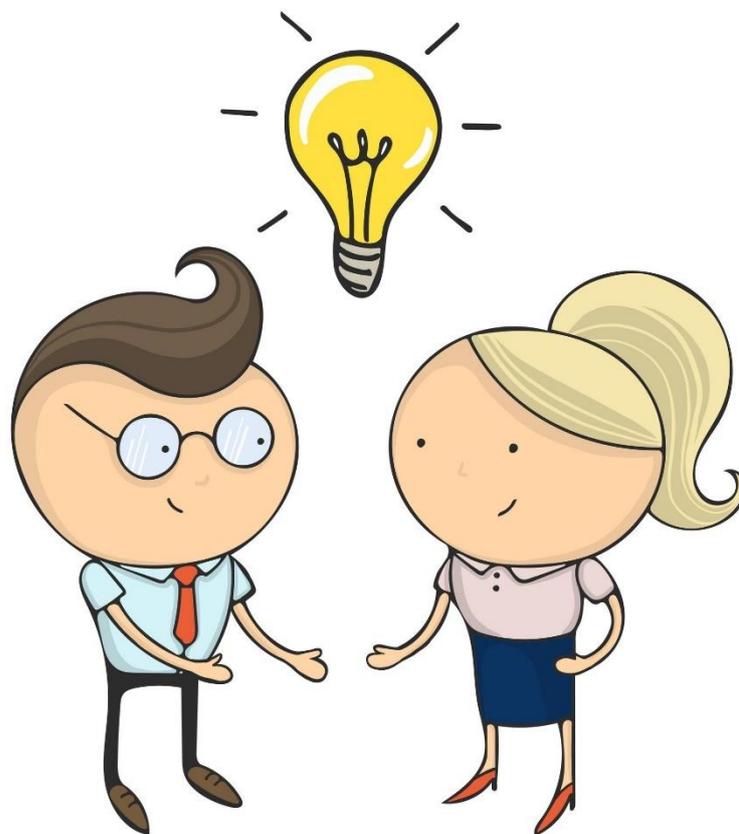


Das Potential einer interprofessionellen
Zusammenarbeit zwischen
Ergotherapeut*innen und
Psychotherapeut*innen:
Eine qualitative Interviewstudie.



Bachelorarbeit

Carsten Buse
(1877321)

&

Stefanie Schlegel
(1877526)

November 2020

Bachelorarbeit

Das Potential einer interprofessionellen Zusammenarbeit
zwischen
Ergotherapeut*innen und
Psychotherapeut*innen:
Eine qualitative Interviewstudie.

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool
November 2020

Verfasser:

Carsten Buse (1877321)

Stefanie Schlegel (1877526)

Begleitende Dozentin:

Esther Wendel

Danksagung

Zuerst möchten wir uns bei unseren Studienteilnehmer*innen bedanken:

Ohne Sie wäre diese Forschung nicht möglich gewesen. Vielen Dank, dass Sie Ihre Erfahrungen mit uns geteilt haben!

Weiterhin bedanken wir uns bei Esther Wendel als begleitende Dozentin:

Liebe Esther,

danke für Deine ruhige und sachliche Art, uns zum Nachdenken anzuregen. Du warst immer für uns erreichbar und hast uns mit Deinen wertvollen Ratschlägen unterstützt.

Zum Schluss geht ein großer Dank an unsere Familien:

Mama und Papa, vielen Dank für Eure Unterstützung, Eure aufbauenden Worte, Eure Backkünste und jeden Punkt, den Ihr beim Korrekturlesen gesetzt habt.

Jana, vielen Dank für jedes Telefonat, jedes Teetrinken und jede Ablenkung. Du hast uns auf andere Gedanken gebracht!

Fabs, danke für Deinen 24-Stunden-Service bei allen PC-Problemen, Deine Geduld und Dein Sprachwissen!

Lesehinweise

Personenbezeichnungen

- Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden die Studierenden unterschiedlichen Geschlechtes als Verfasser*innen der vorliegenden Arbeit in der geschlechtsneutralen übergreifenden Formulierung als Forschende benannt.
- Als orthografisch-typografisch relevante Strategie für die geschlechtergerechte Schreibweise nutzen die Forschenden den Asterisk, beispielsweise in Ergotherapeut*innen. Der Asterisk dient als Platzhalter und bezieht männliche, weibliche und nichtbinäre Geschlechtsidentitäten mit ein.
- Um die geltenden Datenschutzbestimmungen einzuhalten, wurden die Forschungsdaten der Studienteilnehmer*innen formal anonymisiert. Die direkten Identifikationsmerkmale wie Namen, Orte oder Arbeitgeber wurden entfernt.
- Die Zuordnung der Forschungsdaten erfolgt in der vorliegenden Forschungsarbeit über die Abkürzung „TN“ für Studienteilnehmer*innen und einer nachfolgenden Ziffer, die chronologisch in der Reihenfolge der Interviewdurchführung vergeben wird.

Kennzeichnung im Text und Literaturangaben

- Zitate der Studienteilnehmer*innen werden in Kursivschrift dargestellt. Zusätzlich werden diese Zitate mit doppelten Anführungszeichen und der Angabe der Quelle im Transkript versehen.
- Direkte Literaturzitate werden nicht in Kursivschrift dargestellt. Sie stehen in doppelten Anführungszeichen, die dazugehörige Quellenangabe wird mit runden Klammern und der Angabe der Seitenzahl entsprechend der American Psychological Association (6th ed.) (APA (6th ed.)) versehen.
- Kürzungen in direkten Zitaten aus Literatur oder Interviews werden mit drei Punkten in eckigen Klammern innerhalb des Zitates dargestellt.
- Ergänzungen in direkten Zitaten aus Literatur oder Interviews werden in eckigen Klammern innerhalb des Zitates dargestellt.
- Indirekte Literaturzitate werden ohne Anführungszeichen mit entsprechender Quellenangabe nach APA (6th ed.) dargestellt.

- Verwendete Abkürzungen werden bei erstmaligem Vorkommen im Text ausgeschrieben, die Abkürzung wird in runden Klammern dahinter genannt. Im weiteren Textverlauf wird nachfolgend jeweils die Abkürzung genutzt.
- Die verwendeten Abkürzungen werden in einem gesonderten Abkürzungsverzeichnis zu Beginn des Dokumentes in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.
- Fachbegriffe werden ebenso wie Worte mit unterschiedlichen Bedeutungen in alphabetischer Reihenfolge im Glossar aufgeführt, um die Bedeutung der Begrifflichkeit für die Forschenden und Lesenden der Forschungsarbeit zu vereinheitlichen. Der Querverweis (vgl. G.) nach der ersten Nennung des Begriffes weist auf die Erläuterung im Glossar im Anhang des Dokumentes hin.
- Anlagen werden in einem gesonderten Anlagenverzeichnis in chronologischer Reihenfolge dargestellt. Der Querverweis (vgl. Anl. (+ Zahl)) weist auf die Anlage im Anhang des Dokumentes hin.
- Abbildungen und Graphiken werden in einem gesonderten Abbildungsverzeichnis in chronologischer Reihenfolge und fortlaufend nummeriert dargestellt. Der Querverweis (vgl. Abb. (+ Zahl)) weist auf die Abbildung oder Graphik im Text des Dokumentes hin.
- Tabellen werden in einem gesonderten Tabellenverzeichnis in chronologischer Reihenfolge und fortlaufend nummeriert dargestellt. Der Querverweis (vgl. Tab. (+ Zahl)) weist auf die Tabelle im Text des Dokumentes hin.
- Die für die Ausarbeitung der Forschungsarbeit verwendete Literatur wird in einem gesonderten Literaturverzeichnis in alphabetischer Reihenfolge dargestellt. Die Literaturangabe wird entsprechend APA (6th ed.) dargestellt.
- Das Dokument ist mit Hyperlinks ausgestattet. Ein Mausklick auf den Eintrag im Inhaltsverzeichnis oder die farblich blau markierten Querverweise im Text führen zu den verlinkten Stellen in Text oder Anhang, das Symbol ◀ im Anhang führt zurück zum Hyperlink.

Corona-Passus

Im März 2020 brach in Deutschland und den Niederlanden der COVID-19 Virus aus. Dies hatte auch Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht mehr möglich und erforderte Anpassungen in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Planung und Umsetzung, die bereits in vollem Gang war. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung notwendige Norm (anstatt face-to-face Kontakt) und in einigen Fällen musste auf andere Zielgruppen oder Literaturstudien zurückgegriffen werden, weil der direkte Kontakt mit Klient*innen und Professionals nicht möglich war. Alle methodischen Veränderungen sind mit dem/der Begleiter*in der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggeber*innen abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation während des Entstehungsprozesses nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Abb.	Abbildung oder Graphik
AOTA	American Occupational Therapy Association
APA	American Psychological Association
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BDI	Beck'schen Depressionsinventar
BG	Berufsgenossenschaft
BptK	Bundespsychotherapeutenkammer
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIZ	Discovery Service for Zuyd Hogeschool
DQR	Deutschen Qualifikationsrahmen
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ErgThG	Ergotherapeutengesetz
et al.	et alii (und andere)
G.	Glossar
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
M	Männlich
p.	Page
PEO	Person-Environment-Occupation
PEOP	Person-Environment-Occupation-Performance
Psychotherapie-Richtlinie	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie
PsychThG	Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten
S.	Seite
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
Tab.	Tabelle
TCOP	Taxonomic Code for Occupational Performance
TN	Studienteilnehmer*in
W	Weiblich

WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Abstract: Deutsch

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland steigt. Um psychisch erkrankten Menschen zeitnahe Leistungsbezüge zu ermöglichen, erhalten psychologische Psychotherapeut*innen ab Januar 2021 die Legitimation für die Verordnung von Ergotherapie. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird im Rahmen des intensiv-ambulanten Versorgungsnetzwerkes gefördert. Um das Potential dieser Zusammenarbeit aus Sicht der Ergotherapeut*innen zu erforschen, wurde eine qualitative Interviewstudie mit fünf Studienteilnehmer*innen durchgeführt. Die problemzentrierten Interviews wurden mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Forschungsergebnisse belegen die positive Grundeinstellung von Ergotherapeut*innen der Psychotherapie gegenüber sowie eine hohe Umsetzungsmotivation zur Zusammenarbeit. Es besteht jedoch ein fachspezifischer Fortbildungsbedarf der Ergotherapeut*innen. Laut Forschungsergebnissen werden Klient*innen und Gesundheitssystem perspektivisch durch eine höhere Effizienz einer interprofessionellen Behandlung profitieren, eine Finanzierung dieser Zusammenarbeit ist für eine flächendeckende Umsetzung notwendig. Ergotherapeut*innen sehen ein hohes Potential in einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen im ambulanten Setting. Gemeinsame Grundlagen erleichtern die Kommunikation zwischen den Professionen. Für eine Umsetzung ist eine Anpassung der Rahmenbedingungen notwendig.

Abstract: English

The prevalence of mental illnesses in Germany is rising. In order to allow mentally ill people to receive benefits promptly, psychological psychotherapists will be authorized to prescribe occupational therapy starting January 2021. Interprofessional cooperation is furthered through the intensive outpatient care network. To explore the potential of this cooperation from the perspective of occupational therapists, a qualitative interview study was conducted with five participants and assessed by the summarizing content analysis according to Mayring. The results prove the positive basic attitude of occupational therapists towards psychotherapy and a high motivation to cooperate, however further training of occupational therapists is needed. According to the research results, both clients and the health care system will profit from a more efficient interprofessional treatment. Financing this cooperation and adjusting the basic conditions is necessary for a comprehensive implementation. Occupational therapists see a high potential in an interprofessional cooperation with psychotherapists in an outpatient setting.

Abstract: Nederlands

De prevalentie van psychische aandoeningen in Duitsland stijgt. Om geesteszieken snel te helpen bij het verkrijgen van een uitkering, mogen psychologische psychotherapeuten vanaf januari 2021 ergotherapie voorschrijven. De interprofessionele samenwerking wordt bevorderd van het netwerk voor intensieve ambulante zorg. Om het potentieel van deze samenwerking uit oogpunt van de ergotherapeuten te onderzoeken, is een kwalitatief interviewonderzoek uitgevoerd met vijf deelnemers. De probleemgerichte interviews werden geëvalueerd op basis van de Mayring-samenvattende inhoudelijke analyse. De onderzoeksresultaten bevestigen de positieve grondhouding van ergotherapeuten tegenover psychotherapie en een hoge motivatie om samen te werken. Er bestaat ook behoefte aan aanvullende opleidingen voor ergotherapeuten. Volgens de onderzoeksresultaten zullen cliënten en het gezondheidssysteem op lange termijn profiteren van een hogere efficiëntie van de interprofessionele behandeling, en de financiering van deze samenwerking is noodzakelijk voor een uitgebreide implementatie. Voor een uitvoering is een aanpassing van de kadervoorwaarden noodzakelijk.

Zusammenfassung

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland steigt kontinuierlich an, in diesem Kontext wächst auch der Hilfebedarf für psychisch erkrankte Menschen. Im deutschen Gesundheitssystem bestehen Versorgungslücken für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Durch eine Intensivierung der Kooperation der Leistungserbringer können bestehende Versorgungsnetze verknüpft und die Betroffenen besser versorgt werden. Damit den Klient*innen ein zeitnaher Bezug von Leistungen ermöglicht wird, erhalten psychologische Psychotherapeut*innen ab Januar 2021 die Legitimation zur Verordnung eines differenzierten Leistungsspektrums, zu dem auch die Ergotherapie gehört. Die Ergotherapie wird nach Planung des G-BA Teil eines intensiv-ambulanten Versorgungsangebotes für schwer psychisch erkrankte Menschen, die interprofessionelle Zusammenarbeit wird im Rahmen des komplexen Leistungsangebotes gefördert. Um das Potential einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen im ambulanten Setting aus Sicht der Ergotherapeut*innen zu untersuchen, wurde eine qualitative Interviewstudie durchgeführt. Fünf Studienteilnehmer*innen aus dem deutschen Bundesgebiet nahmen an einem problemzentrierten Interview teil, die Ergebnisse der Interviews wurden mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Die Forschungsergebnisse verdeutlichen eine positive Grundeinstellung der Studienteilnehmer*innen sowohl der Psychotherapie im Allgemeinen als auch der Profession der Psychotherapeut*innen gegenüber. Dies bewirkt eine hohe Umsetzungsmotivation der Ergotherapeut*innen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit. In Anbetracht der Forschungsergebnisse wird jedoch ein Fortbildungsbedarf der Ergotherapeut*innen deutlich, um eine fachlich fundierte interprofessionelle Zusammenarbeit gestalten zu können. Auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen sich für die flächendeckende Umsetzung einer interprofessionellen Zusammenarbeit ändern. Maßgeblich ist in diesem Kontext die Verpflichtung der Kostenträger zur Vergütung der Zusammenarbeit und die Qualifizierung der beteiligten Professionen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der Studien- oder Ausbildungsgänge. Gemeinsame Grundlagen beider Professionen haben das Potential, die Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit zu unterstützen. So bietet die Taxonomie der ICF beiden Professionen eine Kommunikationsgrundlage, die den Ergotherapeut*innen aufgrund der Nähe zur TCOP vertraut ist. Das bio-psycho-soziale Modell bietet einen gemeinsamen Bezugsrahmen, das klientenzentrierte Arbeiten einen gemeinsamen Interventionsansatz.

In einer weiteren Studie könnte eine vergleichbare Datenerhebung mit der Profession der Psychotherapeut*innen durchgeführt werden. Auf der Grundlage der Perspektiven beider Professionen könnte das Entwicklungspotential einer interprofessionellen Zusammenarbeit differenziert betrachtet und weiterführende Ansätze erarbeitet werden.

Inhaltsangabe

Danksagung	2
Lesehinweise	3
Corona-Passus	5
Abkürzungsverzeichnis	6
Abstract: Deutsch	9
Abstract: English	10
Abstract: Nederlands	11
Zusammenfassung	12
Inhaltsangabe	13
1. Einleitung	18
2. Theoretischer Hintergrund.....	21
2.1 Kompetenzen, Aufgabenspektren und Hintergründe der Professionen.....	21
2.1.1 Ergotherapie.....	21
2.1.1.1 Ergotherapeutische Expertise	21
2.1.1.2 Definition Ergotherapie	21
2.1.1.3 PEOP-Modell	22
2.1.1.4 Kerndomäne Betätigung	23
2.1.1.5 ICF	24
2.1.1.6 Evidenz für ergotherapeutische Interventionen und Behandlungskonzepte	25
2.1.2 Psychotherapie	27
2.1.2.1 Berufsbezeichnung	27
2.1.2.2 Psychotherapeutische Verfahren	28
2.1.2.3 ICF	29
2.1.2.4 Evidenz für verhaltenstherapeutische Interventionen und Behandlungskonzepte	30
2.2 Arbeiten im ambulanten Setting	31
2.2.1 Rahmenbedingungen in der Ergotherapie	31
2.2.1.1 Vorgaben der Kostenträger.....	31
2.2.1.2 Optionale Behandlungseinheiten.....	31

2.2.1.3 Psychisch-funktionelle Behandlungen	32
2.2.1.4 Heilmittelverordnung	32
2.2.1.5 Verordnungszahlen	33
2.2 Rahmenbedingungen in der Psychotherapie	33
2.2.2.1 Vorgabe der Kostenträger	33
2.2.2.2 Gesetz zur Reform der Psychotherapieausbildung	34
2.2.2.3 Optionale Behandlungseinheiten	34
2.2.2.4 Anwendungsformen und Behandlungsfrequenz	35
2.2.2.5 Verordnungszahlen	36
2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit	36
2.3.1 Definition der interprofessionellen Zusammenarbeit	36
2.3.2 Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit	37
2.3.3 Kompetenzen im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit	37
2.3.4 Vergütung der interprofessionellen Zusammenarbeit	38
2.4 Schnittstellen der Professionen	38
2.4.2 Klientenzentrierung	39
2.4.3 Netzwerkbildung	39
2.5 Gesellschaftliche Aspekte	40
2.5.1 Prävalenzen psychischer Erkrankungen	40
2.5.2 Kosten im Kontext psychischer Erkrankungen	40
2.5.3 Interventionsmöglichkeiten im Kontext direkter und indirekter Kosten	41
3. Methode	42
3.1 Wahl des Forschungsthemas	42
3.1.1 Kriterien für die Wahl des Forschungsthemas	42
3.1.1.1 Persönliches Interesse am Thema	42
3.1.1.2 Theoretische und Methodische Vorkenntnisse zum Thema	42
3.1.1.3 Wissenschaftliche Relevanz des Themas	43
3.1.1.4 Praktische Relevanz des Themas	43
3.1.1.5 Empirische Untersuchbarkeit des Themas	43
3.1.1.6 Betreuungsangebot zum Thema	43
3.1.2 Konkretisierung des Forschungsthemas	43
3.2 Literaturrecherche	43

3.2.1 Vorbereitende Literaturrecherche	43
3.2.2 Formulierung der Forschungsfrage	45
3.2.3 Weiterführende Literaturrecherche	46
3.3 Untersuchungsdesign	47
3.3.1 Forschungsansatz	47
3.4 Fallauswahl	47
3.4.1 Stichprobenkonstruktion	48
3.4.2 Rekrutierung.....	48
3.4.3 Stichprobenerhebung.....	50
3.5 Erhebungsverfahren der Datenerhebung	50
3.5.1 Problemanalyse	51
3.5.2 Leitfadenkonstruktion	51
3.5.3 Pilotphase	51
3.5.4 Interviewdurchführung.....	51
3.5.5 Aufzeichnung	51
3.6 Aufbereitung des Materials.....	52
3.7 Qualitative Inhaltsanalyse.....	52
3.7.1 Analyseschritte zu Beginn der qualitativen Inhaltsanalyse.....	53
3.7.1.1 Festlegung des Materials	53
3.7.1.2 Analyse der Entstehungssituation.....	53
3.7.1.3 Formale Charakteristika des Materials	54
3.7.1.4 Richtung der Analyse	54
3.7.1.5 Theoretische Differenzierung der Fragestellung	54
3.7.2 Bestimmung der Analysetechnik	55
3.7.3 Ablauf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse	55
3.8 Gütekriterien qualitativer Forschung	57
3.8.1 Verfahrensdokumentation	58
3.8.2 Argumentative Interpretationsabsicherung	58
3.8.3 Regelgeleitetheit.....	58
3.8.4 Nähe zum Gegenstand.....	58
3.8.5 Kommunikative Validierung.....	58
3.8.6 Triangulation	59

4. Resultate	60
4.1 Kategorie A: Bild der Ergotherapeut*innen von Psychotherapie.....	61
4.1.1 Subkategorie A1: Grundannahmen über Psychotherapie allgemein.....	61
4.1.2 Subkategorie A2: Grundannahmen über die Kompetenzen von Psychotherapeut*innen.....	61
4.1.3 Subkategorie A3: Grundannahmen über Psychotherapeut*innen bezüglich einer interprofessionellen Zusammenarbeit	62
4.2 Kategorie B: Wissen der Ergotherapeut*innen über Verhaltenstherapie	63
4.2.1 Subkategorie B1: Grundannahmen über Verhaltenstherapie	63
4.2.2 Subkategorie B2: Bekannte Interventionsinhalte der Verhaltenstherapie.....	64
4.3 Kategorie C: Initiierung des Kontaktes zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen	65
4.3.1 Subkategorie C1: Berufsverband	65
4.3.2 Subkategorie C2: Praxisumfeld.....	66
4.3.3 Subkategorien C3: Individuelle Kontaktaufnahme von Ergotherapeut*innen	66
4.4 Kategorie D: Gestaltung der IPZ zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen ...	67
4.4.1 Subkategorie D1: Erfahrungen und Erwartungen bezüglich einer interprofessionellen Zusammenarbeit	67
4.4.2 Subkategorie D2: Einflussfaktoren auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit	70
4.4.3 Subkategorie D3: Ausbildungsinhalte bezugnehmend auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit	71
4.5 Kategorie E: Schnittstellen ergo- und psychotherapeutischer Interventionen.....	72
4.5.1 Subkategorie E1: Ergänzungsmöglichkeiten von Ergo- und Psychotherapie	72
4.5.2 Subkategorie E2: Abgrenzung von Ergo- und Psychotherapie.....	73
4.5.3 Subkategorie E3: Praxisorganisatorische Handhabung.....	73
4.6 Kategorie F: Kompetenzen von Ergo- und Psychotherapeut*innen.....	74
4.6.1 Subkategorie F1: Kompetenzen der Therapeut*innen bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit	74
4.6.2 Subkategorie F2: Kompetenzen der Therapeut*innen bezüglich klientenzentrierter Interventionen	75
4.6.3 Subkategorie F3: ergotherapeutischer Qualifizierungsbedarf.....	76
4.6.4 Subkategorie F4: Erwartungen an die Betrachtungsweise von Psychotherapeut*innen auf die Ergotherapie	76

4.7 Kategorie G: Perspektivische Auswirkungen und Motivation im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen..	77
4.7.1 Subkategorie G1: Auswirkungen der interprofessionellen Zusammenarbeit	77
4.7.2 Subkategorie G2: Umsetzungsmotivation.....	80
4.8 Kategorie H: Hemmende Faktoren im Kontext der Rahmenbedingungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen..	81
4.8.1 Subkategorie H1: Gesetzliche Vorgaben und Finanzierung	81
4.8.2 Subkategorie H2: Qualifikation der Mitarbeiter*innen	82
4.9 Kategorie I: Anpassungsbedarf der Rahmenbedingungen im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen..	82
5. Diskussion	84
5.1 Erste Leitfrage.....	84
5.1.1 Diskussion der ersten Leitfrage.....	84
5.2 Zweite Leitfrage.....	86
5.2.1 Diskussion der zweiten Leitfrage	87
5.3 Dritte Leitfrage	93
5.3.1 Diskussion der dritten Leitfrage.....	93
5.4 Diskussion der Methodik.....	95
5.4.1 Stärken und Limitationen der Studie.....	95
6. Schlussfolgerung	96
6.1 Schlussfolgerungen anhand der Diskussion der ersten Leitfrage	96
6.2 Schlussfolgerungen anhand der Diskussion der zweiten Leitfrage	97
6.3 Schlussfolgerungen anhand der Diskussion der dritten Leitfrage	99
6.4 Beantwortung der zentralen Forschungsfrage	100
6.5 Ausblick.....	101
Literaturverzeichnis.....	102
Glossar.....	122
Abbildungsverzeichnis	124
Tabellenverzeichnis	126
Anlagenverzeichnis	127

1. Einleitung

„Die Psyche leidet – und das wird immer sichtbarer. Zeitnot, Stress, Entfremdung, Zukunftsängste: Zahlreiche Ursachen bringen die Seele aus dem Gleichgewicht“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 2018, S. 4). Mit dieser Aussage startete die DGPPN ihr Dossier zu „Psychischen Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung“, in dem sie sich kritisch mit den Schwachstellen des Versorgungssystems, der zunehmenden Anzahl psychisch erkrankter Menschen und dem diesbezüglich wachsenden Hilfebedarf auseinandersetzt.

Auch der Deutsche Ärztetag befasste sich 2018 mit dem Thema „Psychische Erkrankungen“. In diesem Kontext wurde die Situation der psychisch kranken Menschen prägnant verdeutlicht, deren „Leiden, im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen, nicht immer auf den ersten Blick sichtbar sind und trotzdem auch tödlich sein können“ (Bühning, 2018, S. A980). Psychische Erkrankungen seien die zweithäufigste Ursache für Fehltag und die häufigste Ursache für Frühverrentungen von Arbeitnehmern, dies sei ein dramatischer Anstieg (Bühning, 2018).

Um den Patient*innen einen zeitnahen Bezug von Leistungen zu ermöglichen, empfahl die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) im Jahr 2014, Psychotherapeut*innen die Legitimation für die Verordnung eines differenzierten Leistungsspektrums zu erteilen. In diesem Kontext wird die Ergotherapie bezugnehmend auf verordnungsfähige Heilmittel als Teil eines multiprofessionellen ambulanten Versorgungsnetzwerkes genannt (BPtK, 2014).

Der Bundesrat folgte dieser Empfehlung und verabschiedete im November 2019 das Gesetz zur Reform der Psychotherapieausbildung (Spinath & Antoni, 2019), das im Januar 2021 in Kraft treten wird. Infolgedessen werden auch die nach bisherigem Recht approbierten psychologischen Psychotherapeut*innen Ergotherapie als Heilmittel verordnen können. Diese Verordnungsmöglichkeit kann somit kurzfristig den Patient*innen zugute kommen (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, 2019).

Das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen wird durch diese Gesetzesänderung weiter vernetzt. Es ergeben sich für die Betroffenen neue Wege, bestehende Hilfeleistungen in Anspruch nehmen zu können und für die Therapeut*innen die Notwendigkeit, diese zu koordinieren. „Die Verbesserung der Koordination der Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen hat seit der Psychiatrie-Enquete 1975 eine hohe Priorität“ (Heißenbüttel, Peters, Eikmeier & Lacroix, 2015, S. 58). Die Ziele dieser Reform seien bislang jedoch noch nicht erreicht, weiterhin sei der Aufbau „flächendeckend

verfügbarer, multiprofessionell arbeitender Versorgungsnetze für schwer und chronisch psychisch Kranke notwendig“ (BPtK, 2014).

Seitens der Forschung wird die segmentierte Multiprofessionalität aufgrund mangelnder Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen kritisch gesehen (Robert Bosch Stiftung, 2016). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hingegen beschrieb bereits im Jahr 2007 das Potential der interprofessionellen Zusammenarbeit und verdeutlichte dies im Jahr 2018 nochmals. „Es besteht ein Grundkonsens, dass bei dieser Form der Kooperation alle Beteiligten auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten und ihre Arbeit unter dieser gemeinsamen Perspektive – idealerweise der bestmöglichen und zugleich effizienten Versorgung des Patienten – koordinieren“ (SVR, 2018, S. 475).

Für die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis Ende 2020 eine Richtlinie als Grundlage erstellen (BPtK, 2019b). In der Planung dieses komplexen Leistungsangebotes sei die Ergotherapie als Heilmittel inkludiert und werde somit Teil des intensiv-ambulanten Versorgungsangebotes, die interprofessionelle Zusammenarbeit werde im Rahmen des komplexen Leistungsangebotes gefördert. Durch die konkrete Benennung der Profession Ergotherapie in diesem Kontext wird die „moderne psychiatrische Ergotherapie“ (DVE, 2020b) anerkannt, prospektiv könnten sich durch die im Rahmen des intensiv-ambulanten Leistungsangebotes tätigen Ergotherapeut*innen sowohl Bekanntheitsgrad als auch Reputation der Ergotherapie steigern.

Weiterhin sind die wirtschaftlichen Aspekte einer interprofessionellen Zusammenarbeit, sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf praxiswirtschaftlicher Ebene von ergotherapeutischer Relevanz. Laut Sottas „finden sich in der Literatur viele Elemente, welche hinsichtlich der Kosteneffizienz [einer interprofessionellen Zusammenarbeit] belastbare Argumente liefern“ (2016, S. 49). Zudem werden im Zuge der Gesetzesänderung über 20.000 psychologische Psychotherapeuten (KBV, 2018) potentielle Auftraggeber für ambulante ergotherapeutische Praxen.

Durch die beschriebene Gesetzesänderung ergibt sich für Ergotherapeut*innen ab Januar 2021 die Chance, die Vernetzung der ambulanten Versorgungsstrukturen mit zu gestalten und Kooperationen mit Psychotherapeut*innen zu initiieren. Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen beiden Professionen bietet das Potential zur „Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung in der Versorgung“ (SVR, 2018, S. 475) der Klient*innen (SVR, 2018).

Angesichts der dargestellten Schwachstellen im Versorgungssystem psychisch erkrankter Menschen, dem beschriebenen Potential einer interprofessionellen Zusammenarbeit und

der künftigen Verordnungsbefugnis von Ergotherapie durch psychologische Psychotherapeut*innen entwickelten die Forschenden die Motivation zur Bearbeitung dieser Forschungsarbeit. Das Ziel ist es, sowohl die Perspektive aktuell praktisch tätiger Ergotherapeut*innen auf die derzeitige Ausgangssituation als auch ihre Einschätzung auf verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten und Rahmenbedingungen zu erfassen.

Zu diesem Zweck wurde folgende zentrale Forschungsfrage formuliert:

Welches Potential sehen Ergotherapeut*innen in einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen im ambulanten Setting?

Zur Beantwortung der zentralen Forschungsfrage wurden folgende Leitfragen aufgestellt:

-
- ➔ Welchen Wissensstand haben Ergotherapeut*innen über die potentiellen Inhalte verhaltenstherapeutischer Interventionen von Psychotherapeut*innen?
 - ➔ Wie können Ergotherapeut*innen klientenzentriert eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen gestalten?
 - ➔ Welche Rahmenbedingungen haben aus Sicht der Ergotherapeut*innen Einfluss auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen?
-

Der Aufbau der Forschungsarbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Nach erfolgter Einführung in das Thema in Kapitel eins werden in Kapitel zwei die theoretischen Vorannahmen der Forschenden konkret beschrieben. Hier werden auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche unter anderem statistische Hintergrundinformationen zu Prävalenzen und dem ambulanten Versorgungssektor, die Berufskompetenzen und Bezugsrahmen der Therapeut*innen, die Evidenzen der Interventionen sowie der Begriff der Interprofessionalität beschrieben und in Bezug zueinander gesetzt. In Kapitel drei werden das methodische Vorgehen der Forschung und deren Umsetzung beschrieben. Nachfolgend werden in den Kapiteln vier bis sechs die Resultate der Forschung erläutert, anschließend diskutiert und Schlussfolgerungen aus den Erkenntnissen erörtert.

2. Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden die theoretischen Vorannahmen der Forschenden dargestellt.

2.1 Kompetenzen, Aufgabenspektren und Hintergründe der Professionen

2.1.1 Ergotherapie

2.1.1.1 Ergotherapeutische Expertise

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) veröffentlichte unter anderem zur Unterstützung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch eine Transparenz der berufsspezifischen Kenntnisse von Ergotherapeut*innen im Jahr 2019 das Kompetenzprofil Ergotherapie (vgl. Anl. 1) als Referenzrahmen. In diesem Profil werden die unterschiedlichen ergotherapeutischen Kompetenzen anhand von sieben Domänen dargestellt (vgl. Abb. 1). Im Zentrum steht hierbei die ergotherapeutische Expertise, da sie die Domänen Professionalität, Lernen, Fürsprache, Management, Zusammenarbeit und Kommunikation miteinander verbindet.

Sie wird wie folgt definiert: „Ergotherapeut*innen handeln als Expert*innen für Betätigung eigenverantwortlich und selbstständig in komplexen und sich verändernden ergotherapeutischen Tätigkeitsfeldern mit dem Ziel der Förderung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden ihrer Klient*innen [...]“ (DVE, 2019, S. 11). Weiterhin wird das klientenzentrierte und evidenzbasierte Arbeiten der Ergotherapeut*innen unter der Berücksichtigung der Bedingungen im gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen und ökonomischen Kontext betont.

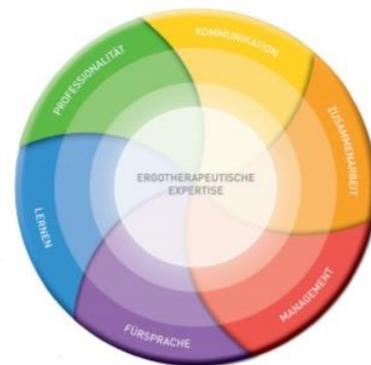


Abbildung 1: Kompetenzprofil Ergotherapie
Quelle: DVE, 2019, S. 9

Aufgrund der Formulierung der berufsspezifischen ergotherapeutischen Kompetenzen nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) auf Niveaustufe 6 entsprechend des Abschlussniveaus eines Bachelorstudiums bezieht sich das Kompetenzprofil auf akademisierte Ergotherapeut*innen (DVE, 2019).

2.1.1.2 Definition Ergotherapie

Im Gegensatz zum ergotherapeutischen Kompetenzprofil (vgl. 2.1.1.1) ist die Definition der Ergotherapie des DVE aus dem Jahr 2007 allgemein für deutsche Ergotherapeut*innen gültig.

„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.

Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (DVE, 2007).

Diese Definition beschreibt den Grundkonsens der Ergotherapie, autark von differenzierten sektorspezifischen Aspekten im Kontext des ergotherapeutischen Tätigkeitsspektrums (DVE, 2007). Als Grundlage für die Ausarbeitung der Definition diente das Person-Environment-Occupation-Model (PEO), welches wiederum die Basis für das Person-Environment-Occupation-Performance-Model (PEOP-Modell) (vgl. 2.1.1.3) darstellt (le Granse, 2019).

2.1.1.3 PEOP-Modell

„Das PEOP-Modell verdeutlicht die dynamische und wechselseitige Interaktion zwischen den Domänen Person, Umwelt und Betätigung“ (Pellegrom & van Hartingsveldt, 2019, S. 30) (vgl. Abb. 2). Diese drei Kernelemente seien somit die Grundlage der Performanz als Betätigungsausführung (vgl. 2.1.1.4), welche das Partizipieren ermögliche und somit „einen Beitrag zur Gesundheit, zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität“ (Hartingsveldt & Pellegrom, 2019, S. 439) leiste.

