Einarbeitung)“

- Feste Mentorin
- Ansprechpartnerin je nach Fachbereich
- Kontrolle von Therapieplanungen
- Gegenlesen von Berichten

Eine **feste Mentorin** ist aus Sicht der Teilnehmerinnen sinnvoll, da somit die Zuständigkeit der Einarbeitung geklärt ist und dies Transparenz schafft.

Ich finde schon, dass man eine Person haben sollte (...) die ist für einen zuständig (...) (TN3, Z.691-692).

(...) ein Ansprechpartner auf jeden Fall sinnvoll. (TN1, Z.714-715)

Dabei kann es verschiedene **Ansprechpartnerinnen je nach Fachbereich** geben, um in allen Bereichen Fragen im Detail klären zu können.

(...) einen Ansprechpartner (...) was das Fachliche angeht, dass quasi so ein bisschen verteilt ist, weil die Schwerpunkte halt unterschiedlich sind (...) dass das sowohl zeitlich als auch inhaltlich dann auf mehrere Kollegen verteilt wird (TN4, Z.697-701)

Um die Qualität der Behandlungen zu gewährleisten, ist die **Kontrolle von Therapieplanungen** seitens des Mentors wichtig. TN6 beschreibt dazu eine Methode, die sie in ihrer Praxis anwendet.

(...) in Stichpunkten, was hat derjenige sich überlegt damit ich auch einfach sehen kann, wie sind so die Gedankengänge der Kollegin. (...) damit ich einfach auch gewährleisten kann, dass die Patienten eben auch eine vernünftige Behandlung bekommen. (TN6, Z.959-963)

In der Diskussion stellt sich heraus, dass das **Gegenlesen von Berichten** für beide Seiten als hilfreich empfunden wird. Die erfahrenen Ergotherapeutinnen können Geschriebenes überprüfen und Rückmeldung an die Berufseinsteigerinnen geben.

Ich schaue alle Berichte nach, bevor die rausgehen. (TN1, Z. 970)

(...) korrigiert in einer anderen Farbe (...) kurz ein paar Anmerkungen reingeschrieben (...) noch mal drüber gucken und anpassen und dann darfst du es rausschicken. (TN3, Z.997-1000)

4.2.6 Reflexionsgespräche (organisationsbezogene Einarbeitung)

Um die Einarbeitungsphase zu begleiten, sind regelmäßige **Reflexionsgespräche** von Bedeutung. Die Teilnehmerinnen finden den Konsens, die Gespräche anfangs einmal in der Woche stattfinden zu lassen und sich dabei viel Zeit zu nehmen. Im Verlauf kann dies individuell angepasst werden.

(...) ich finde einmal die Woche gut, egal ob Teilzeit oder Vollzeit, einmal die Woche ist schon sinnvoll (TN1, Z.667-668).

Dass man das Angebot hat (...) oder dann zusammen überlegt brauchst du es, oder brauch ich es (...) (TN6, Z.678-679).

(...) am Anfang ausgiebiger, also dass man mehr Zeit dafür braucht und vielleicht auch gemeinsam Ziele oder sowas aufstellt, die man reflektiert und im Laufe der Zeit (...) das nicht mehr so viel Zeit in Anspruch nimmt, wie vielleicht ganz am Anfang (TN4, Z.681-686).

5 Diskussion

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Interviews sowie der Fokusgruppe diskutiert. Dazu werden zunächst die drei Leitfragen der vorliegenden Bachelorarbeit beantwortet. Im Anschluss werden die Stärken und Schwächen der Ergebnisse in Form einer SWOT-Analyse* dargestellt. Aus den daraus resultierenden Empfehlungen wird anschließend die zentrale Forschungsfrage beantwortet. Abschließend werden die Stärken und Limitationen der gesamten Studie dargestellt und ein Ausblick auf weitere Forschungsansätze gegeben.

5.1 Beantwortung der drei Leitfragen

In der nachfolgenden Diskussion wird Bezug auf das PEOP-Modell genommen, da es eine Möglichkeit bietet, den Berufseinstieg von Ergotherapeutinnen aus einer ergotherapeutischen Sichtweise darzustellen. Bereiche des PEOP werden durch Anführungszeichen gekennzeichnet. Beim PEOP handelt es sich um ein ganzheitliches Modell, weshalb die Kategorien verschiedenen Bereichen zugeordnet werden können. Dazu werden nachfolgend die drei Leitfragen in Bezug zu den Ergebnissen der geführten Interviews sowie der Fokusgruppe gesetzt und vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert.

1. Wie wurde der eigene Berufseinstieg von den befragten Ergotherapeutinnen erlebt?

Angelehnt an das PEOP-Modell nutzen die Forscherinnen die „Narrative“ der befragten Probandinnen, um grundlegende Informationen über den Berufseinstieg der befragten Ergotherapeutinnen zu erhalten. Unter der „Narrative“ können Erlebnisse und Erfahrungen verstanden werden (Baum et al., 2015). In den Interviews beschreiben die Teilnehmerinnen ihre im Berufseinstieg gemachten Erfahrungen und **Gefühle**. Diese lassen sich nach dem PEOP-Modell dem Bereich „Person“ zuordnen. Zu dem Bereich „Person“ gehören im PEOP verschiedene personenbezogene Faktoren, wie bspw. emotionale Faktoren, das individuelle Erleben, das eigene Selbstkonzept, das Selbstbewusstsein und das Identitätsgefühl einer Person. Die Interviewergebnisse machen deutlich, dass die Transition von Studium bzw. Ausbildung in die Praxis als **überfordernd** erlebt wird. Dies wird ebenfalls in der Studie von Woick et al. (2014), deutlich. Auch der Prozess der **Rollenfindung** während des Berufseinstieges wird von den Teilnehmerinnen als herausfordernd beschrieben. Dies zeigt sich in fehlender Sicherheit in der eigenen Rolle als Ergotherapeutin. Schug und Wleklinski (2018) beschreiben in ihrer Studie, dass sich Berufseinsteigerinnen nur unzureichend mit ihrem Beruf identifizieren können. Außerdem fühlen sie sich mit der Ausübung ihrer ergotherapeutischen Rolle überfordert. Weiterhin wurde in den Interviews deutlich, dass die Berufseinsteigerinnen **Unsicherheit** hinsichtlich ihrer fachlichen Kompetenz empfinden. Auch

eine australische Studie von Gray et al. (2012) zeigt, dass Berufsanfängerinnen sich durch die Ausbildung nicht ausreichend auf methodische/fachliche Kompetenzen vorbereitet fühlen. Auch andere Berufsgruppen, wie z.B. Physiotherapeutinnen, erleben ähnliche Herausforderungen im Berufseinstieg. So verspüren sie bspw. Gefühle von Angst und mangelndem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (Foster-Seargeant, 2001). Nach dem PEOP-Modell wirken sich die beschriebenen negativen Gefühle von Überforderung, Rollenfindung und Unsicherheit auf das „Wohlbefinden (Well-Being)“ aus (Baum et al., 2015). Die Transition des Berufseinstieges stellt eine Herausforderung hinsichtlich des „Wohlbefindens“ der Berufseinsteigerin dar. Wenn die eigenen Fähigkeiten, verglichen mit den Ansprüchen der Praxis, als unzureichend empfunden werden, kommt es zu einem Zustand von Unsicherheit und Überforderung. Sutton & Griffin (2000) zeigen in einer weiteren Studie auf, dass einige Ergotherapeutinnen innerhalb der Transition eine zu hohe Erwartung an die eigene Rolle haben. Auch die Ergebnisse der vorliegenden Bachelorarbeit weisen darauf hin, dass mit dem Berufseinstieg zu hohe eigene Ansprüche verbunden sind, welches zu negativen Gefühlen führen kann. Damit dies zu bewältigen ist, sind **Akzeptanz und Transparenz der eigenen Fähigkeiten** hilfreich.

Ein weiterer Aspekt, der das Erleben der Teilnehmerinnen während des Berufseinstieges beeinflusst und den Berufseinstieg hemmt, ist die **Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis**. Die Teilnehmerinnen fühlen sich nur unzureichend durch Ausbildung und Studium auf den Berufseinstieg vorbereitet. Die erlernte Theorie weicht dabei häufig von der Berufspraxis ab. Woick et al. (2014) beschreiben in ihrer Arbeit ebenfalls eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, die den Übergang in den Beruf erschwert. Um Erfahrungen zu sammeln, wird der **praktische Teil der Ausbildung als gute Vorbereitung** für den Berufseinstieg erlebt. Gray et al. (2012) machen darauf aufmerksam, wie wichtig der praktische Teil der Ausbildung und das Sammeln von Arbeitserfahrung während der Ausbildung ist, damit die Lernenden ihr erlerntes Wissen in reale Situationen am Arbeitsplatz integrieren können. Durch Praktika wird das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die ergotherapeutische Rolle gestärkt (Doherty et al., 2009).

2. Welche Faktoren fördern oder hemmen einen erfolgreichen Berufseinstieg?

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass es verschiedene Kompetenzen gibt, die sowohl Berufseinsteigerinnen als auch Einarbeitende mitbringen sollen, um den Berufseinstieg erfolgreich zu gestalten. Diese Kompetenzen lassen sich nach dem PEOP-Modell dem Bereich „Person“ zuordnen. Nachfolgend werden zunächst Kompetenzen der Berufseinsteigerinnen diskutiert. Anschließend folgen Kompetenzen der Einarbeitenden. **Selbstbewusstsein und Mut** fördern den Berufseinstieg dahingehend, dass sie die Berufseinsteigerinnen bestärken, Fragen zu stellen und offen mit Problemen umzugehen. Woick et al. (2014) stellen in ihrer Studie fest, dass durch die Entwicklung berufsbezogenen Selbstvertrauens

der Berufseinstieg verbessert werden kann. Um den Herausforderungen des Berufseinstieges zu begegnen, bedarf es laut der Teilnehmerinnen der vorliegenden Bachelorarbeit, einer realistischen **Selbsteinschätzung von Stärken und Schwächen** durch die Berufseinsteigerinnen. Das OTCLF (Fitzgerald et al., 2015) bietet eine Möglichkeit, die Selbstreflexion ergotherapeutischer Berufseinsteigerinnen zu unterstützen. Sie werden dazu angeregt, ihr berufliches Handeln zu reflektieren sowie Stärken und Schwächen zu erkennen, um Lernbedürfnisse herauszufinden und sich weiterentwickeln zu können. Für eine Selbsteinschätzung und Selbstreflexion im Berufsalltag ist ein proaktives Verhalten der Berufsanfängerinnen von Bedeutung. **Eigeninitiative** während der Einarbeitung wird von den Teilnehmerinnen als fördernder Faktor betrachtet. Dabei wird deutlich, dass sich Berufsanfängerinnen bei Fragen aktiv Unterstützung einholen und während der Einarbeitung wichtige Aspekte mitschreiben sollen. Auch eine Studie von Black et al. (2012) zeigt, dass durch gezielte Fragen und selbstständige Literaturrecherche die eigenen Fähigkeiten weiterentwickelt werden. Die Teilnehmerinnen dieser Bachelorarbeit sehen die Kompetenzen der Einarbeitenden darin, den Berufsanfängerinnen einen eigenständigen **Lernprozess zu ermöglichen**, indem sie sie dazu befähigen, Lösungsansätze selbstständig zu recherchieren. Weiterhin bedarf es eines **verständnisvollen** und **unterstützenden** Verhaltens durch die Einarbeitenden. In einer Studie von Atkinson und McElroy (2016) wird Unterstützung durch Kolleginnen und Mentorinnen als größter fördernder Faktor für die Entwicklung gesehen.

Fördernde Faktoren für die Einarbeitung lassen sich nach dem PEOP neben dem Bereich der „Person“, zusätzlich in die „physikalische“ und in die „soziale Umwelt“ eingliedern. Die Ergotherapie-Praxis, als Arbeitsstelle ist Teil der „physikalischen Umwelt“. Hinsichtlich der „sozialen Umwelt“ zeigen die Interviewergebnisse mehrere fördernde Faktoren. Diese können die Performanz und Teilhabe einer Berufsanfängerin fördern. Das PEOP unterscheidet „soziale Unterstützung“, „praktische Unterstützung“ und „Unterstützung durch Informationen“ als bedeutsame Umweltfaktoren hinsichtlich der Betätigungsperformanz (Baum et al., 2015). „Soziale Unterstützung“ durch **Kolleginnen** wird von den Teilnehmerinnen als wichtige Komponente für den Berufseinstieg eingestuft. Dabei sind **Rücksicht und Unterstützung durch Kolleginnen** entscheidend. Die Studie von Atkinson und McElroy (2016) bestärkt die Aussage, dass ein unterstützendes Arbeitsfeld durch Kolleginnen einen fördernden Faktor für den Berufseinstieg darstellt. Die Kategorie **Zeit** der vorliegenden Bachelorarbeit beinhaltet Aspekte, die sich der „sozialen Unterstützung“ im Bereich „Umwelt“ des PEOP zuordnen lassen, da bspw. zeitliche Vorgaben durch die Arbeitsstelle vorgegeben werden. Dabei wird in den Ergebnissen deutlich, dass es relevant ist, Berufsanfängerinnen **Zeit zu geben, sich** in der neuen Arbeitsstelle **zurechtzufinden**, und sich als **Einarbeitende Zeit zu nehmen, die Berufsanfängerin einzuarbeiten**. Außerdem ist es sinnvoll, **den Berufseinstieg mit wenigen Stunden** zu gestalten. Ein gutes **Zeitmanagement** bietet Raum, den Terminplan für die Behandlungen flexibel zu gestalten, und stellt eine Möglichkeit der „sozialen Unterstützung“ durch

die Rahmenbedingungen der Arbeitsstelle dar. Diese Ergebnisse stimmen mit den Aussagen der befragten Studienteilnehmerinnen von Woick et al. (2014) überein. Sie beschreiben, dass ein Berufseinstieg ohne Zeitdruck wünschenswert ist, um den Herausforderungen im Berufseinstieg bestmöglich zu begegnen. Auch Betz (2014) beschreibt in ihrem Einarbeitungskonzept, dass eine langsame Steigerung der Anforderung und Verantwortung eine Überforderung der Mitarbeiterin verhindert.

„Praktische Unterstützung“ durch die „Umwelt“ erfahren die Berufsanfängerinnen in der **klientenbezogenen Einarbeitung**, da sie hier bspw. von den praktischen Arbeitserfahrungen ihrer Kolleginnen profitieren. Des Weiteren bildet „Unterstützung durch Informationen“ einen weiteren Bereich der „Umwelt“. In der **organisationsbezogenen Einarbeitung** werden Informationen durch schriftliche **Inhalte in einem Einarbeitungskonzept** an die Berufsanfängerinnen weitergegeben. Dies dient einer strukturierten Einarbeitung.

Die „Umwelt“ bietet neben fördernden Faktoren auch Hemmnisse, die den Berufseinstieg erschweren. Dazu zählen die Teilnehmerinnen bspw. zeitlich begrenzte **Hospitationen** vor Arbeitsbeginn. Im Praxisalltag bleibt aufgrund von anfallenden Aufgaben und Termindruck häufig nur wenig **Zeit** für die Berufsanfängerin. Aufgrund des engen **Zeitmanagements** entsteht nur wenig freie Zeit, in der sich Berufsanfängerinnen mit Kolleginnen austauschen können. Kann die Arbeitsstelle der Berufsanfängerin nicht ermöglichen, ihr Zeitmanagement während des Berufseinstieges flexibel zu gestalten, besteht die Gefahr, dass die Berufsanfängerin mit den Anforderungen, die die Praxis stellt, überfordert ist. Es können unbezahlte Überstunden für die Berufsanfängerin entstehen, wenn sie die Aufgaben nicht in der Arbeitszeit bewältigen kann. Auch Barzel et al. (2011b) erkennen die Problematik des Stresses aufgrund von Zeitmangel und des Kostendrucks in ergotherapeutischen Praxen. Die Ergebnisse der vorliegenden Bachelorarbeit zeigen jedoch, dass es für Praxisinhaberinnen aus wirtschaftlichen Gründen Schwierigkeiten birgt, ein flexibles Zeitmanagement zur Verfügung zu stellen. Beginnen Berufsanfängerinnen in der Einarbeitungsphase mit **wenigen Stunden** und weniger Klientinnen, stellt dies **finanzielle Einbußen** für die Praxis dar.

Einen weiteren hemmenden Faktor stellen die Ausbildung bzw. das Studium dar, welches dem Bereich der „Umwelt“ zugeordnet wird. Die Teilnehmerinnen der Bachelorarbeit beschreiben eine **Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis**. Sie sind der Auffassung, dass sie durch ihre Berufsausbildung nur **wenig auf Abläufe im Praxisalltag vorbereitet** sind. So zeigen die Studienergebnisse von Gray et al. (2012) bspw., dass sich die Mehrheit der befragten Teilnehmerinnen wenig bis gar nicht auf den Berufsalltag vorbereitet fühlen.

Das PEOP als ergotherapeutisches Modell hebt die Bedeutung von „Betätigung“ in der Wechselwirkung der verschiedenen Bereiche von „Person“, „Umwelt“, „Betätigung“ und „Partizipation“ hervor. Betätigung setzt sich aus Aufgaben und Rollen der Person zusammen, die sie, bezogen auf den Berufseinstieg, ausführen will und muss (Baum et al., 2015). Die Arbeit in der ergotherapeutischen Praxis beinhaltet sowohl kundenbezogene als auch organisationsbezogene Betätigungen. Mit dem Berufseinstieg entsteht für die Berufsanfängerin die Herausforderung sich in neue Betätigungen einzufinden, auf die sie durch eine Einarbeitung vorbereitet werden kann. Auf Basis der Interviewergebnisse, lässt sich die Einarbeitung als fördernder Faktor in kundenbezogene und organisationsbezogene Anteile aufteilen. In der **kundenbezogenen Einarbeitung** lernt die Berufsanfängerin die Arbeit an der Klientin. Dies umfasst unter anderem Gespräche zur Übernahme von Klientinnen und Parallelbehandlungen. Dadurch werden berufsbezogene Betätigungen der Berufsanfängerin erweitert. Betz et al. (2014) empfehlen eine kundenbezogene Einarbeitung, damit die Berufsanfängerin schrittweise zur selbstständigen Behandlung am Ende der Einarbeitungszeit gelangt.

In der **organisationsbezogenen Einarbeitung** empfehlen die Teilnehmerinnen, praxisindividuelle Abläufe an die Berufsanfängerinnen zu vermitteln, wie bspw. individuelle Berichts- und Dokumentations-schemata der Praxis. Böhmer et al. (2010) und Dehning et al. (2010) beschreiben ebenfalls die Bedeutung einer Einarbeitung in Organisation und Theorie einer Praxis.

Die Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie sind sich einig, dass eine fehlende oder unzureichende Einarbeitung einen hemmenden Faktor für den Berufseinstieg darstellt. Die Ergebnisse zeigen, dass eine strukturierte Einarbeitung den Arbeitsbeginn unterstützt und für einen für alle Beteiligten gelungenen Berufseinstieg unabdingbar ist.

Eine gelungene Einarbeitung kann die „Betätigungsperformanz“ der Berufsanfängerinnen stärken. Die „Betätigungsperformanz“ ist das Ergebnis der Transaktion zwischen „Person“, „Betätigung“ und „Umwelt“ und unterstützt die „Teilhabe“ einer Person. Diese wird nach dem PEOP als aktives Engagement und Einbezogen-Sein beschrieben, was wiederum zu „Wohlbefinden“ führt (Baum, et al., 2015). Um die Betätigungsperformanz der Berufsanfängerinnen in der Einarbeitung zu stärken, empfehlen die Teilnehmerinnen der vorliegenden Bachelorarbeit das **Mitlaufen und Lernen von Kolleginnen**. Dabei können Berufseinsteigerinnen von der Expertise ihrer **Kolleginnen** profitieren und ihre eigene Performanz durch einen **regelmäßigen fachlichen Austausch** erweitern. In einer Studie von Black et al. (2010) wird ebenfalls deutlich, dass Kommunikation und Interaktion mit Kolleginnen sowie das Sammeln von Arbeitserfahrungen in der täglichen Praxis dabei helfen, die „Betätigungsperformanz“ zu verbessern. Um die „Betätigungsperformanz“ weiter zu entwickeln, kann es neben dem Lernen von Kolleginnen

ebenfalls sinnvoll sein, der Berufsanfängerin **Freiraum zu geben, sich auszuprobieren**. Durch eine **Integration ins Team** wird die „Teilhabe“ der Berufsanfängerin gestärkt, was sich positiv auf das „Wohlbefinden“ auswirkt. Die Teilnehmerinnen der vorliegenden Bachelorarbeit sind der Meinung, dass **feste Ansprechpartnerinnen/Mentorinnen** wichtig sind, um sich in der Einarbeitungsphase Feedback einzuholen. Dabei wird durch **regelmäßige Reflexionsgespräche** gemeinsam mit der Ansprechpartnerin/Mentorin die „Betätigungsperformanz“ der Arbeit diskutiert. Ebenso beschreibt eine Studie von Hodgetts et al. (2007) die Notwendigkeit von Mentorinnen und Supervisorinnen, um den Prozess der Einarbeitung zu erleichtern. Betz (2014) macht in einem Einarbeitungskonzept deutlich, dass Berufsanfängerinnen durch den Einsatz von Patinnen als Ansprechpartnerinnen während der Einarbeitungsphase profitieren können, da diese als Vertraute fungieren und ihnen die Praxisabläufe bekannt sind. Die Teilnehmerinnen der vorliegenden Bachelorarbeit betonen, wie wichtig es ist, Berufsanfängerinnen einzuarbeiten. Sie sind der Meinung, dass in der Therapie **Qualität vor Quantität** zählt, was bedeutet, dass zunächst die Arbeitsqualität der Berufsanfängerinnen durch Steigerung der „Betätigungsperformanz“ verbessert werden soll. Dies beinhaltet, dass Berufsanfängerinnen während der Einarbeitung weniger Klientinnen behandeln, um Therapien besser vor- und nachbereiten zu können. Die Einarbeitung unterstützt dabei die berufliche und persönliche Entwicklung der Berufsanfängerin, was die Qualität der Arbeit fördert. Lummer (2015) beschreibt Einarbeitung als wichtigen Bestandteil zu Gewährleistung der Qualität einer Einrichtung.

Hemmnisse, die die Einarbeitung erschweren, wirken sich negativ auf „Performanz“, „Teilhabe“ und das „Wohlbefinden“ der Berufseinsteigerinnen aus. Dazu zählen bspw. zu hohe Erwartungen der Berufsanfängerin an die Kolleginnen, wie die Studie von Robertson und Griffiths (2009) verdeutlicht. Nach Bartzel et al. (2011b) erschweren Rahmenbedingungen der ergotherapeutischen Praxis, wie bspw. Kostendruck und Zeitmangel, eine umfassende Einarbeitung durch Kolleginnen. Dies kann dazu führen, dass Berufsanfängerinnen bei aufkommenden Problemen zu wenig Unterstützung erfahren, was die „Betätigungsperformanz“ und „Teilhabe“ in der Arbeit beeinträchtigen und so das „Wohlbefinden“ einschränken kann. Fehlendes Wohlbefinden während der Einarbeitung kann dazu führen, dass die Berufsanfängerin das Arbeitsverhältnis beendet. Liebhart (2012) beschreibt eine hohe Fluktuation in Praxen und begründet diese durch Zeitmangel und fehlende Einarbeitung. Weiterhin schildert er, dass neue Mitarbeiterinnen häufig zu wenig durch Ansprechpartnerinnen begleitet werden und kein ausreichendes Feedback erhalten.

3. Was macht eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung aus?

Die Interviews zeigen verschiedene Aspekte auf, die die Einarbeitung sowohl für Berufsanfängerinnen als auch für Einarbeitende beeinflussen. In der Fokusgruppe diskutieren die Teilnehmerinnen über die

auf Grundlage der Interviews entwickelten Themen, um einen Konsens über eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung zu finden. Zur Beantwortung der dritten Leitfrage wird im Folgenden der Konsens der Fokusgruppe zu den Themen der Einarbeitung aufgeführt, die sich aus den Kategorien in Tabelle 6 gliedern. Anschließend wird der Konsens der Fokusgruppe im Rahmen einer SWOT-Analyse diskutiert, um Empfehlungen für eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung auszusprechen.

In der Fokusgruppe nennen Einarbeitende und Berufsanfängerinnen **gegenseitige Erwartungen**, die die Zusammenarbeit in der Einarbeitung fördern. Dazu zählen eine flexible Haltung, das Erkennen eigener Grenzen auf Seiten der Berufsanfängerinnen und eine offene Kommunikation im Team sowie Rücksicht und Verständnis auf Seiten der Einarbeitenden.

In Bezug auf die **klientenbezogene Einarbeitung** stellt sich heraus, dass es sinnvoll ist, zwei Wochen bei Kolleginnen zu **hospitieren**, damit von ihren Erfahrungen profitiert, Vorgehensweisen beobachtet und gemeinsam reflektiert werden kann. Die Fokusgruppe macht deutlich, dass sich die Einarbeitung zwischen dem Aufbau einer neuen Stelle und der Übernahme einer Stelle unterscheidet (siehe Tabelle 8). Bei der Übernahme einer Stelle besteht die Möglichkeit sich mit der Kollegin, deren Stelle man übernimmt, auszutauschen und den Therapien beizuwohnen. Bei Aufbau einer neuen Stelle, werden in der Regel weniger Klientinnen von Kolleginnen übernommen, sondern meist neue aufgenommen. **Hospitationen und Übergaben** bieten den Vorteil, dass Berufseinsteigerinnen die Möglichkeit haben, Fragen zur Klientin zu stellen und diese vor selbstständigem Behandlungsbeginn bereits kennenlernen können. Dieses Vorgehen ist jedoch nur bei Stellenübernahme möglich und nicht beim Aufbau einer neuen Stelle. Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe empfinden **Fallbesprechungen im Team** als Erleichterung. Diese sollten in regelmäßigen Abständen, mindestens einmal im Monat, erfolgen und können bei akutem Bedarf auch häufiger stattfinden.

In Bezug auf die **organisationsbezogene Einarbeitung** zeigt sich, dass ein strukturiertes Vorgehen unerlässlich ist. Dazu empfehlen die Teilnehmerinnen einen **Ordner mit wichtigen Inhalten**, in dem Ablauf und Inhalte der Einarbeitung strukturiert dargestellt sind. Dieser Ordner sollte unter anderem folgende Punkte beinhalten: Umgang mit Rezepten, Ablauf von Neuaufnahmen, Arbeitsschwerpunkte der Kolleginnen, Informationen über Abrechnungen, Übersicht und Zusammenfassungen von Tests und Assessments, Inventar- und Materiallisten sowie Berichtsschemata. Die aufgelisteten Aspekte sind praxisindividuell und können je nach Bedarf erweitert oder verringert werden. In der Fokusgruppe kommt es zu dem Konsens, dass eine **Einarbeitungszeit** von drei bis sechs Monaten sinnvoll ist. Dabei empfiehlt es sich, mit wenigen Stunden und wenigen Klientinnen einzusteigen. Weiterhin sind sich die Teilnehmerinnen einig, dass eine **Mentorin** mit Zuständigkeit für die Berufsanfängerin von Relevanz ist.

Zum Aufgabenbereich der Mentorin gehören unter anderem die Kontrolle von Therapieplanungen und das Gegenlesen von Berichten. Um spezifische Fragen in allen Fachbereichen klären zu können, ist es sinnvoll, verschiedene Ansprechpartnerinnen, die auf bestimmte Fachbereiche spezialisiert sind, zu haben. Während der Begleitung der Einarbeitungsphase sind regelmäßige **Reflexionsgespräche** von essenzieller Bedeutung. Die Teilnehmerinnen finden den Konsens, die Gespräche anfangs einmal in der Woche stattfinden zu lassen und sich dabei viel Zeit zu nehmen. Im Verlauf kann dies dann individuell angepasst werden.

5.2 SWOT-Analyse

Im Folgenden wird der Konsens der Fokusgruppe im Rahmen einer SWOT-Analyse diskutiert, um Empfehlungen für eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung auszusprechen.

Die SWOT-Analyse wird in der Literatur Autorinnen der Stanford University und der Harvard Business School der 1960er Jahre zugeschrieben. Ihren Ursprung hat sie aber in Kerngedanken von Sunzi ca. 500 Jahre vor Christus (Pelz, 2018).

Anhand einer SWOT-Analyse werden auf der Grundlage der Forschungsergebnisse die Stärken (Strengths) und das Optimierungspotential (Weaknesses) einer Einarbeitung in die ergotherapeutische Praxis erfasst. Außerdem werden die Chancen (Opportunities) und Risiken (Threats) einer für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung analysiert und erläutert (Wollny & Paul, 2015).