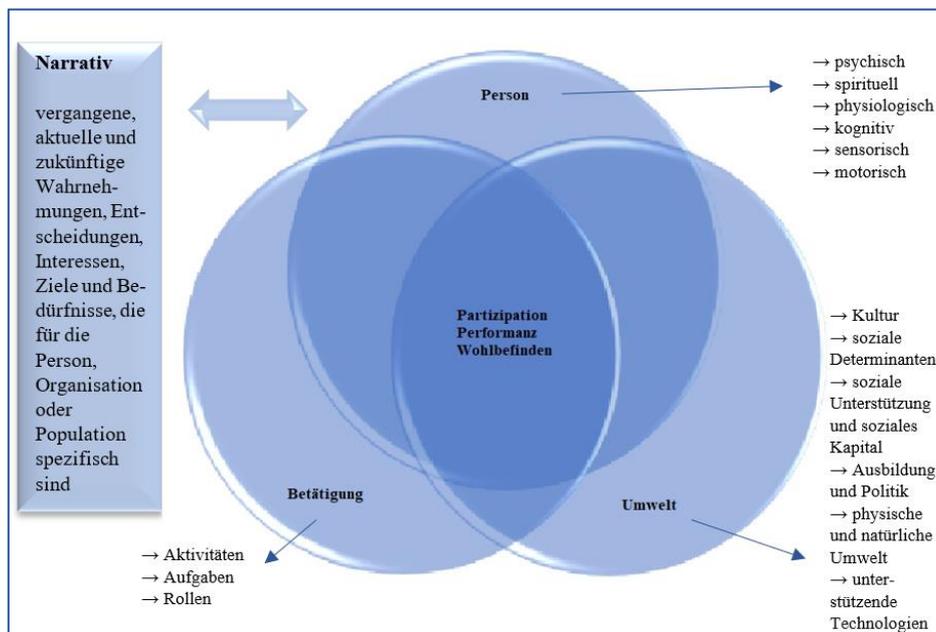


Abbildung 2: PEOP-Modell

Quelle: In Anlehnung an: Pellegrom & van Hartingsveldt, 2019, S. 30; Baum et al., 2015, zitiert nach Hartingsveldt & Pellegrom, 2019, S. 443

Zudem unterstützt das PEOP-Modell „das klientenzentrierte Arbeiten [[vgl. 2.4.2](#)], indem es dem Klienten und seiner Lebensgeschichte (oder seinem Narrativ) einen zentralen Platz einräumt“ (Hartingsveldt & Pellegrom, 2019, S. 439) (vgl. Abb. 2) und „den Weg zum Verständnis und zur Interpretation der Klientengeschichte“ (Hartingsveldt & Pellegrom, 2019, S. 439) ebnet. Das PEOP-Modell bezieht sich unter anderem auf den bio-psycho-sozialen Bezugsrahmen ([vgl. 2.1.1.5](#)) und basiert sowohl auf der Occupational Science ([vgl. 2.1.1.6](#)) als auch auf „das Verhalten betreffende Wissenschaftsgebiete (Hartingsveldt & Pellegrom, 2019, S. 441).

2.1.1.4 Kerndomäne Betätigung

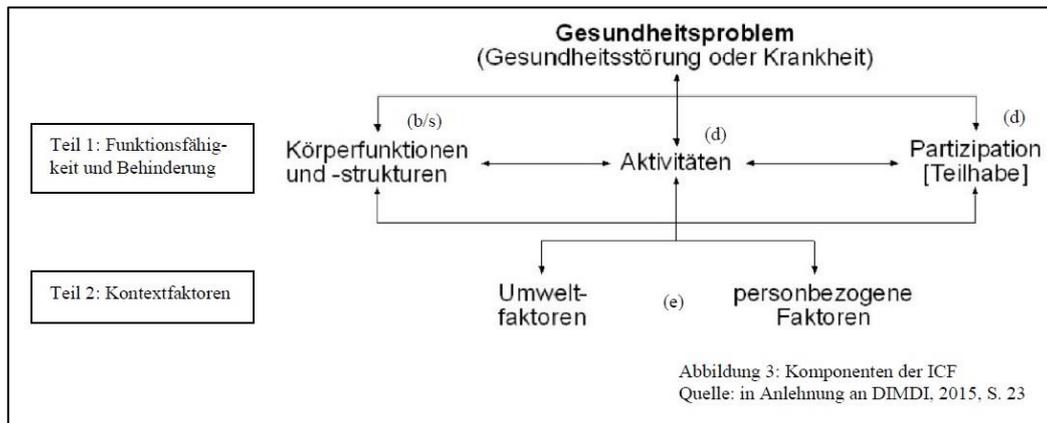
„Das Betätigen ist die Hauptdomäne in der Ergotherapie und führt zur Partizipation“ (Sattink & Van de Velde, 2019, S. 74). Zudem seien Betätigungen entscheidend für die Betätigungsidentität ([vgl. G.](#)) (American Occupational Therapy Association (AOTA), 2014).

Pizzi (2017) beschreibt in seinem E-HOW (Environment – Health – Occupation – Well-Being) Model die Auswirkungen der Umwelt, der Gesundheit und der Betätigungsperformanz ([vgl. G.](#)) auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen im Kontext der Partizipation an individuell bedeutungsvollen Betätigungen (Pizzi & Richards, 2017). Laut WFOT-Definition (2009) befasst sich die Ergotherapie mit eben diesen Faktoren, der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung mit dem Ziel der verbesserten Partizipation der Menschen. Die Betätigung hat sich somit im aktuellen ergotherapeutischen Paradigma „- verbunden mit Ideen der humanistischen Psychologie in Form des personenzentrierten Ansatzes nach Carl Rogers (1983) und des systemischen Denkens- als Fokus aktuellen ergotherapeutischen Handelns wieder etabliert“ (Möller, 2017, S. 77).

Die Betätigungsausführung lässt sich mittels des Taxonomic Code for Occupational Performance (TCOP) (Polatajko et al., 2004) beschreiben, das entwickelt wurde, um den Begriff der Betätigung zu spezifizieren. Das ergotherapeutische Handeln lässt sich anhand des bio-psycho-sozialen Modells der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ([vgl. 2.1.1.5](#)) einordnen (DVE, 2020a).

2.1.1.5 ICF

Die ICF ist als Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Ziel erstellt worden, „einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2005). Die Komponenten der Gesundheit und weitere Gesundheitsaspekte wie das Wohlbefinden (vgl. 2.1.1.4) werden in dieser Klassifikation standardisiert im Rahmen von Domänen anhand von Komponenten beschrieben. Alle Komponenten stehen miteinander in Beziehung, die dynamischen Wechselwirkungen haben einen Einfluss auf das Gesundheitsproblem (vgl. Abb. 3).



Das Konzept der ICF basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell (Engel, 1976) und bietet eine Perspektive auf die Gesundheit eines Menschen auf biologischer, individueller und sozialer Ebene (DIMDI, 2005). Der Bezug zwischen der ICF und der Taxonomie der Betätigung bezugnehmend auf das TCOP (vgl. 2.1.1.4) wird in Abbildung 4 dargestellt:

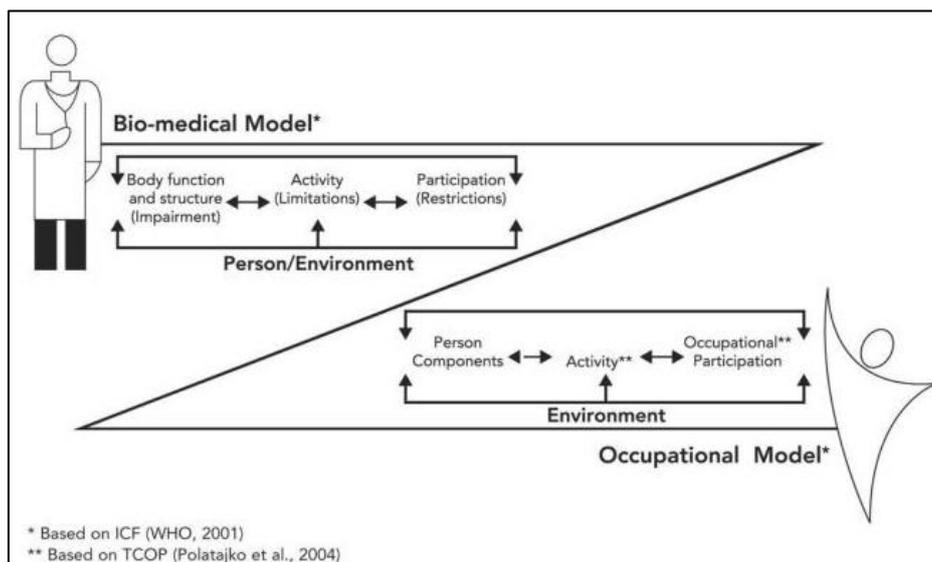


Abbildung 4: Bezug zwischen ICF und Ergotherapie
Quelle: Townsend & Polatajko, 2013, S. 36

Der bio-psycho-soziale Grundgedanke der ICF ist für die Ergotherapie ebenso zweckdienlich wie die weitgehend übereinstimmende Taxonomie, da sich in diesem Kontext die Möglichkeit bietet, das Potential der Ergotherapie gegenüber Kostenträgern und Ärzt*innen darzustellen (DVE, 2020a).

In der Fachliteratur anderer Professionen wird deutlich, dass dieser Zusammenhang bereits hergestellt wurde. Beispielsweise erschien im Jahr 2015 folgendes Zitat in dem Nachschlagewerk „Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ von Möller, Laux und Kapfhammer:

„Die modernen ergotherapeutischen Interessen und Termini konvergieren im Übrigen deutlich mit der Sprache des d-Kapitels der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) „Aktivitäten und Teilhabe“ der WHO (DIMDI, 2005)“ (Reuster, Gräfin von Spreti, Martius, Unterberger & Broocks, 2015, S. 4).

Dieses Nachschlagewerk wird als Standardwerk für den Fachbereich der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum bezeichnet (Springer Verlag, o.J.) und wird sowohl von Ärzt*innen als auch von Psychotherapeut*innen genutzt. Die Entwicklung der wissenschaftlich fundierten Ergotherapie wird in diesem Werk thematisiert, der Wunsch nach weiterführender Forschung bezugnehmend auf die Evidenz ergotherapeutischer Behandlungskonzepte ([vgl. 2.1.1.6](#)) verdeutlicht (Reuster et al., 2015).

2.1.1.6 Evidenz für ergotherapeutische Interventionen und Behandlungskonzepte

Der Wissenschaftsbereich der Ergotherapie hat sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich weiterentwickelt. Zu unterscheiden sind die jeweiligen Ausrichtungen der Forschung. Der Bereich der Occupational Science befasst sich in der Grundlagenforschung mit der Zielsetzung der Wissenserweiterung, der Bereich Ergotherapieforschung befasst sich in der praxisorientierten Forschung mit Evidenzen, beispielsweise für diagnostische Instrumente oder Interventionen (Graff, Satink & Steultjens, 2019).

Die praxisorientierte Forschung bildet die Grundlage für die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Die Leitlinien richten sich an alle Expert*innen des Gesundheitswesens und tragen zu einer evidenzbasierten Behandlung und Versorgung der Klient*innen bei.

Im psychiatrischen Kontext erschienen S3-Leitlinien zu unterschiedlichen Diagnosestellungen wie Schizophrenie, Depressionen und Bipolaren Störungen (AWMF, o.J.), in denen Studien mit Bezug auf die Evidenz der Ergotherapie zitiert werden.

Die aktuelle S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2019a) hat einen diagnoseübergreifenden Ansatz, zudem werden „neben den umschriebenen psychosozialen Interventionen auch grundlegende Aspekte psychosozialen Handelns, wie die therapeutische Beziehung, das therapeutische Milieu und neuere Entwicklungen wie Recovery und Empowerment behandelt“ (DGPPN, 2019a, S XII). Sie bietet allen Behandlern im psychiatrischen Kontext eine Entscheidungshilfe bezugnehmend auf evidente psychosoziale Interventionen, die im deutschen Gesundheitssystem realisierbar sind (DGPPN, 2019a) und kann somit nicht nur Ergotherapeut*innen für die Umsetzung einer evidenzbasierten Praxis (EBP) dienen, sondern auch Psychotherapeut*innen als Entscheidungshilfe für die Verordnung weiterführender psychosozialer Interventionen. Vorteilhaft ist in diesem Zusammenhang, dass die Leitlinie bereits in der ersten Auflage ein „multiprofessionelles, teambasiertes Arbeiten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext“ (Bramesfeld, Schäfer, Stengler & Schomerus, 2014, S. 65-66) einbezogen hat.

Bezugnehmend auf die Prävalenz ([vgl. G.](#)) psychischer Erkrankungen in Deutschland ([vgl. 2.5.1](#)) werden nachfolgend exemplarisch Evidenzen für eines der häufigsten Störungsbilder, der affektiven Störung im Kontext der Depression, vorgestellt.

Die internationale Studie „Effectiveness of Occupational Therapy Interventions on Depression and Quality of Life of Mothers with Autistic Children“ (Khanum & Begum, 2018) belegt die Effektivität ergotherapeutischer Interventionen bei an Depressionen erkrankten Müttern mit autistischen Kindern. Eine Regression der depressiven Symptomatik zeigte sich im Beck'schen Depressionsinventar (BDI), die Lebensqualität der Mütter verbesserte sich in allen vier Bereichen signifikant.

Auch die nationale Pilotstudie „Handeln gegen Trägheit“ (Pfeiffer, 2016), die im Rahmen einer Masterarbeit im LVR Klinikum in Düsseldorf durchgeführt wurde, belegt die Effektivität von ergotherapeutischen Interventionen. Bei den teils an Depressionen erkrankten Studienteilnehmer*innen zeigten sich signifikante Verbesserungen im Bereich der Selbstfürsorge durch die Teilnahme an dem gleichnamigen Behandlungskonzept.

Die Klient*innen selbst beurteilen ergotherapeutische Interventionen ebenfalls als positiv. „Die Wertschätzung der Ergotherapie seitens der behandelten Patienten wurde verschiedentlich erfragt und darf als gesichert gelten (Evidenzgrad Ib und darunter)“ (Reuster et al., 2015, S. 13). Sie nahm in einer klinischen Studie (Ziemann, 2002) nach

Arztgesprächen den zweiten Rang noch vor psychotherapeutischen Gruppenangeboten ein (Reuster et al., 2015).

2.1.2 Psychotherapie

Die nachfolgenden Informationen innerhalb des Kapitels 2.1.2 beruhen im Wesentlichen auf den Inhalten der Broschüre Wege zur Psychotherapie (BPtK, 2019a). Additive Quellen werden bezugnehmend auf die entsprechende Passage im Text zitiert.

2.1.2.1 Berufsbezeichnung

Um die Berufsbezeichnung Psychotherapeut*in tragen zu dürfen, müssen alle Therapeut*innen eine staatlich geregelte Ausbildung und Prüfung absolvieren. Es gibt zur Zeit drei Gruppierungen von Psychotherapeut*innen: Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen, ärztliche Psychotherapeut*innen und psychologische Psychotherapeut*innen (vgl. Tab. 1).

Gruppierung	Zielgruppe/ Ausbildungsweg
Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen	<ul style="list-style-type: none"> • behandeln Klient*innen bis zu einem Alter von 20 Jahren • nach erfolgreichem Psychologie- oder Pädagogikstudium psychotherapeutische Ausbildung mit Approbation
Ärztliche Psychotherapeut*innen	<ul style="list-style-type: none"> • absolvieren zuerst Medizinstudium • im Anschluss Facharztausbildung mit Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie oder psychosomatische Medizin und Psychotherapie • danach Weiterbildung zur Behandlung psychischer Erkrankungen
Psychologische Psychotherapeut*innen	<ul style="list-style-type: none"> • behandeln Klient*innen jeden Alters • nach erfolgreichem Psychologiestudium psychotherapeutische Ausbildung mit Approbation

Tabelle 1: Gruppierungen von Psychotherapeut*innen

2.1.2.2 Psychotherapeutische Verfahren

In einer Psychotherapie können unterschiedliche Verfahren zum Einsatz kommen. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten für folgende psychotherapeutische Verfahren (vgl. Tab. 2).

Verfahren	Ursprung/ Grundgedanke/ Zielsetzung
Analytische Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Ursprung: Psychoanalyse • Grundgedanke: innere Konflikte verursachen psychische Erkrankung • Ursache: Erfahrungen der frühesten Kindheit prägen spätere Verhaltens- und Beziehungsmuster • Ziel: Verständnis für Handlungsweisen und Emotionen entwickeln, um alternative Handlungsweisen in den Alltag implementieren zu können
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Ursprung: Psychoanalyse • Grundgedanke: unbewusste Konflikte aus früheren Lebensphasen beeinflussen psychische Gesundheit • Ziel: durch Gespräche Konflikte erkennen und lösen können
Neuropsychologische Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Ansatz: psychische Erkrankungen als Folge eines Unfalls oder einer hirnorganischen Erkrankung werden behandelt • Ziel: möglichst eigenständiges Leben im Alltag

Tabelle 2: Psychotherapeutische Verfahren

Zusätzlich zu den drei bereits genannten psychotherapeutischen Verfahren übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung ebenfalls die Kosten für die Verhaltenstherapie.

Der theoretische Hintergrund der kognitiven Verhaltenstherapie liegt im Behaviorismus (vgl. G.) (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 2019). Nach der kognitiven Wende werden heute jedoch zusätzlich „Gedanken, Bewertungen, Erwartungen, Ziele [...] als wichtige verhaltenssteuernde Faktoren angesehen“ (Faller & Lang, 2010, S. 15).

Die Grundannahme der Verhaltenstherapie ist demnach ein Zusammenhang zwischen den eigenen Gedanken, dem Verhalten und den Emotionen. Diese beeinflussen sich gegenseitig und sind ausschlaggebend für das menschliche Wohlbefinden (vgl. Abb. 5) (IQWiG, 2019). Durch belastende Umweltfaktoren wie Stress können psychische Erkrankungen ausgelöst werden. Auf der Grundlage von erfahrungsbedingten Gedanken und Gefühlen können Verhaltensweisen generalisiert werden, welche die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränken (IQWiG, 2019).

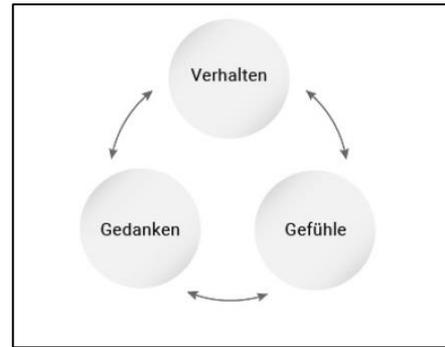


Abbildung 5: Kognitive Verhaltenstherapie
Quelle: IQWiG, 2019

Beispielsweise habe ein an Depressionen erkrankter Mensch häufig die Tendenz dazu, sich sozial zu isolieren und keine Freizeitaktivitäten mehr auszuführen. Diese Isolation führe in der Folge wiederum zu einer Verschlechterung der Emotionen und einer Steigerung negativer Gedanken, was einen weiteren Rückzug zur Folge habe.

Menschliches Verhalten sei jedoch erlernt und könne aufgrund dessen auch wieder verlernt oder verändert werden. Durch den problemorientierten Ansatz der Verhaltenstherapie werde lösungsorientiert an aktuellen Problemen gearbeitet, eine Aufarbeitung der Vergangenheit finde in diesem Zusammenhang nicht statt. Das Ziel sei es, bestehende belastende Grundannahmen der Klient*innen zu erkennen, Alternativen zu entwickeln und potentielle Aktivitätsansätze zu eruieren (IQWiG, 2019).

Aufgrund der Nähe zu den ergotherapeutischen Kompetenzen und Aufgabenspektren beziehungsweise auf die Zielsetzung der Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens (vgl. [2.1.1.1](#) & [2.1.1.2](#)), die Grundannahme der gegenseitigen Beeinflussung von persönlichen Aspekten, Umweltfaktoren und Betätigung (vgl. [2.1.1.3](#)) sowie der Zielsetzung der Verbesserung der Partizipation der Klient*innen ([vgl. 2.1.1.4](#)) bezieht sich die vorliegende Forschungsarbeit auf den Bereich der Verhaltenstherapie.

2.1.2.3 ICF

„Die ICF-Perspektive [vgl. [2.1.1.5](#)] ist gerade für die Psychotherapie von besonderer Bedeutung“ (Linden, 2018, S. 5). Die Therapie fokussiere sich eher auf die Feststellung des aktuellen Krankheitsstatus, die Diagnose als solche stehe nicht im Mittelpunkt der Behandlung. Für den Bereich der Verhaltenstherapie bedeute dies, den Fokus auf die Verhaltensanalyse zu legen. In diesem Kontext erfolge eine Übersetzung des ICF-Konzepts in die psychotherapeutische Anwendung, da die Beeinträchtigungen der Klient*innen unabhängig von der Diagnose individuell zu betrachten und zu behandeln seien. Das Ergebnis dieser Diagnostik nenne sich Störungsmodell und sei die Grundlage für die Interventionsplanung und -durchführung. Im Kontext des Genehmigungsverfahrens für die

Kostenübernahme einer Therapie fordern die gesetzlichen Krankenversicherungen eine Darlegung zur Zweckmäßigkeit einer Behandlungsplanung auf Grundlage des Störungsbildes. Aufgrund des Potentials der ICF im Kontext der Beschreibung des Störungsbildes solle dieser Bereich in der Ausbildung der Psychotherapeut*innen mehr beachtet werden (Linden, 2018). Aktuell erlernen Psychotherapeut*innen Grundkenntnisse bezugnehmend auf die ICF im Rahmen ihrer Ausbildung (KBV, 2018).

2.1.2.4 Evidenz für verhaltenstherapeutische Interventionen und Behandlungskonzepte

Wie beschrieben ([vgl. 2.1.1.6](#)) kann die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2019a) Psychotherapeut*innen als Entscheidungshilfe für die Verordnung weiterführender psychosozialer Interventionen dienen. Darüber hinaus wurden weitere Praxisleitlinien für den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ([vgl. Anl. 2](#)) erstellt, an denen die DGPPN als „größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychische Erkrankungen in Deutschland“ (DGPPN, 2020a) maßgeblich beteiligt war (DGPPN, 2020b).

Die nachfolgend exemplarisch vorgestellten Evidenzen nehmen auch an dieser Stelle Bezug auf die Prävalenz ([vgl. G.](#)) psychischer Erkrankungen in Deutschland ([vgl. 2.5.1](#)), konkret auf eines der häufigsten Störungsbilder, der affektiven Störung, im Kontext der Depression.

Die internationale Studie „Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in an Interdisciplinary Rehabilitation Program for Chronic Pain: a Randomized Controlled Trial with a 3-Year Follow-up“ (Ólason, Andrason, Jónsdóttir, Kristbergdóttir & Jensen, 2017) deutet darauf hin, dass die kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen und Angstzuständen im Kontext einer Schmerzbehandlung den langfristigen Nutzen der Behandlung im Rahmen eines Rehabilitationsprogramms steigern kann. Diese Erkenntnis hat, wenn sie in weiteren Studien repliziert wird, wichtige klinische und wirtschaftliche Auswirkungen.

Auch die nationale Studie „Langfristige Wirkung von Psychotherapie bei nichtchronischen Depressionen: Ein systematisches Review von Studien im Vergleich mit Pharmakotherapie“ (Voderholzer & Barton, 2016) „deutet darauf hin, dass die Psychotherapie bei mittelschweren unipolaren depressiven Episoden bezüglich der Nachhaltigkeit den Antidepressiva überlegen ist“ (Voderholzer & Barton, 2016, S. 113). Die alleinige Psychotherapie habe in allen Studien des Reviews eine vergleichbare Wirksamkeit wie die Kombinationstherapie aus Psycho- und Pharmakotherapie aufgewiesen.

2.2 Arbeiten im ambulanten Setting

2.2.1 Rahmenbedingungen in der Ergotherapie

2.2.1.1 Vorgaben der Kostenträger

Um Klient*innen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und den Berufsgenossenschaften (BG) behandeln und diese Behandlungen abrechnen zu können, müssen Praxisinhaber*innen ein Zulassungsverfahren durchlaufen (DVE, o.J.).

Der GKV-Spitzenverband erließ nach § 124 Abs. 4 SGB V Zulassungsempfehlungen als Entscheidungsgrundlage für die zuständigen Krankenkassen-Verbände (DVE, o.J.). Diese haben zum Ziel, „eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen sicherzustellen“ (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 4). Ergotherapeut*innen müssen sowohl die heilmittelbereichsspezifischen Zulassungsvoraussetzungen (vgl. Anl. [3.1](#) & [3.2](#)) gewährleisten als auch nach der geltenden Vereinbarung für die Versorgung der Versicherten nach § 125 SGB V anerkannt werden (GKV-Spitzenverband, 2018).

Auf Grundlage der Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V (GKV-Spitzenverband & DVE, 2016) wurden zwischen den jeweiligen Verbänden der Krankenkassen und dem DVE Rahmenverträge geschlossen (DVE, o.J.), um „die gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Leistungen der Ergotherapie in der fachlich gebotenen Qualität zu gewährleisten“ (DVE, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, BKK-Landesverband Mitte, IKK classic & KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Nord, 2017, S. 2).

2.2.1.2 Optionale Behandlungseinheiten

Nach § 92 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB V beschließt der G-BA Richtlinien zur Heilmittelversorgung. Die letzte Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinien (Heilm-RL) inklusive Heilmittelkatalog und Anlagen beinhaltet die Beschlüsse bis zum 17.09.2020 und tritt am 01.01.2021 in Kraft (G-BA, 2020b), die vorliegende Forschungsarbeit bezieht sich aufgrund der Aktualität auf diese Fassung.

Diese Heilmittelrichtlinien bieten die Grundlage für eine ergotherapeutische Intervention, da in diesem Kontext die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung geregelt ist (DVE, o.J.). Zudem werden im zweiten Teil der Heilmittelrichtlinien, dem „indikationsbezogenen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Abs. 6 SGB V (im Folgenden Heilmittelkatalog genannt)“ (G-BA, 2020b, S. 8), die Heilmittel den Indikationen im Heilmittelkatalog zugeordnet (DVE, o.J.).

Hier werden die Maßnahmen der Ergotherapie im Bereich der psychischen Störungen in vier Diagnosegruppen aufgeteilt, Leitsymptomatik sowie Heilmittel und Verordnungsmengen sind diesen Diagnosegruppen zugeordnet. Die psychisch-funktionelle Behandlung als Einzel- oder Gruppentherapie ist bei den Diagnosegruppen PS zwei bis PS vier in der Behandlung erwachsener Klient*innen als vorrangiges Heilmittel vorgesehen (G-BA, 2020b) ([vgl. Anl. 4](#)). Bezugnehmend auf die Verordnungsbefugnis der Psychotherapeut*innen ([vgl. 2.2.2.2](#)) liegen die Diagnosegruppe PS zwei und PS drei im Fokus dieser Forschungsarbeit.

2.2.1.3 Psychisch-funktionelle Behandlungen

Die Maßnahmen der Ergotherapie dienen bezugnehmend auf die psychisch-funktionelle Behandlung „der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer Funktionen und Funktionen der Wahrnehmung und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und gegebenenfalls der Teilhabe“ (G-BA, 2020b, S. 33), die Ziele auf Schädigungs- sowie auf Aktivitäts- und Teilhabeebene werden konkret genannt ([vgl. Anl. 5](#)). Die Art, Menge und Frequenz des Heilmittels ist abhängig von „der Ausprägung und Schwere der Erkrankung, den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen, den Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie den angestrebten Therapiezielen“ (G-BA, 2020b, S. 53) ([vgl. 2.2.1.4](#)). Für die Vergütung der ergotherapeutischen Interventionen gelten nach § 125b SGB V seit dem 01.07.2019 bundeseinheitliche Preise ([vgl. Anl. 6](#)).

In diesem Kontext kann Ergotherapie die „Selbstwirksamkeitserwartung fördern, Rückfallvorsorge erarbeiten und damit einen Beitrag auf dem Genesungsweg leisten. [...] Daher ist Ergotherapie ein integraler Bestandteil der psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen“ (Siepelmeyer-Müller, 2018).

2.2.1.4 Heilmittelverordnung

Der § 7 der Heilmittel-Richtlinie (G-BA, 2020b) definiert den Verordnungsfall, die orientierende Behandlungsmenge und die Höchstmenge je Verordnung.

Nach § 7 Abs. 1 HeiM-RL bezieht sich ein Verordnungsfall auf die Heilmittelbehandlungen der Klient*innen auf Grundlage derselben Diagnose. In diesem Kontext können mehrere Verordnungen ausgestellt werden.

Die orientierende Behandlungsmenge bezieht sich nach § 7 Abs. 2 HeiM-RL „auf die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann“ (G-BA, 2020b, S. 10). Im Bereich der psychisch-funktionellen Behandlung gilt für die Diagnosegruppen PS zwei und PS drei eine Höchstmenge je Verordnung von 10 Behandlungseinheiten mit einer orientierenden Behandlungsmenge von

bis zu 40 Einheiten und einer Frequenzempfehlung von ein bis drei Behandlungen pro Woche ([vgl. Anl. 7](#)). Der Richtwert der Regeltherapiezeit beträgt 60-75 Minuten in der Einzeltherapie und 90-120 Minuten im gruppentherapeutischen Setting (GKV-Spitzenverband, 2016).

Sofern das Therapieziel im Rahmen der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden kann, sind darüberhinausgehende Verordnungen nach § 7 Abs. 4 HeilM-RL möglich, falls individuelle medizinische Gründe vorliegen und dies ärztlicherseits dokumentiert wird. Ein „langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V liegt [nach § 8 Abs. 2 HeilM-RL] vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung der Schwere und Langfristigkeit der [...] Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben“ (G-BA, 2020b, S. 11).

2.2.1.5 Verordnungszahlen

Im Jahr 2018 wurden im Bereich der Ergotherapie 3,06 Millionen Leistungen von den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen in Anspruch genommen (Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) & Waltersbacher, 2019). Verordnet wurden diese Leistungen von verschiedenen Fachgruppen (vgl. Abb. 6).

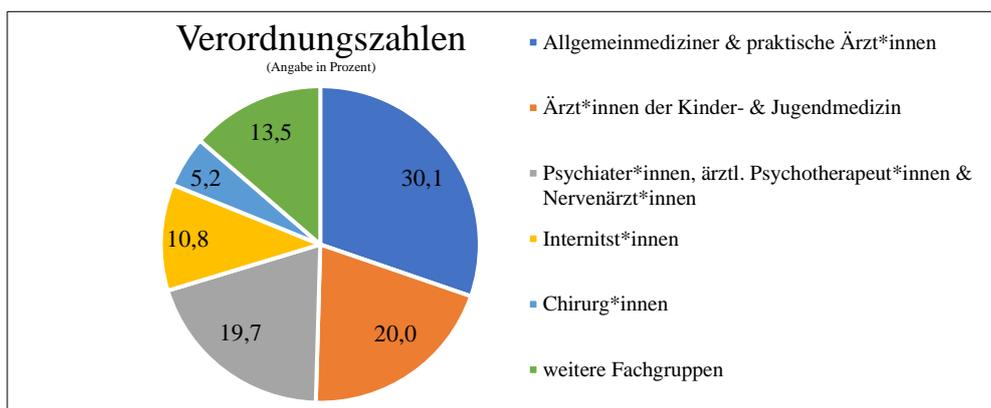


Abbildung 6: Verordnungszahlen
Quelle: In Anlehnung an WiDO & Waltersbacher, 2019, S. 13

Die Behandlung bei psychischen und psychisch-funktionellen Störungen habe einen Anteil von 14,4 Prozent der ergotherapeutischen Leistungen eingenommen und einen Anteil von 21 Prozent am Gesamtumsatz gehabt, dies entspreche einem Umsatz von 210 Millionen Euro.

2.2.2 Rahmenbedingungen in der Psychotherapie

2.2.2.1 Vorgabe der Kostenträger

Um Klient*innen von der GKV behandeln und die Behandlungen abrechnen zu können, benötigen Psychotherapeut*innen eine Kassenzulassung. „Die Kassenzulassung

bezeichnet die Berechtigung eines [...] Psychotherapeuten [...], seine Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) [...] zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen abzurechnen“ (mediorbis - Infoservice für Ärzte, 2020). Um diese Kassenzulassung zu erhalten, müssen Psychotherapeut*innen die Zulassungsvoraussetzungen nach § 95c SGB V erfüllen und die Eintragung nach § 4 Abschnitt I Arztregister, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), beantragen, um in das Arztregister aufgenommen zu werden (§ 1 Abschnitt I Arztregister, Ärzte-ZV).

2.2.2.2 Gesetz zur Reform der Psychotherapieausbildung

Das Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) beinhaltet neben verschiedenen gesetzlichen Vorgaben wie beispielsweise Approbation und Studium (vgl. Anl. 8) unter Abschnitt 7 den Bereich Übergangsvorschriften/ Bestandsschutz. In § 26 PsychThG wird beschrieben, dass alle Psychotherapeut*innen, „die eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung besitzen, ihre jeweilige Berufsbezeichnung weiterführen und die Psychotherapie nach § 1 Abs. 2 ausüben dürfen“.

Das Gesetz zur Reform der Psychotherapieausbildung (Bundesgesetzblatt, 2015) beinhaltet neben dem PsychThG in Artikel eins auch die „Veränderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ in Artikel zwei. Hier wird unter dem Punkt 3. b) die Veränderung des § 73 Abs. 2 beschrieben, unter Satz 4 werde „nach dem Wort „von“ das Wort „Ergotherapie“ eingefügt“ (Bundesgesetzblatt, 2015, S. 1616).

Aufgrund der Kombination des Bestandsschutzes und der Veränderung des SGB V erhalten auch bereits approbierte Psychotherapeut*innen die Befugnis, Ergotherapie verordnen zu dürfen.

Am 15.10.2020 konkretisierte der G-BA die Befugnis der Psychotherapeut*innen im Kontext der Änderungen der HeilM-RL (G-BA, 2020c), demnach dürfen ergotherapeutische Verordnungen für erwachsene Klientel der Diagnosegruppen PS zwei und PS drei von Psychotherapeut*innen ausgestellt werden. Zudem treten diese Änderungen zeitgleich mit den Änderungen der letzten Überarbeitung der HeilM-RL (vgl. 2.2.1.2) in Kraft, somit werden Psychotherapeut*innen ab dem 01.01.2021 Ergotherapie verordnen können.

2.2.2.3 Optionale Behandlungseinheiten

Nach § 92 Abs. 1 SGB V beschließt der G-BA „die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“. Dies betrifft nach § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V Richtlinien über die ärztliche Behandlung, dabei sind nach § 92 Abs. 6a

„insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren [...] sowie Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln“.

Diese Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) (G-BA, 2020a) „dient der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen“ (G-BA, 2020a, S. 4). In § 15 Psychotherapierichtlinie wird die Verhaltenstherapie als anerkanntes Psychotherapieverfahren definiert, in § 17 Psychotherapierichtlinie werden die Verhaltenstherapie sowie Schwerpunkte der therapeutischen Intervention wie stimulus- oder responsebezogene Methoden, Methoden des Modelllernens, Methoden der kognitiven Umstrukturierung und Selbststeuerungsmethoden beschrieben ([vgl. Anl. 9](#)) (G-BA, 2020a). Demnach erfordere die Verhaltenstherapie „die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens“ (G-BA, 2020a, S. 13).

Das wichtigste Verfahren im Kontext der verhaltenstherapeutischen Diagnostik ist die Verhaltens- und Problemanalyse (Kandale & Rugenstein, 2017). Die Problemanalyse habe demnach zum Ziel, „die Probleme, derentwegen eine Person zum Verhaltenstherapeuten kommt, zu beschreiben, zu klassifizieren und die Variablen ausfindig zu machen, die die Entstehung und Aufrechterhaltung der Probleme erklären können“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S. 224). Die Verhaltensanalyse sei ein Teil der Problemanalyse und habe je nach Vorgehensweise verschiedene Ansätze mit unterschiedlichem Auflösungsgrad der Analyse ([vgl. Anl. 10](#)). Die Makroanalyse orientiert sich hierbei am bio-psycho-sozialen Modell ([vgl. 2.1.1.5](#)) (Kircher & Losekam, 2017).