Stärken einer Einarbeitung (Was erleben die Berufsanfängerinnen und die Berufserfahrenen als Ressource?)	Optimierungspotential einer Einarbeitung (Was sollte bei einer Einarbeitung verändert werden?)
• Sie empfinden es als sinnvoll, mit wenig Stunden in den Beruf zu starten, um sich in den Praxisalltag besser einfinden zu können • Der Behandlungsplan sollte über einen längeren Zeitraum gefüllt werden, im Zeitraum der Einarbeitung von 3-6 Monaten • Feste Ansprechpartnerin (Mentorin) • Regelmäßige Reflexionsgespräche mit der Mentorin, mindestens einmal pro Woche • Hilfreich ist eine Hospitation in der ergotherapeutischen Praxis • Organisationsbezogene Einarbeitung und eine klientenbezogene Einarbeitung • Gegenseitige Rücksicht und Unterstützung durch Kolleginnen • Offene Kommunikation im Team • Eigeninitiative, Selbstbewusstsein und Mut als Kompetenzen der Berufsanfängerinnen • Fallbesprechungen im Team, mindestens einmal im Monat, können bei akutem Bedarf auch häufiger stattfinden	• Berufsanfängerinnen sollten als Chance für die Praxis gesehen werden • Eigenständigen Lernprozess ermöglichen und nicht alles vorgeben • Flexible Haltung und das Erkennen der eigenen Grenzen seitens der Berufsanfängerin • Mitlaufen und Lernen von Kolleginnen über zwei Wochen, um von ihren Erfahrungen zu profitieren • Mitlaufen nur möglich bei Übernahme und nicht beim Aufbau einer neuen Stelle • Ordner mit den wichtigsten Inhalten der Organisation in der Praxis

Chancen, einer für alle Beteiligten gelungenen Einarbeitung (Wie kann die Einarbeitung unter Einbezug der Stärken und der Optimierung verbessert werden und was hat das für positive Auswirkungen?)	Risiken, einer für alle Beteiligten gelungenen Einarbeitung (Was passiert, wenn nichts verändert wird? Warum und welche Optimierung macht eine Einarbeitung besonders anfällig?)
• Durch weniger Klientinnen zu Beginn kann das Gefühl der Überforderung umgangen werden • Durch den Austausch mit Kolleginnen können Erfahrungen ausgetauscht werden • Durch die Hospitation lernt die Berufsanfängerin die Praxis kennen • Die spezielle organisationsbezogene Einarbeitung hilft, der Berufsanfängerin den Ablauf der Einrichtung zu vermitteln • Durch die Unterstützung und Rücksicht der Kolleginnen sowie die offenen Kommunikation fühlen sich die Berufsanfängerinnen in der Praxis besser angenommen und sicherer • Eine feste Mentorin kann der Berufsanfängerin ebenfalls Sicherheit vermitteln und steht bei Fragen zur Verfügung • Fallbesprechungen und das Gegenlesen von Berichten unterstützen die Berufsanfängerin in dem Ausbau ihrer Expertise • Die Qualität der Praxis steigt • Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit wirkt sich positiv auf das Arbeitsklima aus	• Es besteht die Gefahr, dass Berufsanfängerinnen sich weiterhin überfordert und unsicher fühlen • Finanzielle Einbußen durch weniger Einheiten mit Patienten zu Beginn

Tabelle 7: SWOT-Analyse

Die SWOT-Analyse (Tabelle 7) auf Grundlage der Forschungsergebnisse macht deutlich, dass verschiedene Ressourcen einen Berufseinstieg in die ergotherapeutische Praxis positiv beeinflussen können. Beide Expertengruppen, die Berufsanfängerinnen und die Berufserfahrenen, sehen es als sinnvoll an, mit geringen Wochenstunden in den Berufsalltag zu starten. In dieser Zeit sollte der Behandlungsplan über einen längeren Zeitraum gefüllt werden, um eine Überforderung seitens der Berufsanfängerin zu vermeiden. Ebenfalls als sinnvoll erweist sich eine feste Ansprechpartnerin in der Praxis zur Klärung aufkommender Fragen seitens der Berufsanfängerin. Dabei empfiehlt es sich, regelmäßige Termine für Reflexionsgespräche festzulegen. Es wird zudem erwartet, dass die Kolleginnen der Berufsanfängerin rücksichtsvoll und unterstützend zur Seite stehen. Kompetenzen, die eine Berufsanfängerin mitbringen sollte, sind Selbstbewusstsein, Mut und Eigeninitiative. Weiterhin ist es sinnvoll, den Berufseinstieg in eine klientenbezogene sowie eine organisationsbezogene Einarbeitung aufzuteilen.

Das Optimierungspotential einer Einarbeitung bezieht sich in der SWOT-Analyse auf die Erfahrungen und Wünsche, welche die Teilnehmerinnen bezüglich des Einarbeitungsprozesses genannt haben. Die Teilnehmerinnen sind der Meinung, dass Berufsanfängerinnen als Chance gesehen werden sollen. Des Weiteren besteht der Wunsch beider Gruppen, dass bei den ersten Behandlungen der Berufsanfängerinnen Qualität vor Quantität zählt. Daher empfiehlt es sich, dass die Berufsanfängerin mit wenigen Stunden einsteigt und ihre Therapieeinheiten so besser vor- und nachbereiten kann. Dies ist aufgrund der damit eingehenden finanziellen Einbußen für die Praxis oft nicht möglich bzw. wird oft von den Praxen nicht durchgeführt. Berufserfahrene Ergotherapeutinnen sowie Berufseinsteigerinnen sind sich einig, dass es sinnvoll ist, zu Beginn bei Kolleginnen mitzulaufen, um einen Einblick in den Therapieablauf zu bekommen. Hier besteht ein höherer Organisationsaufwand, wenn eine Stelle neu aufgebaut und nicht übernommen wird. Es rentiert sich aber nachhaltig in der Qualität der Therapie und in der Sicherheit im Umgang mit den Klientinnen, wenn die Berufseinsteigerin die unterschiedlichen Vorgehensweisen der Kolleginnen kennenlernt. Ein weiterer Punkt, welcher Optimierungspotential bietet, ist das Anlegen eines Ordners mit den wichtigsten Inhalten der individuellen ergotherapeutischen Praxis. Vor allem organisationsbezogene Inhalte können in diesem Ordner festgehalten werden und von Berufsanfängerinnen regelmäßig genutzt werden.

Eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung bietet, unter Einbezug der Stärken und des Optimierungspotentials, Chancen für einen erfolgreichen Einstieg in die Praxis. Bspw. wird durch die wenigen Klientinnen zu Beginn das Gefühl der Überforderung seitens der Berufsanfängerinnen verringert oder vermieden. Durch den Austausch mit Mentorinnen an festen und regelmäßigen Terminen entstehen nicht sogenannte „Tür-und-Angel-Gespräche“ und wichtige Fragen gehen im Arbeitsalltag nicht verlo-

ren. Außerdem bietet eine feste Mentorin für die Berufsanfängerin Sicherheit, indem sie für Fragen bereitsteht. Eine Hospitation vor Arbeitsbeginn kann der Berufsanfängerin dazu verhelfen, einen ersten Einblick in die Praxis zu bekommen und diese kennenzulernen. Es ist wichtig, die Berufsanfängerinnen organisationsbezogen und klientenbezogen einzuarbeiten, um einen umfassenden Einblick in Inhalte und Arbeitsabläufe zu gewähren. Insgesamt trägt eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung zur Qualitätssteigerung der ergotherapeutischen Praxis bei und kann die Mitarbeiterzufriedenheit stärken, was sich positiv auf das Arbeitsklima auswirken kann.

Eine Einarbeitung kann jedoch auch Risiken bergen. Wenn bspw. Berufsanfängerinnen mit wenigen Klientinnen in den Beruf einsteigen, muss die Praxis finanzielle Einbußen einkalkulieren. Es kann allerdings zu Überforderung führen, wenn Berufsanfängerinnen für zu viele Klientinnen zuständig sind. Dies wiederum würde die Qualität der Therapie beeinflussen und der Praxis letztlich schaden.

5.3 Beantwortung der Forschungsfrage

Nachfolgend wird die zentrale Forschungsfrage der Bachelorarbeit beantwortet:

Welche Erfahrungen und Strategien von Ergotherapeutinnen mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung sowie Berufseinsteigerinnen erleichtern den Berufseinstieg und die Einarbeitung von ausgebildeten Ergotherapeutinnen in der Praxis?

In der Forschung werden Erfahrungen und Strategien von erfahrenen Ergotherapeutinnen mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung sowie Berufseinsteigerinnen gesammelt und ausgewertet. Die vorangegangene Diskussion der drei Leitfragen und die SWOT-Analyse zeigen Aspekte, die eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung ausmachen. Daraus lassen sich Empfehlungen für die Einarbeitung in der ergotherapeutischen Praxis ableiten. Die Einarbeitung lässt sich je nach Stellenausschreibung unterschiedlich gestalten. In der Studie wird deutlich, dass sich die Einarbeitung zwischen dem Aufbau einer neuen Stelle und der Übernahme einer bestehenden Stelle unterscheidet. Die Empfehlungen zur Einarbeitung, welche aus den Ergebnissen der Studie resultieren, werden deshalb in die zwei genannten Möglichkeiten gegliedert. Dazu werden zunächst die Gemeinsamkeiten beider Varianten dargestellt und anschließend die Unterschiede aufgezeigt und erläutert.

Aufbau einer neuen Stelle	Übernahme einer bestehenden Stelle
<u>Empfehlungen für Berufseinsteigerinnen und Einarbeitende</u> • Flexible Haltung • Erkennen eigener Grenzen auf Seiten der Berufseinsteigerinnen • Offene Kommunikation im Team • Rücksicht und Verständnis auf Seiten der Einarbeitenden	
<u>Empfehlungen klientenbezogene und organisationsbezogene Einarbeitung:</u> • Zeitraum der Einarbeitung über 3-6 Monate • Fallbesprechungen im Team mindestens einmal im Monat • Feste Mentorin und Ansprechpartnerinnen für verschiedene Fachbereiche • Regelmäßige Reflexionsgespräche mit der Mentorin • Strukturiertes Vorgehen in der organisationsbezogenen Einarbeitung • Ordner mit wichtigen Inhalten (Umgang mit Rezepten, Ablauf von Neuaufnahmen, Arbeitsschwerpunkte der Kolleginnen, Informationen über Abrechnungen, Übersicht und Zusammenfassungen von Tests und Assessments, Inventar- und Materiallisten, sowie Berichtsschemata)	
<u>Unterschiede der Einarbeitung bei Aufbau einer neuen Stelle sowie bei Übernahme einer bereits bestehenden Stelle:</u>	
Bei Aufbau einer neuen Stelle werden in der Regel weniger Klientinnen von Kolleginnen übernommen, sondern meist neue aufgenommen, weshalb die Möglichkeit entfällt, die Therapie von Kolleginnen weiterzuführen.	Bei Übernahme einer Stelle besteht die Möglichkeit bei der Kollegin, deren Stelle man übernimmt, mitzugehen und den Therapien beizuwohnen, um darauf aufzubauen und die Therapie weiterführen zu können.
Bei Aufbau einer neuen Stelle werden die Klientinnen meist neu aufgenommen, sodass Berufsanfängerinnen nicht die Möglichkeit haben, die Klientinnen vor Behandlungsbeginn kennenzulernen und ihren Kolleginnen Fragen zu stellen.	Bei Übernahme einer Stelle besteht die Möglichkeit, dass Berufseinsteigerinnen Fragen zu der Klientin stellen können, welche sie übernehmen sollen und diese vor selbstständigen Behandlungsbeginn kennenlernen können.

Beim Aufbau einer neuen Stellen ist es sinnvoll, die Berufseinsteigerin mit weniger Klientinnen starten zu lassen und den Terminplan zu Beginn flexibel zu gestalten.	Bei Übernahme einer Stelle besteht meist nicht die Möglichkeit, den Terminplan flexibel zu gestalten und mit wenigen Klientinnen zu starten, da die bestehenden Klientinnen der Kollegin übernommen und behandelt werden müssen.
---	--

Tabelle 8: Empfehlungen zur Einarbeitung

Die in der Tabelle dargestellten Empfehlungen und Erläuterungen stellen keine Vorgaben dar und können praxisindividuell angepasst und erweitert werden. Um die Vorteile aus beiden vorgestellten Varianten der Einarbeitung zu verbinden, kann es sinnvoll sein, für den Berufseinstieg eine neue Stelle aufzubauen. Der Behandlungsplan der Berufsanfängerin soll zunächst mit wenigen Stunden gefüllt sein und zu Beginn werden Klientinnen von Kolleginnen übernommen. Im Verlauf der Einarbeitung werden die Stunden aufgebaut und der Plan wird anschließend mit Neuaufnahmen gefüllt.

5.4 Stärken und Limitationen der Studie

Der Forschungsprozess der vorliegenden Bachelorstudie wird nachfolgend kritisch betrachtet, indem die Forscherinnen ihr Vorgehen und ihre Analyse reflektieren. Stärken und Limitationen dieser Studie werden dargestellt und Limitationen der Forschung durch Verbesserungsvorschläge ergänzt. Zu Beginn der Bachelorstudie führten die Forscherinnen eine umfangreiche Literaturrecherche durch, wobei sie ihr Vorgehen in Form einer Tabelle darstellten und zusätzlich beschrieben. Der langanhaltende Prozess und die nachvollziehbare Vorgehensweise schafften Transparenz für die Leserin und die Verbindung mit den Ergebnissen ermöglicht die Beantwortung der vorher festgelegten Forschungsfrage. Es wurde Literatur genutzt, welche für das Thema der Forschungsfrage relevant war, und die vorliegenden Studien wurden durch eine Einordnung nach Tomlin & Borgetto (2011) auf ihre wissenschaftlichen Evidenzgrad überprüft. Im gesamten Forschungsprozess haben die Forscherinnen auf die Einhaltung der Gütekriterien nach Mayring (2016) geachtet. Dabei wurden die Verfahrensdokumentation, die argumentative Interpretationsabsicherung, die Regelgeleitetheit, die Nähe zum Gegenstand, die kommunikative Validierung sowie die Triangulation beachtet. Hinsichtlich der Triangulation orientierten sich die Forscherinnen ebenfalls an der Beschreibung von Höhsl (2016). Während des gesamten Forschungsprozesses wurden zuvor beschriebene forschungsethische Prinzipien nach Schnell und Heinritz (2006) berücksichtigt.

Durch die phänomenologische Forschungsmethode wurden die menschlichen Erfahrungen und Erlebnisse untersucht und konnten hinsichtlich der persönlichen Ziele, Werte und Wirkungen reflektiert werden. Vor der Durchführung der Interviews mit den Teilnehmerinnen wurde der Interviewleitfaden anhand eines Pretests überprüft und angepasst, wodurch die Qualität des Leitfadens erhöht wurde. Durch den

genutzten Methodenmix von Interviews und einer Fokusgruppe und den dazugehörigen Member-Check in Form der Überprüfung der Ergebnisse und der Transkriptionen der einzelnen Studienteilnehmerinnen ist die korrekte Analyse und eine gute Qualität der Ergebnisse der Studie sichergestellt. Eine weitere Stärke dieser Forschung stellt die Beachtung verschiedener Perspektiven auf das Thema Einarbeitung in die ergotherapeutische Praxis dar. Es wurden sowohl erfahrene Ergotherapeutinnen als auch Berufseinsteigerinnen befragt, um Erfahrungen beider Seiten einbeziehen zu können und als Ergebnis der Studie Empfehlungen für eine für beide Seiten relevante und realistische Einarbeitung zu entwickeln.

In der gesamten Forschung wurde auf die Anonymisierung der Teilnehmerinnen geachtet, wodurch sichergestellt wurde, dass keine Teilnehmerin während oder nach der Studie zu Schaden gekommen ist. Durch die in der Diskussion durchgeführte Verknüpfung der Ergebnisse mit dem theoretischen Hintergrund konnten die Forschungsfrage und ihre dazugehörigen Leitfragen konkret beantwortet werden. Die durchgeführte qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) strukturierte den Prozess und führte, ergänzend durch den Bezug zur Theorie, zu der effektiven Beantwortung der Forschungsfrage. Sie unterstreicht außerdem die Bedeutung und den zuvor beschriebenen Zweck der Forschung. Durch die Schlussfolgerung und den Ausblick wird dem Leser eine Perspektive der gesammelten Ergebnisse zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse wurden nicht durch die eigenen Erfahrungen der Forscherinnen beeinflusst, da der Leitfaden der Interviews ausschließlich aus dem theoretischen Hintergrund entstanden ist.