2.2.2.4 Anwendungsformen und Behandlungsfrequenz

Nach § 21 Psychotherapierichtlinie kann eine Verhaltenstherapie gemäß § 15 in der Form von Einzel- oder Gruppentherapie stattfinden. Laut § 22 Psychotherapierichtlinie können beide Anwendungsformen bei entsprechender Indikation auch miteinander kombiniert werden ([vgl. Anl. 11](#)) (G-BA, 2020a).

Die Behandlungsfrequenz ist laut § 23 Psychotherapie-Richtlinien auf drei Behandlungseinheiten pro Woche begrenzt (G-BA, 2020a). Sofern eine höhere Wochenfrequenz notwendig sei, müsse dies im Rahmen einer Antragstellung differenziert begründet werden.

Der Leistungsumfang der Psychotherapie wird in Abschnitt E der Psychotherapie-Richtlinie im Kontext der Paragraphen 28 – 31 (G-BA, 2020a) beschrieben und umfasst Regelungen zu Behandlungsumfang, Therapieansätzen und Bewilligungsschritten ([vgl. Anl. 12](#)).

2.2.2.5 Verordnungszahlen

"Pro Quartal werden etwa 2,5 Millionen gesetzlich versicherte Patienten von 3.576 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde in ambulanten Praxen behandelt. In einem Quartal nehmen etwa 1,5 Millionen gesetzlich versicherte Patienten psychotherapeutische Leistungen in Praxen niedergelassener Psychotherapeuten in Anspruch“ (DGPPN, 2019b, S. 2). Der berufliche Hintergrund der Psychotherapeut*innen und die häufigsten Behandlungsdiagnosen werden nachfolgend dargestellt (vgl. Abb. 7).



Abbildung 7: Anzahl Psychotherapeut*innen und Behandlungsdiagnosen
Quelle: In Anlehnung an DGPPN, 2019b, S. 2

2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

2.3.1 Definition der interprofessionellen Zusammenarbeit

„Der Gebrauch der Terminologie zur Zusammenarbeit erscheint in deutschen Fachzeitschriften wenig abgestimmt“ (Mahler, Gutmann, Karstens & Joos, 2014, S. 3), unterschiedliche Begrifflichkeiten würden demnach uneinheitlich und teils synonym verwendet. Ausgehend von dem Adjektiv „interprofessionell“ wird die Komposition des Wortes nachfolgend differenziert betrachtet.

„Interprofessionell“ setzt sich zusammen aus dem Präfix „inter“, das „in Bildungen mit [...] Adjektiven eine Wechselbeziehung kennzeichnet“ (Duden, 2020a) und dem Adjektiv „professionell“, das eine „Tätigkeit als Beruf ausübend“ (Duden, 2020b) beschreibt.

Auf Grundlage dieser Definitionen „scheint für die Zusammenarbeit verschiedener Professionen in ihrem beruflichen Kontext der Begriff der interprofessionellen Zusammenarbeit zutreffend“ (Mahler et al., 2014, S. 3).

2.3.2 Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit

„Deutschland hat eines der weltweit am stärksten ausdifferenzierten und am besten ausgestatteten Gesundheitssysteme“ (DGPPN, 2018, S.35). Dies betreffe auch die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, trotz des differenzierten Hilfesystems bestünden jedoch Versorgungslücken für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Insbesondere die Verknüpfung der Versorgungsnetze scheint hierbei der zentrale Schlüssel für das Schließen der Versorgungslücken in Deutschland zu sein. Die DGPPN schlussfolgert in ihrem Dossier, nicht der Mangel an Versorgungsmöglichkeiten, sondern der Mangel der Koordination der Leistungen, der regionalen Unterschiede und der steigende Bedarf seien ursächlich für die bestehenden Versorgungslücken im deutschen Gesundheitssystem. Durch den Mangel an einer zielgerichteten Koordination der Leistungen komme auch keine Kooperation der Leistungserbringer zustande (DGPPN, 2018).

Aufgrund der gravierenden Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, die „von der körperlichen Gesundheit, der Arbeitssituation, Ausgrenzung und sozialer Not bis hin zum Suizid“ (DGPPN, 2018, S. 22) reichen, ist eine Initiierung beziehungsweise Intensivierung der Kooperation der Leistungserbringer mit dem Ziel der verbesserten Versorgung der Betroffenen notwendig. In diesem Kontext ist „die interprofessionelle Zusammenarbeit [...] eine zentrale Grundlage für eine qualitativ hochwertige [...] Versorgung“ (Techniker Krankenkasse, 2020).

2.3.3 Kompetenzen im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit

„Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) im Gesundheitswesen ist für die Bewältigung der anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung unabdingbar“ (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2019). Sie habe ein deutliches Potential, sowohl die Versorgungsqualität als auch die Sicherheit und Zufriedenheit der Klient*innen zu verbessern. Dies wird auch im Kontext des E-How-Model ([vgl. 2.1.1.4](#)) beschrieben. Demnach unterstütze „eine interprofessionelle Zusammenarbeit [...] die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Klient*innen“ (Pizzi & Richard, 2017, S. 3).

Damit eine interprofessionelle Zusammenarbeit gelingen kann, sind die Aspekte der Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten sowie der Kommunikation zu beachten (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), 2019). „Die Kommunikation ist ein zentrales Element der interprofessionellen Praxis“ (IMPP, 2019, S. 24). In konkreten Alltagssituationen misslinge die Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen jedoch häufig (IMPP, 2019), eine Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten kann somit nicht stattfinden.

Allerdings werden weder in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Bundesministerium für Gesundheit, 2019) noch in der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Bundesministerium für Gesundheit, 2020) Inhalte bezugnehmend auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit erwähnt.

„Um die Angehörigen der Gesundheitsberufe zu befähigen, neue bedarfsorientierte Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln und zu praktizieren, müssen [...] in den Studien- und Ausbildungsgängen von Therapie-, Pflege- und Gesundheitswissenschaften [...] Aktivitäten zur Stärkung der interprofessionellen Ausbildung eingeführt werden“ (IMPP, 2019, S. 52).

Eine Grundlage für die Zusammenarbeit bietet die ICF ([vgl. 2.1.1.5 & 2.1.2.3](#)). „The ICF is a common framework in the social and health sectors, promoting a common language in order to improve interprofessional communication“ (Taylor, 2017, S. 468).

2.3.4 Vergütung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die Vergütungsformen hemmen zurzeit eine interprofessionelle Zusammenarbeit (Schmitz, Berchthold, Cichon, Klapper & Amelung, 2020).

So erhalten Ergotherapeut*innen für den Verwaltungsaufwand bezugnehmend auf die Berichtserstellung für Therapeut*innen und Ärzt*innen 0,84 €, diese Leistung kann einmalig pro Verordnung abgerechnet werden (vdek-Ersatzkassen, 2019) ([vgl. 2.2.1.3](#)).

Psychotherapeut*innen erhalten für die „Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken“ (BPtK, 2020) 34,20 € pro Kalenderjahr. Zusätzlich seien weitere Positionen bezugnehmend auf die Fremdanamnese und Berichterstellung berechnungsfähig, die teils deutlich unter diesem Wert liegen ([vgl. Anl. 13](#)).

„Hinzu kommt, dass IPZ im Sinne der Abweichung vom Normalfall mit erheblichem (Energie-)Aufwand verbunden sein kann“ (Schmitz, Berchthold, Cichon, Klapper & Amelung, 2020, S. 194). Dementsprechend sei es sinnvoll, förderliche finanzielle Vergütungsformen zu entwickeln und Fehlanreize zu minimieren.

2.4 Schnittstellen der Professionen

Die Bezugswissenschaft der Psychologie bildet sowohl bei den psychologischen Psychotherapeut*innen (Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 2019) als auch bei den Ergotherapeut*innen (Hagedorn, 2000) die Grundlage der jeweiligen Profession. Psychologie und Ergotherapie verfolgen jedoch unterschiedliche Therapieansätze (Hesse, 2009). In der Psychologie erfolge die Therapie über das Wort,

in der Ergotherapie hingegen erfolge die Therapie über das Handeln. Die Gefahr bei psychologischen Interventionen bestehe darin, die Gesprächsinhalte als Wirklichkeit zu erfassen. Die direkte Verhaltensbeobachtung der Klient*innen bei der Betätigungsausführung in alltagsnahen Situationen sei die Stärke der Ergotherapeut*innen, Psychologen könnten in diesem Kontext von einer Zusammenarbeit profitieren.

2.4.2 Klientenzentrierung

Eine weitere gemeinsame Grundlage beider Professionen stellt der klientenzentrierte Ansatz nach Carl Rogers (1984) dar. „Carl Rogers spielte eine herausragende Rolle auf dem Weg [...] vom [...] direktiven [...] zum klientenzentrierten Ansatz“ (Hagedorn, 2000, S. 62). Zentral bei diesem Ansatz sei „das Zurückweisen jeglicher Machtausübung einer Person über die andere (Hagedorn, 2002, S. 87). Während der Intervention müsse sichergestellt sein, dass die Steuerung durch die Klient*innen ausgeführt werden, auch wenn der Entscheidungsprozess dadurch erheblich verlangsamt werde.

In der Ergotherapie stellt die Klientenzentrierung eine der sechs Grundlagen für die Berufsausübung von Ergotherapeut*innen dar (Cup & van Hartingsveldt, 2019) ([vgl. 2.1.1.4](#)). Seit über 30 Jahren stehe die Klientenzentrierung im Mittelpunkt der Ergotherapie, sie verlange eine „partizipative Entscheidungsfindung mit der Person und ihrem System“ (Cup & van Hartingsveldt, 2019, S. 216).

Im Bereich der Psychotherapie ist die Gesprächspsychotherapie als „wissenschaftlich begründetes [...] Verfahren anerkannt“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S. 334). Die Aktualisierungstendenz als intrinsische Tendenz eines Menschen, all seine Möglichkeiten zu entfalten, liege der klientenzentrierten Gesprächstherapie nach Rogers zugrunde. Kongruenz, bedingungslose positive Wertschätzung und Empathie werden in diesem Kontext als die „Basisvariablen des Therapeutenverhaltens bezeichnet“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S. 334). In der Praxis werden die Ansätze der Verhaltenstherapie und der Gesprächspsychotherapie häufig pragmatisch miteinander verbunden (Borg-Laufs, 2015, S. 78).

2.4.3 Netzwerkbildung

Eine Möglichkeit, weitere Schnittstellen der Therapeut*innen zu identifizieren, bietet sich durch die Bildung von Netzwerken.

Lokale Netzwerke sind „eine moderne Form der Problembearbeitung“ (Fischer, 2018, S. 7). Dies erwachse aus dem professionellen Anspruch der Beteiligten heraus, die „Nachfrage nach Informationen, Unterstützungsleistungen und Hilfeangeboten ganzheitlich zu bearbeiten“ (Fischer, 2018, S. 7) und durch ein entsprechendes Angebot aufzufangen. Eine

Möglichkeit zum Kontaktaufbau und zur Erweiterung dieses Netzwerkes bietet beispielsweise die Teilnahme an einem Qualitätszirkel (KBV, 2019).

Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen nutzen diese Möglichkeit. Bundesweit tauschten sich im Jahr 2017 60.000 Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen im Rahmen von mehr als 8.600 Qualitätszirkeln mit ihren Kolleg*innen aus (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2019). Mit der Teilnahme an den Qualitätszirkeln können das eigene Handeln reflektiert, Wissen generiert (KBV, 2019) und nach § 75 Abs. 7 SGB V gemäß § 95d SGB V Fortbildungspunkte erworben werden (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2020).

Eine entsprechende bundesweite Statistik über die Teilnahme von Ergotherapeut*innen an Qualitätszirkeln konnte von den Forschenden ebenso wenig eruiert werden wie die Möglichkeit der Anrechnung von Fortbildungspunkten für Ergotherapeut*innen.

Zudem konnten keine bundesweiten statistischen Daten über die Durchführung von interprofessionellen Qualitätszirkeln recherchiert werden. Dabei fordern die Kostenträger von Ergotherapeut*innen die Bereitschaft zur Teilnahme an Qualitätszirkeln mit Ärzt*innen ein (vdek & DVE, 2017).

2.5 Gesellschaftliche Aspekte

2.5.1 Prävalenzen psychischer Erkrankungen

Forschungen der DGPPN Gesellschaft (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019) belegen, dass jedes Jahr etwa 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. „Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen (15,4%), gefolgt von affektiven Störungen (9,8%, unipolare Depression allein 8,2%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7%)“ (DGPPN, 2019b, S. 1).

2.5.2 Kosten im Kontext psychischer Erkrankungen

Die Anzahl der durch psychische Erkrankungen entstandenen Arbeitsunfähigkeitszeiten verdoppelte sich in den vergangenen 20 Jahren (DGPPN, 2018). 15 % der Arbeitsunfähigkeitstage seien im Jahr 2016 durch psychische Erkrankungen verursacht worden und stellten mit einer durchschnittlichen Dauer der Krankschreibung von 34 Tagen im Vergleich zu anderen Erkrankungen die Ursache für die langandauerndsten Fehlzeiten dar. Zudem seien psychische Erkrankungen mit 43 % der häufigste Grund für Frühverrentungen.

Auch „ein substanzieller Teil von Langzeitarbeitslosen ist psychisch krank“ (DGPPN, 2018). 50 % der Betroffenen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen seien

arbeitslos, ein früher Beginn der Erkrankung und die Entwicklung einer Chronizität führen laut DGPPN (2018) zudem häufig zu fehlenden Berufsausbildungen. Die diesbezüglich entstehenden Kosten werden in direkte und indirekte Kosten unterteilt.

Die direkten Kosten beziehen sich auf kurative Maßnahmen bezugnehmend auf psychische Erkrankungen und „belaufen sich in Deutschland auf rund 44,4 Milliarden Euro pro Jahr“ (DGPPN, 2018). Dies sei nach den Kosten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen der zweithöchste Wert aller Krankheiten. Hinzu kämen weiterhin rund 2,6 Milliarden Euro jährlich für rehabilitative Maßnahmen.

Indirekte Kosten im mittelbaren Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung beziehen sich auf den Ressourcenverlust, beispielsweise „volkswirtschaftliche Verluste durch Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung oder vorzeitigen Tod“ (DGPPN, 2018). Diese Kosten seien für das Jahr 2008 auf über 70 Milliarden Euro geschätzt worden, aktuelle Zahlen lägen nicht vor.

2.5.3 Interventionsmöglichkeiten im Kontext direkter und indirekter Kosten

Bezugnehmend auf die Kosten im Kontext psychischer Erkrankungen ([vgl. 2.5.2](#)) sowie den Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit ([vgl. 2.3](#)) ist die Studie „Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works“ (Schene, Koeter, Kikkert, Swinkels, & McCrone, 2006) von besonderer Relevanz. Demnach führte Ergotherapie zusätzlich zur ambulanten psychiatrischen Behandlung zu einer Verringerung der Arbeitsausfalltage bei schwer depressionserkrankten Menschen und sei mit einer Wahrscheinlichkeit von 75,5% kosteneffektiver als die ambulante psychiatrische Behandlung alleine.

3. Methode

Nachfolgend werden in diesem Kapitel die Wahl des Forschungsthemas erläutert und das Forschungsproblem anhand der Literaturrecherche dargestellt. Im Anschluss daran werden das Untersuchungsdesign, die Art der Stichprobenziehung und das Verfahren der Datenerhebung beschrieben. Abschließend folgt die Erläuterung der Aufbereitung des Datenmaterials sowie des Auswertungsverfahrens, die Güte des Prozesses wird anhand von Gütekriterien bestimmt.

3.1 Wahl des Forschungsthemas

Das Thema der Gesetzesreform zur Psychotherapieausbildung und die diesbezügliche Befugnis approbierter Psychotherapeut*innen, Ergotherapie verordnen zu können ([vgl. 2.2.2.2](#)), erreichte die Forschenden über soziale Medien. Aufgrund eines Interesses der Forschenden an der Thematik wurde diese als potentielles Forschungsthema in Erwägung gezogen.

Vor der endgültigen Entscheidung für diese Themenwahl befassten sich die Forschenden mit den „sechs Kriterien für die Wahl des eigenen Forschungsthemas“ (Döring & Bortz, 2016, S. 149).

3.1.1 Kriterien für die Wahl des Forschungsthemas

3.1.1.1 Persönliches Interesse am Thema

Aufgrund beruflicher Erfahrungen sowohl im psychiatrisch-klinisch-stationären als auch im psychisch-funktionell-ambulanten Kontext ist das Forschungsthema von persönlichem Interesse der Forschenden. Die Option, die gesammelten Erfahrungen der interprofessionellen Zusammenarbeit mit psychologischen Psychotherapeut*innen im klinischen Kontext in einen ambulanten Kontext übertragen zu können, stand hierbei im Fokus des Interesses. Auch bezugnehmend auf die Karriereplanung der Forschenden ist die Wahl des Themas zielführend, da eine Praxisgründung mit dem Schwerpunkt psychisch-funktioneller Behandlungen erwachsener Klientel in Erwägung gezogen wird.

3.1.1.2 Theoretische und Methodische Vorkenntnisse zum Thema

Bedingt durch Ausbildungs- und Studieninhalte verfügen die Forschenden über Vorkenntnisse bezugnehmend auf theoretische und methodische Grundlagen. Optionale Methoden zur Datenerhebung und zur Datenanalyse wurden im Verlauf des Studiums praktisch geübt.

3.1.1.3 Wissenschaftliche Relevanz des Themas

Angesichts der Aktualität der Thematik gehen die Forschenden von einer Bedeutsamkeit der Forschungsarbeit für die Scientific Community ([vgl. G.](#)) aus.

3.1.1.4 Praktische Relevanz des Themas

Bezugnehmend auf den alltagsnahen Sachverhalt, der sich im Kontext des Forschungsthemas darstellt, ist die praktische Relevanz der vorliegenden Forschungsarbeit gegeben. „Praktisch bedeutsam sind Forschungsfragen, die sich ganz konkret auf die Gestaltung von Maßnahmen [...] beziehen“ (Döring & Bortz, 2016, S. 150).

3.1.1.5 Empirische Untersuchbarkeit des Themas

Finanzielle, personelle und zeitliche Faktoren werden von den Forschenden beachtet, um „unter den sonstigen beschränkenden Rahmenbedingungen in der Forschungspraxis“ (Döring & Bortz, 2016, S. 151) einen größtmöglichen Erkenntnisgewinn erzielen zu können.

3.1.1.6 Betreuungsangebot zum Thema

Die Betreuung des selbstgewählten Themas ist durch eine qualifizierte Betreuung der Zuyd Hogeschool sichergestellt.

3.1.2 Konkretisierung des Forschungsthemas

Im Anschluss an die kritische Betrachtung der Thematik anhand dieser sechs Kriterien ([vgl. 3.1.1.1](#)) legten die Forschenden die Thematik als Forschungsthema für die vorliegende Forschungsarbeit fest.

„Nach der Wahl des Themas ist es zwingend notwendig, das zu untersuchende Forschungsproblem zu formulieren bzw. [...] die zentrale Fragestellung der Studie zuzuspitzen“ (Döring & Bortz, 2016, S. 144). In diesem Kontext wurde das Forschungsthema inhaltlich eingegrenzt, indem konkrete Aspekte wie potentielle Zielgruppen, Interventionsansätze, Kooperationsmöglichkeiten und Rahmenbedingungen des Themas herausgearbeitet wurden. Diese Aspekte bildeten die Grundlage für die nachfolgend dargestellte Literaturrecherche.

3.2 Literaturrecherche

3.2.1 Vorbereitende Literaturrecherche

Bezugnehmend auf die beschriebenen Aspekte ([vgl. 3.1.2](#)) wurde eine Liste mit „Schlag- und Stichwörtern“ (Döring & Bortz, 2016, S. 158) erstellt (vgl. Tab. 3).

Deutsch	Englisch
Ergotherapie	occupational therapy
Psychotherapie	Psychotherapy
Interdisziplinär	Interdisciplinary
Multiprofessionell	Multiprofessional
Interprofessionell	Interprofessionel
Team	Team
Psychiatrie	Psychiatry
psychische Gesundheit	mental health
ambulante Therapie	outpatient therapy
Erwachsene	Adults

Tabelle 3: Beispielhafte Darstellung der Schlagwörter

Die Schlagwörter wurden einzeln oder in Kombination miteinander durch Nutzung der Booleschen Operatoren ([vgl. G.](#)) als Suchbegriffe in unterschiedlichen Datenbanken, beispielsweise AOTA Search, Discovery Service for Zuyd Hogeschool (DiZ), DVE, Google Scholar oder PubMed genutzt. Zusätzlich wurden die Suchparameter, bezogen auf die Aktualität der Literatur, den Volltextzugang und die Veröffentlichung in einer akademischen Zeitschrift eingegrenzt (vgl. Tab. 4).

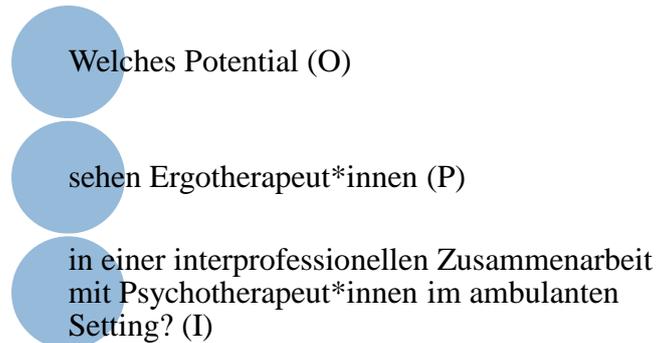
Datum	Daten	Ergebnisse	Keywords	Anmerkung	Seite
11.02.2020	11	0	"occupational therapy" AND psychotherapy AND interdisciplinary or multiprofessional or inter- professional or team AND "outpatient therapy" AND psychiatry or men- tal health AND adults NOT pediatric or infant or adolescent	Bei Eingrenzung (Volltextzugang, Veröffentlichung ab 2010, akade- mische Schriften) keine passenden Beiträge gefun- den.	DIZ

Tabelle 4: Beispielhafte Darstellung eines Suchverlaufes

Im Verlauf der empirisch geleiteten Vorgehensweise ergab sich eine Forschungslücke (vgl. Tab. 4), welche die Grundlage für die vorliegende Forschungsarbeit darstellt.

3.2.2 Formulierung der Forschungsfrage

Um diese Forschungslücke zu schließen, wurde folgende zentrale Fragestellung nach den Picot-Kriterien (Del Mar, Hoffmann & Glasziou, 2013) formuliert:



Zur Beantwortung der zentralen Forschungsfrage wurden folgende Leitfragen aufgestellt:

Welchen Wissensstand haben Ergotherapeut*innen über die potentiellen Inhalte verhaltenstherapeutischer Interventionen von Psychotherapeut*innen?

Wie können Ergotherapeut*innen klientenzentriert eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen gestalten?

Welche Rahmenbedingungen haben aus Sicht der Ergotherapeut*innen Einfluss auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen?

Um diese Leitfragen beantworten zu können, konstruierten die Forschenden auf Grundlage der Leitfragen einen Leitfaden zur Durchführung der Interviews ([vgl. 3.5.2](#)).

3.2.3 Weiterführende Literaturrecherche

Bezugnehmend auf die Aspekte der zentralen Forschungsfrage und der Leitfragen wurde die Liste der Schlagwörter weiter ergänzt und wiederum sowohl einzeln als auch in Kombination miteinander durch Nutzung der Booleschen Operatoren ([vgl. G.](#)) zur Literaturrecherche genutzt.

Die systematische und ausführliche Literaturrecherche fand fortlaufend parallel zur Bearbeitung der vorliegenden Forschungsarbeit in den bereits benannten Datenbanken statt. Zur erweiterten Literaturrecherche wurden Querverweise in bereits recherchierten Quellen genutzt, um den Kontext konkreter Aussagen in der Primärliteratur nachzuvollziehen.

Recherchierte Studien wurden zunächst selektiv gelesen. Bei inhaltstragender Relevanz für das Forschungsthema fand eine intensive Auseinandersetzung mit den Inhalten statt, die Studien wurden zusätzlich anhand der Evidenzpyramide (Tomlin & Borgetto, 2011, zitiert nach Ritschl, Stamm & Unterhumer, 2016, S. 300) bewertet ([vgl. Tab. 5](#)).

Studie	Ergebnis	Evidenzlevel	Bemerkung
Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Kikkert, M. J., Swinkels, J. A., & McCrone, P. (2006). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. <i>Psychological Medicine</i> , 37(03), 351.	Zusätzliche Ergotherapie zu ambulanter psychiatrischer Behandlung verbessert das Ergebnis der Depression nicht, steigert jedoch die Produktivität, ohne den Arbeitsstress zu erhöhen und ist mit einer Wahrscheinlichkeit von 75,5 % kostengünstiger als die ambulante psychiatrische Behandlung alleine.	2	RCT

Tabelle 5: Beispielhafte Darstellung von Studienergebnis und -bewertung

Eine Auflistung der Evidenzlevel-Bewertung genutzter Studien befindet sich im Anhang ([vgl. Anl. 14](#)).

Die Ergebnisse der Literaturrecherche finden sich in schwerpunktmäßig im Theoretischen Hintergrund ([vgl. 2.](#)) wieder und bilden die Forschungsbasis dieser Forschungsarbeit.

3.3 Untersuchungsdesign

3.3.1 Forschungsansatz

Zur Entscheidungsfindung bezüglich des Forschungsansatzes nutzen die Forschenden einen Entscheidungsbaum (vgl. Abb. 7).

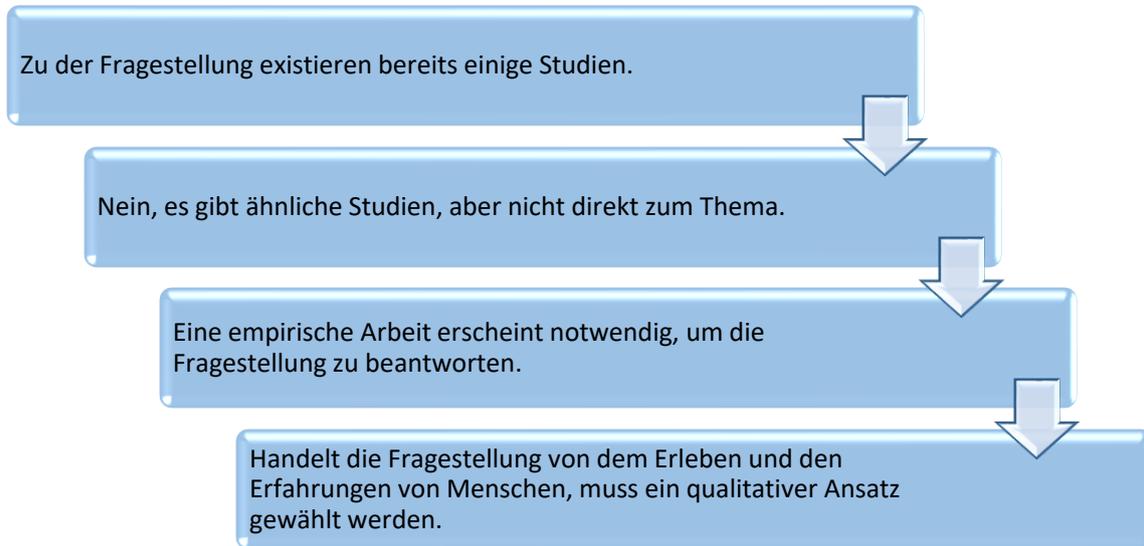


Abbildung 7: Entscheidungsbaum
Quelle: In Anlehnung an Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016, S. 53

Auf dieser Grundlage wurde für die Durchführung der empirischen Grundlagenstudie ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. „Im qualitativen Forschungsansatz werden offene Forschungsfragen an wenigen Untersuchungseinheiten sehr detailliert [...] untersucht“ (Döring & Bortz, 2016, S. 184).

3.4 Fallauswahl

Der Begriff Fallauswahl beschreibt die Zusammenstellung der Untersuchungseinheiten im qualitativen Forschungsansatz (Döring & Bortz, 2016) und bezieht sich somit auf die Stichprobenziehung.

Zu berücksichtigende Aspekte „bei der Festlegung von Auswahlmethode und Umfang der Stichprobe sind sowohl die Aussagekraft der geplanten Untersuchung als auch forschungsökonomische Aspekte wie Zeit- und Kostenaufwand“ (Döring & Bortz, 2016, S. 296). Der Prozess der Stichprobenziehung verlaufe in den Phasen Stichprobenkonstruktion, Rekrutierung und Stichprobenerhebung.

3.4.1 Stichprobenkonstruktion

Zu Beginn wurden auf der Grundlage der Forschungsfrage und der dazugehörigen Leitfragen die Ein- und Ausschlusskriterien für die Bildung der Stichprobe definiert (vgl. Tab. 6).

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none">• Tätigkeit als Ergotherapeut*in	Interessierte, welche die genannten Einschlusskriterien nicht erfüllen.
<ul style="list-style-type: none">• mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in:<ul style="list-style-type: none">○ ambulanter Praxistätigkeit○ der Durchführung psychisch-funktioneller Behandlungseinheiten○ der Behandlung von erwachsener Klientel	

Tabelle 6: Stichprobenkriterien

Aufgrund der Motivation der Forschenden (vgl. 3.1.1.1) wurden die Aspekte der Forschungsfrage um das Einschlusskriterium der Behandlung von erwachsener Klientel ergänzt. Die Berufserfahrung wurde als Kriterium mit aufgenommen, da diese für die Aussagekraft der Interviews als maßgeblich erachtet wurde. Bedingt durch unterschiedliche Definitionen von Berufserfahrung orientierten sich die Forschenden an gängigen Anforderungsprofilen in Stellenausschreibungen.

Weiterhin wurde eine Kombination aus probabilistischen und nicht probabilistischen Stichprobenverfahren zur Teilnehmerrekrutierung ausgewählt. Der Umfang der Stichprobenerhebung wurde seitens des Bildungsträgers definiert.

3.4.2 Rekrutierung

Das zur Initiierung des Kontaktes erstellte Anschreiben (vgl. Anl. 15) enthielt eine Vorstellung des Themas sowie Einschlusskriterien (vgl. 3.4.1). Bezugnehmend auf die Pandemiesituation (vgl. Anl. 16) wurde auf die Möglichkeit der Interviewdurchführung per Videotelefonie hingewiesen.

Potentielle Teilnehmer*innen wurden im ersten Schritt im probabilistischen Stichprobenverfahren im Rahmen einer einfachen Zufallsstichprobe akquiriert. Hierfür wurden über die Datenbank des DVE per Zufallsauswahl die E-Mail-Adressen von 160 Praxen aus 16 Bundesländern recherchiert, das Anschreiben wurde mit der Bitte um Teilnahme per E-Mail versendet. Zusätzlich wurden in der nicht probabilistischen Gelegenheitsstichproben-Variante der Selbstselektionsstichprobe Aufrufe in den sozialen Medien gestartet,

hier wurde das Anschreiben mit der Bitte um Teilnahme in drei Ergotherapie-Gruppen geteilt.

Parallel zur Akquise potentieller Teilnehmer*innen erstellten die Forschenden eine Einverständniserklärung ([vgl. Anl. 17](#)) mit Informationen über den Ablauf der Studie sowie über Details zum Datenschutz.

Potentielle Teilnehmer*innen meldeten sich per E-Mail bei den Forschenden. In diesem Kontext wurde die Übereinstimmung der beruflichen Erfahrungen der Interessierten mit den Einschlusskriterien überprüft, bei einer Übereinstimmung wurde den Interessierten die Einverständniserklärung per E-Mail mit der Bitte um eine schriftliche Bestätigung des informed consent (Weigl, 2016) übermittelt. Bedingt durch Drop-Outs und einer diesbezüglich zu geringen Anzahl an Studienteilnehmer*innen erfolgte eine Nachrekrutierung per Schneeballverfahren. Die Forschenden nahmen Kontakt zu persönlich bekannten Ergotherapeut*innen auf und baten sowohl um Teilnahme als auch um Weiterleitung des Anschreibens an weitere Ergotherapeut*innen. Durch dieses Vorgehen gelang die Akquise von fünf Studienteilnehmer*innen (vgl. Tab. 7).

TN	Abschluss/ Weiterbildung	Berufserfah- rung psychisch- funktionelle Behandlungen	Status	Position
TN1	Staatsexamen/ Fachergo- therapeut*in für Psychi- atrie und Psychosomatik	12 Jahre	angestellt	keine Leitungsposition
TN2	Staatsexamen/ tiefenpsy- chologisch orientierte*r Kunsttherapeut*in	6 Jahre	angestellt	keine Leitungsposition
TN3	Staatsexamen/ Bachelor der angewandten Thera- piewissenschaften	5 Jahre	angestellt	Leitungsposition
TN4	Staatsexamen/ keine	5 Jahre	angestellt	Leitungsposition
TN5	Staatsexamen/ keine	5 Jahre	angestellt	Leitungsposition

Tabelle 7: Studienteilnehmer*innen

3.4.3 Stichprobenerhebung

Die Stichprobenerhebung ist die „tatsächliche Datenerhebung mit allen rekrutierten Personen“ (Döring & Bortz, 2016, S. 296). Anhand des Entscheidungsbaumes für die Wahl der Datensammlung (vgl. Abb. 8) entschieden sich die Forschenden für die Durchführung von Einzelinterviews.

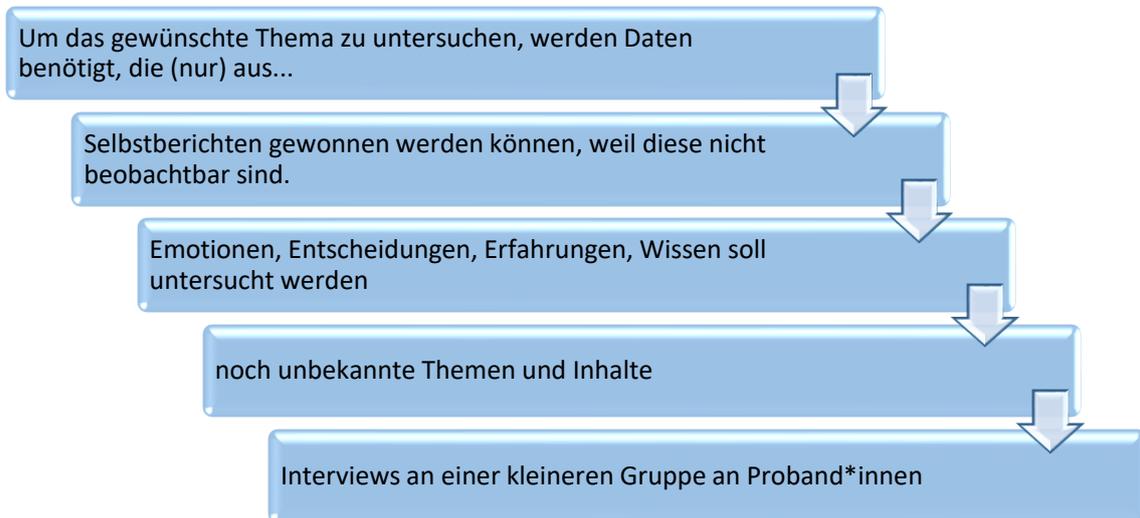


Abbildung 8: Entscheidungsbaum Datensammlung
Quelle: In Anlehnung an Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016, S. 120)

3.5 Erhebungsverfahren der Datenerhebung

Das problemzentrierte Interview wurde als Erhebungsmethode ausgewählt, da dieses die Befragten frei zu Wort kommen lässt, zeitgleich jedoch auf eine bestimmte Problemstellung fokussiert ist (Mayring, 2016). Die Forschenden orientierten sich während des Bearbeitungsprozesses am „Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews“ (vgl. Abb. 9).



Abbildung 9: Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews
Quelle: In Anlehnung an Mayring, 2016, S. 71

3.5.1 Problemanalyse

Im Kontext der Problemanalyse wurden auf Grundlage des theoretischen Vorwissens konkrete Aspekte erarbeitet, die im Rahmen der Leitfadenskonstruktion mit dem Ziel, die Leitfragen der Forschungsfrage beantworten zu können ([vgl. 3.2.2](#)), zu einem Interviewleitfaden zusammengestellt wurden.

3.5.2 Leitfadenskonstruktion

Konstruiert wurde der Interviewleitfaden teilweise standardisiert ([vgl. Anl. 18](#)), da dies sowohl die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews als auch die Analyse des Datenmaterials erleichtert (Mayring, 2016). Bei der Erstellung des Leitfadens beachteten die Forschenden die drei Grundprinzipien qualitativer Forschung (Reinders, 2005) Offenheit, Prozesshaftigkeit und Kommunikation. Auf struktureller Ebene bestand der Aufbau des Interviews aus einer Informationsphase im Kontext der Einleitung, einer Aufwärm- und Einstiegsphase im Rahmen von Eisbrecherfragen, einer Hauptphase mit den Hauptfragen des Interviews sowie einer Ausklang- und Abschlussphase (Misoch, 2014). Die offen formulierten Fragestellungen zielten darauf ab, die Studienteilnehmer*innen zum Erzählen zu animieren.

3.5.3 Pilotphase

Vor der eigentlichen Interviewdurchführung erprobten die Forschenden den Leitfaden im Rahmen der Pilotphase mit zwei ihnen persönlich bekannten Ergotherapeut*innen. Dies diente sowohl der Überprüfung des Interviewleitfadens als auch der Schulung des Interviewers. Die Pilotphasen-Teilnehmer*innen erhielten im Anschluss an die Interviews einen Fragebogen ([vgl. Anl. 19](#)) und gaben eine Rückmeldung über die Durchführung und die Inhalte des Interviews. In der Folge überarbeiteten die Forschenden den Leitfaden für die Interviewdurchführung mit den Studienteilnehmer*innen ([vgl. Anl. 20](#)).

3.5.4 Interviewdurchführung

Die Interviewdurchführung wurde aufgrund der Pandemiesituation teils per Videotelefonie über eine gesicherte Verbindung, teils persönlich unter Beachtung der geltenden Hygienebestimmungen ([vgl. Anl. 21](#)) durchgeführt. Neben den offen formulierten Sondierungs- und Leitfragen des Interviewleitfadens wurden zusätzlich Ad-hoc-Fragen formuliert, die sich im Gesprächsverlauf ergaben.

3.5.5 Aufzeichnung

Mit Einverständnis der Studienteilnehmer*innen wurden die Interviews digital aufgezeichnet. Als Speichermedium wurde ein über die Universität gesicherter Cloud-Speicherdienst genutzt.

3.6 Aufbereitung des Materials

„Die exakte und angemessene Beschreibung des Gegenstandes ist ein besonderes Anliegen qualitativ orientierter Forschung“ (Mayring, 2016, S. 85). Aufgrund dessen müssten Fehler bei der Aufbereitung des Datenmaterials als Zwischenschritt zwischen der Datenerhebung und der Datenauswertung vermieden werden.

Um dies zu erreichen, wurde zur Verschriftlichung der Interviews eine Protokolltechnik festgelegt. Das einfache Transkriptionssystem ([vgl. Anl. 22](#)) nach Dresing & Pehl (2015) war im Rahmen dieser Forschungsarbeit angemessen, da die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund stand (Mayring, 2016).

Zum Transkribieren wurde das Programm f4transkript (dr. dresing & pehl GmbH, 2020) genutzt, das sich aufgrund der Steuerung via USB-Fußschalter, einer variablen Tempoeinstellung der digitalen Aufnahme und dem automatischen Setzen von Zeitmarken als vorteilhaft für den individuellen Schreibprozess der Forschenden darstellte.

Bereits während des Transkribierens wurde das Datenmaterial formal anonymisiert, identifizierbare Informationen wurden vollständig entfernt (Döring & Bortz, 2016).

3.7 Qualitative Inhaltsanalyse

„Ein wichtiger Orientierungspunkt für die Auswertung qualitativer Daten sind allgemeine Überlegungen zum [...] Verstehen und Interpretieren von Texten“ (Kuckartz, 2018, S. 17). Die Wahl des Auswertungsverfahrens fiel in dieser Forschungsarbeit auf die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring die „sich durch den Anspruch methodischer Kontrolliertheit und Regelgeleitetheit auszeichnet“ (Kuckartz, 2018, S. 6). Der Grundgedanke der qualitativen Inhaltsanalyse sei es, „Texte systematisch zu analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“ (Mayring, 2016, S. 114). Während des Analyseprozesses nutzten die Forschenden das Programm f4analyse (dr. dresing & pehl GmbH, 2020) zum Schreiben von Memos, dem Kodieren von Inhalten und dem Erstellen des Kategoriensystems. Die Daten aus dem Transkriptionsprogramm f4transkript können zur direkten Nutzung in das Programm f4analyse übertragen werden.

3.7.1 Analyseschritte zu Beginn der qualitativen Inhaltsanalyse

„Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber anderen Inhaltsanalysen [besteht darin], dass die Analyse in einzelne Interpretationsschritte zerlegt wird, die vorher festgelegt werden“ (Mayring, 2015, S. 61). Zu Beginn der Analyse stehen fünf Analyseschritte (vgl. Abb. 10).

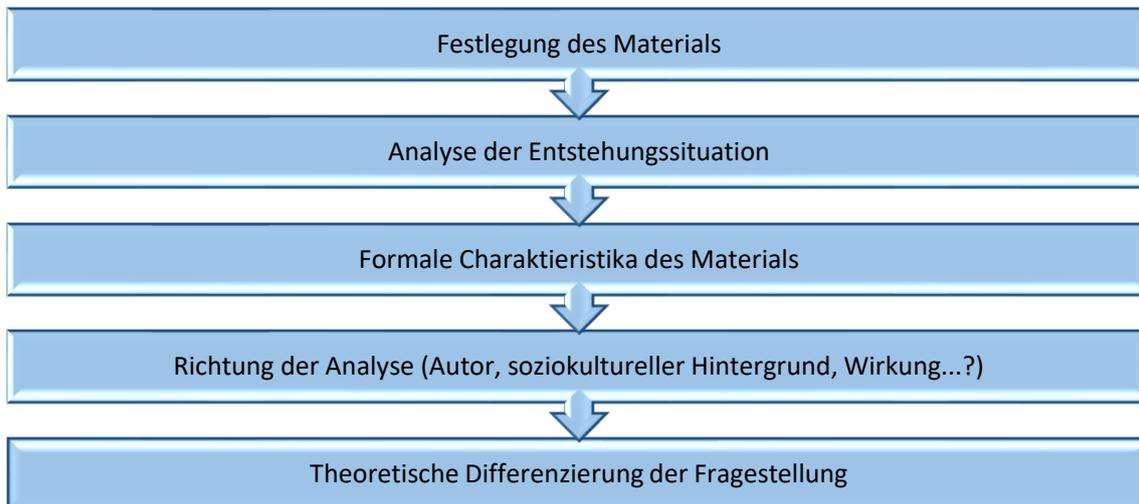


Abbildung 10: Analyseschritte zu Beginn der Analyse
Quelle: In Anlehnung an Mayring, 2015, S. 62

3.7.1.1 Festlegung des Materials

Bei dem für die qualitative Inhaltsanalyse zugrunde liegende Material handelt es sich um Interview-Transkripte (vgl. Anl. 23), die im Rahmen des Erhebungsverfahrens der Datenerhebung (vgl. 3.6) dieser Forschungsarbeit entstanden sind. Zur Analyse wurden die Interviewpassagen genutzt, die nach der Einstiegs- und Aufwärmphase (vgl. 3.5.2) entstanden sind. Insgesamt wurden fünf Interviews geführt (vgl. Tab. 7). Die Konstruktion der Stichprobe wurde im Vorfeld ausgearbeitet (vgl. 3.4.1) und im weiteren Verlauf konkretisiert (vgl. 3.4.2).

3.7.1.2 Analyse der Entstehungssituation

Die Studienteilnehmer*innen gaben den Forschenden eigeninitiativ eine Rückmeldung und erklärten vor Durchführung der Interviews ihre Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme an den Interviews durch eine schriftliche Bestätigung des informed consent (vgl. 3.4.2). Die Interviewdurchführung fand teils per Videotelefonie, teils im direkten Kontakt statt (vgl. 3.5.4) und wurden mittels eines teilweise standardisierten Interviewleitfadens (vgl. 3.5.2) von einem geschulten Forschenden (vgl. 3.5.3) durchgeführt. Aufgrund zeitlicher Kapazitäten der Forschenden war es den Studienteilnehmer*innen möglich, die Interviewtermine innerhalb vorgegebener Zeiträume frei zu terminieren. Dadurch entstand

während der Interviewsituation kein Zeitdruck, die Interviews fanden jeweils in einer entspannten Atmosphäre statt. Sowohl Interviewer als auch Interviewte waren angemessen schwingungsfähig, in der Interviewsituation emotional stabil und zu allen Qualitäten orientiert, es zeigten sich keinerlei kognitive Einschränkungen. Alle Beteiligten waren kulturell westeuropäisch geprägt, in unterschiedlichen beruflichen Kontexten aktiv und hatten einen Fach- oder Hochschulabschluss erworben.

3.7.1.3 Formale Charakteristika des Materials

Die Interviews wurden digital aufgenommen ([vgl. 3.5.5](#)), mittels einfachem Transkriptionssystem (Dresing & Pehl, 2015) transkribiert ([vgl. 3.6](#)) und in diesem Zuge formal anonymisiert (Döring & Bortz, 2016). Das Material lag den Forschenden somit in aufbereiteter Form ([vgl. 3.6](#)) vor.

3.7.1.4 Richtung der Analyse

Die Fragestellungen des Interviewleitfadens ([vgl. 3.5.2](#)) zielten darauf ab, die vorab formulierten Leitfragen ([vgl. 3.2.2](#)) beantworten zu können. Im Kontext des inhaltsanalytischen Kommunikationsmodells (Mayring, 2015) standen der emotionale, der kognitive und der Handlungshintergrund der Studienteilnehmer*innen als Kommunikatoren im Fokus. Bezugnehmend auf den emotionalen Hintergrund der Studienteilnehmer*innen lag das Hauptaugenmerk auf dem emotionalen Bezug zum Gegenstand der Forschungsarbeit, betreffend des kognitiven Handlungshintergrundes auf dem Wissenshintergrund sowie auf den Erwartungen, Interessen und Einstellungen der Studienteilnehmer*innen zu den verschiedenen Aspekten des Forschungsthemas. Hinsichtlich des Handlungshintergrundes galt das Interesse sowohl den Intentionen und Plänen der Studienteilnehmer*innen als auch deren bisherige Handlungen im Kontext des Forschungsthemas. Das Ziel der Forschenden war es, die unterschiedlichen Hintergründe der Studienteilnehmer*innen objektiv und systematisch zusammenfassend darzustellen, um diese Erkenntnisse zur Beantwortung der zentralen Fragestellung ([vgl. 3.2.2](#)) nutzen zu können.

3.7.1.5 Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Der Begriff Theorie bezieht sich im Kontext der theoretischen Differenzierung der Fragestellung auf „die gewonnenen Erfahrungen anderer“ (Mayring, 2015, S. 59-60). Bezugnehmend auf die vorliegende Forschungsarbeit stellen die Transkripte der Interviews diese Theorie dar, da hier Informationen über die verschiedenen Handlungshintergründe der Studienteilnehmer*innen ([vgl. 3.7.1.4](#)) enthalten sind. „Theoriegeleitetheit heißt nun, an diese Erfahrungen anzuknüpfen, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen“ (Mayring, 2015, S. 60). Die Fragestellung der Analyse müsse hierbei jedoch theoretisch an die bisherige Forschung angebunden und in Unterfragen differenziert sein.

Die zentrale Forschungsfrage (vgl. 3.2.2) basiert auf einer ausführlichen Literaturrecherche (vgl. 3.2), die eine Forschungslücke ergab (vgl. 3.2.1). Die Leitfragen (vgl. 3.2.2) wurden auf Grundlage des theoretischen Vorwissens der Forschenden (vgl. 2.) mit dem Ziel erstellt, einen Erkenntnisfortschritt bezugnehmend auf die zentrale Forschungsfrage (vgl. 3.2.2) zu erzielen.

3.7.2 Bestimmung der Analysetechnik

Um die Voraussetzungen für eine regelgeleitete Inhaltsanalyse sicherzustellen, müssen vorab Analyseform, Interpretationsart und Interpretationsvorgang als Grundform des Interpretierens bestimmt werden (Mayring, 2015).

Auf Grundlage der Forschungsfrage und des zugrunde liegenden Materials wurde als Analyseform die Psychologie der Textverarbeitung genutzt. Die Interpretationsart ist in dieser Analyseform ein reduktiver Prozess, der in der Zusammenfassung als Grundform des Interpretierens mündet (Mayring, 2015). Die Analyse der Transkripte verläuft hierbei mit aufsteigender Verarbeitungsrichtung textgeleitet (Ballstaedt et al., 1981, zitiert nach Mayring, 2015). Ziel dieser Analysetechnik sei es, trotz der Reduktion des Ausgangsmaterials die wesentlichen Inhalte zu erhalten und übersichtlich darzustellen

3.7.3 Ablauf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Um „die Präzision der Inhaltsanalyse zu erhöhen“ (Mayring, 2015, S. 61), wurde zunächst aus den einzelnen Bestandteilen der Transkripte ein „Netzwerk von Bedeutungseinheiten (Mikropropositionen)“ (Mayring, 2015, S. 44) gebildet (vgl. Tab. 8).

Analyseeinheit	Textbezug
Kontexteinheit	vollständiges Transkript
Auswertungseinheit	Antwort auf eine Frage
Kodiereinheit	einzelner Satz

Tabelle 8: Darstellung der Mikropropositionen

Anhand dieser wurden die Transkripte „zu einem kleineren Netzwerk an Bedeutungseinheiten (Makropropositionen) reduziert“ (Mayring, 2015, S. 44). Dabei sei die Verwendung von Zusammenfassungsstrategien (Makrooperatoren) zu beachten. Die Forschenden nutzten im gesamten Analyseprozess die Interpretationsregeln (vgl. Anl. 24) nach Mayring (2015, S. 72) als Makrooperatoren.

Die Kategorienbildung fand in diesem Prozess induktiv statt, die Kategorien wurden „direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess“ (Mayring, 2015, S. 85)

abgeleitet. Das Selektionskriterium der Leitfragen ([vgl. 3.2.2](#)) bestimmte hierbei, „welches Material Ausgangspunkt der Kategoriendefinition sein soll“ (Mayring, 2015, S. 86), nicht themenbezogene oder inhaltstragende Aussagen wurden ausgeschlossen.

Der Ablauf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird anhand des Modells ([vgl. Abb. 11](#)) dargestellt und im Anhang bezugnehmend auf Beispiele demonstriert ([vgl. Anl. 25](#)).

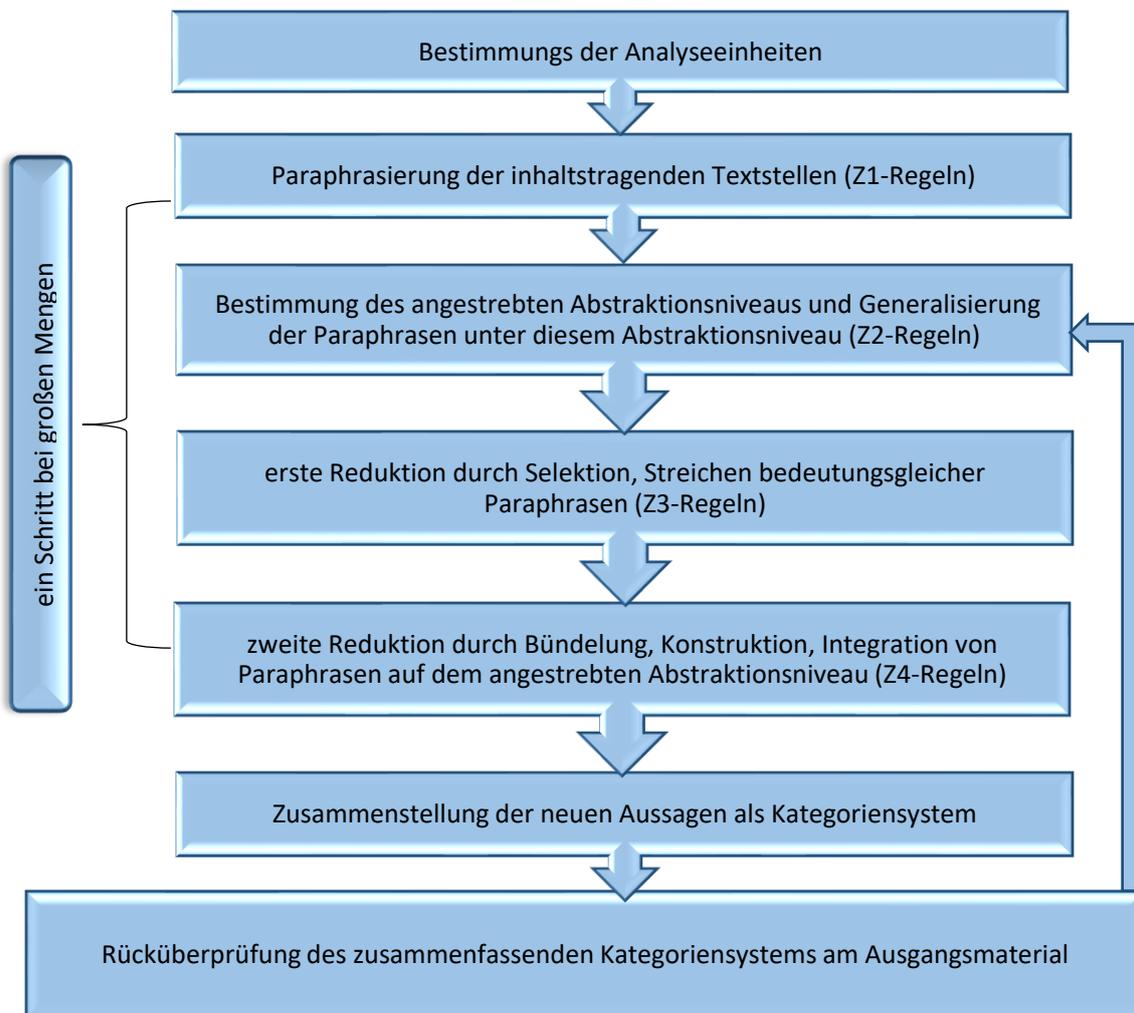


Abbildung 11: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse
Quelle: In Anlehnung an Mayring, 2015, S. 70

Im Kontext Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem ergaben sich aus dem Datenmaterial der Einzelinterviews zehn Kategorien ([vgl. Anl. 27](#)), die im Rahmen einer Rücküberprüfung mit dem Datenmaterial abgeglichen wurden. Alle inhaltstragenden Paraphrasen des ersten Materialdurchgangs spiegelten sich in dem Kategoriensystem wieder.

Anschließend erfolgte ein zweiter Durchgang der Inhaltsanalyse mit dem Ziel, das Datenmaterial fallübergreifend zu analysieren und in diesem Zusammenhang zu einer allgemeinen Einschätzung zu generalisieren (Mayring, 2015). In diesem letzten Prozessschritt der Inhaltsanalyse wurde das finale Kategoriensystem ([vgl. Anl. 27](#)) mit neun Kategorien erstellt (vgl. Abb. 12).

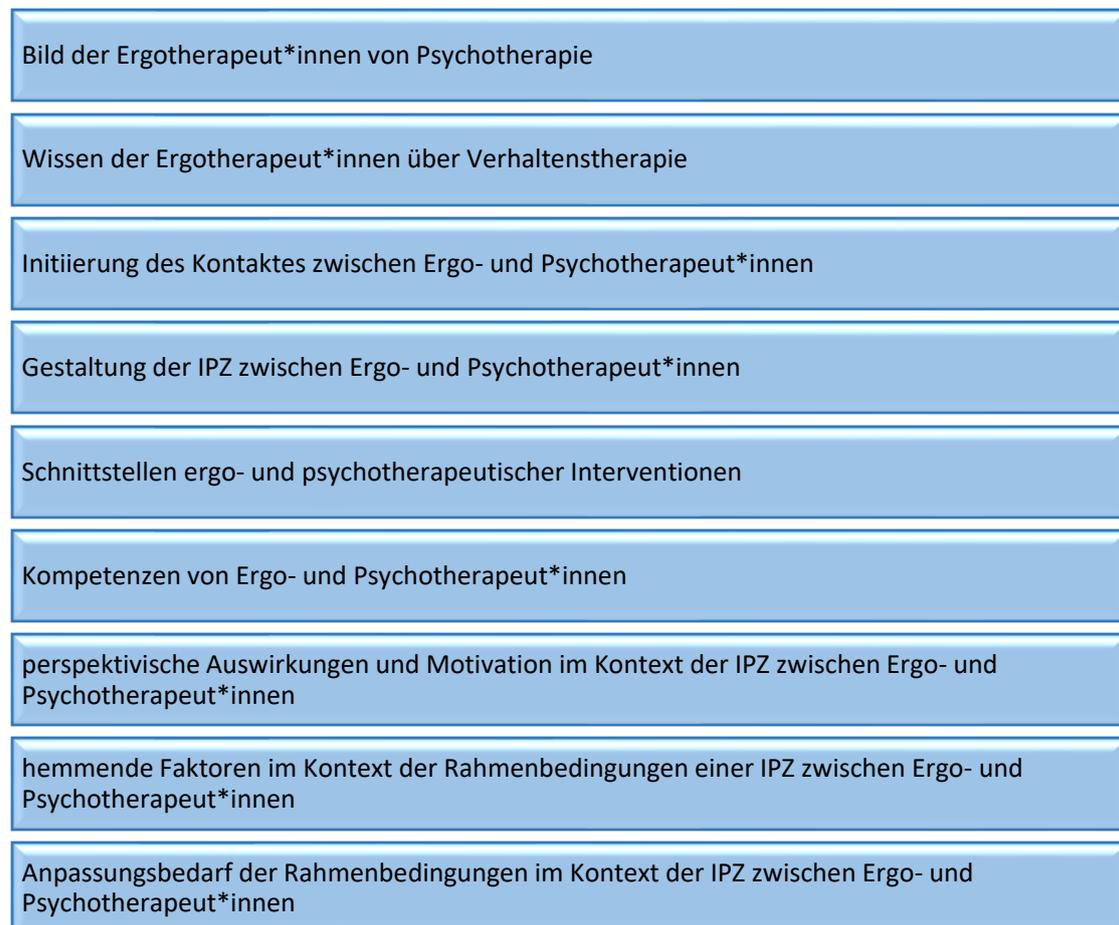


Abbildung 12: Finales Kategoriensystem

3.8 Gütekriterien qualitativer Forschung

„Unter Gütekriterien werden Kriterien zusammengefasst, die die Güte, d.h. die wissenschaftliche Exaktheit von Studien beschreiben“ (Höhs, 2016, S. 127). Die in der quantitativen Forschung gängigen Gütekriterien finden in der Qualitativen Forschung keine Anwendung, da diese auf die „verständliche und wahrheitsgemäße Darstellung von Zusammenhängen“ (Höhs, 2016, S. 128) abzielen. Da bereits die qualitative Inhaltsanalyse anhand Mayrings Theorien durchgeführt wurde, beziehen sich die Forschenden auch in diesem Schritt auf Mayring und dessen „Sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung“ (2016, S. 144-148).

3.8.1 Verfahrensdokumentation

Die Vorgehensweise des Prozesses der Inhaltsanalyse wurde in der vorliegenden Forschungsarbeit detailliert dargestellt. Sowohl das theoretische Vorverständnis der Forschenden ([vgl. 2.](#)) als auch das methodische Vorgehen ([vgl. 3.](#)) wurden vollumfänglich beschrieben.

3.8.2 Argumentative Interpretationsabsicherung

Das Vorverständnis der Forschenden ([vgl. 2.](#)) bezugnehmend auf die Aspekte des Forschungsthemas wurde im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche ([vgl. 3.2](#)) erarbeitet. In diesem Kontext konnte bestehendes Wissen gefestigt und neues Wissen generiert werden. Auf Grundlage dieses Vorverständnisses konnten die Aussagen der Studienteilnehmer*innen theoriegeleitet interpretiert und die Interpretationen argumentiert werden ([vgl. 5.](#)).

3.8.3 Regelgeleitetheit

Das Auswertungsverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) wurde zielgerichtet ausgewählt, da sich dieses Verfahren laut Kuckartz (2018) durch ein methodisch kontrollierbares und regelgeleitetes Vorgehen auszeichnet ([vgl. 3.7](#)). Die qualitativen Techniken wurden anhand der dargestellten Ablaufmodelle zu Beginn der Analyse ([vgl. 3.7.1](#)) und zur zusammenfassenden Inhaltsanalyse ([vgl. 3.7.3](#)) im Kontext einer sequentiellen Vorgehensweise umgesetzt.

3.8.4 Nähe zum Gegenstand

Die Interviewdurchführung fand im Falle der Videotelefonie nach Aussage der Studienteilnehmer*innen innerhalb des beruflichen Kontextes, im persönlichen Gespräch innerhalb des sozialen Kontextes der Studienteilnehmer*innen statt. Das Forschungsthema war für die Studienteilnehmer*innen von beruflicher ([vgl. 3.4.1](#)) Relevanz, das Interesse der Studienteilnehmer*innen zeigte sich durch die eigeninitiierte Kontaktaufnahme nach erfolgter Kenntnisnahme des Anschreibens ([vgl. 3.4.2](#)).

3.8.5 Kommunikative Validierung

Die kommunikative Validierung fand im Rahmen eines Member-Checks ([vgl. Anl. 26](#)) mit den Studienteilnehmer*innen nach der ersten Reduktion der Inhaltsanalyse statt. Diesen Zeitpunkt erachteten die Forschenden als angemessen, da die Inhalte der Interviews in diesem Stadium zwar bereits paraphrasiert, generalisiert und reduziert wurden, eine Formulierung der Kernaussagen auf Satzebene zum besseren Verständnis der Studienteilnehmer*innen jedoch zeitnah erarbeitet werden konnte. Auf Grundlage dieser Kernaussagen wurden für alle Studienteilnehmer*innen Member-Check-Formulare ([vgl. Anl. 26](#)) erstellt, die mit der Bitte um Rückmeldung via E-Mail übermittelt wurden. Alle Studienteilnehmer*innen nahmen diese Möglichkeit wahr und übermittelten ihre

Rückmeldung ebenfalls via E-Mail an die Forschenden. Diese Rückmeldungen wurden in den weiteren Analyseprozess integriert. Eine Übereinstimmung der Analyseergebnisse mit der Sicht der Studienteilnehmer*innen ist dadurch gegeben.

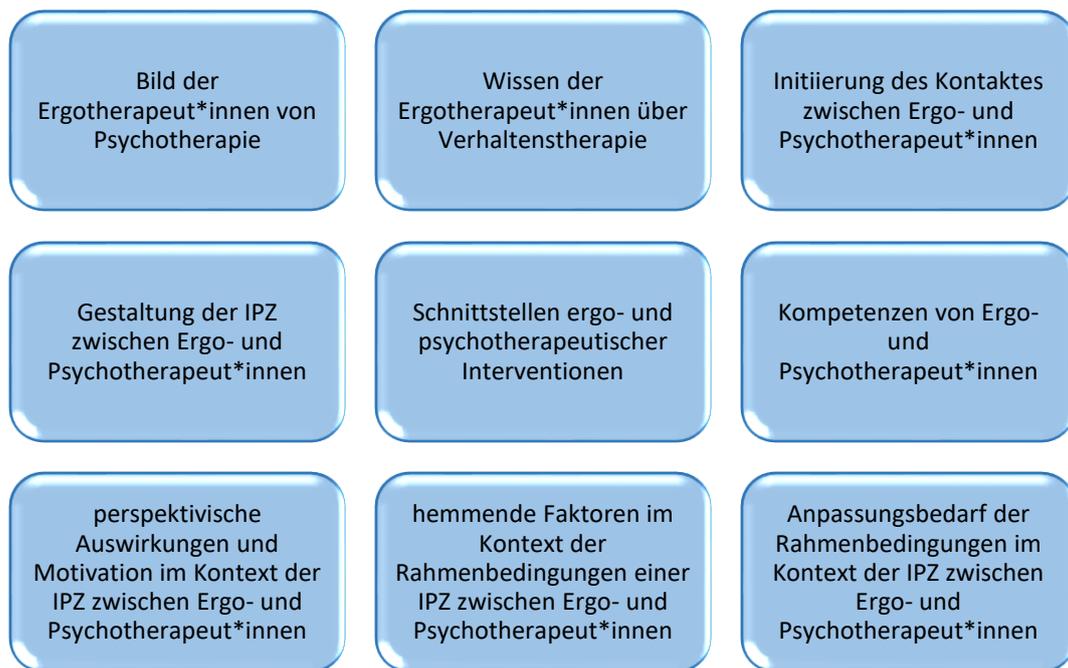
3.8.6 Triangulation

Im Kontext der qualitativen Inhaltsanalyse ([vgl. 3.7](#)) wurden alle Analyseschritte zwischen den Forschenden besprochen. Die Analyse der/ des jeweils anderen wurde nachvollzogen, die Ergebnisse kritisch betrachtet, miteinander diskutiert und bei Bedarf diesbezüglich überarbeitet. Ein Konsens der Forschenden war die Voraussetzung für den jeweils folgenden Arbeitsschritt, eine Forscher-Triangulation ist somit gegeben.

4. Resultate

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Inhaltsanalyse dargestellt.

Im Kontext der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurde ein Kategoriensystem mit neun Hauptkategorien erstellt (vgl. Abb. 13).

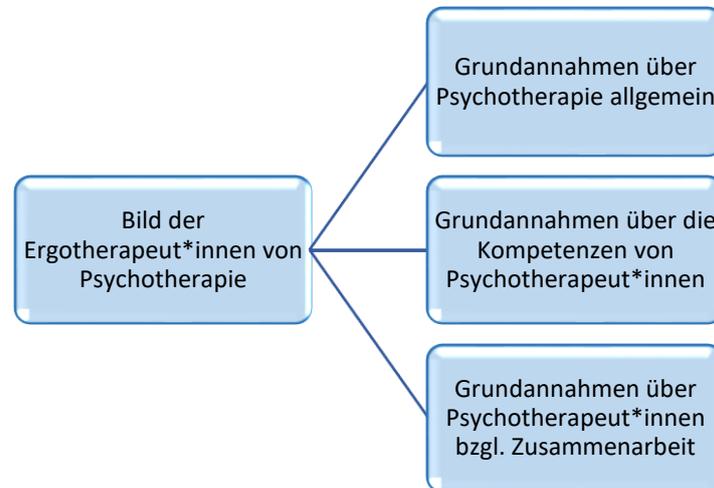


(Abb. 13: Darstellung der Hauptkategorien)

Die Ergebnisse der Hauptkategorien werden anhand der entsprechenden Subkategorien dargestellt und mit Aussagen der Studienteilnehmer*innen belegt.

4.1 Kategorie A: Bild der Ergotherapeut*innen von Psychotherapie

Kategorie A untergliedert sich in drei Subkategorien (vgl. Abb. 14).



(Abb. 14: Subkategorien Kategorie A)

4.1.1 Subkategorie A1: Grundannahmen über Psychotherapie allgemein

Die meisten Studienteilnehmer*innen waren der Ansicht, Psychotherapie helfe vielen Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

„Also ich finde Psychotherapie ist wichtig als Unterstützung für psychisch Erkrankte“ (TN1, Absatz 21).

„Also ich habe selber noch keine Erfahrungen gemacht, aber ich bin der Meinung, dass Psychotherapie vielen vielen Menschen sehr gut hilft“ (TN3, Absatz 19).

4.1.2 Subkategorie A2: Grundannahmen über die Kompetenzen von Psychotherapeut*innen

Bezugnehmend auf die Kompetenzen von Psychotherapeut*innen äußerten die Studienteilnehmer*innen, Psychotherapeut*innen seien empathisch und können auf der Grundlage ihrer fachlichen Expertise Probleme der Klient*innen analysieren und bearbeiten, für die andere Professionen nicht ausgebildet seien.

„Ich denke, da haben die immer einen guten Zugang zu ihren Patienten“ (TN1, Absatz 51).

„Aber die decken ja mitunter noch ganz ganz andere Sachen auf, wo wir Ergos, Logos, Physios gar nicht unbedingt ganz heranreichen können“ (TN5, Absatz 15).

Zudem vermuteten die Studienteilnehmer*innen, Psychotherapeut*innen hätten einen ganzheitlichen Blick und könnten aufgrund dessen die Beeinträchtigungen der Klient*innen realistischer einschätzen.

„Und [...] die sich auf die Patienten Klienten ganz anders nochmal einlassen können, eben ganz andere Blickwinkel beleuchten können als wir das können. [...]“ (TN5, Absatz 15).

„Ich denke die Psychotherapeuten können an der Stelle den Förderbedarf viel deutlicher sehen und klarer formulieren“ (TN1, Absatz 127).

4.1.3 Subkategorie A3: Grundannahmen über Psychotherapeut*innen bezüglich einer interprofessionellen Zusammenarbeit

Die Studienteilnehmer*innen berichten in diesem Zusammenhang von ihrer Hoffnung, Psychotherapeut*innen hätten ein Interesse an einer interprofessionellen Zusammenarbeit.

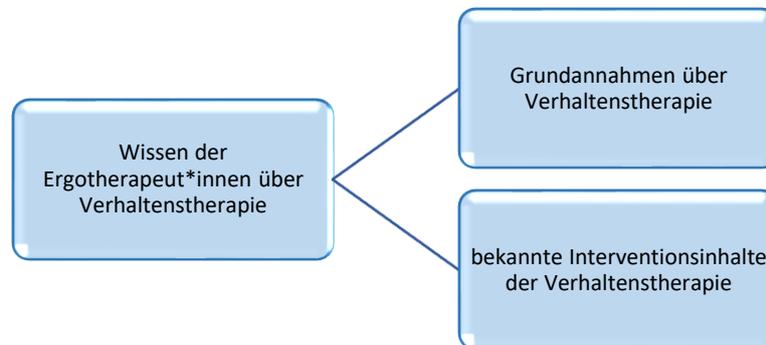
„[...] wird man doch häufig abgewimmelt von der Sprechstundenhilfe oder man merkt eben, das Interesse bei dem Arzt ist nicht so groß. Und meine Hoffnung wäre, dass das bei Psychotherapeuten vielleicht anders ist, weil die vielleicht einen ganzheitlichen Blick auf ihre Klienten haben und den Wert eines Austausches vielleicht besser verstehen“ (TN3, Absatz 73).

Die Initiative für eine solche Zusammenarbeit gehe jedoch zurzeit nicht von den Psychotherapeut*innen aus.

„Ja. Also von der Erfahrung her ist es schon so, dass die Ergotherapeuten oft gar nicht so wahrgenommen werden von Psychotherapeuten finde ich. Es sei denn man klopft jetzt selber mal an und stellt sich vor und sagt guten Tag, können Sie sich eine Zusammenarbeit vorstellen“ (TN1, Absatz 69).

4.2 Kategorie B: Wissen der Ergotherapeut*innen über Verhaltenstherapie

Kategorie B untergliedert sich in zwei Subkategorien (vgl. Abb. 15).



(Abb. 15: Subkategorien Kategorie B)

4.2.1 Subkategorie B1: Grundannahmen über Verhaltenstherapie

In den Grundannahmen über die Verhaltenstherapie spiegeln sich unterschiedliche Sichtweisen wieder. Die Meinungen der Studienteilnehmer*innen sind hierbei teils wertschätzend, teils kritisch.

So ist TN 5 der Meinung, die Klient*innen profitieren von einer alltagsorientierten Verhaltenstherapie:

„Aber definitiv aus meinem Umfeld von meinen Patienten Klienten, die ich gehabt habe, die sowas mal mitgemacht haben, kann sich da gewaltig etwas verändern. Es kann gewaltig helfen, das ja. Dass die eben alltagsorientiert arbeiten [...]“ (TN5, Absatz 19).