Neben den Stärken waren in der Forschung auch Limitationen zu erkennen. So wurde der Leitfaden der Fokusgruppe nicht durch einen Pretest vor der Durchführung getestet und angepasst. Der entwickelte Leitfaden wurde jedoch im Vorfeld mit der Moderatorin besprochen und so angepasst, dass diese sich in der Durchführung und für mögliche aufkommende Fragen der Teilnehmerinnen sicher fühlte. Die Stichprobengröße von sechs Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie ist zudem als Limitation zusehen, da sie aufgrund der geringen Größe eine niedrige Übertragbarkeit der Ergebnisse aufweist. Aufgrund des zeitlichen Rahmens und der Verbindung von Interviews mit einer Fokusgruppe war es den Forscherinnen nicht möglich, mehr Interviews durchzuführen. Weiterhin ist es kritisch zu betrachten, dass die Forscherinnen für die Studie nur Ergotherapeutinnen aus Aachen auswählten. Dieses Vorgehen begründete sich aus dem Einschlusskriterium für die Bachelorforschung, dass Teilnehmerinnen bei der Fokusgruppe anwesend sein mussten. Um dieses Hindernis zu umgehen, hätte der Einsatz technischen Medien wie bspw. „Video-Chatten“ es ermöglichen können, Ergotherapeutinnen aus ganz Deutschland befragen zu können. Eine weitere Einschränkung zeigt sich darin, dass alle teilnehmenden erfahrenen Ergotherapeutinnen einen Bachelorabschluss in Ergotherapie hatten. Es ist somit nicht auszuschließen, dass erfahrene Ergotherapeutinnen, die die Ausbildung gemacht haben, einen anderen

Blick auf die Einarbeitung von Berufsanfängerinnen haben. In der vorliegenden Bachelorarbeit wird jedoch nicht auf den möglichen Unterschied zwischen der Auswirkung von Studium oder Ausbildung auf die Sichtweise der Einarbeitenden eingegangen. Durch die kleine und mit Einschränkung behafteten Stichprobe der Teilnehmerinnen besteht demnach nur eine geringe Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Zielgruppe dieser Studie.

5.5 Schlussfolgerung und Ausblick

Die Transition von der Ausbildung in den Beruf wird von vielen Berufseinsteigerinnen als überfordernd wahrgenommen. Wie kann dieser Prozess erleichternd gestaltet werden, so dass er sowohl für Berufseinsteigerinnen als auch für Einarbeitende bestmöglich ablaufen kann? Diese Studie hat Empfehlungen für einen für alle Beteiligten gelungenen Einstieg in den Beruf entwickelt. Jedoch hat die Studie nur einen Bruchteil der Zielgruppe untersucht, weshalb weitere Forschung in diesem Bereich nötig ist. Um die Ergebnisse der qualitativen Studie zu vertiefen, ist es sinnvoll, quantitative Studien mit Teilnehmerinnen in ganz Deutschland durchzuführen, um die Ergebnisse deutschlandweit auf ergotherapeutische Praxen übertragen zu können. Weitere Studien können die vorliegenden Studienergebnisse belegen und die Relevanz eines Einarbeitungskonzeptes und einer gelungenen Einarbeitung unterstreichen. Die Forscherinnen empfehlen die Entwicklung eines Einarbeitungskonzeptes für die ergotherapeutische Praxis, welches in einer Pilotstudie auf seine Wirksamkeit überprüft werden muss. Auf Grundlage der Studienergebnisse sollte das Einarbeitungskonzept auf klientenbezogene und organisationsbezogene Inhalte eingehen und die Einarbeitungszeit strukturieren. Hierbei sollten die Unterschiede zwischen dem Aufbau einer neuen Stelle und der Übernahme einer bereits bestehenden Stelle beachtet werden. Zur Entwicklung eines Einarbeitungskonzeptes für Berufsanfängerinnen können, neben den Empfehlungen der vorliegenden Bachelorarbeit, das Konzept von Betz (2014) sowie die Studienergebnisse von Woick et al. (2014) hinzugezogen werden. Es ist zu empfehlen, bereits während der Ausbildung den Prozess der Transition und der Einarbeitung zu thematisieren. Dazu können Ergotherapieschulen die Ergebnisse und das entwickelte Einarbeitungskonzept nutzen, um die Auszubildenden auf den Transitionsprozess vorzubereiten. Insgesamt zeigt die vorliegende Bachelorstudie, wie wichtig eine gelungene Einarbeitung für den Transitionsprozess von neu ausgebildeten Ergotherapeutinnen ist und dass ein Einarbeitungskonzept den Berufseinstieg erleichtern kann.

Literaturverzeichnis

- Amelung, V. E., Mühlbacher, A., & Krauth, C. (2018, 19. Februar). Definition: Qualität: EFQM, KTQ, QEP. Abgerufen am 9. August, 2019, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/qualitaet-efqm-ktq-qep-51775/version-274928>
- Atkinson, R. & McElroy, T. (2016). Preparedness for physiotherapy in private practice: Novices identify key factors in an interpretive description study. *Manual Therapy*, 22, 116-121.
- Albrecht, M. (2017). Zahlen, Daten, Einschätzungen. Ergebnisse der DVE- Angestelltenumfrage 2016. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 56, 28–23.
- American Occupational Therapy Association. (2009). Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 797–803.
- Baum, C. M., Christiansen, C. H., & Bass, J. D. (2015). The Person-Environment-Occupation- Performance (PEOP) model. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, & J. D. Bass (Hrsg.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (4th ed., S. 49-56). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Barzel, A., Ketels, G., Schön, G., Haevernick, K., Lang, H., Link, K., Netzband, A., Trenkne, S., Wagner, B., & van den Bussche, H. (2011a). Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation. Teil 1: Profil der Teilnehmer (Basisdaten). *ergoscience*, 6(2), 57-63.
- Barzel, A., Ketels, G., Schön, G., Haevernick, K., Lang, H., Link, K., Netzband, A., Trenkne, S., Wagner, B., & van den Bussche, H. (2011b). Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation: Teil 2: Berufs-(Alltag) als Therapeut. *ergoscience*, 6(3), 109–116.
- Barzel, A., Ketels, G., Schön, G., Haevernick, K., Lang, H., Link, K., Netzband, A., Trenkne, S., Wagner, B., & van den Bussche, H. (2011c). Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation: Teil 3: Physio- und Ergotherapeuten zwischen Kooperation und Konkurrenz. *ergoscience*, 6(4), 148-155.
- Barzel, A., Ketels, G., Schön, G., Haevernick, K., Lang, H., Link, K., Netzband, A., Trenkne, S., Wagner, B., & van den Bussche, H. (2012). Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation: Teil 4: Zufriedenheit im Beruf. *ergoscience*, 7(1), 21-27.
- Benighaus C., Benighaus L. (2012) Moderation, Gesprächsaufbau und Dynamik in Fokusgruppen. In: Schulz M., Mack B., Renn O. (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft*. VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Betz, B. (2014). Einarbeitung neuer Mitarbeiter. In B. Betz, *Praxis-Management für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden* (S.142-145). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

- Black, L.L., Jensen, G. M., Mostrom, E., Perkins, J., Ritzline, P.D., Hayward, L. & Blackmer, B. (2010). The First Year of Practice: An Investigation of the Professional Learning and Development of Promising Novice Physical Therapists. *Physical Therapy*, 90(12), 1758-1773.
- Blair, S. (2000). The Centrality of Occupation during Life Transitions. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 231-237.
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., & Robson, K. (2001). Focus groups in social research. Kalifornien: Sage.
- Böhmer, K., Klemm, A. C., & Wächter, M. (2010). Einarbeitungskonzept für eine Physiotherapiepraxis. *Unveröffentlichtes Studienprojekt an der HAWK, Hochschule für angewandte Wissenschaften und Kunst, Hildesheim, Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie*. Hildesheim.
- Bohnsack, R., & Schäffer, B. (2001). Gruppendiskussionsverfahren. In T. Hug (Ed.) *Wie kommt Wissenschaft zu Wissen? Einführung in die Forschungsmethodik und Forschungspraxis* (2. Aufl., S. 324-341). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Borgetto, B. (2017). Die Forschungspyramide, Teil 1: Theoretische und konzeptionelle Grundlagen. *ergoscience*, 12(2), 46-55.
- Cup, E., & Van Hartingsveldt, M. (2019). Kompetenzen. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébianian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 202–204). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Definition: SWOT-Analyse. (2018, 14. Februar). Abgerufen am 9. August, 2019, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/swot-analyse-52664/version-275782>
- Dehning, C., Küster, L., & Peter, M. (2010). Einarbeitungskonzept für neue MitarbeiterInnen in Praxen am Beispiel einer ergotherapeutischen Praxis. *Unveröffentlichtes Studienprojekt an der HAWK, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Hildesheim, Studiengang Ergotherapie, Logopädie Physiotherapie*. Hildesheim.
- Department of Occupational Science and Occupational Therapy University of Toronto. (o.D.). 2017 MScOT Program and Curriculum Document. Abgerufen am 23. Juli, 2019, von https://ot.utoronto.ca/wp-content/uploads/2017/10/MScOT_ProgramCurriculum-Dokument_20170405.pdf
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. (2013). *Landesberichterstattung Gesundheitsberufe*. Abgerufen am 12. Mai, 2019, von <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/landesberichterstattung-2013-pdf/von/landesberichterstattung-gesundheitsberufe-nrw-2013/vom/mags/2675>

- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.) (o.D.). *Informationen und Hinweise zur Ergotherapie- Ausbildung und für die Bewerbung an einer Ergotherapieschule*. Abgerufen am 10. Juni, 2019, von https://dve.info/attachments/article/89/Information%20zur%20Ausbildung_94_SO.pdf
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). (2004). *Indikationskatalog Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.. (2018). OTDBASE - Recherche in mehr als 10.000 Abstracts - Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V.. Abgerufen am 9. August, 2019, von <https://dve.info/service/aktuelles/1504-otdbase-recherche-in-mehr-als-10-000-abstracts-2>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.) (2019). *Kompetenzprofil Ergotherapie*. Abgerufen am 18. Juni, 2019, von <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file>
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (2015). DIN EN ISO 9000. Qualitätsmanagementsysteme - Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2015).
- Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113.
- Doherty, G., Stagnitti, K. & Schoo, A.M.M. (2009). From student to therapist: Follow up of a first cohort of Bachelor of Occupational Therapy students. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 341-349.
- Eagers, J., Franklin, R.C., Broome, K. & K Yau, M. (2018). The influence of work on the transition to retirement: A qualitative study. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(11), 624-632.
- Engelhardt, S. (2018). *Neue Mitarbeiter erfolgreich einarbeiten*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag GmbH.
- Epp, A. (2018). Subjektive Theorien von Lehrkräften über ungünstige Faktoren in der Bildungsbiografie von Schülerinnen und Schülern – Wie konstruieren Lehrkräfte den Übergang von der Schule in die Berufsausbildung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, (21)5, 973-990.
- Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 2. August 1999 (BGBl. I S. 1731), die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist.
- Ergotherapeutengesetz vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 17a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist.
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different?. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173.
- Fischer, M. M. (2017). Einarbeitung neuer (Fach-) Pflegekräfte auf einer interdisziplinären operativen Intensivstation. *KLiLU Wir leben Medizin*. Abgerufen am 16. Januar, 2019, von

https://www.klilu.de/e21877/e22228/e22233/e28754/EINARBEITUNG_INTENSIVSTATION_ger.pdf

- Fitzgerald, C., Moores, A., Coleman, A., & Fleming, J. (2014). Supporting new graduate professional development: A clinical learning framework. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 13–20.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Fone, S. (2006). Effective supervision for occupational therapists: The development and implementation of an information package. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 277-283.
- Foster-Seargeant, E. (2001). *The lived experience of new graduate physiotherapists in the first year of practice: mentorship and program management*. (Master of Education Thesis). Thunder Bay, Ontario: Faculty of Education: Lakehead University.
- Friedrichs, A., & Schulte-Frei, B. (2016). Nur in Deutschland zweifelt man am Mehrwert einer akademischen Ausbildung. *ergopraxis*, 9(10), 8.
- Fuchs, T. & Ebert, A. (2008). *Was ist gute Arbeit? Anforderungen an den Berufseinstieg aus Sicht der jungen Generation ; Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von Berufseinsteigern im Alter zwischen 18 und 34 Jahren mit abgeschlossener Berufsausbildung im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB375)*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie gGmbH (INIFES).
- GKV-Spitzenverband. (o.D.). GKV-Spitzenverband - GKV-Spitzenverband. Abgerufen am 9. August, 2019, von https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/gkv_spitzenverband.jsp
- Götsch, K. (2015). Definiton, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers-Assmus, P. Jehn, & U. Steding-Albrecht (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung* (5. Aufl., S. 2-10). Stuttgart: Thieme Georg Verlag.
- Graff, M., Satink, T., & Steultjens, E. (2019). Ergotherapie und Wissenschaft. In M. Le Grasse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 596–596). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Gray, M., Clark, M., Penman, M., Smith, J., Bell, J., Thomas, Y. & Trevan-Hawke, J. (2012). New graduate occupational therapists feelings of preparedness for practice in Australia and Aotearoa/ New Zealand. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 445-455.
- Hodgetts, S., Hollis, V., Triska, O., Dennis, S., Madill, H. & Taylor, E. (2007). Occupational Therapy Students' and Graduates' Satisfaction with Professional Education and Preparedness for Practice, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, (74)3, 148-160.

- Höhl, B. (2016). Gütekriterien für Qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 127–130). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Hofler, L.D. (2008). Nursing Education and Transition to the Work Environment: A Synthesis of National Reports. *The Journal of Nursing Education*, 47(1), 5-12.
- Hucke, B., & Gans, M. (2009). *Qualitätsmanagement und Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Janning, M. (2007). Aller Anfang ist leicht- Einarbeitungskonzepte. *Kma*, 12(09), 60-64. Abgerufen am 19. Januar, 2019, von <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0036-1574363>
- Jehn, P. (2015). Berufsausbildung in der Ergotherapie. In C. Scheepers-Assmus, P. Jehn, & U. Steding-Albrecht (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung* (5. Aufl., S. 19-40). Stuttgart: Thieme Georg Verlag.
- Jones, M., McIntyre, J. & Naylor, S. (2010). Are physiotherapy students adequately prepared to successfully gain employment? *Physiotherapy*, 96, 169-175.
- Jungmann, W. (2004). Der Übergang von der Schule in Ausbildung und Beruf. In E. Schumacher (Ed.), *Übergänge in Bildung und Ausbildung. Gesellschaftliche, subjektive und pädagogische Relevanzen* (S. 171–188). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Kaldewei, N. (2019). Was Ergotherapie ausmacht - Kompetenzprofil. *ergopraxis*, 12(02), 8–9.
- Kapinos, J. (2012). Ergotherapie in Japan: Ausbildung und Praxis. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 3, 15-18.
- Kehr, F., & Scholles, S. (2011). Evaluation des Einarbeitungskonzeptes für eine Ergotherapiepraxis in Hildesheim. *Unveröffentlichtes Studienprojekt an der HAWK, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Hildesheim, Studiengang Ergotherapie, Logopädie Physiotherapie*. Hildesheim.
- Kraler, C. (2008). Professionalisierung in der Berufseingangsphase – Berufsbiografie und Kompetenzentwicklung. Entwicklungsaufgaben der ersten Berufsjahre und Unterstützungsmöglichkeiten. *SchulVerwaltung spezial*, 1, 4-7.
- Kralik, D., Visentin, K. & van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 320–329.
- Kramer, M. (1974). *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. C.V. Mosby Company: St Louis.
- Krenzer, B. & Kühn-Krenzer, J. (2013). *Instrument: Einarbeitungskonzept*. Abgerufen am 22. Juli, 2019, von https://www.demografie.paritaet-nrw.org/tclases/demo/content/e3793/e4417/e4424/e4443/PE_Instrumente_BernhardKrenzer_Fachtagung_Demografie-PARITT_2013.pdf

- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kubny-Lücke, B. (2015). Geschichte der Ergotherapie in Deutschland. In C. Scheepers-Assmus, P. Jehn, & U. Steding-Albrecht (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung* (5. Aufl., S. 11-18). Stuttgart: Thieme Georg Verlag.
- La Trobe University. (o.D.). Bachelor of Applied Science and Master of Occupational Therapy Practice - Handbook - La Trobe University. Abgerufen am 23. Juli, 2019, von <https://www.latrobe.edu.au/handbook/current/undergraduate/she/health-sciences/double-degrees/bapplscomotprac.htm>
- Larsen-Vefring, L., Litwa, T., & Woick, G. (2013). *Rollenfindung von Berufseinsteigern in der Ergotherapie* (Bachelorarbeit).
- Liebhart, C., (2012). Professionelle Einarbeitung als Erfolgsfaktor. *Praxisprofi. Praxisführung. Marketing. Finanzen. Supplement der Zeitschrift Praxis Ergotherapie*. 1, 6-8.
- Littig, B., & Wallace, C. (1997). *Möglichkeiten und Grenzen von Fokus-Gruppendiskussionen für die sozialwissenschaftliche Forschung* (Reihe Soziologie / Institut für Höhere Studien, Abt. Soziologie, 21). Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).
- Lummer, C. (2015) *Praxisanleitung und Einarbeitung in der Altenpflege: Pflegequalität sichern*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Longrée A, Junge I. (2016). Modernisiert und zukunftsfähig. ErgThG und ErgThAPrV in der Überarbeitung. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 7, 26-29.
- Mangold, S. (2013). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie: Reflektiert - systematisch - wissenschaftlich fundiert* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlage und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P., & Gläser-Zikuda, M. (2008). *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Möller, M. (2017). Betätigung (occupation) als ergotherapeutischer Schlüsselbegriff und seine epistemologischen Anpassungen im Verlauf von 100 Jahren Berufsgeschichte: analytischer Überblick und Ausblicke für die Zukunft – Teil 1: Die epistemologische Entwicklung des Begriffes Betätigung im Kontext eines sich wandelnden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit – *ergoscience*, 12(2), 71-81.
- Müller, H. (2011). Ergotherapie in Kanada. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 6, 26-28.
- Müller, H. (2014). Ergotherapie down under – Praxisalltag und Berufspolitik in Australien. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 12, 23-27.