TN2 ist hingegen der Ansicht, die Verhaltenstherapie sei eine Methode mit kurzfristigem Therapieerfolg, ein nachhaltiger Behandlungserfolg sei dadurch nicht zu erzielen:

„Ich kenne selber [...] der Verhaltenstherapie, die sagt mir immer, bei uns geht es schnell, so. [...] Und dann sagte sie aber nach einem kurzen Zögern, die Leute kommen dann aber auch [...] wieder schnell zurück. Das heißt, die tatsächliche Übertragung in den Alltag, die Nachhaltigkeit, die fehlt häufiger finde ich“ (TN2, Absatz 37).

TN3 ist der Auffassung, ein langfristiger Therapieerfolg sei bei chronifizierten Erkrankungen kaum möglich:

„Die sagte zwar, dass ihr das grundsätzlich schon sehr viel geholfen hat, aber aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung eigentlich der richtige Therapieerfolg

ausgeblieben ist und sie deswegen da auch 30 Jahre insgesamt in Behandlung war“ (TN3, Absatz 35).

4.2.2 Subkategorie B2: Bekannte Interventionsinhalte der Verhaltenstherapie

Zu ihnen bekannten Interventionsinhalten äußerten sich alle Studienteilnehmer*innen. Beschrieben wurden Elemente der Verhaltenstherapie wie kognitive Umstrukturierung und Konditionierung, jedoch auch Ansätze der Analyse und der Diagnostik.

Bezugnehmend auf konkrete Inhalte verhaltenstherapeutischer Interventionen wurde eine Unsicherheit der Studienteilnehmer*innen deutlich:

„Ich komme gerade nicht auf den Fachbegriff, aber wenn man jetzt zum Beispiel eine Spinnenphobie hat, dass man dann wirklich, da, ja, wie sag ich das denn jetzt mal? Voll herangeht?“ (TN3, Absatz 23).

„Was halt ein Psychotherapeut macht. Also sagen wir mal so, ich weiß nicht genau was der Unterschied zwischen Psychologe und Psychotherapeut ist. [...] Von daher kann ich da nichts genaues sagen“ (TN4, Absatz 19).

Auch die Ansätze zu dem Bereich Analyse wurden unspezifisch dargestellt:

„Psychotherapie [...], die Dinge wach tritt sage ich mal“ (TN1, Absatz 75).

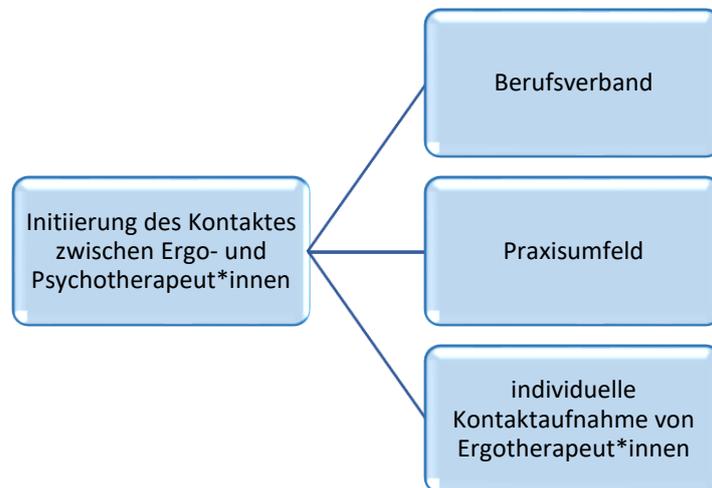
„[...] für den Klienten ist die Zusammenarbeit mit dem Psychotherapeuten wichtig, um bestimmte Erkenntnisse zu haben [...]“ (TN2, Absatz 71).

Ein*e Studienteilnehmer*in ergänzte die Interventionsinhalte um den Bereich Diagnostik:

„[...] ist [...] der Psychotherapeut da, die Diagnostik zu machen“ (TN2, Absatz 77).

4.3 Kategorie C: Initiierung des Kontaktes zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen

Kategorie C untergliedert sich in drei Subkategorien (vgl. Abb. 16).



(Abb. 16: Subkategorien Kategorie C)

4.3.1 Subkategorie C1: Berufsverband

Die Studienteilnehmer*innen wünschten sich von den Berufsverbänden eine Unterstützung, um eine Basis für die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen zu haben.

„Aber natürlich kann das über die Verbände laufen. Ja, so als einzelne Ergotherapeutin ist man ja schon bemüht, Kontakte irgendwie herzustellen [...]. Aber das ist ja nur das kleine Etwas und ich glaube, das braucht einfach eine größere Lobby“ (TN1, Absatz 85).

Diesbezüglich gehe es auch um das Publimachen der ergotherapeutischen Kompetenzen, um die Ergotherapie und das Potential einer Zusammenarbeit in den Fokus der Psychotherapeut*innen zu bringen.

„Ich selber bin in diesem politischen Bereich gar nicht aktiv. [...]. Aber auch da kann ich mir sehr gut vorstellen [...]. Also dass man das nutzen kann, [...], wenn die jetzt mit ins Boot geholt werden [...], dann können die mal sehen wie wir arbeiten und dann können die auch sehen, wofür sie die Rezepte ausstellen“ (TN2, Absatz 103).

4.3.2 Subkategorie C2: Praxisumfeld

Auch im Praxisumfeld sahen die Studienteilnehmer*innen Ansatzmöglichkeiten zur Initiierung einer Zusammenarbeit. Ergotherapeut*innen müssten ihre Berufskompetenzen regional verstärkt präsentieren, um das Potential der Zusammenarbeit bei den Psychotherapeut*innen bekannt zu machen.

„Ja, ich befürchte tatsächlich, dass wir Ergotherapeuten da noch mal etwas lauter werden müssten, damit das gesehen wird, welche Chancen es tatsächlich gibt“ (TN1, Absatz 79).

Dies sei über unterschiedliche Wege wie Fortbildungen, Kongresse, Vorträge oder Qualitätszirkel möglich.

„Du kannst die Sicht der Ergotherapie einfach in den Institutionen besser darstellen, wenn Du vor Ort etwas machst oder vielleicht auch mal einen Vortrag hältst“ (TN4, Absatz 107).

„Ja, also ich habe ja eingangs schon mal gesagt, dass ich mir diesen runden Tisch quasi wünschen würde, das wäre ja so ein bisschen etwas wie ein Qualitätszirkel eigentlich“ (TN3, Absatz 97).

Durch Informationen über die Spezialisierungen der Therapeut*innen in den Praxen könne eine Netzwerkbildung erreicht werden.

„[...] wenn man gewisse [...] Ergotherapeuten hat, die vielleicht ihren Schwerpunkt [...] jetzt auf die Richtung psychiatrische Patienten [...]. Aber das dann die Psychotherapeuten wissen, wo sitzen die Ergos, die da auch mit umgehen können“ (TN5, Absatz 81).

4.3.3 Subkategorien C3: Individuelle Kontaktaufnahme von Ergotherapeut*innen

Bezugnehmend auf individuelle Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme erachteten die Studienteilnehmer*innen das persönliche Engagement der Ergotherapeut*innen als wichtigen Faktor zur Initiierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit.

„Ich denke aber halt auch, dass es da noch viel Werbung und Arbeit, beides noch viel nötig ist, damit das dann auch ans Laufen kommt“ (TN1, Absatz 185).

Ein Ausgangspunkt könnten hierfür Vereine oder Selbsthilfegruppen sein, in denen Workshops angeboten werden könnten.

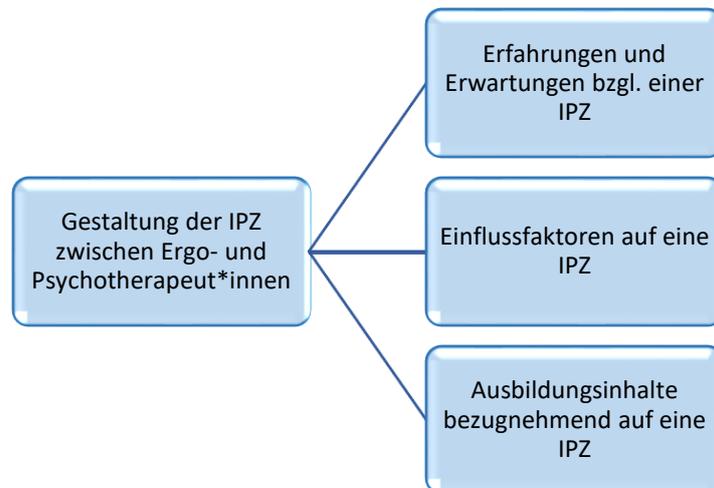
„Es gibt ja schon Selbsthilfegruppen oder andere Gruppen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, dass man da vielleicht auch mal einen Vortrag hält oder so“ (TN3, Absatz 105).

Das eigeninitiative Vorstellen bei Psychotherapeut*innen sei bei einigen Studienteilnehmer*innen in Planung.

„Das ich mich persönlich vorstelle bei den Psychotherapeuten, wenn das gewünscht ist und die Praxis nochmal vorstelle und die Möglichkeiten, die wir so haben“ (TN4, Absatz 119).

4.4 Kategorie D: Gestaltung der IPZ zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen

Kategorie D untergliedert sich in drei Subkategorien (vgl. Abb. 17).



(Abb. 17: Subkategorien Kategorie D)

4.4.1 Subkategorie D1: Erfahrungen und Erwartungen bezüglich einer interprofessionellen Zusammenarbeit

Bedingt durch die bereits bestehende Option, mit Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen und ärztlichen Psychotherapeut*innen ([vgl. 2.1.2.1](#)) zusammenzuarbeiten, gab es unterschiedliche Erfahrungshintergründe bei den Studienteilnehmer*innen.

TN1 berichtete in diesem Kontext von Erfahrungen mit Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen:

„Und mit den Therapeutinnen haben wir uns, ja so einmal im Quartal ausgetauscht, getroffen und jedes einzelne Kind besprochen. Und genau, konnten so halt eng zusammenarbeiten und ja, alle an einem Strang ziehen“ (TN1, Absatz 45).

TN2 und TN4 berichteten von ihren Erfahrungen mit ärztlichen Psychotherapeut*innen:

„Ich finde die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten fruchtbar [...], wenn es Menschen sind, die auch über meine Berichte erkennen können, dass ich mich tatsächlich sehr stark damit beschäftigt habe und ein Fachwissen habe“ (TN2, Absatz 25).

„Und es ist ja so, dass wir immer Berichte schreiben müssen. Aber wenn akut etwas ist, haben wir die E-Mail-Adresse, dass wir eben schreiben können“ (TN4, Absatz 37).

TN3 und TN5 haben hingegen kaum oder keine Erfahrungen in der Zusammenarbeit:

„Von meiner Seite stelle ich immer mal wieder Nachfragen, gerade den Ärzten gegenüber oder mitwirkenden Therapeuten. [...] da hätte ich immer gerne eine Rückmeldung, die bekomme ich aber nie“ (TN5, Absatz 23).

Bezüglich der Erwartungen an eine interprofessionelle Zusammenarbeit erachteten die Studienteilnehmer*innen einen regelmäßigen Austausch als maßgeblich.

„Aber das würde ich total wünschenswert finden, dass man sich wirklich regelmäßig austauscht und das dann auch nicht unter extremem Zeitdruck [...]“ (TN3, Absatz 49).

Dies könne über Teamsitzungen mit Fallbesprechungen, Telefonate, E-Mails oder auch das Berichtswesen funktionieren.

„Die [Kommunikation] muss ja nicht zwangsläufig immer verbal laufen. Man kann ja vielleicht auch mal eine E-Mail schreiben oder einen Bericht“ (TN3, Absatz 61).

Die Kommunikation sei der Kernaspekt in einer interprofessionellen Zusammenarbeit und aufgrund vieler Schnittmengen im psychiatrischen Bereich wichtig, um sich über das Verhalten der Klient*innen in den jeweiligen Settings auszutauschen.

„Ich glaube Zusammenarbeit ist klar, beruht eben auf Kommunikation. Ohne Kommunikation funktioniert das nicht“ (TN3, Absatz 61).

Um parallel an der Zielerreichung der Klient*innen arbeiten zu können, müssen ein gemeinsames Behandlungskonzept erstellt und Interventionsinhalte der jeweiligen Professionen besprochen werden. Dies habe einen positiven Einfluss auf den Therapieverlauf im Kontext der Zielerreichung der Klient*innen.

„Das ist das A und O. Das man sich beratschlagen kann, Mensch wie können wir als Team diesem einen Menschen helfen. Und nicht jeder zieht an einem anderen Strang und reißt den Patienten in unterschiedliche Richtungen“ (TN5, Absatz 23).

Um die Interaktion der Professionen zu verbessern, sei das Kennenlernen der jeweils anderen Berufsgruppe ein bedeutsamer Aspekt, gemeinsame Behandlungseinheiten könnten Schwerpunkte und methodisches Vorgehen der Professionen verdeutlichen.

„[...] weil man da eben noch mal viel intensiver sieht und kennenlernt, wie die andere Person arbeitet, was da so die Schwerpunkte sind [...]. Also das wäre so Nonplusultra [...]“ (TN3, Absatz 65).

Durch die Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen erwarten die Studienteilnehmer*innen auch Auswirkungen auf den ergotherapeutischen Interventionsverlauf ihrer Klient*innen.

„Und vielleicht kommt das meiner Arbeit zugute [...]. Weil es ist ja praktisch dann wie so eine Minifortbildung, wenn man sich austauscht“ (TN4, Absatz 85).

Die Kombination von Ergo- und Psychotherapie sei durch ein gemeinsames Behandlungskonzept mit sich ergänzenden Interventionen effizienter als eine Therapieform alleine und könne durch eine effektivere Unterstützung der Klient*innen zu einer insgesamt kürzeren Behandlungsdauer führen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit sei somit eine Bereicherung für die Zielerreichung der Klient*innen.

„Die Kosten für so einen Arbeitsausfall sind ja extrem hoch [...]. Allerdings könnte ich mir vorstellen [...], dass wenn eben eine umfassende Therapie durch Psychotherapie und Ergotherapie gewährleistet wird, dass dadurch auch die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. [...] Und dass da dann eben wiederum die Arbeitsausfallzeiten verkürzt werden können und die damit verbundenen Ausfallkosten“ (TN3, Absatz 107).

Zudem könne durch die Möglichkeit der bedarfsgerechten Verordnung von Ergotherapie durch Psychotherapeut*innen zusätzlich zu Haus- oder Fachärzt*innen die Ängste der Klient*innen vor einem Behandlungsabbruch aufgrund fehlender Folgeverordnungen gemindert werden, dies könne sich positiv auf den Behandlungsverlauf auswirken.

„Dass die nicht mehr so viel Angst haben, wenn die sagen, mein Arzt will mir kein Rezept mehr ausschreiben [...]. Das es eben mehr Möglichkeiten gibt“ (TN2, Absatz 85).

„Und da würde ich mir auch wünschen oder hoffen, dass Psychotherapeuten das vielleicht besser einschätzen können und die Verordnung wirklich auch dem Bedarf entsprechend verschreiben“ (TN3, Absatz 83).

4.4.2 Subkategorie D2: Einflussfaktoren auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Kontext der Einflussfaktoren auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit beschreiben die Studienteilnehmer*innen sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren.

Ein fördernder Faktor für eine Zusammenarbeit sei es, wenn Teamarbeit geschätzt werde und es in diesem Zusammenhang einen respektvollen, konkurrenzfreien und wertschätzenden Umgang miteinander gäbe.

„[...] es gibt ja manchmal so eine Art Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen oder man nimmt die eine nicht so ernst. Und das ist eigentlich Gift für eine gute Zusammenarbeit“ (TN3, Absatz 39).

Die Akzeptanz von Wünschen und Charakterzügen der an der Zusammenarbeit beteiligten Personen sei notwendig, zudem müsse eine Motivation zur Zusammenarbeit vorhanden sein.

„Wie gesagt, man sieht jeden Tag so viele verschiedene Menschen, muss sich auf verschiedenste Persönlichkeiten, Erkrankungen, Wünsche, Charakterzüge einlassen [...], von daher ist das glaube ich auch eine Eigenschaft, die Therapeuten generell brauchen und die einem dann in der interdisziplinären Zusammenarbeit auch nur helfen können“ (TN3, Absatz 43).

Weiterhin seien Kritikfähigkeit, Reflexionsfähigkeit und Flexibilität notwendig, um sich gegenseitig zu inspirieren und die individuellen Therapieinhalte dem Konsens des Austausches entsprechend anzupassen.

„Und am besten finde ich immer die Psychotherapeuten, die auch wissen, dass sie bis zum Ende ihres Lebens weiterlernen und sich auch hinterfragen zu lassen. Also ich muss mich ja auch manchmal hinterfragen oder eben hinterfragen lassen und wenn das auf der anderen Seite genauso ist, dann ist das eine Riesenstärke“ (TN2, Absatz 55).

Als hemmende Faktoren für eine interprofessionelle Zusammenarbeit kämen sowohl Persönlichkeitsmerkmale der Therapeut*innen als auch deren Qualifizierung in Betracht.

Persönlichkeitsmerkmale wie ein hierarchisches Denken seien destruktiv für eine interprofessionelle Zusammenarbeit.

„Wichtig wäre mir da auch, dass nicht der Psychotherapeut, weil er ein Psychotherapeut ist, alle anderen kleinredet. Sondern sich eben da auch die Meinung aller mitwirkenden Therapeuten anhört und sich nicht darüber stellt, weil er ja nun mal doch etwas Besseres sein könnte“ (TN5, Absatz 37).

Zudem seien fehlendes Interesse, fehlende Motivation, Schwierigkeiten in der Teamarbeit oder die fehlende Bereitschaft, Wissen zu teilen, weitere Hinderungsgründe.

„Leider ist es ja auch oft so, dass Menschen ihr Wissen gar nicht so gerne teilen oder sich da schwer tun auch als Team zu arbeiten“ (TN1, Absatz 89).

4.4.3 Subkategorie D3: Ausbildungsinhalte bezugnehmend auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit

Die aus- oder fortbildungsspezifischen Inhalte bezugnehmend auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit differieren bei den Studienteilnehmer*innen.

TN1 und TN2 hatten keine Erinnerung an bildungsspezifische Kenntnisse über eine interprofessionelle Zusammenarbeit.

„Also in meiner Ausbildung kann ich mich jetzt gar nicht daran erinnern, dass das irgendwie mal thematisiert wurde“ (TN2, Absatz 43).

TN3 erlangte im Rahmen des interdisziplinären Studium Kenntnisse in diesem Bereich.

„Ja, ich habe meinen Bachelor als interdisziplinäres Studium gemacht [...], dementsprechend habe ich da sehr viel Erfahrung gemacht“ (TN3, Absatz 41).

Bei TN4 und TN5 wurde das Thema Zusammenarbeit im Kontext der Ausbildung thematisiert.

„Also wir haben beigebracht bekommen, dass wir immer im interdisziplinären Team arbeiten. Das immer generell ein Austausch stattfinden soll, zwischen allen Therapeuten, die an dem Klienten oder mit dem Klienten arbeiten“ (TN4, Absatz 29).

4.5 Kategorie E: Schnittstellen ergo- und psychotherapeutischer Interventionen

Kategorie E untergliedert sich in drei Subkategorien (vgl. Abb. 18):



(Abb. 18: Subkategorien Kategorie E)

4.5.1 Subkategorie E1: Ergänzungsmöglichkeiten von Ergo- und Psychotherapie

Die Studienteilnehmer*innen waren der Meinung, die Ergänzung zwischen Ergo- und Psychotherapie birge ein positives Potential.

Es könnten Anteile der kognitiven Verhaltenstherapie in Absprache mit den Psychotherapeut*innen in die Ergotherapie integriert und der Therapieverlauf dadurch positiv beeinflusst werden.

„Ich finde das immer sinnvoll, wenn man solche Rituale [...] in allen Bereichen auch verwendet. [...] damit die Klienten dann auch diese Rituale besser verinnerlichen können und sich besser daran gewöhnen können, damit zu arbeiten“ (TN3, Absatz 65).

Die in der Psychotherapie erarbeiteten alternativen Handlungsstrategien könnten im Rahmen der Ergotherapie in den Alltag der Klient*innen übertragen werden.

„Psychotherapie, ganz klar, erstmal aufdecken [...]. Und dann eben Strategien entwickeln, wie kann man dagegen angehen. [...]. Und der Ergotherapeut wäre [...] dann dafür zuständig, das auf den Alltag zu übertragen. [...]“ (TN5, Absatz 53).

Weiterhin könnten im Rahmen der ergotherapeutischen Intervention auch Aufträge der Psychotherapeut*innen bearbeitet werden.

„Wenn zum Beispiel ein ganz klarer Auftrag kommt vom Psychotherapeuten zum Beispiel, der braucht jetzt ganz dringend Möglichkeiten zum Entspannen. Das wir gar nicht überlegen, wie schaffen wir das. Sondern wir übernehmen praktisch den Auftrag von dem“ (TN4, Absatz 61).

4.5.2 Subkategorie E2: Abgrenzung von Ergo- und Psychotherapie

Zu dem Bereich Abgrenzung wurden differente Ansichten der Studienteilnehmer*innen deutlich.

So sprachen sich die Studienteilnehmer*innen einerseits für eine klare Abgrenzung der Arbeitsbereiche aus:

„Viele Köche verderben den Brei. Wenn da jeder immer in dem Topf herumrührt, dann wird es halt manchmal schwierig“ (TN1, Absatz 53).

Andererseits wurde verdeutlicht, es gäbe teilweise keine klare Abgrenzung zu den Aufgabengebieten der Psychotherapie.

„[...] und gerade, weil wir eben mit den Klienten auch viel im Gespräch sind [...] sind auch Schnittmengen, die wir mit Psychotherapeuten haben [...]. Also, mitunter ist der Unterschied glaube ich gering, wenn wir uns da weitergebildet haben [...]“ (TN2, Absatz 69).

„Und dann ist es auch so, dass die Ergotherapeuten manchmal die Psychotherapeutenrolle übernehmen und fangen das so lange auf, bis da ein Psychotherapeut kommt“ (TN4, Absatz 45).

4.5.3 Subkategorie E3: Praxisorganisatorische Handhabung

Wie diese Schnittstellen im praxisorganisatorischen Alltag gehandhabt werden können, wurde von den Studienteilnehmer*innen ebenfalls verdeutlicht.

So könne den Klient*innen bei Bedarf im Rahmen der Ergotherapie Psychotherapie empfohlen werden, innerhalb der Interventionseinheiten könnten psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten recherchiert werden.

„Ich empfehle häufig auch erwachsenen Menschen, die zum Beispiel mit neurologischen Erkrankungen [...] zu uns in die Praxis kommen, [...], auch mal beim Psychotherapeuten vorstellig zu werden. [...] da gibt es eine Internetseite, wo

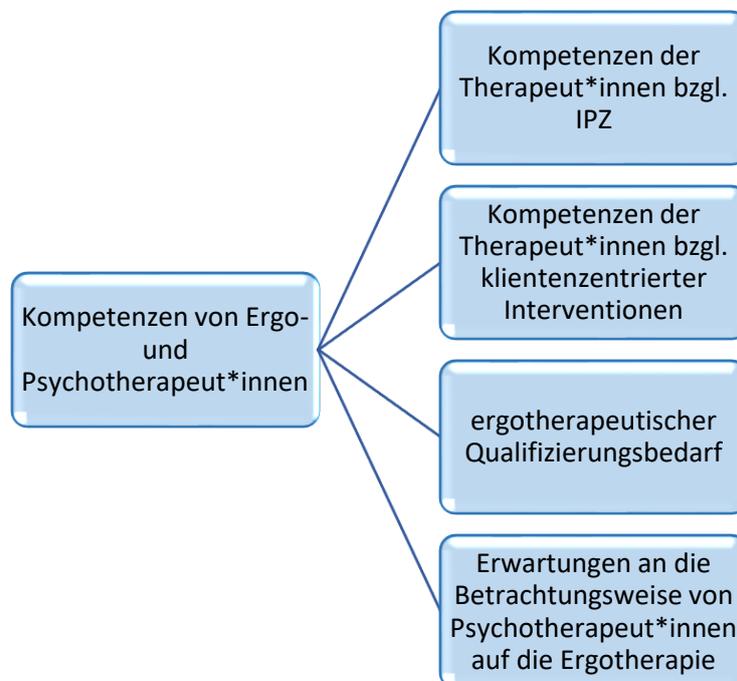
wir immer gemeinsam schauen, was eventuell in Frage kommen würde“ (TN3, Absatz 19).

Durch die Verordnung von Ergotherapie durch Psychotherapeut*innen entstehe zudem ein direkter Kontakt zwischen beiden Professionen.

„Und Du hast dann einen kürzeren Weg, kannst Dich schneller austauschen [...], der kann anrufen und fragen, habt ihr Kapazitäten zum Beispiel“ (TN4, Absatz 43).

4.6 Kategorie F: Kompetenzen von Ergo- und Psychotherapeut*innen

Kategorie F untergliedert sich in vier Subkategorien (vgl. Abb. 19).



(Abb. 19: Subkategorien Kategorie F)

4.6.1 Subkategorie F1: Kompetenzen der Therapeut*innen bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit

Bezugnehmend auf die Kompetenzen der Ergotherapeut*innen im Kontext einer interprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben die Studienteilnehmer*innen,

Ergotherapeut*innen hätten gute Adaptionen-, Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten. Zudem gelinge ihnen das Analysieren und Strukturieren komplexer Sachverhalte. Ergotherapeut*innen könnten sich flexibel sowohl auf neue Situationen als auch Interaktionspartner einstellen und brächten ihre fachliche Expertise in Gespräche mit anderen Professionen ein.

„[...] von Ergotherapeuten sind erstens, dass sie wirklich in der Regel sehr gut adaptieren können. Die können sich darauf einlassen. [...] Sie können auch komplexe Dinge bedenken. Sie sind offen für neue und andere Dinge. [...] die sind in der Regel ja auch am Menschen interessiert, das heißt die können eigentlich die Interaktion (TN2, Absatz 49).

4.6.2 Subkategorie F2: Kompetenzen der Therapeut*innen bezüglich klientenzentrierter Interventionen

Weiterhin beschrieben die Studienteilnehmer*innen die Kompetenzen der Ergotherapeut*innen bezüglich einer klientenzentrierten Intervention.

Ergotherapeut*innen arbeiten demnach betätigungs- und ressourcenorientiert direkt im Alltag der Klient*innen, dabei hätten sie ein enges Vertrauensverhältnis zu den Klient*innen.

„Ich habe manchmal das Gefühl, dass der Ergotherapeut näher an den Patienten ist, als ein Psychotherapeut oder ein Arzt. [...] Du kannst auch einfach mal mit dem rausgehen [...]. Du siehst vielleicht eher, wo die Probleme auftreten, weil Du den im alltäglichen Leben zum Teil begleiten kannst. Das ist alltagsnäher“ (TN4, Absatz 35).

Das klientenzentrierte Arbeiten gelinge ihnen durch Akzeptanz, Flexibilität und Motivation unter Berücksichtigung der Erkrankungen, Wünsche und Charakterzüge der Klient*innen.

„Wie gesagt, man sieht jeden Tag so viele verschiedene Menschen, muss sich auf verschiedenste Persönlichkeiten, Erkrankungen, Wünsche, Charakterzüge einlassen [...]“ (TN3, Absatz 43).

Auch von den Psychotherapeut*innen erwarten die Studienteilnehmer*innen ein klientenzentriertes Arbeiten.

„Ja, also Klientenzentrierung ist ja für uns Ergotherapeuten [...] quasi der Kernaspekt. [...] Und das ist eben ein Punkt, den ich von Psychotherapeuten dann auch erwarten würde [...] Wenn ich da merke, der Psychotherapeut will so seine Sichtweise oder sein Interesse durchsetzen und achtet wenig auf die Interessen des

Klienten, dann würde es mir glaube ich schwerfallen, mit demjenigen wirklich in den professionellen Austausch zu gehen“ (TN3, Absatz 59).

4.6.3 Subkategorie F3: ergotherapeutischer Qualifizierungsbedarf

Um eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen fachlich fundiert gestalten zu können, sprachen sich die Studienteilnehmer*innen für eigeninitiative Weiterbildung oder das Absolvieren von fachspezifischen Fortbildungen aus.

„Also, ich finde, da ist es auch schon wichtig, dass die speziell geschult sind, also gerade im Bereich Psychiatrie sage ich mal. [...] weil da wird man halt in der Ausbildung natürlich ziemlich im Stich gelassen“ (TN1, Absatz 173).

4.6.4 Subkategorie F4: Erwartungen an die Betrachtungsweise von Psychotherapeut*innen auf die Ergotherapie

Die Studienteilnehmer*innen schilderten einige Erwartungen bezugnehmend auf die Betrachtungsweise der Psychotherapeut*innen auf die Ergotherapie. So seien ein Interesse für die Ergotherapie und deren Wertschätzung die Grundlage für eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit.

„[...] ganz klar, eindeutig, dass der Psychotherapeut wirklich Interesse zeigt“ (TN2, Absatz 39).

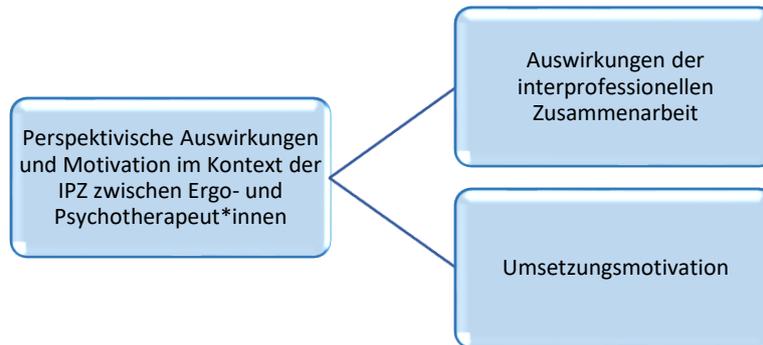
„[...] das der Beruf des Ergotherapeuten einfach wertgeschätzt wird. [...]“ (TN4, Absatz 27).

Psychotherapeut*innen sollten die fachliche Expertise der Ergotherapeut*innen sowie deren intensive Zusammenarbeit mit den Klient*innen anerkennen und sich über ergotherapeutische Interventionsinhalte, Zielsetzungen und methodisches Vorgehen informieren.

„Das finde ich sehr sehr wichtig. Also einerseits eben die Aufklärung darüber, was man macht in der Therapie. Aber auch erklären, warum man das macht, da wo es nötig ist“ (TN3, Absatz 61).

4.7 Kategorie G: Perspektivische Auswirkungen und Motivation im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen

Kategorie G untergliedert sich in zwei Subkategorien (vgl. Abb. 20).



(Abb. 20: Subkategorien Kategorie G)

4.7.1 Subkategorie G1: Auswirkungen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Entsprechend der Erläuterungen der Studienteilnehmer*innen könne sich eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf die Gesellschaft insgesamt sowie den gesellschaftlichen Status der Ergotherapeut*innen auswirken.

Bedingt durch eine effizientere Behandlung und einer in diesem Kontext potentiellen Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Klient*innen könne die Gesellschaft von einer Kombination beider Therapien finanziell profitieren.

„Je effektiver Du einem Patienten Klienten helfen kannst, rein wirtschaftlich gesehen, desto schneller kann der wieder arbeiten. So, dementsprechend weniger Krankschreibungen. Der Patient kann wieder effektiv an der Arbeitswelt teilnehmen und so in der Wirtschaft wieder mitwirken“ (TN5, Absatz 99).

Zudem würden die Berufskompetenzen von Ergotherapeut*innen in der Gesellschaft durch die Verordnung von Ergotherapie durch Psychotherapeut*innen bekannter.

„[...] dass der Paradigmenwechsel auch tatsächlich ankommt in den Köpfen aber auch in den Umsetzungen im Gesundheitssystem. [...] das wäre für mich schon so ein bisschen eine Möglichkeit, da auch wieder die Anerkennung weiter zu bringen“ (TN2, Absatz 101).

Auch bezugnehmend auf niedergelassene Praxen erwarten die Studienteilnehmer*innen finanzielle Auswirkungen. Es herrschen jedoch differente Meinungen darüber, ob diese Auswirkungen vorteilhaft oder unvorteilhaft seien.

Die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Praxen könnten positiv sein, da die Studienteilnehmer*innen eine Steigerung der Anzahl psychisch-funktioneller Verordnungen erwarten.

„Also ich denke, dass die Praxis damit noch einen Sicherheitsfaktor mehr hat. Also es ist einfach mehr Sicherheit, es könnten mehr Rezepte hineinkommen“ (TN2, Absatz 105).

Allerdings bestehe durch die vermehrte Behandlung psychiatrischer Klientel die Gefahr von Therapieausfällen, da diese Klient*innen Termine häufig spontan nicht wahrnehmen oder zu kurzfristig absagen würden.

„Psychiatrische Patienten sind etwas sprunghaft, mitunter. Das könnte auch in die verkehrte Richtung laufen, ja. Auch das kenne ich von meinen psychiatrischen Patienten, dass die doch gerne dabei sind und spontan absagen“ (TN5, Absatz 87).

Durch den Abschluss eines Behandlungsvertrages könnten die Kosten im Rahmen privater Rechnungen theoretisch refinanziert werden. Bedingt durch geringe finanzielle Ressourcen sei es den Klient*innen in diesem Kontext häufig jedoch nicht möglich, Ausfallrechnungen zu bezahlen.

„Unsere Patienten Klienten unterschreiben einen Vertrag bei Behandlungsbeginn, dass ein Termin 24 Stunden vorher abgesagt werden muss, ansonsten wird der kostenpflichtig“ (TN5, Absatz 89).

„[...] häufig sind das ja eben Menschen, die nicht berufstätig sind, die dementsprechend kein hohes Einkommen haben und vielleicht gar nicht in der Lage sind, so eine Ausfallrechnung zu bezahlen“ (TN3, Absatz 101).

Zudem werde eine psychisch-funktionelle Behandlung im Verhältnis zu anderen Behandlungseinheiten schlecht vergütet.

„Ja, also erstmal ist es ja so, dass die psychisch-funktionelle Behandlung die am schlechtesten vergütete Behandlung ist. [...] Also wenn man das auf die Minute runter- oder auf die Stunde hochrechnet, [...] pro Stunde [Hirnleistungstraining] quasi verdienen wir 21,50 € mehr daran als bei einer psychisch-funktionellen Behandlung“ (TN3, Absatz 101).

Bezugnehmend auf sich selbst als angestellte Ergotherapeut*innen erwarteten die Studienteilnehmer*innen Auswirkungen auf ihre Arbeitszufriedenheit.

Diese könne sich durch eine zielgerichtete Verordnung von Ergotherapie durch Psychotherapeut*innen sowie durch wahrnehmbare Erfolge bedingt durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen steigern.

„Für mich wäre das schön, weil das auch nochmal so etwas wie eine Anerkennung der Ergotherapie ist [...] Das würde mich schon zufriedener machen, weil das dann eben respektiert wird. Das wir viel lernen und viel wissen“ (TN2, Absatz 89).

„Also ich finde es immer mal schön zu sehen, wie gut etwas funktioniert, wenn man im Team zusammengearbeitet hat. [...] darüber auch das Gefühl zu bekommen, dass es einfach ganz wichtig ist, dass wir zusammenarbeiten“ (TN1, Absatz 91).

Zielgerichtete Interventionen könnten eine Bereicherung für den individuellen Arbeitstag darstellen.

„[...] dass es viel klarer ist und Ziele wie gesagt deutlicher formuliert werden. Also viel gradliniger, am Ziel konkreter gearbeitet werden kann und nicht so ein Wischiwaschi“ (TN1, Absatz 135).

Eine Wertschätzung der Ergotherapie durch Psychotherapeut*innen könne ebenso wie ein intensiver Austausch mit den Psychotherapeut*innen als kompetente Ansprechpartner*innen die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflussen.

„Ich wäre viel zufriedener, weil ich dann wertgeschätzt werde oder mein Berufszweig wird wertgeschätzt“ (TN4, Absatz 83).

„Doch, einen positiven. [...] Weil ich einen Ansprechpartner hätte, wenn ich auch einfach mal nicht weiter weiß“ (TN5, Absatz 69).

Allerdings sei die psychosoziale Belastung für die Ergotherapie*innen durch die vermehrte Behandlung psychiatrischer Klientel höher.

„[...] wenn man schwere Schicksale hat, und die sind es ja im psychiatrischen Fachbereich häufig, ja dann fällt es mir schon manchmal schwerer abzuschalten“ (TN3, Absatz 91).

Für sich selbst als angestellte Ergotherapie*innen erwarteten die Studienteilnehmer*innen keine wirtschaftlichen Auswirkungen durch Therapieausfälle.

„Da habe ich wieder eine gute Praxis erwischt, wenn bei mir etwas ausfällt, werde ich trotzdem bezahlt“ (TN2, Absatz 95).

Für die Klient*innen erwarteten die Studienteilnehmer*innen positive Auswirkungen durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt durch eine schnellere Versorgung.

„Ich finde, wenn Psychotherapeuten es aufschreiben, dass es für den Patienten einfach schneller vorwärts geht. Weil man eben gerade im psychischen Bereich schneller arbeiten muss, um die aufzufangen. Weil die manchmal so isoliert leben, weil die mit so vielen Ängsten behaftet sind, dass sie nicht am Leben teilnehmen [...]“ (TN4, Absatz 93).

Zudem biete eine effektivere und ganzheitlichere Intervention den Klient*innen die Chance auf mehr Lebensqualität im Alltag.

„Das Positive, ganz klar, effektivere Behandlungsmöglichkeiten, ganzheitlichere Behandlungsmöglichkeiten gerade für die Schwerstbetroffenen. Dadurch bekommen die Klienten ihre Chance auf ein halbwegs normales Leben [...], wenn da eine engere Zusammenarbeit stattfinden würde, dass das alles in den Alltag übertragen werden kann“ (TN5, Absatz 51).

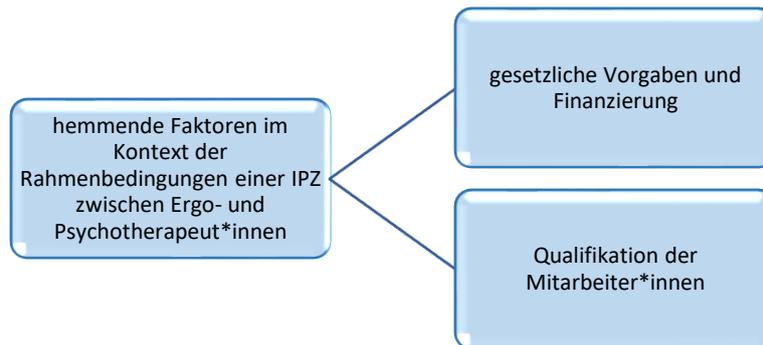
4.7.2 Subkategorie G2: Umsetzungsmotivation

Alle Studienteilnehmer*innen schilderten eine hohe Umsetzungsmotivation für eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen.

„Also ich persönlich bin natürlich immer für alle Schandtaten bereit, (lacht) also ich mag mich auch gerne auf neue Dinge einlassen und Dinge ausprobieren und hätte da eine große Bereitschaft, mich da mit den Psychotherapeuten auseinanderzusetzen“ (TN1, Absatz 195).

4.8 Kategorie H: Hemmende Faktoren im Kontext der Rahmenbedingungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen

Kategorie H untergliedert sich in zwei Subkategorien (vgl. Abb. 21).



(Abb. 21: Subkategorien Kategorie H)

4.8.1 Subkategorie H1: Gesetzliche Vorgaben und Finanzierung

Ein maßgeblich hemmender Faktor für eine interprofessionelle Zusammenarbeit sei die fehlende Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen.

„Es findet ja nur Austausch über Berichte statt und im Grunde genommen hat man für die Berichte nicht wirklich Zeit oder man nimmt sich zwar Zeit, aber das wird ja nicht richtig bezahlt. Bekommst Du dann 80 Cent für. Einmal die Briefmarke“ (TN4, Absatz 83).

Aufgrund dessen finde diese anteilig in der Freizeit der Therapeut*innen statt.

„[...] alles was darüber hinausgeht, das ist ja so ein bisschen Gutmenschentum letztendlich [...] und deswegen treffe ich mich vielleicht sogar auch nach Feierabend noch oder telefoniere dann nach Feierabend“ (TN3, Absatz 75).

Auch die notwendige Gestaltung der Praxisräumlichkeiten sei für eine Spezialisierung auf psychiatrische Klientel anders.

„[...] weil da die Räumlichkeiten schon anders gestaltet werden müssen, das ist ja nicht wie so eine normale Ergotherapie-Praxis [...]“ (TN4, Absatz 97).

4.8.2 Subkategorie H2: Qualifikation der Mitarbeiter*innen

Ein weiterer hemmender Faktor für eine interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Setting sei die Qualifikation der Mitarbeiter*innen.

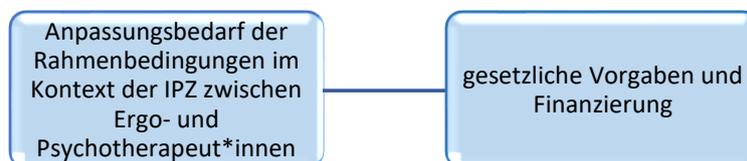
„Also ich finde es schwierig, gerade in Praxen, dass Mitarbeiter an jedem Patienten arbeiten. [...] Und da ist die Qualifikation schon auch wichtig [...]“ (TN1, Absatz 173).

Auch die Akquise von fachlich qualifizierten Mitarbeiter*innen könne für den psychiatrischen Bereich eventuell schwieriger sein.

„[...] die auf Psychiatrie spezialisiert sind und trotzdem gerne im ambulanten Setting arbeiten wollen. Vielleicht ist es schwieriger, für den Bereich auch Personal zu bekommen“ (TN3, Absatz 103).

4.9 Kategorie I: Anpassungsbedarf der Rahmenbedingungen im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen

Bezugnehmend auf den Anpassungsbedarf der Rahmenbedingungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit bezogen sich die Studienteilnehmer*innen auf die gesetzlichen Vorgaben und die Finanzierung.



(Abb. 22: Hauptkategorie I ohne Subkategorien)

Eine Voraussetzung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit seien ausreichend zeitliche Kapazitäten und eine Bezahlung.

„Das muss natürlich [...] bezahlt werden [...], dass man sich wirklich regelmäßig austauscht und [...] auch nicht unter extremem Zeitdruck“ (TN3, Absatz 49).

Die Verpflichtung zum Austausch müsse seitens des Gesundheitssystems verordnet werden.

„Bestimmungen schaffen, dass ein solcher Austausch stattfinden muss und nicht nur kann. Weil dieses Kann-Ding ist immer ein Zeit-Ding und Zeit hat keiner von uns. [...] Also ohne klare Bestimmungen glaube ich nicht, dass das langfristig funktioniert“ (TN5, Absatz 43).

Für eine flächendeckende Umsetzung könne die interprofessionelle Zusammenarbeit als Position auf den Rezepten erscheinen und darüber mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

„Also mein, ja man sagt ja Fernziele in der Ergotherapie, also mein Fernwunsch wäre, dass die Krankenkassen erkennen, wie wichtig diese Zusammenarbeit ist und es eventuell auf Rezepten auch eine Position dafür gibt, so dass man das eventuell abrechnen könnte“ (TN3, Absatz 79).

Dies könne das Gesundheitssystem langfristig entlasten.

„Letztendlich, wenn alle Leute an verschiedenen Strängen ziehen, dann kann die Krankenkasse aus 20 Richtungen 20 Leuten Geld in die Hand drücken und es führt zu nichts. Oder nicht so effektiv. [...] (TN5, Absatz 33).

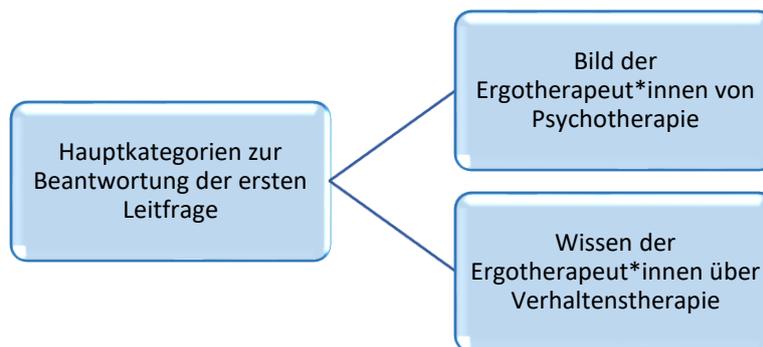
5. Diskussion

Nachfolgend werden die Forschungsergebnisse in Verbindung mit den theoretischen Vorannahmen der Forschenden (vgl. 2.) anhand der Leitfragen (vgl. 3.2.2) kritisch diskutiert. Abschließend werden in diesem Kapitel die Stärken und Limitationen der vorliegenden Forschungsarbeit dargestellt.

5.1 Erste Leitfrage

Welchen Wissensstand haben Ergotherapeut*innen über die potentiellen Inhalte verhaltenstherapeutischer Interventionen von Psychotherapeut*innen?

Zur Beantwortung dieser Leitfrage werden die Forschungsergebnisse der dargestellten Hauptkategorien (vgl. Abb. 23) genutzt.



(Abb. 23: Hauptkategorien zur Beantwortung der ersten Leitfrage)

Diese Forschungsergebnisse werden in Verbindung mit den theoretischen Vorannahmen der Forschenden diskutiert.

5.1.1 Diskussion der ersten Leitfrage

Zur Bestimmung des Wissensstandes der Ergotherapeut*innen über potentielle Inhalte verhaltenstherapeutischer Interventionen von Psychotherapeut*innen sind zunächst die Grundannahmen der Studienteilnehmer*innen bezüglich der Psychotherapie im Allgemeinen von Bedeutung. Auf der Grundlage der theoretischen Vorannahmen der Studienteilnehmer*innen können die Forschenden die Aussagen der

Studienteilnehmer*innen anhand der theoretischen Vorannahmen der Forschungsarbeit einordnen und diese Verknüpfung für die Diskussion der Forschungsergebnisse nutzen.

Bezugnehmend auf die Grundannahmen der Studienteilnehmer*innen im Kontext der Psychotherapie ergaben die Forschungsergebnisse, dass die Studienteilnehmer*innen bereits positive Erfahrungen in einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen gemacht oder diesbezüglich positive Vermutungen, Hoffnungen und Erwartungen haben.

Den Psychotherapeut*innen wurden in diesem Zusammenhang spezifische Eigenschaften wie Empathie, Analysefähigkeiten und ein ganzheitlicher Ansatz zugesprochen. Die fachliche Expertise der Psychotherapeut*innen wurde anerkannt. Auf dieser Grundlage wurde die Fähigkeit der realistischen Einschätzung der Beeinträchtigungen von Klient*innen hervorgehoben ([vgl. 4.1.2](#)). Eine positive Grundeinstellung der Studienteilnehmer*innen zur Psychotherapie im Allgemeinen wurde offensichtlich ([vgl. 4.1.1](#)), ebenso die Hoffnung auf ein Interesse der Psychotherapeut*innen an einer interprofessionellen Zusammenarbeit ([vgl. 4.1.3](#)).

Zeitgleich ergaben die Forschungsergebnisse, dass den Studienteilnehmer*innen keine Differenzierung der im psychiatrischen Bereich tätigen Professionen gelang. TN4 beschrieb diese Diskrepanz deutlich:

„Also sagen wir mal so, ich weiß nicht genau was der Unterschied zwischen Psychologe und Psychotherapeut ist. Und dann gibt es ja den psychotherapeutischen Psychologen, den psychologischen Psychotherapeuten, keine Ahnung was. [...] ich weiß aber, dass Psychotherapeuten [...], dass je nachdem mit welcher Therapie die arbeiten, die eben für bestimmte Erkrankungen genau das richtige ist“ (TN4, Absatz 19).

Die unterschiedlichen Ausbildungswege, die Psychotherapeut*innen zum Tragen der Berufsbezeichnung berechtigen ([vgl. 2.1.2.1](#)), sind den Studienteilnehmer*innen laut Forschungsergebnissen unklar.

Während der differenzierteren Betrachtung der Verhaltenstherapie als psychotherapeutisches Verfahren wurden bei den Studienteilnehmer*innen Unterschiede in der Einstellung zur Wirksamkeit deutlich. Von einer positiven Einstellung bezüglich einer alltagsorientierten Verhaltenstherapie hin zur Überzeugung, Verhaltenstherapie erziele generell keinen langfristigen Therapieerfolg, wurden differente Ansichten geäußert ([vgl. 4.2.1](#)).

Diese im Rahmen der Forschung erhobenen teils negativen Einstellungen der Studienteilnehmer*innen zur Wirksamkeit von Verhaltenstherapie entsprechen jedoch nicht der aktuellen Evidenzlage. Diese gibt deutliche Hinweise auf eine nachhaltige Wirkung von Verhaltenstherapie ([vgl. 2.1.2.4](#)).

Weiterhin ergaben die Forschungsergebnisse, dass allen Studienteilnehmer*innen potentielle Elemente einer Verhaltenstherapie bekannt waren (vgl. 4.2.2). Beispielsweise wurde die kognitive Umstrukturierung als Oberbegriff oder die Konditionierung als Anteil der responsebezogenen Methoden (vgl. 2.2.2.3) benannt. Auch die Analyse wurde als Aspekt erwähnt, eine Differenzierung der Vorgehensweisen und Zielsetzungen der Analyse (vgl. 2.2.2.3) fand von den Studienteilnehmer*innen jedoch nicht statt. Zudem wurde bezugnehmend auf konkrete Inhalte verhaltenstherapeutischer Interventionen eine deutliche Unsicherheit der Studienteilnehmer*innen offensichtlich (vgl. 4.2.2).

5.2 Zweite Leitfrage

Wie können Ergotherapeut*innen klientenzentriert eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen gestalten?

Zur Beantwortung dieser Leitfrage werden die Forschungsergebnisse der dargestellten Hauptkategorien (vgl. Abb. 24) genutzt.



(Abb. 24: Hauptkategorien zur Beantwortung der zweiten Leitfrage)

5.2.1 Diskussion der zweiten Leitfrage

Zur Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit müssen beide Professionen miteinander in Kontakt sein. Bezugnehmend auf die Initiierung des Kontaktes auf Makroebene ergaben die Forschungsergebnisse den Wunsch der Studienteilnehmer*innen nach einer Unterstützung seitens des Berufsverbandes. Hierbei ging es den Studienteilnehmer*innen primär um das Publizieren der ergotherapeutischen Kompetenzen, um die Ergotherapie sowie das Potential einer Zusammenarbeit in den Fokus der Psychotherapeut*innen zu bringen und dadurch eine Basis für die Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen zu erhalten ([vgl. 4.3.1](#)).

Der DVE veröffentlichte hierzu bereits im Jahr 2007 eine für deutsche Ergotherapeut*innen allgemeingültige Definition der Ergotherapie, in welcher das Tätigkeitsspektrum der Ergotherapie autark von differenzierten sektorspezifischen Aspekten dargestellt wurde ([vgl. 2.1.1.2](#)). Zusätzlich erschien im Jahr 2019 das Kompetenzprofil Ergotherapie als Referenzrahmen, in dem die berufsspezifischen ergotherapeutischen Kompetenzen auf dem Abschlussniveau eines Bachelorstudiums beschrieben wurden ([vgl. 2.1.1.1](#)).

TN2 erfragte jedoch eine spezifische Modifikation dessen.

„Gibt es dazu entsprechend aussagekräftiges Material, welches Psychotherapeuten zugänglich gemacht werden kann und gut lesbar ist? Zeit, Aufwand, Wissenschaftlichkeit, etc.?“ (aus Memo in: TN2, Absatz 67).

Auf Mesoebene ergaben die Forschungsergebnisse Ansatzmöglichkeiten zur Initiierung des Kontaktes im Praxisumfeld. Über Fortbildungen, Kongresse sowie Qualitätszirkel können Ergotherapeut*innen ihre Berufskompetenzen regional präsentieren. Durch eine Aufklärung über die Spezialisierung ergotherapeutischer Praxen kann eine Netzwerkbildung mit ortsansässigen Psychotherapeut*innen angestrebt werden ([vgl. 4.3.2](#)).

Auch die KBV (2019) sieht in der Teilnahme an Qualitätszirkeln eine Möglichkeit zum Kontaktaufbau sowie zur Erweiterung des Netzwerkes ([vgl. 2.4.3](#)). Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen nutzen diese Möglichkeit bereits und erwerben hierüber Fortbildungspunkte (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2020). Für Ergotherapeut*innen konnten im Rahmen dieser Forschungsarbeit keine Daten über die Teilnahme an Qualitätszirkeln oder die Anrechnung von Fortbildungspunkten eruiert werden ([vgl. 2.4.3](#)).

Weiterhin verdeutlichten die Forschungsergebnisse individuelle Möglichkeiten der Ergotherapeut*innen zur Kontaktaufnahme auf Mikroebene. Das Durchführen von Workshops oder das Vorstellen bei Psychotherapeut*innen ist ein wichtiger Faktor zur Initiierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit ([vgl. 4.3.3](#)).

Einige Studienteilnehmer*innen planten bereits ein eigeninitiatives Vorstellen bei ortsansässigen Psychotherapeut*innen. Diese Motivation der Ergotherapeut*innen deckt sich mit der Aussage von Fischer (2018), der den professionellen Anspruch der Beteiligten als hierfür ursächlich definiert ([vgl. 2.4.3](#)).

Bezugnehmend auf die Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen ergaben die Forschungsergebnisse unterschiedliche Optionen des Austausches zwischen den Therapeut*innen ([vgl. 4.4.1](#)). Der Aspekt der Kommunikation bildete sich als fundamentaler Faktor für eine Zusammenarbeit ab. TN3 beschrieb die Bedeutung der Kommunikation für eine Zusammenarbeit konkret:

„[...] ich glaube Zusammenarbeit, ist klar, beruht eben auf Kommunikation. Ohne Kommunikation funktioniert das nicht. [...] Also das ist für mich so der Kernaspekt der Zusammenarbeit“ (TN3, Absatz 61).

Die IMPP (2019) beschreibt jedoch, dass die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Professionen in Alltagssituationen häufig scheitert ([vgl. 2.3.3](#)).

Zur Unterstützung der Kommunikation können die Professionen laut Taylor (2017) den Rahmen der ICF als Grundlage nutzen, da dieser eine gemeinsame Sprache fördert und so die interprofessionelle Kommunikation verbessert ([vgl. 2.3.3](#)). Die weitgehende Übereinstimmung der Taxonomie der ICF und der Taxonomie der Betätigung bietet Ergotherapeut*innen die Möglichkeit, das Potential der Ergotherapie darzustellen (DVE, 2020a) ([vgl. 2.1.1.5](#)). Auch für die Psychotherapie ist Linden (2018) zufolge die Perspektive der ICF von besonderer Relevanz, um die Beeinträchtigungen der Klient*innen individuell zu betrachten ([vgl. 2.1.2.3](#)).

Weiterhin ergaben die Forschungsergebnisse eine nicht flächendeckende Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit ([vgl. 4.4.1](#)). Ursächlich hierfür sind laut Forschungsergebnissen auf interpersoneller Ebene sowohl die Persönlichkeitsmerkmale als auch die Qualifizierung der beteiligten Personen ([vgl. 4.4.2](#)).

Eine Qualifizierung bezugnehmend auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit findet laut Forschungsergebnissen ebenfalls nicht flächendeckend statt. Die Vermittlung von Inhalten bezugnehmend auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit wird nur anteilig in der ergotherapeutischen Ausbildung vermittelt, eine interprofessionelle Vermittlung der Inhalte fand nur im Rahmen eines interdisziplinären Studiengangs statt ([vgl. 4.4.3](#)). Dabei betont die IMPP (2019), dass für eine Qualifizierung der Professionen in den Studien- und Ausbildungsgängen der Gesundheitsberufe interprofessionell Kenntnisse bezüglich einer interprofessionellen Zusammenarbeit vermittelt werden müssen, damit eine bedarfsorientierte interprofessionelle Zusammenarbeit im praktischen Alltag umgesetzt werden kann ([vgl. 2.3.3](#)). In den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Ergo- und Psychotherapeut*innen werden jedoch keine Inhalte bezugnehmend auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit erwähnt ([vgl. 2.3.3](#)).

Ein weiteres Resultat der Forschungsergebnisse bezugnehmend auf die Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit stellte die Bedeutung der Ausarbeitung interprofessioneller Behandlungskonzepte dar ([vgl. 4.4.1](#)). Die Studienteilnehmer*innen sprachen sich in diesem Kontext für eine gemeinsame Planung der Interventionsinhalte beider Professionen aus, um die Klient*innen durch eine komplementäre Interventionsgestaltung optimal bei ihrer Zielerreichung zu unterstützen. Durch die Kombination von Ergo- und Psychotherapie erwarten die Studienteilnehmer*innen sowohl eine höhere Effizienz als auch eine effektivere Unterstützung der Klient*innen und eine damit einhergehende frühere Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Klient*innen. Die erwartete Effizienz deckt sich mit den Ergebnissen der Studie „Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works“ (Schene, Koeter, Kikkert, Swinkels, & McCrone, 2006) ([vgl. 2.5.3](#)), demnach ist die Kombination von Ergotherapie und ambulanter psychiatrischer Behandlung unter anderem bedingt durch die kürzere Behandlungsdauer mit einer Wahrscheinlichkeit von 75,5 % kosteneffektiver als die psychiatrische Behandlung alleine.

Um eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen gestalten zu können, müssen die Schnittstellen der Professionen klar definiert werden. Die Forschungsergebnisse zeigen einerseits die Erfordernis einer klaren Abgrenzung der Aufgabengebiete, andererseits verdeutlichen sie eine mangelnde Abgrenzung in der praktischen Tätigkeit einiger Studienteilnehmer*innen ([vgl. 4.5.2](#)). Ursächlich hierfür sehen die Forschenden die Nähe der Verhaltenstherapie ([vgl. 2.1.2.2](#)) zur betätigungsorientierten Ergotherapie ([vgl. 2.1.1.3](#) & [2.1.1.4](#)), welche aus Sicht der Forschenden sowohl ein positives Potential als auch ein Konfliktpotential darstellt.

Anhand der Forschungsergebnisse wird eine positive Einschätzung der Studienteilnehmer*innen bezugnehmend auf die Ergänzungsmöglichkeiten von Ergo- und Psychotherapie deutlich. Demnach können Anteile der Verhaltenstherapie in die Ergotherapie integriert, die in der Psychotherapie erarbeiteten alternativen Handlungsstrategien im Rahmen der Ergotherapie in den Alltag der Klient*innen übertragen oder konkrete Aufträge der Psychotherapeut*innen bearbeitet werden ([vgl. 4.5.1](#)). Diese unterschiedlichen Therapieansätze werden auch von Hesse (2009) beschrieben ([vgl. 2.4](#)). Demnach erfolge die Therapie in der Psychologie über das Wort, in der Ergotherapie hingegen über das Handeln.

Die Forschenden stellen auf der Grundlage ihrer beruflichen Erfahrung und ihrer ergotherapeutischen Expertise in Frage, ob diese Forschungsergebnisse und die Beschreibung der unterschiedlichen Therapieansätze von Hesse noch zeitgemäß sind.

Der Wandel der Ergotherapie im psychiatrischen Fachbereich wird von Pfeiffer bezugnehmend auf das Behandlungskonzept „Handeln gegen Trägheit“ ([vgl. 2.1.1.6](#)) wie folgt beschrieben: „Bei „Handeln gegen Trägheit“ wird im Wesentlichen miteinander gesprochen. Dieses Vorgehen verändert die psychiatrische Ergotherapie deutlich: Die klientenzentrierte Beratung nimmt einen hohen Stellenwert ein“ (2018, S. 19). Die praktische Tätigkeit der Forschenden bestätigt diese Aussage. Die ergotherapeutischen

Interventionen finden überwiegend im Gespräch statt, alternative Handlungsstrategien werden gemeinsam mit den Klient*innen erarbeitet und die eigenständige Umsetzung der Handlungsstrategien wird mit den Klient*innen im Nachhinein evaluiert.

Die Forschungsergebnisse verdeutlichen an dieser Stelle die Unterschiede in der Expertise deutscher Ergotherapeut*innen. Andreas Pfeiffer schloss im November 2016 sein Masterstudium mit dem Master of Science in Ergotherapie ab (Pfeiffer, 2020), die Forschenden absolvieren ihr Studium mit dem Ziel des Bachelor of Science in Ergotherapie. Diese akademischen Kompetenzen wurden jeweils nach erfolgtem Staatsexamen erworben und stellen eine weiterführende Qualifikation dar, welche die Studienteilnehmer*innen nicht absolviert haben ([vgl. Tab. 7](#)).

Auch Reuster et al. (2015) beziehen sich auf die Unterschiede in der Expertise deutscher Ergotherapeut*innen. „Neben einer Mehrzahl von eher an der traditionellen Praxis orientierten Ergotherapeuten koexistiert eine (bisher noch) Minderzahl von Therapeuten, die, immer stärker akademisch ausgebildet, mit wissenschaftlichen Fundierungen, Praxismodellen, neuen Begriffen [...] und dem Evidenzprinzip näher vertraut ist“ (Reuster et al., 2015, S. 2). Es bestehe ein Spannungsfeld in der psychiatrischen Ergotherapie „zwischen den Polen einer klassisch-psychiatrischen Sichtweise nahen Basistherapie einerseits und einer eigenständig elaborierten Ergotherapie andererseits“ (Reuster et al., 2015, S. 5).

Daraus ergebe sich für die im psychiatrischen Bereich tätigen Ärzt*innen eine Herausforderung, da sie ergotherapeutische Maßnahmen indizieren und differenziert über die Möglichkeiten und Ziele ergotherapeutischer Maßnahmen im Bilde sein sollten. Es gäbe für die Psychiatrie „gute Gründe, die Entwicklung der wissenschaftlich fundierten Ergotherapie zur Kenntnis zu nehmen [...], um die von Psychiatern verordneten Therapiemaßnahmen hinreichend zu verstehen und von Fall zu Fall sinnvoll indizieren bzw. kontraindizieren zu können“ (Reuster et al., 2015 S. 6). Diese Herausforderung lässt sich aus Sicht der Forschenden auf die Situation der Psychotherapeut*innen übertragen, da auch diese Berufsgruppe auf der Grundlage des Gesetzes zur Reform der Psychotherapieausbildung ([vgl. 2.2.2.2](#)) über eine Indikation der Ergotherapie entscheiden wird.

Auch der Aspekt der interprofessionellen Zusammenarbeit wird in diesem Kontext hervorgehoben, eine Begleitung könne „am besten durch regelmäßige Visiten oder Teamgesprächen“ (Reuster et al, 2015, S. 11) stattfinden.

Für die Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit bedarf es weiterhin verschiedener Kompetenzen der beteiligten Therapeut*innen. Die Forschungsergebnisse zeigen diesbezüglich eine positive Einschätzung der Studienteilnehmer*innen auf die Kompetenzen der Ergotherapeut*innen im Kontext einer interprofessionellen Zusammenarbeit ([vgl. 4.6.1](#)). Hierbei decken sich die Aspekte der guten Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten mit dem Bereich Kommunikation des Kompetenzprofils Ergotherapie ([vgl. 2.1](#)), das Einbringen der fachlichen Expertise in Gespräche mit anderen Professionen deckt sich mit dem Bereich Zusammenarbeit. Für eine fachlich fundierte

Gestaltung des interprofessionellen Austausches sehen die Studienteilnehmer*innen jedoch einen fachspezifischen Fortbildungsbedarf ([vgl. 4.6.1](#)).

Weiterhin ergaben die Forschungsergebnisse Erwartungen der Studienteilnehmer*innen an die Betrachtungsweise der Psychotherapeut*innen auf die Ergotherapie, die für den positiven Verlauf einer interprofessionellen Zusammenarbeit bedeutsam sind. Diesbezüglich wurde die Wertschätzung der Ergotherapie sowie ein Interesse an der fachlichen Expertise der Ergotherapeut*innen als maßgeblich betont ([vgl. 4.6.4](#)). Dieses Interesse sehen auch die Forschenden als maßgeblich an, da die Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten, die zum Gelingen einer interprofessionellen Zusammenarbeit notwendig ist (IMPP, 2019) ([vgl. 2.3.3](#)), nach Einschätzung der Forschenden nur auf der Grundlage eines Interesses an der jeweils anderen Profession gelingen kann.

Bezugnehmend auf den Aspekt der Klientenzentrierung in der Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit verdeutlichen die Forschungsergebnisse dessen Stellenwert für die Studienteilnehmer*innen. Die Klientenzentrierung ist für die Studienteilnehmer*innen der Kernaspekt der Ergotherapie ([vgl. 4.6.2](#)). Diese Sichtweise deckt sich mit der Aussage von Cup & van Haringsveldt (2019), demnach stehe die Klientenzentrierung seit über 30 Jahren im Mittelpunkt der Ergotherapie ([vgl. 2.4.2](#)). Auch das PEOP-Modell unterstützt durch die Einbeziehung des Narrativ der Klient*innen das klientenzentrierte Arbeiten ([vgl. 2.1.1.3](#)).

Zusätzlich betonen die Studienteilnehmer*innen die Bedeutung des klientenzentrierten Arbeitens von Seiten der Psychotherapeut*innen ([vgl. 4.6.2](#)). Dies ist nach Einschätzung der Forschenden gegeben, da bedingt durch die pragmatische Verknüpfung der verhaltenstherapeutischen und gesprächspsychotherapeutischen Ansätze während der praktischen Tätigkeit der Psychotherapeut*innen ([vgl. 2.4.2](#)) die Klientenzentrierung nach Rogers (1984) umgesetzt wird.

Die Kompetenzen der Ergotherapeut*innen bezüglich der Klientenzentrierung liegen aus Sicht der Studienteilnehmer*innen unter anderem in dem betätigungsorientierten Arbeiten ([vgl. 4.6.2](#)). Dies ist auch nach Aussage von Satink & Van de Velde (2019) die Hauptdomäne der Ergotherapie, welche zur Partizipation führt ([vgl. 2.1.1.4](#)). Die Aspekte der Betätigung und der Partizipation finden sich im PEOP-Modell ([vgl. 2.1.1.3](#)) wieder, durch die Wechselwirkung zwischen diesen Aspekten und dem Narrativ der Klient*innen ([vgl. Abb. 2](#)) unterstützen sie das klientenzentrierte Arbeiten somit ebenfalls maßgeblich.

Die Forschungsergebnisse ergaben weiterhin, dass die Studienteilnehmer*innen durch die Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit auf Makroebene perspektivisch Auswirkungen auf die Gesellschaft insgesamt sowie auf den gesellschaftlichen Status der Ergotherapeut*innen erwarten ([vgl. 4.7.1](#)).

Bedingt durch eine der Ansicht der Studienteilnehmer*innen nach effizienterer Behandlung infolge einer Kombination von Ergo- und Psychotherapie und einer in diesem Kontext potentiellen Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Klient*innen kann die

Gesellschaft finanziell profitieren. Die Studie „Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works“ (Schene, Koeter, Kikkert, Swinkels, & McCrone, 2006) bestätigt dies, eine zusätzlich zur ambulanten psychiatrischen Behandlung durchgeführte Ergotherapie verringerte die Arbeitsausfalltage bei schwer depressionserkrankten Menschen (vgl. 2.5.3). Die im Kontext einer psychischen Erkrankung entstehenden Kosten (vgl. 2.5.2) können demnach durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit beider Professionen gemindert werden. Zudem erwarteten die Studienteilnehmer*innen eine Steigerung der Kenntnis über ergotherapeutische Berufskompetenzen in der Gesellschaft durch die Verordnung von Ergotherapie durch Psychotherapeut*innen.

Auf Mesoebene erwarten die Studienteilnehmer*innen laut Forschungsergebnissen sowohl positive als auch negative finanzielle Auswirkungen auf niedergelassene Praxen (vgl. 4.7.1). Die infolge einer von den Studienteilnehmer*innen erwartete Steigerung der Anzahl psychisch-funktioneller Verordnungen ist ein positiver Aspekt, der sich jedoch aufgrund einer ebenfalls erwarteten Zunahme von Therapieausfällen durch die vermehrte Behandlung psychiatrischer Klientel langfristig negativ auswirken könnte. Aus ihrer beruflichen Erfahrung heraus stimmen die Forschenden mit der Annahme der Studienteilnehmer*innen über die Zunahme von Therapieausfällen überein. Eine diesbezügliche statistische Auswertung konnte im Rahmen des Rechercheprozesses nicht eruiert werden. Die nach Einschätzung der Studienteilnehmer*innen im Verhältnis zu anderen Behandlungen schlechte Vergütung der psychisch-funktionellen Behandlungen wird anhand bundeseinheitlichen Preise deutlich (vgl. 2.2.1.3).

Die laut Forschungsergebnissen auf Mikroebene erwarteten Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit (vgl. 4.7.1) der Studienteilnehmer*innen steht der geschilderten psychosozialen Belastung der Ergotherapeut*innen durch die vermehrte Behandlung psychiatrischer Klientel entgegen. Wirtschaftliche Auswirkungen durch Therapieausfälle erwarten die jeweils angestellten Studienteilnehmer*innen für sich selbst jedoch nicht, Existenzängste waren somit nicht gegeben. Vor dem Hintergrund eigener Arbeitserfahrungen wissen die Forschenden, dass dies nicht der Standard ist und es weiterhin Arbeitgeber gibt, die das unternehmerische Risiko im Rahmen von Minusstunden bei Therapieausfällen auf die Arbeitnehmer übertragen. Die Rechtslage ist laut Bossow (2020) hierbei individuell zu betrachten.

Anhand der Forschungsergebnisse wird weiterhin deutlich, dass die Studienteilnehmer*innen positive Auswirkungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit von Ergo- und Psychotherapeut*innen auf die Klient*innen erwarten (vgl. 4.7.1). Die schnellere Versorgung biete den Klient*innen demnach ebenso wie eine effektivere und ganzheitlichere Intervention die Chance auf mehr Lebensqualität im Alltag. Diese Einschätzung der Studienteilnehmer*innen bestätigt auch das BAG (2019), die interprofessionelle Zusammenarbeit habe das Potential, sowohl die Versorgungsqualität als auch die Sicherheit und Zufriedenheit der Klient*innen zu verbessern. Ebenso beschreiben Pizzi & Richard

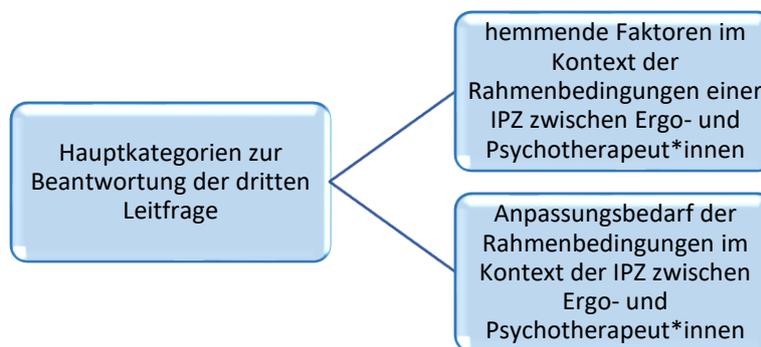
(2017) eine Steigerung von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität der Klient*innen infolge einer interprofessionellen Zusammenarbeit im Kontext des E-How-Model ([vgl. 2.3.3](#)).