- Neuenschwander, M. P., Gerber, M., Frank, N., & Rottermann, B. (2012). *Schule und Beruf. Wege in die Erwerbstätigkeit*. Wiesbaden: VS.
- Oakman, J. & Howie, L. (2013). How can organisations influence their older employees' decision of when to retire? *Work*, 45(3), 389–397.
- Onlinemarketing-Praxis (o.D.). Fokusgruppen – Definition. Abgerufen 04. Mai, 2019, von <https://www.onlinemarketing-praxis.de/glossar/fokusgruppen>
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G., & McMillan, M. (2012). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today*, 34, 150-156.
- Perkhofer, S., Gebhart, V. & Tucek, G. (2016). Qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden; Nutzen für die Praxis* (S. 67-69). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Piechotta, B. (2008). Qualitätsmanagement — Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen. *PsyQM*, 3–41.
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin: Springer.
- Ritschl, V., Stamm, T. & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch – evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden; Nutzen für die Praxis* (S. 291-306). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Robertson, L. J., & Griffiths, S. (2009). Graduates' reflections on their preparation for practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 125–132.
- Roosen, I., Schüller, A. & Brandt, B. (2017). Betätigung unterrichten. Praxisnahe und gegenstandszentrierte Lehre an Fach- und Hochschulen. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 56(12), 24-27.
- Rügge, H. (2014). Qualitätsmanagement in der Pt-Praxis [Präsentation]. Abgerufen am 19. Januar, 2019, von https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/BuKo2014/Präsentationen/PDF-Präsentation_Rügge_Heinrich.pdf
- Seah, C., Mackenzie, L. & Gamble, J. (2011). Transition of graduates of the Master of Occupational Therapy to practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 103-110.
- Sellar, B., Murray, C. M., Stanley, M., Stewart, H., Hipp, H., & Gilbert-Hunt, S. (2017). Mapping an Australian Occupational Therapy curriculum: Linking intended learning outcomes with entry-level competency standards. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(1), 35–44.
- Scheepers-Assmus, C. (2015). Ergotherapie im Kontext deutscher Rahmenbedingungen. In C. Scheepers-Assmus, P. Jehn, & U. Steding-Albrecht (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung* (5. Aufl., S. 41-55). Stuttgart: Thieme Georg Verlag.

- Schnell, M.W. & Heinritz, C. (2006). *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Bern: Huber.
- Scholl, A. (2018). Das Leitfaden- und Experteninterview. In A. Scholl (Hrsg.), *Die Befragung* (S.68-74). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Schoon, I., & Silbereisen, R.K. (2009). Conceptualising school-to-work transitions. In C. I. Schoon & R.K. Silbereisen (Hrsg.), *Transitions from school to work – globalization, individualization, and patterns of diversity* (S. 3–29). Cambridge: University Press.
- Schulz, M., Mack, B., & Renn, O. (2012). *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Heidelberg Berlin: Springer.
- Solomon, P. & Miller, P. A. (2005). Qualitative Study of Novice Physical Therapists` Experiences in Private Practice. *Physiotherapy Canada*, 57(3), 190-198.
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt „ET-Fachterminologie“ - Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie. *ergoscience*, 2(3), 100-106.
- Statistisches Bundesamt (2017). Gesundheitspersonalrechnung. Abgerufen am 20 Juli, .2019, von <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/23621-0001>
- Supervision - Coaching-Lexikon - Coaching-Lexikon. (o.D.). Abgerufen 16. August, 2019, von <https://www.coaching-report.de/lexikon/supervision.html>
- Supplement (allgemein) aus dem Lexikon - wissen.de | <https://www.wissen.de/lexikon/supplement-allgemein>. (o.D.). Abgerufen 16. August, 2019, von <https://www.wissen.de/lexikon/supplement-allgemein>
- Sutton, G. & Griffin, M. (2000). Transition from Student to Practitioner: the Role of Expectations, Values and Personality. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(8), 380-388.
- Tomlin, G., Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy, *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 189–196.
- Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy`s core competency. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. (S. 87– 133). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- UB Mannheim: Details. (o.D.). Abgerufen am 9. August, 2019, von <https://www.bib.uni-mannheim.de/datenbanken/details/?libconnect%5Btitleid%5D=8073>
- University of St. Augustine. (2019a, 19. Juli). MOT Curriculum. Abgerufen am 23. Juli, 2019, von <https://www.usa.edu/college-of-rehabilitative-sciences/master-occupational-therapy-mot/mot-curriculum/>

- University of St. Augustine. (2019b, 19. Juli). OTD Curriculum. Abgerufen am 23. Juli, 2019, von <https://www.usa.edu/college-of-rehabilitative-sciences/doctor-occupational-therapy/otd-curriculum/>
- Vollmer, K. (2012). Transition. In K. Vollmer (Hrsg.), *Fachwörterbuch für Erzieherinnen und pädagogische Fachkräfte*. Freiburg: Verlag Herder.
- Walkenhorst, U. (2008). *Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung: eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Walkenhorst, U. (2011). Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang. Abgerufen am 10. Juni, 2019, von http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst_ft10-ht2011.pdf
- Weyland, U., & Klemme, B. (2013). Qualifizierung des betrieblichen Ausbildungspersonals – aktuelle Herausforderungen für therapeutische Gesundheitsberufe. Abgerufen am 10. Juni, 2019, von http://www.bwpat.de/ht2013/ft10/weylend_klemme_ft10-ht2013.pdf
- Woick, G., Larsen-Vefring, L., Litwa, T. & Zillhardt, C. (2014). Rollenfindung von Berufseinsteigern in der Ergotherapie – Anpassungsstrategien, Ressourcen und Barrieren. *Ergoscience*, (9)3, 108-117.
- Wollny, V., & Paul, H. (2015). Die SWOT-Analyse: Herausforderungen der Nutzung in den Sozialwissenschaften. In M. Niederberger, & S. Wassermann (Hrsg.), *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung* (S. 189–190). Wiesbaden: Springer VS.
- World Federation of Occupational Therapists. (2017). Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations. Abgerufen am 12. März, 2019, von <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>
- WHO (1948). Constitution. Abgerufen am 12. Mai, 2019, von <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- Zamath, F. (2018). Ergotherapie in den USA – Ein Trendberuf in Übersee. *ergopraxis*, 11(07/08), 40–43.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Betätigung	„Ein Komplex von Aktivitäten, der persönliche und soziokulturelle Bedeutung hat, kulturell definiert ist und die Partizipation an der Gesellschaft ermöglicht“ (Stadler-Grillmaier, 2007, S. 102).
DIN EN ISO 9000	„Diese Norm beschreibt die grundlegenden Konzepte, Grundsätze und Begriffe des Qualitätsmanagements und legt zugehörige Begriffe fest, die allgemein anwendbar sind auf: - Organisationen, die nach nachhaltigem Erfolg durch Umsetzung von Qualitäts- und anderen Managementsystemen streben; - Kunden, die das Vertrauen in die Fähigkeit einer Organisation zur Bereitstellung zufriedenstellender Produkte suchen; - Organisationen, die Vertrauen in ihre Lieferkette erwerben wollen, dass ihre Produkthanforderungen erfüllt werden; - alle interessierten Parteien, die danach streben, die Kommunikation durch allgemeines Verständnis der im Qualitätsmanagement verwendeten Begriffe zu verbessern“ (DIN EN ISO 9000).
EFQM	„Die European Foundation for Quality Management (EFQM) ist eine gemeinnützige Organisation, die 1988 mit Unterstützung der Europäischen Kommission von 14 europäischen Unternehmen in den Niederlanden gegründet wurde. Die EFQM setzt sich für die Verbreitung und Anwendung von Qualitätsmanagementsystemen nach dem EFQM-Modell ein“ (Ame- lung, Mühlbacher & Krauth, 2018).
Evidenzpyramide	Die Evidenzpyramide stellt die Forschungsansätze quantitativexperimentell, quantitativbeobachtend, qualitativexperimentell sowie qualitativbeobachtend auf vier Seiten dar und dient der Einordnung des Evidenzlevels von Studien (Borgetto, 2017).
Experteninterviews	Das Experteninterview ist eine strukturiertere Variante des Leitfadeninterviews. Ein Experteninterview wird dann als solches bezeichnet, wenn die Zielgruppe Personen mit speziellem Fachwissen sind. Im Fokus stehen dabei die Perspektiven und Handlungsweisen der Experten und weniger die befragte Person an sich (Flick, 2011).
Fokusgruppe	„Fokusgruppen sind eine Technik aus der klassischen Marktforschung, die auch bei der Messung und Verbesserung der Usability (dt. Nutzerfreundlichkeit) ihre Anwendung findet. Dabei diskutieren potenzielle Benutzer aus einer homogenen Zielgruppe, aber auch Experten in einer von einem neutralen Moderator geleiteten Gruppendiskussion über (neuartige) Konzepte und erarbeiten unter Anwendung von Kreativtechniken gezielte Optimierungsvorschläge bzw. Ideen zur (Weiter-) Entwicklung. Dadurch kommt es zu einer vielschichtigen Auseinandersetzung mit dem Thema und einer Vielzahl von Aspekten und Sichtweisen. Deutungs- und Handlungszusammenhänge können über die Sinnzusammenhänge der Teilnehmer erschlossen werden. Emotionale Hintergründe von Äußerungen und versteckte Annahmen werden somit aufgedeckt. Entscheidend ist, dass zuvor Themen und Aspekte festgelegt werden. Diese Diskussion kann sowohl offline als auch online erfolgen“ (onlinemarketing-praxis, o.J.).
GKV-Spitzenverband	„Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Er gestaltet die

	Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die Gesundheit der 70 Millionen Versicherten steht dabei im Mittelpunkt seines Handelns“ (GKV-Spitzenverband, o.D.).
KTQ	„KTQ® stand bei Gründung im Jahr 2002, für „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“. 2004 erfolgte die Umbenennung in „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“. Die Kooperation ist eine Gesellschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerates. Diese Gruppierung wurde Mitte der 1990er-Jahre, mit dem Ziel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in Krankenhäusern, gegründet. Inzwischen ist das KTQ-Verfahren das im dt. Krankenhausbereich am weitesten verbreitete Zertifizierungsverfahren“ (Amelung, Mühlbacher & Krauth, 2018).
OTdbase	„Die englischsprachige Datenbank OTDBASE ermöglicht die Recherche in mehr als 10.000 Abstracts aus über 20 internationalen ergotherapeutischen Fachzeitschriften. Auch die ergoscience ist in dieser Datenbank gelistet. OTDBASE unterstützt damit Ergotherapeuten in ihrer praktischen Arbeit, bei der Bearbeitung von Forschungsthemen und der Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2018).
OTseeker	Die ergotherapeutische Datenbank OTSeeker ist speziell für die Suche wissenschaftlicher Artikel, welche für die Ergotherapie relevant sind (Mangold, 2013).
PubMed	PubMed ist eine Suchmaschine für medizinische und therapeutische wissenschaftliche Artikel (Mangold, 2013).
Sage Journals	Sage Journals ist eine Datenbank für Aufsätze und Volltexte mit den Fachbereichen Biologie, Medizin, Naturwissenschaft, Soziologie und Technik („UB Mannheim: Details“, o.D.).
Supervision	„Supervision begleitet Einzelne, Teams, Gruppen und Organisationen bei der Reflexion und Verbesserung ihres privaten, beruflichen oder ehrenamtlichen Handelns. Fokus ist je nach Zielvereinbarung die Arbeitspraxis, die Rollen- und Beziehungsdynamik zwischen Supervisand und Klient, die Zusammenarbeit im Team bzw. in der Organisation des Supervisanden usw.“ („Supervision - Coaching-Lexikon - Coaching-Lexikon“, o.D.).
Supplement	Ein Supplement wird allgemein als eine Ergänzung definiert. Es ist ein „Ergänzungsband eines vielbändigen Werkes“ („Supplement (allgemein) aus dem Lexikon - wissen.de https://www.wissen.de/lexikon/supplement-allgemein “, o.D.).
SWOT-Analyse	Die SWOT-Analyse ist eine Abkürzung für Analysis of strengths, weakness, opportunities and threats. „Die Stärken-Schwächen-Chancen-Risiken-Analyse stellt eine Positionierungsanalyse der eigenen Aktivitäten gegenüber dem Wettbewerb dar“ („Definition: SWOT-Analyse“, 2018).
Transition	„Als Transition werden in der Entwicklungspsychologie bedeutende Übergänge im Leben eines Menschen beschrieben, die von diesen bewältigt werden müssen. Innerhalb solcher Phasen finden in relativ kurzer Zeit wichtige Veränderungen statt, wobei vor allem Kinder unterschiedlichen Belastungen unterworfen sind, wenn sie sich einer neuen Situation anpassen müssen. Als kritisches Lebensereignis kann sich ein Übergang positiv oder negativ auf die weitere Entwicklung eines Kindes auswirken, denn

	gelingt die Anpassung an die neuen Lebensumstände nicht, entsteht Stress. Ob und wie Kinder einen Übergang meistern, hängt u.a. von ihrer psychischen Widerstandsfähigkeit ab (Resilienz). Wesentliche Transitionen sind für Kinder etwa der Eintritt in eine Kinderkrippe, in den Kindergarten, in die Schule sowie der Wechsel auf eine weiterführende Schule, der Berufseintritt und generell der Übergang in das Jugendlichenalter mit der Pubertät. Eine solche Transition kann für Kinder auch der Tod eines Familienmitglieds oder die Trennung bzw. Scheidung der Eltern notwendig machen“ (Vollmer, 2012).
--	--