Die hohe Umsetzungsmotivation der Studienteilnehmer*innen ([vgl. 4.7.2](#)) trotz des geringen finanziellen Anreizes spricht nach Ansicht der Forschenden für die Fürsprache-Kompetenz der Studienteilnehmer*innen im Kontext des Kompetenzprofils Ergotherapie ([vgl. 2.1](#)).

5.3 Dritte Leitfrage

Welche Rahmenbedingungen haben aus Sicht der Ergotherapeut*innen Einfluss auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen?

Zur Beantwortung dieser Leitfrage werden die Forschungsergebnisse der dargestellten Hauptkategorien ([vgl. Abb. 25](#)) genutzt.



(Abb. 25: Hauptkategorien zur Beantwortung der dritten Leitfrage)

5.3.1 Diskussion der dritten Leitfrage

Bezugnehmend auf beeinflussende Rahmenbedingungen im Kontext einer interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen ergaben die Forschungsergebnisse sowohl hemmende Faktoren als auch einen Anpassungsbedarf.

Als dominierend bei den hemmenden Faktoren stellte sich in den Forschungsergebnissen die fehlende Finanzierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit dar ([vgl. 4.8.1](#)).

Die Einschätzung der Studienteilnehmer*innen deckt sich hierbei mit der Aussage von Schmitz et al. (2020), nach der die aktuelle Vergütungsform ([vgl. 2.3.4](#)) eine interprofessionelle Zusammenarbeit hemme.

Die fehlende Finanzierung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Kostenträger steht den Erwartungen derselben Kostenträger jedoch gegenüber. Diese betonen, eine interprofessionelle Zusammenarbeit sei „eine zentrale Grundlage für eine qualitativ hochwertige [...] Versorgung“ (Techniker Krankenkasse, 2020) ([vgl. 2.3.2](#)) und fordern von Ergotherapeut*innen die Bereitschaft zur Teilnahme an Qualitätszirkeln mit Ärzt*innen (vdek & DVE, 2017) ([vgl. 2.4.3](#)).

In diesem Kontext ergaben die Forschungsergebnisse dementsprechend einen Anpassungsbedarf. Die Voraussetzungen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit sind laut Studienteilnehmer*innen ausreichend zeitliche Kapazitäten und eine angemessene Bezahlung ([vgl. 4.9](#)). Um dies erreichen zu können, müsse eine Verpflichtung zur interprofessionellen Zusammenarbeit seitens des Gesundheitssystems verordnet werden. Für eine flächendeckende Umsetzung müsse die interprofessionelle Zusammenarbeit über eine Position auf den Verordnungen mit den Kostenträgern abgerechnet werden können. Auch Schmitz et al. (2020) betonen, eine förderliche finanzielle Vergütungsform zu entwickeln, sei sinnvoll ([vgl. 2.3.4](#)). Die Studienteilnehmer*innen vermuten zudem, die Finanzierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit könne das Gesundheitssystem langfristig bedingt durch eine gesteigerte Effizienz der Behandlungen ([vgl. 4.9](#)) entlasten.

In den Forschungsergebnissen wurde mit den Besonderheiten einer notwendigen Praxisgestaltung für eine Spezialisierung auf psychiatrische Klientel ([vgl. 4.8.1](#)) eine weitere Rahmenbedingung deutlich, welche eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen beeinflusst. TN 4 beschrieb dies anschaulich:

„[...] weil da die Räumlichkeiten schon anders gestaltet werden müssen, das ist ja nicht wie so eine normale Ergotherapie-Praxis, das wir so ein Bällebad haben oder so“ (TN4, Absatz 97).

Faktisch müssen jedoch die heilmittelspezifischen Zulassungsvoraussetzungen ([vgl. 2.2.1.1](#)) unabhängig von der Spezialisierung einer Praxis vollständig gewährleistet werden, damit Ergotherapeut*innen ihre Behandlungen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnen können. Dies bedeutet, die verpflichtende Grundausstattung für eine Praxis wie beispielsweise therapeutisches Spielmaterial für Kinder oder auch graphomotorisches Übungsmaterial ([vgl. Anl. 3.1 & 3.2](#)) muss trotz einer Spezialisierung der Praxis auf psychiatrische Klientel vorhanden sein.

Für die Praxisleitungen stellt den Forschungsergebnissen entsprechend die Akquise fachlich qualifizierter Mitarbeiter*innen im ambulanten Setting ein weiteres Hemmnis dar ([vgl. 4.8.2](#)). Die Behandlung bei psychischen und psychisch-funktionellen Störungen hat

bisher einen Anteil von 14,4 Prozent der ergotherapeutischen Leistungen eingenommen (vgl. 2.2.1.5). Sollte die Nachfrage nach psychisch-funktionellen Behandlungen (vgl. 2.2.1.3) bedingt durch die steigende Tendenz der Anzahl psychischer Erkrankungen (vgl. 2.5.2) sowie durch die erweiterte Verordnungskompetenz (vgl. 2.2.2.2) von über 20.000 Psychotherapeut*innen (vgl. 2.2.2.5) spontan ansteigen, ist das Angebot qualifizierter Mitarbeiter*innen in diesem Kontext nicht ausreichend.

5.4 Diskussion der Methodik

5.4.1 Stärken und Limitationen der Studie

Die Forschenden setzten sich zu Beginn des Forschungsprozesses intensiv mit der Wahl des Forschungsthemas auseinander, bereits dieser Entscheidungsprozess wird nachvollziehbar beschrieben (vgl. 3.1). Das Recherchieren relevanter Literatur (vgl. 3.2) fand fortlaufend während der gesamten Bearbeitung der Forschungsarbeit statt, dadurch konnten aktuelle Veränderungen bezüglich der gesetzlichen Vorgaben zeitnah eingebracht werden. Die Aktualität der Studie ist dadurch gegeben. Die theoretischen Vorannahmen der Forschenden wurden auf dieser Grundlage ausführlich dargestellt (vgl. 2) und mit den Forschungsergebnissen verknüpft (vgl. 5).

Die Wahl des Untersuchungsdesigns (vgl. 3.3) und die Vorgehensweise bezüglich der Fallauswahl (vgl. 3.4) werden ebenfalls nachvollziehbar erläutert, während des Forschungsprozesses wurden die Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2016) beachtet und detailliert beschrieben (vgl. 3.8). Bedingt durch die Rekrutierung von Studienteilnehmer*innen aus dem gesamten Bundesgebiet bilden die Forschungsergebnisse überregional Erfahrungen von Ergotherapeut*innen ab.

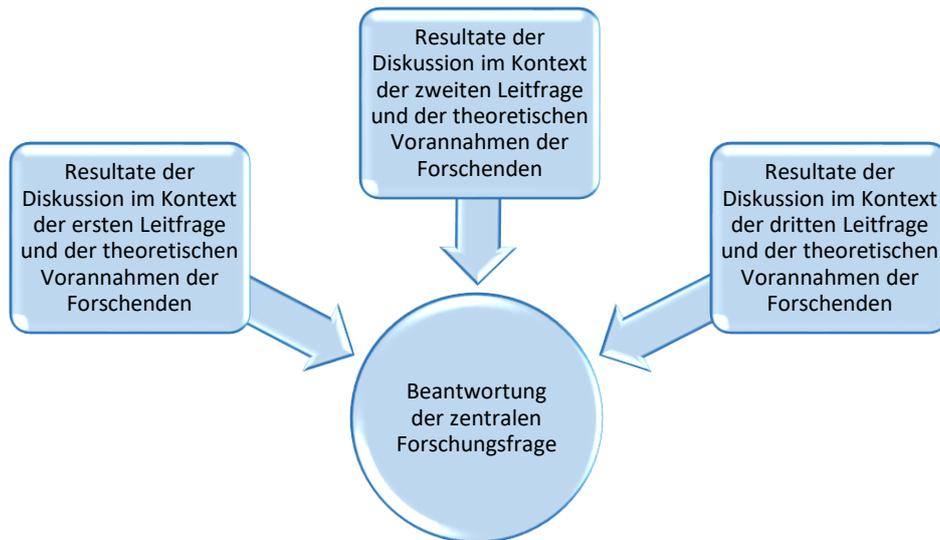
Durch die Pilotphase der Forschungsarbeit (vgl. 3.5.3) konnten Interviewerfahrungen gesammelt und der Interviewleitfaden überprüft sowie angepasst werden. Im Rahmen des Member-Checks wurden die Analyseergebnisse der Einzelinterviews von den jeweiligen Studienteilnehmer*innen überprüft, eine Rückmeldung erfolgte von allen Studienteilnehmer*innen.

Während der Fallauswahl wurde die berufliche Qualifikation der Studienteilnehmer*innen zwar erhoben, der Ausbildungsstand wurde in diesem Kontext jedoch nicht differenzierter betrachtet. In der Diskussion der Forschungsergebnisse wurde die Relevanz des Ausbildungsstandes der Studienteilnehmer*innen deutlich. Dieser Aspekt hätte im Forschungsprozess bereits zum Zeitpunkt der Stichprobenkonstruktion bedacht werden müssen, um im Erhebungsverfahren der Datenerhebung berücksichtigt werden zu können.

Zudem war der Umfang der Stichprobe aus forschungsökonomischen Gründen limitiert, eine theoretische Sättigung der Daten wurde somit nicht erreicht.

6. Schlussfolgerung

Zur Beantwortung der zentralen Forschungsfrage werden die Resultate der Diskussion im Kontext der Leitfragen und der theoretischen Vorannahmen der Forschenden genutzt (vgl. Abb. 26).



(Abb. 26: Beantwortung der zentralen Fragestellung anhand der Resultate der Diskussion)

6.1 Schlussfolgerungen anhand der Diskussion der ersten Leitfrage

Die Forschungsergebnisse verdeutlichen eine positive Grundeinstellung der Studienteilnehmer*innen sowohl der Psychotherapie im Allgemeinen als auch der Profession der Psychotherapeut*innen gegenüber. Zeitgleich gelingt den Studienteilnehmer*innen jedoch keine Differenzierung der im psychiatrischen Bereich tätigen Professionen. Die differente Einschätzung der Studienteilnehmer*innen bezugnehmend auf die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen relativiert sich im Kontext aktueller Evidenz sowie einer zeitgleich erkennbaren Unsicherheit bezugnehmend auf potentielle verhaltenstherapeutische Interventionsinhalte. Aus Sicht der Forschenden ist ein besseres Verständnis der Ergotherapeut*innen für die im psychiatrischen Bereich tätigen Professionen erforderlich, um das Tätigkeitsspektrum der Psychotherapeut*innen differenziert betrachten zu können. Zudem muss Wissen über die potentiellen Inhalte verhaltenstherapeutischer Interventionen generiert werden, um einen fachlich fundierten Diskurs auf

professioneller Ebene führen zu können. Im Rahmen von interprofessionellen Modulen in Studiengängen der Gesundheitsberufe können die verschiedenen Professionen nach Einschätzung der Forschenden dieses erforderliche Wissen interaktiv generieren und im Kontext interprofessioneller Seminararbeiten, beispielsweise durch die Erstellung eines interprofessionellen Behandlungskonzeptes anhand eines Fallbeispiels, praktisch umsetzen. Zusätzlich könnten die Studierenden im Rahmen des Professionalisierungsbereichs ihre Kenntnisse über die Expertise anderer im psychiatrischen Bereich tätigen Professionen erweitern.

6.2 Schlussfolgerungen anhand der Diskussion der zweiten Leitfrage

Für die Initiierung eines Kontaktes zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen wünschen sich die Studienteilnehmer*innen auf Makroebene Unterstützung von Seiten des Berufsverbandes, diesbezüglich wurde die Frage nach spezifischem Informationsmaterial gestellt. Dieser Ansatz wird von den Forschenden befürwortet. Die Erstellung von Informationsmaterial speziell für die im psychiatrischen Bereich tätigen Professionen, welche über eine ergotherapeutische Indikation entscheiden, kann eine Grundlage für die Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit darstellen und die praktisch tätigen Ergotherapeut*innen auf Mikroebene unterstützen. Der Fachausschuss Psychiatrie des DVE könnte ein solches Projekt initiieren und umsetzen.

Auf Mesoebene wurden unter anderem Qualitätszirkel als Mittel zur Netzwerkbildung favorisiert. Die Frage einer gesetzlichen Ungleichbehandlung zwischen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen einerseits, welche über die Teilnahmen an Qualitätszirkeln Fortbildungspunkte erwerben können, und Ergotherapeut*innen andererseits, bei denen die Möglichkeit zum Erwerb von Fortbildungspunkten nicht eruiert werden konnte, bleibt an dieser Stelle offen. Eine Anrechnung von Fortbildungspunkten für teilnehmende Ergotherapeut*innen oder eine im Vergleich zu intraprofessionellen Qualitätszirkeln höhere Anzahl von Fortbildungspunkten für interprofessionelle Qualitätszirkel kann diese Variante des interprofessionellen Austausches aus Sicht der Forschenden forcieren. Um dies zu erreichen, müssen seitens der Gesetzgebung jedoch Änderungen im SGB V vorgenommen werden.

Bezugnehmend auf die eigentliche Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit wird in den Forschungsergebnissen die Kommunikation als Kernaspekt deutlich. Die Fachterminologie der ICF bietet den Professionen basierend auf dem bio-psycho-sozialen Modell eine Kommunikationsgrundlage, die den Ergotherapeut*innen aufgrund der Nähe zur TCOP vertraut ist. Die bio-psycho-soziale Grundlage der ICF bildet zudem auch den Bezugsrahmen des PEOP, welches wiederum das klientenzentrierte betätigungsorientierte Arbeiten der Ergotherapeut*innen unterstützt. Aufgrund dieser Gemeinsamkeiten bietet sich die Kombination von ICF, TCOP und PEOP aus Sicht der Forschenden als

Grundlage für die Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen an, da die klientenzentrierte betätigungsorientierte Ergotherapie nicht nur umgesetzt, sondern der anderen Profession gegenüber auch verständlich kommuniziert werden kann. Diese Kommunikation ist aufgrund der Nähe der betätigungsorientierten Ergotherapie zur Verhaltenstherapie aus Sicht der Forschenden maßgeblich für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit. Im gemeinsamen Austausch können so Tätigkeitsbereiche eindeutig definiert und mögliche Konflikte in der interprofessionellen Zusammenarbeit dadurch vermieden werden.

Erschwerend für eine Umsetzung der Gestaltung einer flächendeckenden interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen ist nach Einschätzung der Forschenden auf Grundlage der Forschungsergebnisse die fehlende Vermittlung von Kenntnissen innerhalb der Ausbildungen der Professionen. Eine diesbezügliche Anpassung der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ist aus Sicht der Forschenden von entscheidender Bedeutung für eine bedarfsorientierte interprofessionelle Zusammenarbeit.

Zusätzlich erschwerend ist für die Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit nach Auffassung der Forschenden die Inhomogenität der Expertise deutscher Ergotherapeut*innen. Die in den Forschungsergebnissen beschriebene differente Einschätzung von Ergänzungsmöglichkeiten zwischen Ergo- und Psychotherapie löst bereits innerhalb der ergotherapeutischen Profession einen Diskurs aus, der für andere Professionen aus Sicht der Forschenden nicht nachvollziehbar ist. In der Literatur werden die Konfusion der im psychiatrischen Bereich tätigen Professionen über die Unterschiede ergotherapeutischer Ansätze sowie der Herausforderung einer zielgerichteten Entscheidung über die Indikation von Ergotherapie deutlich beschrieben. Bedingt durch eine fachschulische ergotherapeutische Ausbildung einerseits und einer bestehenden Teilakademisierung der Ergotherapeut*innen andererseits bilden sich aus Sicht der Forschenden deutliche Unterschiede in der Expertise der Therapeut*innen heraus. Eine differenziertere Begriffsbestimmung der bisher konvergenten Berufsbezeichnung kann eine interprofessionelle Zusammenarbeit aufgrund einer Präzisierung der Expertise erleichtern. Zusätzlich können die verschiedenen Weiterbildungen zum Fachergotherapeuten für Psychiatrie und Psychosomatik mittels einer staatlichen Anerkennung vereinheitlicht und die fachspezifische Expertise der in diesem Bereich tätigen Ergotherapeut*innen dadurch präzise definiert werden.

Die laut Forschungsergebnissen erwartete höhere Effizienz der Behandlungen durch die Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit wirkt sich nach Einschätzung der Forschenden bedingt durch eine Senkung der indirekten und direkten Kosten finanziell entlastend sowohl auf das Gesundheitssystem als auch auf die Gesellschaft aus. Bedingt durch eine im Verhältnis zu anderen Therapieeinheiten geringere Vergütung psychisch-

funktionaler Behandlungseinheiten sowie des Risikos einer steigenden Anzahl von Therapieausfällen durch eine zunehmende Behandlung psychiatrischer Klientel führt diese Entlastung jedoch nicht zu einem finanziellen Anreiz für ergotherapeutische Praxen. Durch eine Anpassung der bundeseinheitlichen Preise für psychisch-funktionelle Behandlungen sowie Abrechnungsmöglichkeiten oder Ausgleichszahlungen für nicht abgesagte Therapieeinheiten sozial schwacher Klient*innen können aus Sicht der Forschenden eine Spezialisierung ergotherapeutischer Praxen auf psychiatrische Klientel begünstigen und eine Diskussion um Arbeitszeitverschiebungen oder Minusstunden der angestellten Ergotherapeut*innen vermieden werden.

6.3 Schlussfolgerungen anhand der Diskussion der dritten Leitfrage

Die Forschungsergebnisse verdeutlichen eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen und den Leistungen der Kostenträger bezugnehmend auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit. So wird die Umsetzung einer interprofessionellen Zusammenarbeit aufgrund einer Qualitätssteigerung der Gesundheitsversorgung zwar gefordert, jedoch nicht finanziert. Die Verpflichtung zur interprofessionellen Zusammenarbeit sowie deren Vergütung muss laut Forschungsergebnissen festgelegt werden. Die Forschenden sehen hier die Notwendigkeit einer Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Ergänzung des SGB V um einen Paragraphen zur Verpflichtung der Kooperation der Leistungserbringer kann in der Folge zu einer Rahmenvereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit den jeweiligen Berufsverbänden und somit zu einer Finanzierung der interprofessionellen Zusammenarbeit führen.

Weiterhin wird aus Sicht der Forschenden eine Anpassung der heilmittelspezifischen Zulassungsvoraussetzungen für auf psychiatrische Klientel spezialisierte ergotherapeutische Praxen einen Anreiz für eine Spezialisierung geschaffen, da beispielsweise die Anschaffung von nicht benötigtem Therapiematerial vermieden wird.

Der laut Forschungsergebnissen erwartete Mehrbedarf an qualifizierten Mitarbeiter*innen kann nach Einschätzung der Forschenden nur durch zeitnahe fachspezifische Fortbildungen der Mitarbeiter*innen in den Praxen aufgefangen werden, dieser Fortbildungsbedarf wird seitens der Studienteilnehmer*innen bestätigt.

6.4 Beantwortung der zentralen Forschungsfrage

Welches Potential sehen Ergotherapeut*innen in einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen im ambulanten Setting?

Die befragten Ergotherapeut*innen sehen ein hohes Potential in einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen im ambulanten Setting. Die positive Grundeinstellung der Ergotherapeut*innen der Psychotherapie im Allgemeinen und der Profession der Psychotherapeut*innen gegenüber bewirkt einen hohe Umsetzungsmotivation der Ergotherapeut*innen. In Anbetracht der Forschungsergebnisse wird jedoch ein Fortbildungsbedarf der Ergotherapeut*innen bezugnehmend auf die Expertise der Psychotherapeut*innen und verhaltenstherapeutische Interventionsinhalte deutlich. Dieser fachspezifische Fortbildungsbedarf wird von den Ergotherapeut*innen ebenfalls artikuliert, um einen fachlich fundierten Diskurs auf professioneller Ebene führen zu können. Die Konfusion der im psychiatrischen Bereich tätigen Professionen über die Unterschiede ergotherapeutischer Ansätze kann im Rahmen einer Vereinheitlichung der fachspezifischen Fortbildungen sowie einer differenzierten Begriffsbestimmung der bisher konvergenten Berufsbezeichnung staatlich anerkannter und akademisierter Ergotherapeut*innen beendet werden.

Als Rahmen der Gestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit bieten sich gemeinsame Grundlagen beider Professionen wie das bio-psycho-soziale Modell, die ICF und das klientenzentrierte Arbeiten an. Die Kommunikation bildet hierbei die Basis einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit. Besonders aufgrund der Nähe einer betätigungsorientierten Ergotherapie zur Verhaltenstherapie kann eine gemeinsame Definition der Tätigkeitsbereiche potentiellen Konflikten vorbeugen.

Zur Initiierung des Kontaktes zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen verdeutlichen die Ergotherapeut*innen den Wunsch nach einer Unterstützung seitens des Berufsverbandes. Die Ausarbeitung eines fachspezifischen Informationsmaterials unter anderem für Psychotherapeut*innen kann den praktisch tätigen Ergotherapeut*innen das Darlegen des Potentials einer Zusammenarbeit im Kontext der ergotherapeutischen Expertise erleichtern.

Betrachtet man die Forschungsergebnisse bezugnehmend auf die Rahmenbedingungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit, wird ein Anpassungsbedarf des SGB V zur Generierung von Fortbildungspunkten und der Finanzierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit deutlich. Im Rahmen einer Anpassung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung beider Professionen kann die Gestaltung einer interprofessionellen

Zusammenarbeit in die jeweiligen Curricula aufgenommen werden. Die Anpassung der heilmittelspezifischen Zulassungsvoraussetzungen kann durch die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Praxisausstattung die Spezialisierung ergotherapeutischer Praxen auf die Behandlung psychiatrischer Klientel fördern.

6.5 Ausblick

Betrachtet man die Forschungsergebnisse, wird die Perspektive der Ergotherapeut*innen auf das Potential einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen deutlich. Offen bleibt jedoch die Frage, wie die Perspektive der Psychotherapeut*innen auf dieses Thema ist. Dies sollte ursprünglich im Rahmen dieser Forschungsarbeit ebenfalls erhoben werden, aufgrund der Pandemiesituation konnte jedoch keine ausreichende Anzahl an Studienteilnehmer*innen dieser Berufsgruppe rekrutiert werden. Eine vergleichbare Datenerhebung mit Studienteilnehmer*innen dieser Profession im Rahmen einer weiteren Studie könnte zur Gegenüberstellung der Perspektiven genutzt werden. In diesem Kontext könnte das Entwicklungspotential einer interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergo- und Psychotherapeut*innen auf Grundlage beider Perspektiven differenziert betrachtet und weiterführende Ansätze erarbeitet werden.

Literaturverzeichnis

© ArtemDziuba/ 123RF.com. (o. J.). *Titelbild: 99366967* [JPG-Datei]. Abgerufen von

<https://de.123rf.com/clipart-vektografiken/diskutieren.html?sti=lu0h0o351czglq3973>

American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. Abgerufen von <http://AOTA.org/terms>

AOK. (o. J.). AOK-Bundesverband - Lexikon - P - Prävalenz. Abgerufen 13. Juni 2020, von https://www.aok-bv.de/lexikon/p/index_00166.html

AWMF: AWMF aktuell. (2017, Mai 30). Abgerufen 19. Januar 2020, von <https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medicin/awmf-aktuell.html>

AWMF. (o. J.). AWMF: Leitlinien-Suche. Abgerufen 23. Mai 2020, von <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html#result-list>

Borg-Laufs, M. (2015). Verhaltenstherapie und Personzentrierter Ansatz in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 2, 75–79. Abgerufen von https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/GPB_2-2015_borg-laufs_0.pdf

Bossow, K. (2020). Immer Ärger mit den Minusstunden - Ergotherapie - Georg Thieme Verlag. Abgerufen 6. November 2020, von <https://www.thieme.de/de/ergotherapie/immer-aerger-mit-den-minusstunden-56986.htm>

- BPtK. (2014, Juni 13). Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern - Konzept einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung. Abgerufen 12. April 2020, von https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20140613_bptk-standpunkt_differenziertes_versorgungskonzept.pdf
- BPtK. (2019a, August). Wege zur Psychotherapie. Abgerufen 27. August 2020, von <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/behandlung/psychotherapeutische-behandlung>
- BPtK. (2019b, September 25). Neues intensiv-psychotherapeutisches Behandlungsangebot. Abgerufen 18. Mai 2020, von <https://www.bptk.de/neues-intensiv-psychotherapeutisches-behandlungsangebot/>
- BPtK. (2020, April). Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen (GOP) - Auszug aus der GOÄ. Abgerufen 19. September 2020, von https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/04/GOP-Infotabelle_Stand-2020.pdf
- Bramesfeld, A., Schäfer, I., Stengler, K. & Schomerus, G. (2014). Impulse für die Versorgungsforschung: Was folgt auf die DGPPN S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien? *Psychiatrische Praxis*, 41(02), 65–67. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1359949>
- Bühning, P. (2018). Psychische Erkrankungen: Eine Volkskrankheit im Fokus. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 20-21, A980–A984. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198061/Psychische-Erkrankungen-Eine-Volkskrankheit-im-Fokus>
-

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2019, Juni 29). PT1-2-01 Berufsausübung: Potenziale für Interprofessionalität. Abgerufen 19. September 2020, von https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/Interprofessionalitaet/Forschungsberichte1/Studie-M4_Potenziale-IPZ_Econcept_Zusammenfassung%20Schlussbericht.pdf.download.pdf/Studie%20M4_Potenziale%20der%20IPZ_Econcept_Zusammenfassung%20des%20Schlussberichts.pdf

Bundesgesetzblatt. (2015, November 15). Gesetz zur Reform der Psychotherapeuten-
ausbildung. Abgerufen 18. September 2020, von https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*%5B%40node_id%3D%27632997%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1

Bundesgesetzblatt. (2016, April 15). Anlage 2: Fortbildung im Bereich Ergotherapie in
der Fassung vom 15.04.2016 zur Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V
Ergotherapie i. d. F: 15.04.2016. Abgerufen 20. September 2020, von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/heilmittel_ergotherapie/20160314_RErgotherapie_Anlage_2_Unterschriftsfassung.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2019, August 15). Ausbildungs- und Prüfungsver-
ordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV). Abgerufen

19. September 2020, von <https://www.gesetze-im-internet.de/ergthaprv/ErgThAPrV.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit. (2020, September 1). Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO). Abgerufen 19. September 2020, von https://www.buzer.de/Anlage_1_PsychThApprO.htm

Cup, E. & van Hartingsveldt, M. (2019). Der Ergotherapeut. In M. le Grasse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 196–219). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

Del Mar, C., Hoffmann, T. & Glasziou, P. (2013). Information needs, asking questions, and some basics of research studies. In T. Hoffmann, C. Del Mar & S. Bennett (Hrsg.), *Evidence-Based Practice Across the Health Professions* (2. Aufl., S. 16–37). Chatswood, Australia: Elsevir.

Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung. (2019, September 26). Bundestag beschließt neue Ausbildungsstruktur für Psychotherapeut*innen. Abgerufen 12. Januar 2020, von <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/aktuelle-meldungen/newsbund/news/bundestag-beschliesst-neue-ausbildungsstruktur-fuer-psychotherapeutinnen-1/>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). (2019). Kompetenzprofil Ergotherapie. Abgerufen von <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2005).

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf>

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften - DRZE. (2020, Oktober).

Kombination von Suchbegriffen — DRZE. Abgerufen 15. Oktober 2020, von [http://www.drze.de/belit/hilfe/hilfe-fuer-anfragesprache/4-boolean-operators#:~:text=Boolesche%20Operatoren%20erlauben%20es%2C%20Suchbegriffe,%2C%20NOT%20und%20\"-\"](http://www.drze.de/belit/hilfe/hilfe-fuer-anfragesprache/4-boolean-operators#:~:text=Boolesche%20Operatoren%20erlauben%20es%2C%20Suchbegriffe,%2C%20NOT%20und%20\).

DGPPN. (2018). Dossier 2018 - Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Abgerufen 18. September 2020, von

https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf

DGPPN (Hrsg.). (2019a). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*

(*German Edition*) (2. Aufl. 2019 Aufl.). Heidelberg, Deutschland: Springer.

DGPPN. (2019b). Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie. Abgerufen

19. Januar 2020, von https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf

DGPPN. (2020a). Mit vereinten Kräften für Psychiatrie und Psychotherapie. Abgerufen 17. September 2020, von <https://www.dgppn.de/die-dgppn/ueber-die-dgppn.html>

DGPPN. (2020b). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Abgerufen 17. September 2020, von <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). (2020, Juni). Coronavirus - Allgemeine Schutzmaßnahmen. Abgerufen 1. Juli 2020, von <https://publikationen.dguv.de/praevention/allgemeine-informationen/3787/coronavirus-allgemeine-schutzmassnahmen>

Döring, N. (2019, September 3). scientific community - Dorsch. Abgerufen 14. Oktober 2020, von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/scientific-community>

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.

dr. dresing & pehl GmbH. (2020). f4transkript -Zügig, präzise und konzentriert abtippen - audiotranskription. Abgerufen 17. Oktober 2020, von <https://www.audiotranskription.de/f4>

- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsystem für qualitativ Forschende* (6. Aufl.). Marburg, Deutschland: Eigenverlag.
- Duden. (2020a). inter-. Abgerufen 18. September 2020, von <https://www.duden.de/node/147365/revision/147401>
- Duden. (2020b). professionell. Abgerufen 18. September 2020, von <https://www.duden.de/node/156943/revision/156979>
- DVE. (o. J.). Information zur Gründung einer ergotherapeutischen Praxis. Abgerufen 6. September 2020, von <https://dve.info/downloads/gruendung-einer-ergotherapeutischen-praxis>
- DVE. (2017). *Indikationskatalog ERGOTHERAPIE*. Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- DVE. (2020a). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für Ergotherapeuten. Abgerufen von <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/internationale-klassifikation-der-funktionsfaehigkeit-behinderung-und-gesundheit-icf/3550-v01-39-19-0402-gesamtbroschuere-icf-online-verlinkt/file>
- DVE. (2020b). Psychiatrie - Ergotherapie im Bereich Psychiatrie. Abgerufen 8. Mai 2020, von <https://dve.info/ergotherapie/fachbereiche/psychiatrie>

DVE, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, BKK-Landesverband Mitte, IKK classic & KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Nord. (2017, Juli 1). Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der Ergotherapie nach § 125 Abs. 2 SGB V. Abgerufen 6. September 2020, von https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nds/heilberufe/vertraege/ergotherapie/rahmenvertrag_ergotherapie_01_07_2017.pdf

Engel, G. L. (2012). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry, Reprint of 1977*, 40(3), 377–396.
<https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>

Faller, H. & Lang, H. (2010). *Medizinische Psychologie und Soziologie* (3. vollständig neu bearb. Aufl. 2010 Aufl.). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer.

Fischer, J. (2018). Wirkung in lokaler Netzwerkarbeit. Abgerufen 20. September 2020, von https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/90_Synergien_vor_Ort/Studie_Wirkung_in_Netzwerkarbeit_FIN.PDF

G-BA. (2020a, Januar 24). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. Abgerufen 17. September 2020, von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2029/PT-RL_2019-11-22_iK-2020-01-24.pdf

G-BA. (2020b, Juni 29). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung.

Abgerufen 20. Oktober 2020, von https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4952/HeilM-RL_2020-06-29_iK-2020-07-01-Servicedokument_WZ.pdf

G-BA. (2020c, Oktober 15). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): Erweiterte Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Ergotherapie. Abgerufen 20. Oktober 2020, von https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4520/2020-10-15_HeilM-RL_PT-Ergotherapie.pdf

Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG). (2020, Mai 19). Abgerufen 17. September 2020, von https://www.buzer.de/PsychThG_2020.htm

GKV-Spitzenverband. (2016, April 15). Anlage 1: Leistungsbeschreibung, Stand 15. April 2016. Abgerufen 13. September 2020, von https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/vereinbarungen_mit_heilmittelerbringern/vereinbarungen_mit_heilmittelerbringern.jsp

GKV-Spitzenverband. (2018, November 26). Zulassungsempfehlung nach § 124 Abs. 4 SGB V für Heilmittelerbringer. Abgerufen 6. September 2020, von https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/zulassungsempfehlungen/zulassungsempfehlungen.jsp

GKV-Spitzenverband & DVE. (2016, April 15). Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Ergotherapie in der Fassung vom 15.04.2016. Abgerufen 6. September 2020, von

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/heilmittel_ergotherapie/20160314_Rahmenempfehlung_Ergotherapie_Unterschriftsfassung.pdf

Graff, M., Satink, T. & Steultjens, E. (2019). Ergotherapie und Wissenschaft. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 590–600). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie - Theorien und Modelle. Die Praxis begründen*. Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

Heißenbüttel, H., Peters, U., Eikmeier, G. & Lacroix, A. (2015). Das Zentrum seelische Gesundheit in Bremerhaven als praktisches Beispiel von Vernetzung. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4, 58–61. Abgerufen von <https://psychiatrie-verlag.de/product/sozialpsychiatrische-informationen-4-2015/>

Hesse, W. (2009). Psychologie und Ergotherapie - Was können wir voneinander lernen? *Et Reha*, 48, 19–24. Abgerufen von https://www-skvdirect-de.zuyd.idm.oclc.org/shop/images/files/download/1600553174_38280922614163_5-10-2009-09-02.pdf

Höhl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 127–130). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. (2019, September). Berufsübergreifend Denken – Interprofessionell Handeln: Empfehlung zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten. Abgerufen 19. September 2020, von https://www.impp.de/files/PDF/RBS_Berichte/Berufsuebergreifend%20Denken%20Interprofessionell%20Handeln.pdf

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2020, März 25). Was sind Leitlinien? Abgerufen 27. Mai 2020, von <https://www.gesundheitsinformation.de/was-sind-leitlinien.2980.de.html>

IQWiG. (2019, September 11). Kognitive Verhaltenstherapie. Abgerufen von <https://www.gesundheitsinformation.de/kognitive-verhaltenstherapie.2136.de.html>

Kandale, M. & Rugenstein, K. (2017). *Das Repetitorium* (3. Aufl.). München, Deutschland: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2018, April 13). Broschüre der KBV: Hinweise zur Verordnung für Psychotherapeuten. Abgerufen 28. August 2020, von https://www.kvno.de/60neues/2018/18_05_praxiswissen_pscho-verordnung/index.html

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. (2019). blickwinkel - Qualitätszirkelserie der KVWL. Abgerufen 20. September 2020, von https://www.kvwl.de/arzt/qsqm/qzirkel/pdf/blickwinkel_2019_8.pdf

KBV. (2019, November 13). Qualitätszirkel (QZ). Abgerufen 20. September 2020, von <https://www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php>

Khanum, S. & Begum, R. (2018). Effectiveness of occupational therapy interventions on depression and quality of life of mothers with autistic children. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal*, 12(4), 120–125. <https://doi.org/10.5958/0973-5674.2018.00091.6>

Kinébanian A, Stomph M. Diversity Matters: Guiding Principles on Diversity and Culture. World Federation of Occupational Therapists 2009. <http://www.wfot.org>

Kircher, T. & Losekam, S. (2017). *Kompendium der Psychotherapie: Für Ärzte und Psychologen (German Edition)* (1. Aufl. 2012, 2., korr. Nachdruck 2017 Aufl.). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer.

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Beltz Juventa.

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien. Abgerufen 7. November 2020, von <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/Critical-Review-Form-Qualitative-Studies-German.pdf>

le Granse, M. (2019). Person-Environment-Occupation (PEO). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 456–457). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

Linden, M. (2018). Störungsspezifische oder verhaltensanalytisch basierte Psychotherapie? *Verhaltenstherapie*, 28, 5–6. <https://doi.org/10.1159/000486882>

Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31(4), 1–10.