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	PEOP: Enabling Everyday Living (Baum, et al., 2015)	S. 9
Abbildung 2	Berufskompetenzen in Australien (ACSOT, 2010)	S. 22
Abbildung 3	Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019)	S. 24
Abbildung 4	Occupational Therapy Clinical Learning Framework (Fitzgerald et al., 2015, S. 16)	S. 34
Abbildung 5	Darstellung der Sitzposition während der Fokusgruppe	S. 49
Abbildung 6	Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015)	S. 53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Beispiel der Suchstrategie in einer Datenbank	S. 7
Tabelle 2	Interviewteilnehmerinnen	S. 44
Tabelle 3	Teilnehmerin des Pretests	S. 44
Tabelle 4	Teilnehmerinnen der Fokusgruppe	S. 48
Tabelle 5	Kategorien der Interviews	S. 57
Tabelle 6	Kategorien der Fokusgruppe	S. 76
Tabelle 7	SWOT-Analyse	S. 93
Tabelle 8	Empfehlungen zur Einarbeitung	S. 97

Anlagen

1. **Einschätzung des Evidenzlevels verwendeter Studien nach Tomlin & Borgetto (2011)**
2. **Teilnehmeranschreiben**
3. **Einverständniserklärung/ Datenschutzvereinbarung der Teilnehmerinnen**
4. **Interviewleitfaden erfahrene Ergotherapeutinnen**
5. **Interviewleitfaden Berufsanfängerinnen**
6. **Evaluationsbogen Interview-Pretest**
7. **Leitfaden Fokusgruppe**
8. **Qualifikationen der Moderatorin**
9. **Datenschutzerklärung der Moderatorin**
10. **Einverständniserklärung für Bild- und Tonaufnahmen der Moderatorin**
11. **Einverständniserklärung für Bild- und Tonaufnahmen der Teilnehmerinnen**
12. **Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015)**
13. **Auszug aus der Transkription**
14. **Interpretationsregeln nach Mayring (2016)**
15. **Auszug der Darstellung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2016)**
16. **Gegenüberstellung Interviews und Fokusgruppe**
17. **Ehrenwörtliche Erklärung**

Anlage 1: Einschätzung des Evidenzlevels verwendeter Studien nach Tomlin & Borgetto (2011)

Um den Grad der Evidenz der verwendeten Studien einschätzen zu können, nutzen die Forscherinnen die Evidenzpyramide nach Tomlin & Borgetto (2011). Diese unterscheidet bei der Einteilung des Evidenzlevels zwischen qualitativen und quantitativen Studien. Die Evidenzpyramide besteht, wie nachfolgend aufgeführt, aus drei Seiten und einem Boden. Die Seiten ergeben sich aus dem „Experimental Research“, also der klinisch-experimentellen Forschung, dem „Outcome Research“, also der Versorgungsforschung und dem „Qualitative Research“, also der qualitativen Forschung. Der Boden bildet die „Descriptive Research“, also die deskriptive Forschung (Ritschl, Stamm & Unterhumer, 2016). Die Seiten der Evidenzpyramide teilen sich in vier Level, wobei das erste Level den höchsten Grad an Evidenz darstellt und das vierte Level den niedrigsten Grad (Tomlin & Borgetto, 2011).

Evidenzlevel nach Tomlin und Borgetto (2011)

Descriptive Research (Base)

1. Systematic reviews of related descriptive studies
2. Association, correlational studies
3. Multiple-case studies (series), normative studies, descriptive surveys
4. Individual case studies

Experimental Research (Side)

1. Meta-analyses of related experimental studies
2. Individual (blinded) randomized controlled trials
3. Controlled clinical trials
4. Single-subject studies

Outcome Research (Side)

1. Meta-analyses of related outcome studies
2. Preexisting groups comparisons with covariate analysis
3. Case-control studies; preexisting groups comparisons
4. One-group pre-post studies

Qualitative Research (Side)

1. Meta-syntheses of related qualitative studies
2. Group qualitative studies with more rigor (a,b,c)
3. Group qualitative studies with less rigor (a,b,c)
 - a. Prolonged engagement with participants
 - b. Triangulation of data (multiple sources)
 - c. Confirmation of data analysis and interpretation (peer and member checking)
4. Qualitative Studies with a single informant

Mega-Syntheses of Descriptive, Experimental, Outcome, and Qualitative Research (Top)

Aufgrund der Vielzahl der für diese Arbeit verwendeten Studien, zeigt die nachfolgend aufgeführte Tabelle nur exemplarisch, wie die Forscherinnen das Evidenzlevel der genutzten Literatur einstufen.

Literatur	Einschätzung des Evidenzlevels
Atkinson, R. & McElroy, T. (2016). Preparedness for physiotherapy in private practice: Novices identify key factors in an interpretive description study. <i>Manual Therapy</i> , 22, 116-121.	Diese Studie befindet sich nach Tomlin & Borgetto (2011) auf dem zweiten Level der Evidenzpyramide, auf der qualitativen Seite und ist demnach eine „Group qualitative study with more rigor“ (Qualitative Studie an mehreren Personen, hohe Güte).
Barzel, A., Ketels, G., Schön, G., Haevernick, K., Lang, H., Link, K., Netzband, A., Trenkne, S., Wagner, B., & van den Bussche, H. (2011a). Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation. Teil 1: Profil der Teilnehmer (Basisdaten). <i>ergoscience</i> , 6(2), 57-63.	Diese Studie befindet sich nach Tomlin & Borgetto (2011) auf dem dritten Level der Evidenzpyramide, auf der quantitativen Seite im Bereich Outcome Research (Versorgungsforschung) und ist demnach eine „Case-control study; preexisting groups comparisons“ (Forschung an bestehenden Gruppen, ohne Kovarianzanalyse, Fall-Kontroll-Studie).
Black, L.L., Jensen, G. M., Mostrom, E., Perkins, J., Ritzline, P.D., Hayward, L. & Blackmer, B. (2010). The First Year of Practice: An Investigation of the Professional Learning and Development of Promising Novice Physical Therapists. <i>Physical Therapy</i> , 90(12), 1758-1773.	Diese Studie befindet sich nach Tomlin & Borgetto (2011) auf dem zweiten Level der Evidenzpyramide, auf der qualitativen Seite und ist demnach eine „Group qualitative study with more rigor“ (Qualitative Studie an mehreren Personen, hohe Güte).
Doherty, G., Stagnitti, K. & Schoo, A.M.M. (2009). From student to therapist: Follow up of a first cohort of Bachelor of Occupational Therapy students. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 56, 341-349.	Diese Studie befindet sich nach Tomlin & Borgetto (2011) auf dem vierten Level der Evidenzpyramide, auf der quantitativen Seite im Bereich Outcome Research (Versorgungsforschung) und ist demnach eine „One-group pre-post study“ (Vorher-nachher-Studie ohne Kontrollgruppe).
Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65(5), 1103-1113	Diese Studie befindet sich nach Tomlin & Borgetto (2011) auf dem ersten Level der Evidenzpyramide, auf der qualitativen Seite und ist demnach eine „Meta-syntheses of related qualitative studies“ (Metaanalyse).
Fitzgerald, C., Moores, A., Coleman, A., & Fleming, J. (2014). Supporting new graduate professional development: A clinical learning framework. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 62(1), 13–20.	Diese Studie befindet sich nach Tomlin & Borgetto (2011) auf dem zweiten Level der Evidenzpyramide, auf der qualitativen Seite und ist demnach eine „Group qualitative study with more rigor“ (Qualitative Studie an mehreren Personen, hohe Güte).
Gray, M., Clark, M., Penman, M., Smith, J., Bell, J., Thomas, Y. & Trevan-Hawke, J. (2012). New graduate occupational ther-	Diese Studie befindet sich nach Tomlin & Borgetto (2011) auf dem vierten Level der Evidenzpyramide, auf der quantitativen Seite im Bereich Outcome Research (Versorgungsforschung) und

apists feelings of preparedness for practice in Australia and Aotearoa/ New Zealand. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 59, 445-455.	ist demnach eine „One-group pre-post study“ (Vorher-nachher-Studie ohne Kontrollgruppe).
Robertson, L. J., & Griffiths, S. (2009). Graduates' reflections on their preparation for practice. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 72(3), 125–132.	Diese Studie befindet sich nach Tomlin & Borgetto (2011) auf dem zweiten Level der Evidenzpyramide, auf der qualitativen Seite und ist demnach eine „Group qualitative study with more rigor“ (Qualitative Studie an mehreren Personen, hohe Güte).
Seah, C., Mackenzie, L. & Gamble, J. (2011). Transition of graduates of the Master of Occupational Therapy to practice. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 58, 103-110.	Diese Studie befindet sich nach Tomlin & Borgetto (2011) auf dem zweiten Level der Evidenzpyramide, auf der qualitativen Seite und ist demnach eine „Group qualitative study with more rigor“ (Qualitative Studie an mehreren Personen, hohe Güte).
Woick, G., Larsen-Vefring, L., Litwa, T. & Zillhardt, C. (2014). Rollenfindung von Berufseinsteigern in der Ergotherapie – Anpassungsstrategien, Ressourcen und Barrieren. <i>Ergoscience</i> , (9)3, 108-117.	Diese Studie befindet sich nach Tomlin & Borgetto (2011) auf dem zweiten Level der Evidenzpyramide, auf der qualitativen Seite und ist demnach eine „Group qualitative study with more rigor“ (Qualitative Studien an mehreren Personen, hohe Güte).

Anlage 2: Teilnehmeranschriften



Wie treten wir in Kontakt?

Über eine Rückmeldung von Ihnen würden wir uns freuen. Senden Sie bitte eine Mail an folgende Adresse:
bachelorteamzuyd@gmail.com

Interviewteilnehmer*innen für Bachelorarbeit gesucht



Wer sind wir?

Wir, Kim Brinkmann, Christine Henseler, Sarah Seeberg und Annika Wrede, studieren gemeinsam an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL). Zuvor haben wir in Deutschland eine Ausbildung als Ergotherapeuten abgeschlossen.

Wir suchen **erfahrene Ergotherapeut*innen**, die...

- mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in einer Praxis haben
- bereits mindestens zwei Berufsanfänger eingearbeitet haben
- für ein Interview Zeit haben
- für eine Gruppendiskussion im Juni 2019 Zeit haben

Wir suchen außerdem **Berufsanfänger** in der Ergotherapie, die...

- nicht länger als ein Jahr in einer ergotherapeutischen Praxis arbeiten
- für ein Interview Zeit haben
- für eine Gruppendiskussion im Juni 2019 Zeit haben

Worum geht es in der Studie?

In einem Interview sowie in einer Gruppendiskussion möchten wir erforschen, wie die Einarbeitung von Berufsanfängern in ergotherapeutischen Praxen bestmöglich gelingen kann. Dazu möchten wir Sie herzlich einladen, Ihr Wissen und Ihre Erfahrungen mit uns zu teilen.

Bei weiteren Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Was erwartet Sie?

Zeitraum: Interviews sind **ab sofort** möglich (persönlich oder Online) & eine Gruppendiskussion im **Juni 2019**

Dauer des Interviews/ der Fokusgruppe: Ca. 60-90 Minuten

Ort: In einer ergotherapeutischen Praxis **in Aachen oder nach Absprache**

Datenschutz: Ihre Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt. Die Ergebnisse werden in unserer Bachelorarbeit ausgewertet.

Anlage 3: Einverständniserklärung/ Datenschutzvereinbarung der Teilnehmerinnen



Datenschutzvereinbarung/ Einverständniserklärung

Bachelorarbeit des Studiengangs Ergotherapie BSG an der Zuyd Hogeschool
Forscherinnen: Kim Brinkmann, Christine Henseler, Sarah Seeberg und Annika Wrede

Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten im Rahmen der Teilnahme an dem Forschungsprojekt „Einarbeitung von Berufsanfänger*innen in der ergotherapeutischen Praxis“

In der Bachelorforschung werden mit allen Teilnehmer*innen jeweils ein Einzelinterview durchgeführt sowie eine gemeinsame Gruppendiskussion unter allen Teilnehmer*innen veranstaltet. Die Interviews und Gruppendiskussion werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und von den Forscherinnen verschriftlicht. Alle Angaben werden für die wissenschaftliche Auswertung anonymisiert und Aussagen nur in Ausschnitten zitiert und nicht in Gänze veröffentlicht. Personenbezogene Daten der Teilnehmer*innen werden getrennt von den Interviewdaten gespeichert und Dritten nicht zugänglich gemacht.

Die Teilnahme an Interview und Gruppendiskussion erfolgt freiwillig und Sie haben die Möglichkeit Ihre Teilnahme an dem Forschungsprojekt abubrechen und ihre Einwilligung in Aufnahme, Verschriftlichung und Auswertung von Interview und Gruppendiskussion zurückzuziehen.

Ich bin damit einverstanden,

- ☐ im Rahmen des Forschungsprojektes an einem Interview teilzunehmen.
- ☐ im Rahmen des Forschungsprojektes an einer Gruppendiskussion mit anderen Ergotherapeut*innen teilzunehmen.
- ☐ dass das Interview und die Diskussion anonymisiert aufgezeichnet werden und von den Forscherinnen der Bachelorarbeit verschriftlicht werden.
- ☐ dass die anonymisierten Aussagen aus Interview und Gruppendiskussion in der Bachelorarbeit zitiert werden dürfen.

Vorname, Nachname (Druckschrift)

Ort, Datum, Unterschrift

Anlage 4: Interviewleitfaden erfahrene Ergotherapeutinnen

Einstiegsfragen:

Bitte erzählen Sie zunächst etwas über ihren beruflichen Werdegang zur Ergotherapeutin.

- Seit wann sind Sie Ergotherapeutin?
- Haben Sie eine Ausbildung oder ein Studium gemacht?
- Wo haben Sie bisher gearbeitet?
- Was sind Ihre Hauptaufgaben an einem typischen Arbeitstag?

Wie wurde der eigene Berufseinstieg von den befragten Ergotherapeutinnen erlebt?

- Wurden Sie eingearbeitet? Wenn ja, beschreiben Sie bitte das Vorgehen.
- Wie verliefen Ihre ersten Arbeitswochen und wie haben Sie sich dabei gefühlt?
- Wie wurden Sie in den organisatorischen Ablauf der Praxis eingearbeitet?
- Wie wurden Sie in die Arbeit an und mit der Klientin eingearbeitet?
- (Wir haben Sie das empfunden?)

Welche Faktoren fördern oder hemmen einen erfolgreichen Berufseinstieg?

- Was sind Ihrer Meinung nach Faktoren, die die Einarbeitung unterstützen/fördern? (Mentorin/ feste Ansprechpartnerin, Kommunikation Chefinnen und Kolleginnen, Einarbeitungskonzept)
- Was sind aus Ihrer Erfahrung Faktoren, die die Einarbeitung hemmen können? (Zeitmangel, Termine, Aufgaben...)
- Gibt es regelmäßige Reflexionsgespräche über die Einarbeitung und Arbeitssituation gemeinsam mit der Berufsanfängerin?

- Wurden Sie in der Ausbildung auf den Berufseinstieg vorbereitet? Wenn ja, wie?
- Was würden Sie im Nachhinein anders machen?

Was macht eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung aus?

- Wie werden neue Angestellte in Ihrer Praxis eingearbeitet? Unterscheiden Sie zwischen Berufsanfängerinnen und Mitarbeiterinnen mit Berufserfahrung?
- Was gehört für sie zu einem guten Einarbeitungskonzept? (Schrittweise Übergabe der Klientinnen, Einführung in Praxisabläufe, Doku, Räume, Material, Dauer der Einarbeitung)
- Was sind Ihre Erwartungen an Berufsanfängerinnen während der Einarbeitungsphase?
- Welche Erwartungen haben Sie in der Rolle der Einarbeitenden an sich selbst gestellt, um die Einarbeitung erfolgreich zu gestalten? Welche Ressourcen/Kompetenzen bringen Sie mit?
- Was würden Sie Berufsanfängerinnen für den Berufseinstieg raten?
- Wie können Arbeitgeberinnen oder Kolleginnen die Berufsanfängerin unterstützen?

Ausblick und Abschluss

- Ausstiegsfrage: Vielen Dank, dass Sie ihre Erfahrungen mit uns geteilt haben. Gibt es noch ein Thema, das Ihnen wichtig ist und bisher noch nicht angesprochen wurde?
- Ausblick auf die Fokusgruppe im Juni 2019

Anlage 5: Interviewleitfaden Berufsanfängerinnen

Einstiegsfragen:

Bitte erzählen Sie zunächst etwas über ihren beruflichen Werdegang zur Ergotherapeutin.

- Seit wann sind Sie Ergotherapeutin?
- Haben Sie eine Ausbildung oder ein Studium gemacht?
- Was sind Ihre Hauptaufgaben an einem typischen Arbeitstag?

Wie wurde der eigene Berufseinstieg von den befragten Ergotherapeutinnen erlebt?

- Wurden Sie eingearbeitet? Wenn ja, beschreiben Sie bitte das Vorgehen.
- Wie verliefen Ihre ersten Arbeitswochen und wie haben Sie sich dabei gefühlt?
- Wie wurden Sie in den organisatorischen Ablauf der Praxis eingearbeitet?
- Wie wurden Sie in die Arbeit an und mit der Klientin eingearbeitet?
- (Wir haben Sie das empfunden?)

Welche Faktoren fördern oder hemmen einen erfolgreichen Berufseinstieg?

- Was sind Ihrer Meinung nach Faktoren, die die Einarbeitung unterstützen/zu fördern? (Mentorin/ feste Ansprechpartnerin, Kommunikation Chefinnen und Kolleginnen, Einarbeitungskonzept)
- Was sind aus Ihrer Erfahrung Faktoren, die die Einarbeitung hemmen können? (Zeitmangel, Termine, Aufgaben...)

- Gibt es regelmäßige Reflexionsgespräche über die Einarbeitung und Arbeitssituation gemeinsam mit der zugewiesenen Kollegin der sie eingearbeitet hat?

Was macht eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung aus?

- Wurden Sie in der Ausbildung auf den Berufseinstieg vorbereitet? Wenn ja, wie?
- Was gehört für sie zu einem guten Einarbeitungskonzept? (Schrittweise Übergabe der Klientinnen, Einführung in Praxisabläufe, Doku, Räume, Material, Dauer der Einarbeitung)
- Was sind Ihre Erwartungen an Ihre Arbeitgeberin während der Einarbeitungsphase?
- Was können Sie dazu beitragen Ihren eigenen Berufseinstieg zu erleichtern? Welche Ressourcen/Kompetenzen bringen Sie mit?
- Was würden Sie anderen Berufsanfängerinnen für den Berufseinstieg raten?
- Wie können Arbeitgeberinnen oder Kolleginnen die Berufsanfängerin unterstützen?

Ausblick und Abschluss

- Ausstiegsfrage: Vielen Dank, dass Sie ihre Erfahrungen mit uns geteilt haben. Gibt es noch ein Thema, das Ihnen wichtig ist und bisher noch nicht angesprochen wurde?
- Ausblick auf die Fokusgruppe im Juni 2019

Anlage 6: Evaluationsbogen Interview-Pretest

Evaluationsbogen

- Der Aufbau und die Struktur des Interviewleitfadens sind sinnvoll gegliedert. ~~Ja~~/Nein
- Der zeitliche Umfang war angemessen. ~~Ja~~/Nein
- Die Gesprächsatmosphäre des Interviews war angenehm. ~~Ja~~/Nein
- Die Fragen wurden in einem angemessenen Tempo gestellt. ~~Ja~~/Nein
- Die Interviewer haben ausreichend Zeit zum Antworten gelassen. ~~Ja~~/Nein
- Die Fragen waren verständlich formuliert. ~~Ja~~/Nein

Wenn nein, welche _____

- Es fehlten wichtige Punkte. Ja/Nein

Wenn ja, welche Den Berufsinsieg nochmal betonen

- Waren Fragen überflüssig? Ja/Nein

Wenn ja, welche _____

- Welche Fragen waren besonders wichtig?

Fördernde + hemmende Faktoren

- Welche Rückmeldung möchten Sie uns sonst noch geben:

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung!

Anlage 7: Leitfaden Fokusgruppe

Leitfaden Fokusgruppe

(Dient zur Unterstützung der Moderatorin)

Vor Beginn der offiziellen Fokusgruppe:

- Begrüßung durch die Forscherinnen und Übergabe an die Moderatorin → Rolle der Forscherinnen klären, Teilnehmer ankommen lassen etc.
- Namensschilder
- Einverständniserklärung Videoaufnahme
- Kaffee und kleine Snacks (Obst, Kekse, Bananenbrot..)
- alle suchen sich einen Sitzplatz aus

Einleitungsphase/ Ankommen der Teilnehmer (10 Minuten)	<u>Smalltalkphase:</u> • ist jeder mit der Sitzplatzwahl zufrieden? • Beginn der Videoaufnahme • Vorstellung der Moderatorin, mit einer kleinen „Eisbrecher-Blitzlich-Runde“ (Jeder sagt ein Funfact über sich) <u>Ablauf/ Rahmenbedingungen/ Ziele:</u> • Gruppenregeln erklären und auf das Plakat verweisen • Ziel der Gruppendiskussion und Bachelorarbeit: • Ziel der Studie ist es herauszufinden, wie man den Berufseinstieg durch eine für alle beteiligten gelungene Einarbeitung, in einer ergotherapeutischen Praxis gestalten kann • Ziel der Gruppendiskussion ist es, einen Konsens zu Inhalten der Einarbeitung zu finden unter Berücksichtigung aller Beteiligten • Ablauf der Diskussion erklären: • Erster Teil: Kategorien die aus den Interviews gewonnen wurden zum Thema hemmende und fördernde Faktoren der Einarbeitung (ca. 20 Minuten) • Im zweiten Teil wird diskutiert, was eine für alle Beteiligten gelungene Einarbeitung ausmacht (ca. 40 Minuten) • Uns ist wichtig, dass es einen offenen Austausch gibt und die Teilnehmer diskutieren können • Überleitung zur Diskussion
--	--

Erste Diskussion
(20 Minuten)

Drei Leitfragen:

Wie haben sie sich bei ihrer Einarbeitung in eine ergotherapeutische Praxis gefühlt?

Was sind hemmende und fördernde Faktoren für eine Einarbeitung?

Was macht für alle Beteiligten eine gelungene Einarbeitung aus?

➔ „Blitzlichter sammeln“ (nur 1 Wort, welches das Gefühl am besten beschreibt):

- Berufsanfängerinnen sagen wie sie sich in **Einarbeitung** gefühlt haben
- Berufserfahrene sagen wie sie sich in **Rolle der Einarbeitenden** fühlen

1. **Zeit/ Zeitmanagement** (Blatt auf den Tisch legen)

- Erzählen sie alles was ihnen zu fördernden und hemmenden Faktoren zum Thema Zeit und Zeitmanagement einfällt
- (z.B. Teilzeitstelle, Zeit um sich zurecht zu finden, Zeit für Gespräche etc., Vor und Nachbereitung...)

2. **Kolleginnen** (Blatt auf den Tisch legen)

- Erzählen sie alles was ihnen zu fördernden und hemmenden Faktoren im Umgang und Austausch mit Kolleginnen einfällt
- (z.B. Unterstützung, Rücksicht, Hospitation, angenehme Atmosphäre etc....)

3. **Theorie-Praxis-Transfer** (Blatt auf den Tisch legen)

- Was fällt ihnen zu hemmenden und fördernden Faktoren beim Theorie Praxis Transfer ein?
- (z.B. zu wenig Fachwissen aus Ausbildung, das erlernte nicht richtig umsetzen kann etc...)

4. **Kompetenzen Eigenschaften** (Blatt auf den Tisch legen, KEINE Erwartungen/Wünsche an andere Rolle)

- Was sind aus der eigenen Position Kompetenzen und Eigenschaften die die Einarbeitung unterstützen oder aber

	hemmen können? (Anleiterin aus ihrer Sicht und Berufsanfängerin aus ihrer Sicht) • Z.B. zu schüchtern, wenig Selbstbewusstsein, Verständnis zeigen, Empathie....)
--	--

Zweite Diskussion (40 Minuten)	- Bezug hier zur 2. Leitfrage Frage, welche an die Kompetenzen/ Eigenschaften anknüpft: - Welche Erwartungen und Wünsche hast du an die andere Position (Berufsanfängerin an Anleiterin und andersrum) - Wie kann man sich gegenseitig gut unterstützen und ergänzen? Bezug zur organisationsbezogenen Einarbeitung: • Wie lange soll eine Einarbeitung dauern? Über welchen Zeitraum zieht sie sich? • Mit wie vielen Klientinnen für Berufsanfängerinnen ist es sinnvoll zu starten? (Spanne mögl.) • Wie oft und wie lange sollten Reflexionsgespräche geführt werden? • Wäre eine Mentorin sinnvoll oder mehrere Ansprechpartnerinnen? • Wie kann man von vorherigen Berufsanfängerinnen profitieren? • Wie kann mit Wissenslücken aus der Ausbildung umgegangen werden?
---	--

	• In den Interviews wurde deutlich, dass der Wunsch nach einem Leitfaden/ Ordner / Handbuch aufkam. ➔ Welche Inhalte gehören eurer Meinung nach konkret in diesen Leitfaden / Ordner? (z.B. Berichtsschema, Dokumentation, Rezepte, Tests, Assessments, häufig gestellte Fragen etc...) Bezug zur klientenbezogenen Einarbeitung: • Wie lange sollte man bei Kolleginnen mitlaufen? Was ist das Ziel davon? Sollte es danach einen Austausch geben? (z.B. Parallelbehandlung) • Wie kann gewährleistet werden, dass die Berufsanfängerin eine qualitativ hochwertige Therapie durchführt? (z.B. Therapieablaufplan, Fortbildung) • Wie sollten Fallbesprechungen terminlich organisiert werden? • Tipps und Wünsche an die andere Rolle: ➔ Jeder hat jetzt 2 Minuten Zeit sich einen Tipp oder Wunsch zu überlegen, dem er der anderen Position gerne mitgeben würde für die Einarbeitung (1 Satz)
Abschlussphase (5 - 10 Minuten)	- Bedürfnis noch etwas nicht Gesagtes, auszusprechen - Zusammenfassung der Moderatorin - Feedback der Moderatorin - Feedback von den Teilnehmerinnen - Danksagung & Verabschiedung

Anlage 8: Qualifikationen der Moderatorin



[REDACTED]
geboren am [REDACTED]

hat das Studium im Bachelorstudiengang

International Relations

mit der Bachelorprüfung am 12.09.2018 an der
Hochschule Rhein-Waal erfolgreich abgeschlossen.

Aufgrund dieser Prüfung verleiht die

Hochschule Rhein-Waal den akademischen Grad

Bachelor of Arts, B.A.

Professor Dr. Ralf Klapdor
Vorsitzender des Prüfungsausschusses
der Fakultät Gesellschaft und Ökonomie

Professor Dr. Philipp Schorn
Prodekan der Fakultät Gesellschaft und Ökonomie



Kleve, den 12.09.2018

Anlage 9: Datenschutzerklärung für die Moderatorin

Datenschutzerklärung für die Moderatorin,

Vor- und Nachname der Moderatorin: _____

Ich bin von den Studentinnen Kim Brinkmann, Sarah Seeberg, Annika Wrede und Christine Henseler von der Zuyd Hogeschool, die derzeit, ihre Bachelorarbeit schreiben, unterrichtet worden, dass ich zu absoluter Verschwiegenheit nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) über alle mir in der Praxis bekanntwerdenden Vorgänge, auch über persönliche Verhältnisse der Therapeutinnen, verpflichtet bin.

Es ist mir bekannt, dass die Schweigepflicht auch nach Beendigung der Forschungsphase der Bachelorarbeit uneingeschränkt und zeitlich unbefristet fortbesteht.

Ich bin darüber belehrt worden, dass ein Bruch dieser Schweigepflicht Anlass zu einem Strafverfahren sein kann.

Ich erkläre, dass ich keine weiteren Fragen und Aufklärungswünsche habe.

Ort, Datum, Unterschrift Moderatorin

Ort, Datum, Unterschrift Bachelorteam

Gemäß **§ 203 StGB Absatz 1 Satz 1** kann

Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft werden.

Anlage 10: Einverständniserklärung für Bild- und Tonaufnahmen der Moderatorin

Einverständniserklärung für Bild- und Tonaufnahmen

Vor- und Nachname der Moderatorin: _____

Ich bin schriftlich darüber informiert worden, dass im Rahmen der Studie eine Video- und Tonaufnahme gemacht wird.

Die Aufnahme dient allein der Datenauswertung. Die ausgewerteten Daten werden nur in anonymisierter Form in der Bachelorarbeit auftreten. Das Videomaterial dient ausschließlich zur sprachlichen Erkennung der Teilnehmer für die weitere Auswertung.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Die Video- und Tonaufnahme wird gesichert verwahrt. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit verlangen kann, dass meine Aufnahmen unkenntlich gemacht werden. Die Aufnahmen werden jedoch in jedem Fall nach Abschluss der Auswertung vernichtet.

Ich erkläre mich mit der beschriebenen Handhabung der erhobenen Aufnahmen einverstanden.

Mir wurde genügend Zeit für meine Entscheidung eingeräumt. Ich habe alles gelesen und verstanden und erkläre mich hiermit bereit, dass eine Video- und Tonaufnahme im Rahmen der Fokusgruppe am 22.06.2019 von mir gemacht werden darf.

Eine Kopie wird mir anschließend ausgehändigt.

Moderatorin (Datum/Ort/Unterschrift)

C. Henseler (stellv.) (Datum/Ort/Unterschrift)

Anlage 11: Einverständniserklärung für Bild- und Tonaufnahmen der Teilnehmerinnen

Einverständniserklärung für Bild- und Tonaufnahmen

Vor- und Nachname _____

Ich bin schriftlich darüber informiert worden, dass im Rahmen der Studie eine Video- und Tonaufnahme gemacht wird.

Die Aufnahme dient allein der Datenauswertung. Die ausgewerteten Daten werden nur in anonymisierter Form in der Bachelorarbeit auftreten. Das Videomaterial dient ausschließlich zur sprachlichen Erkennung der Teilnehmer für die weitere Auswertung.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Die Video- und Tonaufnahme wird gesichert verwahrt. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit verlangen kann, dass meine Aufnahmen unkenntlich gemacht werden. Die Aufnahmen werden jedoch in jedem Fall nach Abschluss der Auswertung vernichtet.

Ich erkläre mich mit der beschriebenen Handhabung der erhobenen Aufnahmen einverstanden.

Mir wurde genügend Zeit für meine Entscheidung eingeräumt. Ich habe alles gelesen und verstanden und erkläre mich hiermit bereit, dass eine Video- und Tonaufnahme im Rahmen der Fokusgruppe am 22.06.2019 von mir gemacht werden darf.

Eine Kopie wird mir anschließend ausgehändigt.

(Datum/Ort/Unterschrift)

C. Henseler (stellv.) (Datum/Ort/Unterschrift)

Kim Brinkmann, Sarah Seeberg, Annika Wrede, Christine Henseler

Anlage 12: Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so'n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
3. Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.
6. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
8. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
9. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
10. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
11. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet (z.B. „B1:“, „Peter:“).
12. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht (.) für circa eine Sekunde, (..) für circa zwei Sekunden, (...) für circa drei Sekunden und (Zahl) für mehr als drei Sekunden.
13. Sprecherüberlappungen werden mit // gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein //. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser // und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit // gekennzeichnet.
14. Zeichen und Abkürzungen werden ausgeschrieben, zum Beispiel Prozent, Meter und so weiter.

15. englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß und Kleinschreibung behandelt.
16. Anredepronomen der zweiten Person (du und ihr) werden klein geschrieben, die Höflichkeitsanrede Pronomen (Sie und Ihnen) werden großgeschrieben.
17. Die Zahlen null bis zwölf werden im Fließtext mit Namen, größere in Ziffern geschrieben.
18. Auch Redewendungen/Idiome werden wörtlich und Standarddeutsch wiedergegeben, z.B. „übers Ohr hauen“ (statt: über das Ohr hauen).
19. Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt: und ich sagte dann „Na, dann schauen wir mal“.

Anlage 13: Auszug aus der Transkription

236 über die man jede Woche dann wieder spricht und aber trotzdem dann immer mal wieder zur
237 Rückmeldung einfach da ist. #00:17:15#

238

239 I: Super. Und die finden dann auch täglich statt, oder einmal die Woche oder (.)? #00:17:19#

240

241 B: Genau also, die zwei halben Stunden sind in der Regel einmal Anfang der Woche und Ende der
242 Woche und mittwochs ist immer Team-Besprechung, sodass also immer (.) kontinuierlich quasi
243 reflektiert werden kann und immer nur ein der zwei Tage dazwischenliegen, wobei das sicher in Zeiten
244 von Feiertagen, Urlaubsphasen und sowas dann auch variiert und nicht immer (.) gleich ist, aber
245 generell ist es bei uns, dass das genau so feste Termine sind die wöchentlich im Kalender stehen, wie
246 (.) die Patienten auch. #00:17:52#

247

248 I: Was sind denn deine Erwartungen an den Berufsanfänger (..) während der Einarbeitungsphase?
249 Also was erwartest du von (.) deinen Mitarbeitern? #00:18:08#

250

251 B: Ich erwarte, dass ich Sachen nicht fünf Mal sagen muss, die täglich passieren, also jemand also
252 wenn ich sage so (.) oder wenn wir Testungen besprechen und klar ist das und das ist ein
253 Ausschlusskriterium, dass ich dann nicht fünf Wochen nacheinander sagen muss, „Denk dran, den
254 Test durfst du nicht machen, weil das und das ist“, also das jemand sich halt wirklich auch bemüht
255 sich selbst reinzuhängen (.) dass derjenige mit konkreten Fragen zu mir kommt, wenn irgendwas nicht
256 funktioniert, weil dafür ist die Einarbeitung meiner Meinung nach da, dass es eben nicht nur so ist, ich
257 kontrolliere funktioniert alles und ich muss dafür arbeiten, dass alles läuft sondern das halt der
258 Mitarbeiter auch gewillt ist zu sagen okay, das und das funktioniert nicht oder da komme ich nicht
259 weiter und offen halt auch darüber spricht, was vielleicht auch schwer fällt (.) und dass es nicht nur
260 organisatorisch ist sondern das man wirklich in einen fachlichen Austausch kommt (.) weil ich glaube
261 egal ob Berufsanfänger oder 20 Jahre Erfahrung, man kann halt immer über die Grundlagen sprechen
262 und (.) ja nicht nur Terminplanung und der Patient ist dann im Urlaub und der ist aber zu spät
263 gekommen, oder irgendwie (.) also nicht nur diese Rahmenbedingungen. #00:19:16#

264

265 I: Okay, welche Erwartungen hast du denn in der Rolle des Einarbeitenden an sich selber gestellt und
266 was bringst du an Kompetenzen und Ressourcen mit? #00:19:26#

267

268 B: Ja also was ich an mich selbst immer erwarte ist, dass ich nichts vorkaue, weil sonst kann man die
269 Einarbeitung Jahre lang ziehen (lacht), dass ich Sachen die ich in Fortbildungen vielleicht gelernt
270 habe, die also woanders herkommen als aus der Ausbildung mal so als Trigger mit in den Raum
271 werfe, oder halt auch sagen kann „Guck da und da mal rein in dem und dem Kapitel von dem und
272 dem Buch steht was, oder guck mal hier ist mein Skript aus der Fortbildung, guck da mal rein, da
273 findest du was.“, oder irgendwelche Anreize für Therapiematerial oder Mittel gebe, aber dass ich halt
274 nicht arbeite, während der Mitarbeiter sagt „Ach prima, jetzt weiß ich was ich in der nächsten Therapie
275 mache soll.“, und in der nächsten Woche so wieder kommt „Ja, mache ich denn beim nächsten Mal?“,
276 also dass ich mich ein bisschen zurücknehme und versuche mehr zu leiten, so wie wir das ja auch bei
277 Patienten quasi so ein bisschen versuchen, sich zurückzunehmen und (.) ja das ist so meine
278 Erwartung an mich. #00:20:22#

279

280 I: Sehr schön, was würdest du denn jetzt einem Berufsanfänger raten? So als Tipp mitgeben für den
281 Berufseinstieg? #00:20:32#

282

Anlage 14 : Interpretationsregeln nach Mayring (2016)

Z1: Paraphrasierung

Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) Inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!

Z1.2: Übersetze die Inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!

Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!

Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!

Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!

Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z3: Erste Reduktion

Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!

Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden.

Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!

Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zur Hilfe!

Z4: Zweite Reduktion

Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!

Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/ Integration)!

Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/ Integration)!

Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zur Hilfe!

Anlage 15: Auszug der Darstellung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2016)

TN	Zeile	Transkript	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	Kategorien
TN5	30-36	Jein (lacht). Bei mir war es relativ knapp, weil ich spontan angefangen hab zu arbeiten (.) das ging alles sehr schnell und ich hatte quasi einen Tag wo ich hospitiert habe, wo ich einmal mitgelaufen bin und bin dann in der Woche drauf hab ich angefangen. Es war ein bisschen schade, weil die Kollegin deren Stelle ich übernommen hab nur noch eine Woche da war (.) da die dann noch Resturlaub hatte, den sie nehmen musste das heißt sie konnte mich eine Woche quasi mit mitnehmen zu den ganzen Besuchen Hausbesuchen und zu den Therapien und danach musste ich dann alleine starten quasi. Also richtig eingearbeitet würde ich sagen wurde ich nicht.	Bei mir war es knapp, weil ich spontan angefangen habe zu arbeiten. Es ging alles sehr schnell und ich hatte einen Hospitationstag. In der nächsten Woche habe ich angefangen zu arbeiten. Die Kollegin, deren Stelle ich übernommen habe, war nur noch eine Woche da, deshalb konnte sie mich nur eine Woche mitnehmen und danach musste ich alleine starten. Richtig eingearbeitet wurde ich nicht.	Schneller Berufseinstieg. Ein Hospitationstag und danach die Woche angefangen zu arbeiten. Eine Woche mitlaufen.	Wenig Zeit zum Mitlaufen und Hospitieren in der Einarbeitung.	Zeit
TN 3	54-63	Am Anfang, genau, ich hatte ja am Anfang, also ich bin ja für 16 Stunden angestellt und ich hatte am Anfang quasi erstmal einen leeren Terminplaner und hab mir dann innerhalb der ersten (..) innerhalb des ersten Monats quasi so ein paar Klienten eingeplant und es wurde gesagt, also ich hab eine bestimmte Anzahl an Behandlungen, die ich erreichen muss, und in den ersten drei Monaten wurde gesagt, dass ich diese Anzahl noch nicht erreichen muss. Also das heißt, die ersten drei Monate waren quasi noch Schonzeit, da konnte ich quasi meinen Terminkalender noch ein bisschen lockerer planen und auch mal bei anderen mitlaufen, oder (.) man braucht ja einfach auch länger noch für so organisatorische Sachen, Dokumentation, Berichte, dass ich einfach noch mehr Zeit hatte dann quasi für diese Sachen und nach den drei Monaten sollte ich dann aber gucken, dass ich quasi auf die Behandlungseinheiten komme, die ich ähm leisten soll.	Ich bin für 16 Stunden angestellt und hatte zu Beginn einen leeren Terminplan und habe mir innerhalb des ersten Monats Klienten eingeplant. In den ersten drei Monaten musste ich noch nicht die vorgegebene Anzahl an Behandlungen erreichen. Die ersten drei Monate waren Schonzeit in denen ich mehr Zeit für Organisatorisches und Zeit zum Mitlaufen hatte. Nach den ersten drei Monaten musste ich auf die vorgegebenen Behandlungseinheiten kommen.	16 Stunden zu Beginn. Terminplan nach und nach füllen. Schonzeit am Anfang. Zeit für Organisatorisches und Mitlaufen.	Mit wenig Stunden einsteigen (Teilzeit). Zeit geben sich zu-rechtzufinden.	Zeit

TN4	196-211	(...) also die Kollegin, die angefangen hat, die hat die Ausbildung im Oktober fertig gemacht und ist im November bei uns eingestiegen (.) die hat auch mit einer Teilzeitstelle angefangen, so wie bei mir, weil ich das halt als sehr positiv empfunden habe. Die hat mehr Einarbeitungszeit gehabt als ich damals und hat halt in freien Einheiten immer die Möglichkeit gehabt bei uns mit zu gucken, also das ist quasi das Prinzip, egal ob Teilzeit, Vollzeit (.) oder Mini-Job, das wir sagen, okay so viel wie möglich jetzt mit gucken (.) und wir teilen auf zwei (.) also die Frau X. ist ja noch mit in der Praxis und wir teilen quasi die Einarbeitung auf uns zwei auf, damit möglichst viel Erfahrung mit irgendwie gegeben wird und wir uns die Fachbereiche aufteilen können (.) sodass sie halt eher Neurologie, Orthopädie und so macht und ich Pädiatrie und Psychiatrie und das organisatorische halt im Team mitbesprochen wird oder aber in der Einarbeitungszeit auch sodass wir einfach mehr Zeit haben, und das wird über drei Monate auf jeden Fall gezogen und dann fällt eine Einarbeitungszeit weg, sodass die andere noch da ist (.) um das quasi weiter zu halten, weil wir halt sagen, genauso wie Berichtszeiten und Dokumentationszeiten (.) es ist schön wenn wir viele Therapien machen, aber wenn am Ende die Qualität leidet hat halt keiner was gewonnen, also lieber kein Fließband, sondern Therapien die qualitativ gut sind (.) und dafür sag ich halt braucht man eine Einarbeitung.	Die Kollegin hat mit einer Teilzeitstelle angefangen, wie bei mir. Das habe ich als sehr positiv empfunden. Sie hatte mehr Einarbeitungszeit als ich und konnte immer in freien Einheiten bei uns mit zugucken. Das ist unser Prinzip, egal welche Stundenanzahl, so viel wie möglich am Anfang mit gucken. Ich teile mir die Einarbeitung mit meiner Kollegin, um möglichst viel Erfahrung weiterzugeben und persönliche Fachbereiche besser aufteilen zu können. Organisatorisches wird im Team besprochen, oder in der Einarbeitungszeit. Die Einarbeitung zieht sich über drei Monate und dann fällt die Einarbeitung einer Kollegin weg, sodass die andere noch da ist. Eine qualitativ hochwertige Therapie ist uns wichtig, deshalb lieber weniger Therapien am Anfang. Und dafür braucht man eine Einarbeitung.	In Teilzeit anfangen. In freien Einheiten bei Kollegen mitgehen. Viel beobachten. Zwei Ansprechpartner für unterschiedliche Fachbereiche. Nach drei Monaten fällt eine Einarbeitungszeit weg. Organisatorisches wird im Team besprochen oder in der Einarbeitungszeit. Weniger Therapien, dafür mehr Qualität. Einarbeitung ist wichtig.	Mit wenig Stunden einsteigen (Teilzeit). Zeit geben sich zurechtzufinden. Einarbeitung und Reflexion mit festen Ansprechpartnern. Organisatorische Einarbeitung. Qualität vor Quantität.	Zeit Gespräche Feedback Einarbeitung Qualität
-----	---------	--	--	---	---	---

Anlage 16: Gegenüberstellung Interviews und Fokusgruppe

Interviews	Fokusgruppe
K2 = Einarbeitung • Gegenseitige Erwartungen • Hospitation / Übergabe (klientenbezogen) • Fallbesprechungen im Team (klientenbezogen) • Ordner / Konzept (organisationsbezogen) • Einarbeitungszeit (organisationsbezogen) • Mentor (organisationsbezogen) Reflexionsgespräche	K'1: Mit wenig Stunden und wenig Klienten einsteigen K'2: Zeit für organisatorisches und Austausch K'3: Mehr Zeit um sich zurechtzufinden K'4: Zeit für Berufsanfänger nehmen K'5: 3-6 Monate Einarbeitungszeit K'7: Strukturiertes Vorgehen K'8: Einarbeitungszeit vertraglich geregelt K'9: Ordner mit wichtigen Inhalten - Rezepte, Abrechnung, Faxen, Assessments, Materialien, Fachbereiche der Kollegen, Neuaufnahmen, Absagen, Regeln der Praxis, mögliche Patientenfragen K'10: Akzeptanz und Transparenz K'11: Hinterfragen von Berufsanfängern anstrengend für Berufserfahrene K'12: Auf Berufsanfänger einstellen - Rücksicht K'13: Offene Kommunikation im Team K'14: Mitlaufen und Lernen von Kollegen - lernen von Handwerkszeug, Ideen für die Therapie, aufteilen von Therapiestunden, Parallelbehandlungen, vorher und nachher besprechen, Freiraum sich auszuprobieren K'15: Mitlaufen über 2 Wochen K'16: Fallbesprechungen im Team - Raum für Fragen und Probleme mit Klienten, im Buch schon mal aufschreiben, dass etwas besprochen werden soll, 1 Klienten pro Woche besprechen K'17: Fester Mentor - Ansprechpartner je nach Fachgebiet K'18: Regelmäßige Reflexionsgespräche K'19: Berufsanfänger - Mut, Eigeninitiative, Notizen, Recherchen - Selbsteinschätzung von Stärken und Schwächen - Flexibilität - Motivation, Freude am Beruf - Arbeit sehen können K'20: Berufserfahrene - Eigenreflexion

	- Ruhe und Zuversicht ausstrahlen - Geduld K'21: Gegenseitige Akzeptanz und Unterstützung K'22: Kontrolle von Therapieplänen - Raumplan, Ziele, Material, Alternativen K'23: Gegenlesen von Berichten - Korrigieren und besprechen K'24: Reflexionsgespräche anfangs 1x die Woche, dann individuell absprechbar
--	---

Anlage 17: Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern wir, Kim Brinkmann, Christine Henseler, Sarah Seeberg und Annika Wrede, dass die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer Quellen und Hilfsmittel als der angegebenen angefertigt wurde. Die aus den Quellen entnommenen Stellen, sowohl wörtliche als auch inhaltliche, wurden als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Heerlen, den 05.09.2019



Kim Brinkmann



Christine Henseler



Sarah Seeberg



Annika Wrede