<https://doi.org/10.3205/zma000932>

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.

mediorbis - Infoservice für Ärzte. (2020, August 30). Kassenzulassung: Alle wichtigen Infos rund um Ihre kassenärztliche Zulassung. Abgerufen 17. September 2020, von <https://mediorbis.de/2020/02/26/kassenzulassung/>

Misoch, S. (2014). *Qualitative Interviews*. Linz, Österreich: Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften.

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 2: Komplexitätstheorie als epistemologische Grundlage für die Reflexion über neue Formen von Typologien und Taxonomien der menschlichen Betätigung. *Ergoscience*, 12(3), 125–131. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.2443/skv-s-2017-54020170305>

Netzwerk für Gesundheit. (2013, August 14). Wie es begann - Die Geschichte der Gründung. Abgerufen 20. September 2020, von <https://netzwerk-fuer-gesundheit.net/ueber-uns/geschichte/>

Ólason, M., Andrason, R. H., Jónsdóttir, I. H., Kristbergsdóttir, H. & Jensen, M. P. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in an Interdisciplinary Rehabilitation Program for Chronic Pain: a Randomized Controlled Trial with a 3-Year Follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25(1), 55–66. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9690-z>

Pellegrum, S. & van Hartingsveldt, M. (2019). Klienten und ihr System im Detail betrachten – Person Environment Occupation Performance (PEOP) Model. *ergopraxis*, 12(11/12), 30–37. <https://doi.org/10.1055/a-1009-0694>

Pfeiffer, A. (2016). Handeln gegen Trägheit. Abgerufen 14. September 2020, von <https://dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/kongress/2016/samstag-4/2407-s15-pfeiffer/file>

Pfeiffer, A. (2018). Handeln gegen Trägheit – Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden. *ergopraxis*, 11(03), 16–22. <https://doi.org/10.1055/s-0043-123522>

Pfeiffer, A. (2020, August 23). Vita. Abgerufen 5. November 2020, von http://andreas-pfeiffer.de/?page_id=18

Pizzi, M. A. & Richards, L. G. (2017). Promoting Health, Well-Being, and Quality of Life in Occupational Therapy: A Commitment to a Paradigm Shift for the Next

100 Years. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 17104170010p1-7104170010p5. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.028456>

Platzmann, A. & Schmitt, G. (2007). Einführung: Behaviorismus. Abgerufen 29. August 2020, von <http://www.lern-psychologie.de/behavior/behavior.htm>

Polatajko, H. J., Davis, J. A., Hobson, S., Landry, J. E., Mandich, A. D., Street, S. L., ... Yee, S. (2004). Meeting the responsibility that comes with the privilege: Introducing a taxonomic code for understanding occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 261–264.
<https://doi.org/10.1177/000841740407100503>

Polatajko, H. J. & Davis, J. A. (2019). Das Denken der Ergotherapeuten: Unser Hauptanliegen, unser Professionelles Reasoning und die Perspektiven, die unser Denken leiten. In M. Feiler (Hrsg.), *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (S. 48–70). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

Reinders, H. (2005). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen*. München, Deutschland: Oldenbourg Verlag.

Reuster T., von Sprei F.G., Martius P., Unterberger J., Broocks A. (2015) Ergotherapie, Kunst-, Musik-, Sport- und Bewegungstherapie bei psychischen Störungen. In: Möller, H.J., Laux, G., Kapfhammer, H.P. (Hrsg.) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Springer Reference Medizin. Springer, Berlin, Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-45028-0_51-1

- Ritschl, V., Stamm, T. & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch- evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 291–306). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.
- Ritschl, V., Prinz-Buchberger, B. & Stamm, T. (2016). Die richtige Methode wählen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und schreiben* (S. 51–59). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.
- Robert Bosch Stiftung. (2016, März). Handlungshilfe zur Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen in den Gesundheitsberufen. Abgerufen 12. Mai 2020, von <https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-01/Handlungshilfe%20zur%20Entwicklung%20von%20inter-professionellen%20Lehrveranstaltungen%20in%20den%20Gesundheitsberufen.pdf>
- Rogers, C. (1984). *Client centred therapy: its current practice, implications and theory*. Boston, USA: Houghton Mifflin.
- Satink, T. & Van de Velde, D. (2019). Kerndomänen in der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 74–95). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Kikkert, M. J., Swinkels, J. A., & McCrone, P. (2006). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*, 37(03), 351. <https://doi.org/10.1017/s0033291706009366>
-

Schmitz, C., Berchthold, P., Cichon, I., Klapper, B. & Amelung, V. E. (2020). Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland. In V. E. Amelung, S. Eble, R. Sjuts, T. Ballast, H. Hildebrandt, F. Knieps, ... P. Es (Hrsg.), *Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen* (S. 183–198). Abgerufen von https://college-m.ch/wp-content/uploads/IPZ_Zukunft_der_Arbeit_e-Off-print.pdf

Siepelmeier-Müller, U. (2018, März 26). Ergotherapie. Abgerufen 7. September 2020, von <https://www.psychiatrie.de/behandlung/ergotherapie.html>

Sottas, B. (2016). Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten - Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In S. Müller-Mielitz, B. Sottas & A. Schachtrupp (Hrsg.), *Innovationen in der Gesundheitswirtschaft* (S. 44–56). Melsungen, Deutschland: Bibliomed Verlag.

Spinath, B. , & Antoni, C. H. (2019, November 12). Bundesrat stimmt Reform der Psychotherapieausbildung zu. Abgerufen 12. Januar 2020, von <https://psychotherapie.dgps.de/aktuelles/meldung/bundesrat-stimmt-reform-der-psychotherapieausbildung-zu/>

Springer Verlag. (o. J.). Über dieses Buch. Abgerufen 17. April 2020, von https://www.springer.com/de/book/9783662492932?gclid=CjwKCAjwkJj6BRA-EiwA0ZVPVjofgu5wV4ggyzlQ54sQHwv2wWGIdXJ3Biic07aL-PuZQDF44wL8rKBoC1UgQAvD_BwE#aboutBook

- SVR. (2007, Juli). Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Abgerufen 16. Mai 2020, von https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf
- SVR. (2018, Juni). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Abgerufen 18. Mai 2020, von https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf
- Techniker Krankenkasse. (2020, Februar 20). Fachkräfte können mehr, als nur Teilaufgaben übernehmen. Abgerufen 19. September 2020, von <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/krankenhausversorgung/interprofessionelle-gesundheitswesen-2079758>
- Tomlin, G. & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189–196. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000828>
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. (Canadian Association of Occupational Therapists, Hrsg.) (2. Aufl.). Ottawa, Canada: CAOT Publications ACE.
- van Hartingsveldt, M. & Pellegrom, S. (2019). Person-Environment-Occupation-Performance-Modell (PEOP) und PEOP Occupational Therapy Process. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 439–454). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

vdek - Ersatzkassen. (2019). Vergütung ergotherapeutischer Leistungen gültig für Verordnungen ausgestellt ab dem 01.07.2019. Abgerufen 17. September 2020, von https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/preisvereinbarungen/jcr_content/par/download_1600070396/file.res/Ergotherapie_190701.pdf

vdek & DVE. (2017, Januar 1). Vertrag über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen und deren Vergütung. Abgerufen 20. September 2020, von https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag/jcr_content/par/download_18/file.res/Verguetungsvereinbarung_Ost_2015_UF.pdf

Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. (2019, Oktober 1). VPP - Bundestag beschließt Psychotherapeuten-Ausbildungsreformgesetz - Erläuterungen und erste Einschätzungen. Abgerufen 19. September 2020, von https://www.vpp.org/meldungen/19/191001_stellungnahme-psychthg.html

Verhoef, J. & Zalmstra, A. (2019). Model of Human Occupation (MOHO). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 395–411). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

Voderholzer, U. & Barton, B. (2016, Juni 1). Langfristige Wirkung von Psychotherapie bei nichtchronischen Depressionen: Ein systematisches Review von Studien im Vergleich mit Pharmakotherapie. Abgerufen 17. September 2020, von <https://www.karger.com/Article/FullText/446674>

Weigl, R. (2016). Datenschutz. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 33–37). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) & Waltersbacher, A. (2019, Dezember 17). Heilmittelbericht 2019. Abgerufen 13. September 2020, von https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2019.pdf

Ziemann, G.H. (2002). Der Stellenwert der Ergotherapie im stationären psychiatrischen Therapiekonzept. In: T. Reuster & O. Bach (Hrsg), *Ergotherapie und Psychiatrie* (S. 85 – 98). Stuttgart, Deutschland: Thieme Verlag

Glossar

Begriff	Bedeutung
Behaviorismus 	<p>„Der als Gründer des Behaviorismus geltende John B. Watson (1913) untersuchte nur das, was jeder beobachten konnte - das menschliche Verhalten.</p> <p>Der strenge Behaviorismus ist rein verhaltensorientiert und steht für eine Psychologie ohne Introspektion ([lat.: Hineinsehen] Selbstbeobachtung; Beobachtung der eigenen seelischen Vorgänge zum Zwecke psychologischer Selbsterkenntnis). Es werden keinerlei Annahmen über Struktur oder Funktionsweise des Geistes gemacht. Man sammelt und kategorisiert ausschließlich Beobachtungen. Zentraler Forschungsgegenstand ist das Verhalten des Menschen und nicht das Bewusstsein“ (Pleißmann & Schmitt, 2007).</p>
Betätigungsidentität 	<p>„Die Betätigungsidentität bezeichnet das Bild der Person, die man ist oder die man sein will. Man baut sie im Laufe des Lebens auf. Identität ist eine Beschreibung von sich selbst, in der sich Rollen, Beziehungen, Werte, Selbstbild sowie persönliche Wünsche und Ziele widerspiegeln. Die Partizipation trägt zur Ausbildung der Identität bei“ (Verhoef & Zalmstra, 2019, S. 402).</p>
Betätigungsperformanz 	<p>„Die Betätigungsperformanz gibt an, dass eine Betätigung ausgeführt wird [...]“ (Polatajko & Davis, 2019, S. 56).</p>
Prävalenz 	<p>Prävalenz „ist eine Messgröße aus der Epidemiologie, die die Häufigkeit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einem bestimmten Zeitraum (Periodenprävalenz) in einer definierten Bevölkerungsgruppe angibt“ (AOK, o.J.).</p>
Scientific Community 	<p>„scientific community (= s.c.) [engl. Wissenschaftsgemeinschaft], meint die Gemeinschaft der Forschenden in einem bestehenden Forschungsgebiet oder einer Wissenschaftsdisziplin. Die Wissenschaftsgemeinschaft organisiert sich national und international in fach- sowie themenbezogenen wiss.</p>

	Fachgesellschaften (z. B. American Psychological Association (APA), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Gesellschaft für Evaluation DeGEval)“ (Döring, 2019).
Boolesche Operatoren 	„Boolesche Operatoren erlauben es, Suchbegriffe mittels logischer Operationen zu kombinieren. Unterstützt werden die Operatoren AND, "+", OR, NOT und "-"“ (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften - DRZE, 2020).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung	Inhalt
Abbildung 1	Kompetenzprofil Ergotherapie
Abbildung 2	PEOP-Modell
Abbildung 3	Komponenten der ICF
Abbildung 4	TCOP- Bezug zwischen ICF und Ergotherapie
Abbildung 5	Kognitive Verhaltenstherapie
Abbildung 6	Verordnungszahlen
Abbildung 7	Entscheidungsbaum Forschungsansatz
Abbildung 8	Entscheidungsbaum Datensammlung
Abbildung 9	Ablaufmodell problemzentriertes Interview
Abbildung 10	Analyseschritte zu Beginn der Analyse
Abbildung 11	Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse
Abbildung 12	Finales Kategoriensystem
Abbildung 13	Darstellung der Hauptkategorien
Abbildung 14	Subkategorien Kategorie A
Abbildung 15	Subkategorien Kategorie B
Abbildung 16	Subkategorien Kategorie C
Abbildung 17	Subkategorien Kategorie D

Abbildung 18	Subkategorien Kategorie E
Abbildung 19	Subkategorien Kategorie F
Abbildung 20	Subkategorien Kategorie G
Abbildung 21	Subkategorien Kategorie H
Abbildung 22	Hauptkategorie I ohne Subkategorien
Abbildung 23	Hauptkategorien zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage
Abbildung 24	Hauptkategorien zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage
Abbildung 25	Hauptkategorien zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage
Abbildung 26	Beantwortung der zentralen Fragestellung anhand der Resultate der Diskussion

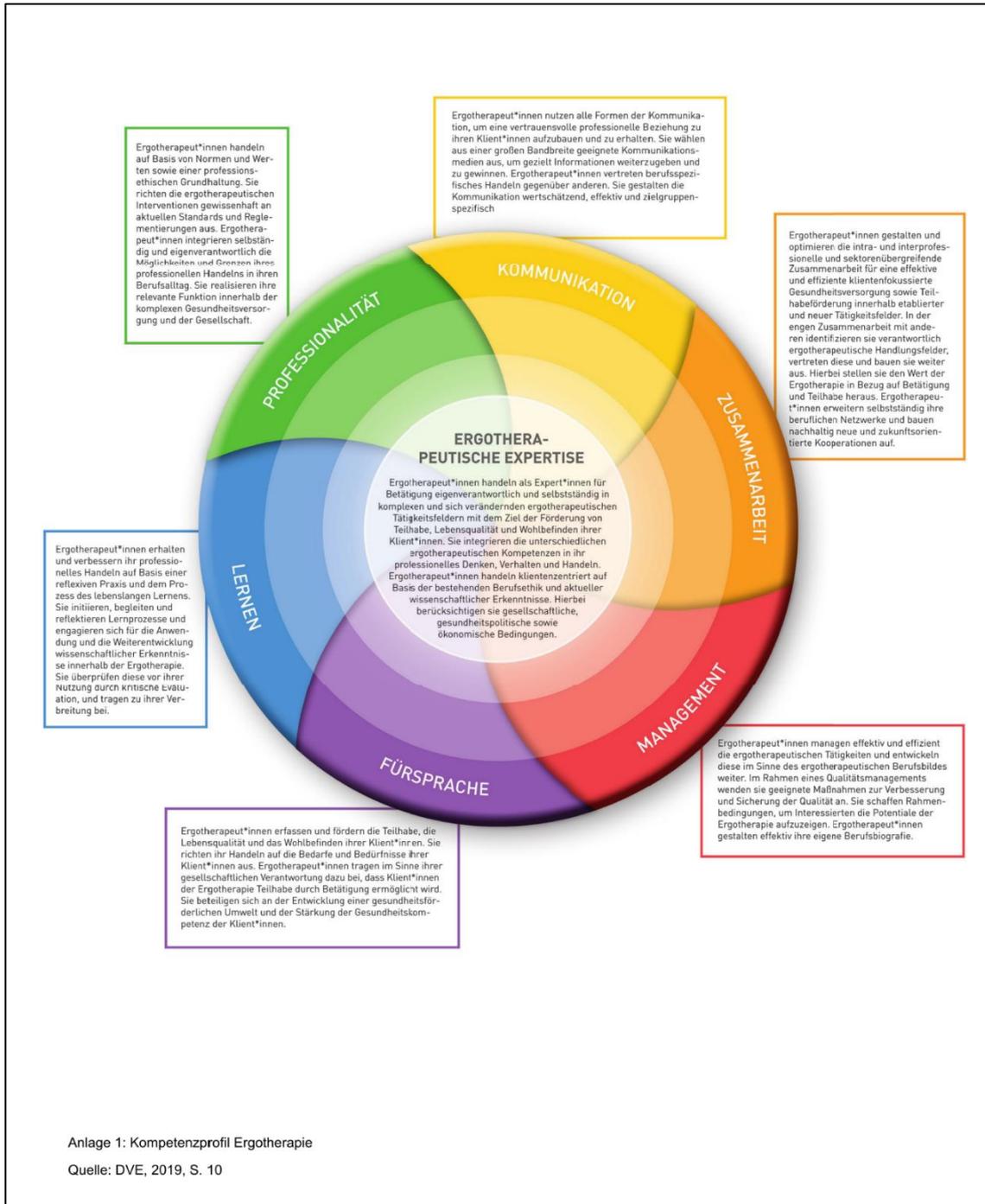
Tabellenverzeichnis

Tabelle	Inhalt
Tabelle 1	Gruppierungen von Psychotherapeut*innen
Tabelle 2	Psychotherapeutische Verfahren
Tabelle 3	Beispielhafte Darstellung der Schlagwörter
Tabelle 4	Beispielhafte Darstellung eines Suchverlaufes
Tabelle 5	Beispielhafte Darstellung von Studienergebnis und -bewertung
Tabelle 6	Stichprobenkriterien
Tabelle 7	Studienteilnehmer*innen
Tabelle 8	Darstellung der Mikropropositionen

Anlagenverzeichnis

Anlage	Inhalt
Anlage 1	Kompetenzprofil Ergotherapie
Anlage 2	Übersicht der Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie
Anlage 3.1 & 3.2	Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V: Abschnitt D. – Ergotherapie
Anlage 4	Zuordnung von Diagnosegruppen zu Heilmitteln
Anlage 5	Beschreibung Psychisch-funktionelle Behandlung
Anlage 6	Preisliste Ergotherapie
Anlage 7	Verordnungsmengen
Anlage 8	Übersicht der Abschnitte und Verlinkung zu den entsprechenden Abschnitten des PsychThG (gültig ab 01.09.2020)
Anlage 9	§ 17 Psychotherapie-Richtlinie
Anlage 10	Vorgehensweisen in der Verhaltensanalyse
Anlage 11	§§ 21 - 22 Psychotherapie-Richtlinie
Anlage 12	§ 28 – 31 Psychotherapie-Richtlinie
Anlage 13	Ausschnitt aus der Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen (GOP), Stand April 2020
Anlage 14	Evidenzlevel
Anlage 15	Anschreiben
Anlage 16	Corona-Passus
Anlage 17	Einverständniserklärung

Anlage 18	Interview-Leitfaden vor Pilot-Test
Anlage 19	Fragebogen Pilot-Test
Anlage 20	Interview-Leitfaden final
Anlage 21	Allgemeingültige Schutzmaßnahmen Corona
Anlage 22	Transkriptionssystem
Anlage 23	Beispiel-Transkript
Anlage 24	Interpretationsregeln
Anlage 25	Beispiel Analyse
Anlage 26	Member-Check-Formular
Anlage 27	Kategoriensystem
Anlage 28	Ehrenwörtliche Erklärung



Anlage 1: Kompetenzprofil Ergotherapie

Quelle: DVE, 2019, S. 10

Anlage 2 ◀	Übersicht der Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie
-------------------	---

Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (Langfassung):	
ADHS	S3- Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (2018)
Aggression Verhinderung von Zwang	S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2018)
Alkoholbezogene Störungen	S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (2016)
Angststörungen	S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (2014)
Autismus	S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik (2016)
Begutachtung	S2k-Leitlinie Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (2019)
Bipolare Störungen	S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (2019)
Demenzen	S3-Leitlinie Demenzen (2016)
Demenz: Einwilligung in medizinische Maßnahmen	S2k-Leitlinie Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen (2019)
Depression	S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (2015)
Fibromyalgie	S3-Leitlinie Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms (2017)
Metamphetamin-bezogene Störungen	S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen (2016)

Notfallpsychiatrie	S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie (2019)
Posttraumatische Belastungsstörung	S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (2019)
Psychoonkologie	S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten (2014)
Psychosoziale Therapien	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (2019)
Schizophrenie	S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie (2019)
Tabakkonsum	S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums (2015)
Zwangsstörungen	S3-Leitlinie Zwangsstörungen (2013)

(Quelle: In Anlehnung an DGPPN, 2020b)

Abschnitt D. ERGOTHERAPIE**1. Ausbildung****1.1 Zulassungsfähige Berufsgruppen**

Angehörige der nachfolgenden Berufsgruppe können zur Abgabe von Ergotherapie zugelassen werden:

1.1.1 Ergotherapeuten**1.2 Nicht zulassungsfähige Berufsgruppen**

Folgende Berufsgruppen erfüllen die Voraussetzungen für die Erteilung einer Zulassung insbesondere nicht:

1.2.1 Motopäden, Mototherapeuten**1.2.2 Psychiater, Psychagogen, Psychologen****1.2.3 Erzieher, Arbeitserzieher, Erzieher am Arbeitsplatz****1.2.4 Musiktherapeut und Musiklehrer****1.2.5 Sonderschullehrer****1.2.6 Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger****1.2.7 Heilpädagogen****1.2.8 Heilerziehungspfleger, Altentherapeuten****1.2.9 Sonstige soziale, pädagogische, therapeutische Berufe (z. B. Sozialarbeiter, Spieltherapeuten, Familientherapeuten)****2. Praxisausstattung****2.1 Räumliche Mindestvoraussetzungen**

2.1.1 Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen ausgerichtet.

2.1.2 Eine ergotherapeutische Praxis braucht mindestens eine Therapiefläche von 20m². Es ist mindestens ein Behandlungsraum mit einer Mindesttherapiefläche von 12 m² vorzuhalten. Behandlungsräume dürfen keine Durchgangsräume sein, es sein denn, dahinter befinden sich ausschließlich Räume, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden.

2.1.3 Die Raumhöhe der Behandlungsräume bzw. -bereiche darf durchgehend 2,40 m – lichte Höhe – nicht unterschreiten. Alle Räume müssen angemessen be- und entlüftbar, beheizt und beleuchtet werden können.

2.1.4 Für jede zusätzliche gleichzeitig tätige Fachkraft ist ein weiterer Behandlungsraum von mindestens 12 qm erforderlich. Bei der Ermittlung der erforderlichen Therapiefläche sowie der Anzahl der weiteren Behandlungsräume bei gleichzeitig tätigen Fachkräften ist die Art des Beschäftigungsverhältnisses (abhängige Beschäftigung, freie Mitarbeit usw.) unerheblich.

2.2 Grundausrüstung (Pflichtausstattung)**2.2.1 Therapiematte oder Liege****2.2.2 Arbeitstisch, adaptierbar****2.2.3 Arbeitsstuhl, adaptierbar****2.2.4 Werkstisch****2.2.5 Spiegel**

- 2.2.6 Therapeutisches Spielmaterial für alle Altersstufen
- 2.2.7 Material zur taktilen, taktil-kinästhetischen, propriozeptiven, vestibulären, auditiven und visuellen Wahrnehmung
- 2.2.8 Werkzeug und Materialien für verschiedene Handwerkstechniken, wie z. B.:
 - a) Papp- und Papierarbeiten,
 - b) Graphische Arbeiten,
 - c) Modellierarbeiten,
 - d) Textile Techniken,
 - e) Flecht- und Webarbeiten und/oder,
 - f) Holzarbeiten
- 2.2.9 Psychomotorisches Übungsmaterial
- 2.2.10 Graphomotorisches Übungsmaterial
- 2.2.11 Material für Aktivitäten des täglichen Lebens oder zur Herstellung von Alltagshilfen

- 2.3 Zusatzausstattung
 - 2.3.1 Computerausstattung für therapeutischen Einsatz
 - 2.3.2 Schienenmaterial nach Bedarf
 - 2.3.3 Ausstattung zur Durchführung von Assessment- und Screeningverfahren

Diagnosegruppe	Heilmittel
<p><u>PS2</u></p> <p>Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörung z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angststörungen - Zwangsstörungen - Essstörungen - Borderline-Störung 	<p><u>Vorrangige Heilmittel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlung in der Gruppe
<p><u>PS3</u></p> <p>Wahnhaft und affektive Störungen/ Abhängigkeitserkrankungen</p> <p>Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schizophrenes Residuum - Sonstige Schizophrenie <p>Affektive Störungen z.B.</p> <p>depressive Störungen</p> <p>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abhängigkeitssyndrom 	<p><u>Vorrangige Heilmittel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlung in der Gruppe - Hirnleistungstraining/ neuro-psychologische orientierte Behandlung - Hirnleistungstraining in der Gruppe

(Quelle: In Anlehnung an G-BA, 2020b, S. 91-93)

§ 39 Psychisch-funktionelle Behandlung

(1) Eine psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer Funktionen und Funktionen der Wahrnehmung und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und gegebenenfalls der Teilhabe.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Stabilisierung oder Besserung globaler mentaler Funktionen
 - des quantitativen und qualitativen Bewusstseins,
 - der Orientierung zu Ort, Zeit und Person,
 - der Intelligenz (z.B. bei Demenz),
 - globaler psychosozialer Funktionen (z.B. bei Autismus),
 - der psychischen Energie, des Antriebs und des Schlafes,
- Stabilisierung oder Besserung spezifischer mentaler Funktionen
 - der Aufmerksamkeit,
 - des Gedächtnisses,
 - der Psychomotorik (z.B. Tempo),
 - der Emotionen (z.B. Affektkontrolle),
 - der Wahrnehmung (räumlich-visuell),
 - des Denkens (Denktempo, Inhalte),
 - höherer kognitiver Funktionen, wie des Abstraktionsvermögens, und des Einsichts- und Urteilsvermögens
 - der Handlungsplanung,
 - der Selbst- und Zeitwahrnehmung.

(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere

- Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten:
 - aus dem Bereich allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. tägliche Routine in richtiger Reihenfolge durchführen, Tagesstrukturierung),
 - aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmung, Aufmerksamkeit fokussieren),
 - aus dem Bereich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (soziale Interaktion, Aufbau und Erhalt von Beziehungen),
 - der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens (z.B. Waren des täglichen Bedarfs beschaffen),
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit, des Selbstvertrauens und der Entscheidungsfähigkeit,
- Erlernen von Kompensationsstrategien gegebenenfalls unter Nutzung vorhandener Hilfsmittel und Umgang mit externen Hilfen.

(4) Die psychisch-funktionelle Behandlung kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung verordnet werden.

(Quelle: G-BA, 2020b, S. 34-35)

Anlage 6	Vergütung ergotherapeutischer Interventionen
-----------------	---

Pos.- Nr.	Leistungsbeschreibung	Preis in € (Zuzahlung in €) 01.07.2019
54105	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 60 – 75 Minuten	65,72 (6,57)
54208	Abrechnung bei verordneter Pos.-Nr. 54105 und Parallelbehandlung von zwei Patient*innen – je Patient*in	52,00 (5,20)
54110	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung - Regelbehandlungszeit: Richtwert 120 – 150 Minuten	120,88 (12,09)
54212	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patient*innen) bei psychisch-funktionellen Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 90 – 120 Minuten	33,91 (3,39)
54213	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patient*innen) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung– Regelbehandlungszeit: Richtwert 180 – 240 Minuten	65,35 (6,54)
54002	Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs (nur einmal bei Behandlungsbeginn zusätzlich abrechenbar)	29,09 (2,91)
54111	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (Die Abrechnung erfolgt zzgl. einem Kilometergeld von 0,33€ Die Leistung kann nur einmal pro Behandlungsfall zusätzlich abgerechnet werden.)	107,45 (10,75)
59701	Verwaltungsaufwand für Therapeut*in-Ärzt*in-Bericht (Diese Leistung kann pro Verordnung nur einmal abgerechnet werden)	0,84
59933	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	17,79 (1,78)

59934	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient*in Der Begriff "soz. Einrichtung" bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen.	11,60 (1,16)
59935	Hausbesuch nur eines/ einer Patient*in in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale). Zur Begriffsbestimmung siehe unter Nr. 59934 Die Einsatzpauschale wird zur Erprobung in den Jahren 2018 und 2019 vereinbart und entfällt für die Vergütungsvereinbarung 2020, sofern die Vertragspartner nichts Gegenteiliges vereinbaren.	16,32 (1,63)
59907	Wegegeld je gefahrenen Kilometer (Diese Pos.-Nr. kann nur einmal in Verbindung mit der Pos.- Nr. 54111 abgerechnet werden)	0,41 (0,04)

(Quelle: In Anlehnung an vdek - Ersatzkassen, 2019)

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
<p>PS2 Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angststörungen - Zwangsstörungen - Essstörungen - Borderline-Störung 	<p>a) Schädigung der globalen mentalen Funktionen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychische Stabilität, Selbstvertrauen, Impulskontrolle - Temperament und Persönlichkeit <p>b) Schädigung der spezifischen mentalen Funktionen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - emotionale Funktionen - Selbstwahrnehmung - Körperschema <p>x) [patientenindividuelle Symptomatik]</p>	<p>Vorrangige Heilmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlung Gruppe 	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bis zu 10x/VO <p>Orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bis zu 40 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1-3x wöchentlich <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i></p> <p><i>Verordnung nur aufgrund einer psychiatrischen/neurologischen Eingangsdiagnostik</i></p>

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
<p>PS3 Wahnhaft und affektive Störungen/ Abhängigkeitserkrankungen</p> <p>Schizophrenie, schizotyp und wahnhaft Störungen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schizophrenes Residuum - Sonstige Schizophrenie <p>Affektive Störungen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - depressive Störungen <p>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abhängigkeitssyndrom 	<p>a) Schädigung der globalen mentalen Funktionen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualität des Bewusstseins - Psychosoziale Funktionen - Antrieb - Temperament und Persönlichkeit <p>b) Schädigung der spezifischen mentalen Funktionen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeit, Gedächtnis - Psychomotorik, Verhalten - emotionale Funktionen, Selbstwahrnehmung - höhere kognitive Funktionen <p>x) [patientenindividuelle Symptomatik]</p>	<p>Vorrangige Heilmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlung Gruppe - Hirnleistungstraining/ neuro-psychologisch orientierte Behandlung - Hirnleistungstraining Gruppe 	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bis zu 10x/VO <p>Orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bis zu 40 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1-3x wöchentlich <p><i>Verordnung nur aufgrund einer psychiatrischen/neurologischen Eingangsdiagnostik</i></p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i></p>

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
<p>PS3 Wahnhaft und affektive Störungen/ Abhängigkeitserkrankungen</p> <p>Schizophrenie, schizotyp und wahnhaft Störungen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schizophrenes Residuum - Sonstige Schizophrenie <p>Affektive Störungen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - depressive Störungen <p>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abhängigkeitssyndrom 	<p>a) Schädigung der globalen mentalen Funktionen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualität des Bewusstseins - Psychosoziale Funktionen - Antrieb - Temperament und Persönlichkeit <p>b) Schädigung der spezifischen mentalen Funktionen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeit, Gedächtnis - Psychomotorik, Verhalten - emotionale Funktionen, Selbstwahrnehmung - höhere kognitive Funktionen <p>x) [patientenindividuelle Symptomatik]</p>	<p>Vorrangige Heilmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlung Gruppe - Hirnleistungstraining/ neuro-psychologisch orientierte Behandlung - Hirnleistungstraining Gruppe 	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bis zu 10x/VO <p>Orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bis zu 40 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1-3x wöchentlich <p><i>Verordnung nur aufgrund einer psychiatrischen/neurologischen Eingangsdiagnostik</i></p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i></p>

(Quelle: G-BA, 2020b, S. 92-93)

Anlage 8 ◀	Übersicht der Abschnitte und Verlinkung zu den entsprechenden Abschnitten des PsychThG (gültig ab 01.09.2020)
-------------------	--

Abschnitt 1	<u>Approbation, Erlaubnis zur vorübergehenden oder partiellen Berufsausübung</u>
Abschnitt 2	<u>Studium, das Voraussetzung für die Erteilung einer Approbation als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut ist, psychotherapeutische Prüfung</u>
Abschnitt 3	<u>Anerkennung von außerhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes erworbenen Berufsqualifikation</u>
Abschnitt 4	<u>Erbringen von Dienstleistungen</u>
Abschnitt 5	<u>Verordnungsermächtigungen</u>
Abschnitt 6	<u>Aufgaben und Zuständigkeiten</u>
Abschnitt 7	<u>Übergangsvorschriften, Bestandsschutz</u>

(Quelle: In Anlehnung an Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG), 2020)

§ 17 Verhaltenstherapie

(1) ¹Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfasst Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lern- und Sozialpsychologie entwickelt worden sind. ²Unter den Begriff „Verhalten“ fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge. ³Verhaltenstherapie im Sinne dieser Richtlinie erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse). ⁴Sie entwickelt ein entsprechendes Störungsmodell und eine übergeordnete Behandlungsstrategie, aus der heraus die Anwendung spezifischer Interventionen zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt.

(2) Aus dem jeweiligen Störungsmodell können sich folgende Schwerpunkte der therapeutischen Interventionen ergeben:

1. Stimulusbezogene Methoden (z. B. systematische Desensibilisierung),
2. Responsebezogene Methoden (z. B. operante Konditionierung, Verhaltensübung),
3. Methoden des Modelllernens,
4. Methoden der kognitiven Umstrukturierung (z. B. Problemlösungsverfahren, Immunisierung gegen Stressbelastung),
5. Selbststeuerungsmethoden (z. B. psychologische und psychophysiologische Selbstkontrolltechniken).

(3) Die Komplexität der Lebensgeschichte und der individuellen Situation der Patientin oder des Patienten erfordert eine Integration mehrerer dieser Interventionen in die übergeordnete Behandlungsstrategie.

(4) Verhaltenstherapie kann als Krankenbehandlung nach dieser Richtlinie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.

(Quelle: G-BA, 2020a, S. 13)

<p>Horizontale Verhaltensanalyse/ Mikroanalyse</p>	<p>„Beschreibung eines problematischen Verhaltens und der mit diesen zeitlich korrespondierenden Stimuli (Situationen, Konsequenzen) unter Nutzung bestimmter Strukturierungshilfen, z.B. SORKC-Schema; Beschränkung auf Mikroebene“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S. 225)</p> <p>„Ziel der horizontalen Verhaltensanalyse ist es, die vorausgehenden, begleitenden und nachfolgenden Bedingungen eines Verhaltens zu erklären. Dabei geht es nicht um eine vollständige Beschreibung des Verhaltens, sondern um die elaborierte Darstellung eines relevanten Ausschnittes. Daraus ergeben sich in der Regel Hinweise für das therapeutische Vorgehen“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S. 225).</p>
<p>Vertikale Verhaltensanalyse</p>	<p>„Analyse übergeordneter, verhaltenssteuernder, meist habitualisierter Pläne und Regeln des Patienten, z.B. mit Hilfe der Planung“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S. 225)</p> <p>„Ziel der vertikalen Verhaltensanalyse [...] ist die Erfassung der hinter einem Verhalten stehenden Motivstruktur eines Menschen, also die Beschreibung des menschlichen Verhaltens aufgrund von verhaltenssteuernden Motiven und Bedürfnissen und Strategien zur Erreichung dieser Bedürfnisse [...]“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S. 229).</p>
<p>Makroanalyse</p>	<p>„Beschreibung des problematischen Verhaltens im Gesamtkontext des Patienten vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte unter Beachtung relevanter Lernerfahrungen, z. B. unter Einbezug von aktuellem Störungswissen, Erkenntnissen der Plananalyse usw.; Betrachtung der Makroebene des psychischen Geschehens“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S. 225)</p>

	<p>Bei der Problemanalyse auf der Makroebene wird die Entwicklungsgeschichte der psychischen Störung analysiert. Dabei „sollten alle Faktoren festgehalten werden, die wahrscheinlich zur Störung disponiert haben. Zu diesen Faktoren zählen sowohl biologische Variablen als auch psychologische und psychosoziale Risiken. [...] Wir verfügen heute über sehr differenzierte Darstellungen, wie sich Risiken und mögliche Schutzfaktoren bei bestimmten Problemkonstellationen darstellen [...]“ (Kircher & Losekam, 2017, S. 33)</p>
--	--

(Quelle: In Anlehnung an Kandale & Rugenstein, 2017, S. 225)

§ 21 Anwendungsformen

(1) Psychotherapie gemäß § 15 dieser Richtlinie kann in folgenden Formen Anwendung finden:

1. Einzeltherapie mit einer einzelnen Patientin oder einem einzelnen Patienten.
2. Gruppentherapie mit mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten, sofern die Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch förderlich ist und die gruppendynamischen Prozesse entsprechend genutzt werden sollen.
3. Systemische Therapie kann auch im Mehrpersonensetting Anwendung finden. Das Mehrpersonensetting kann in der Einzeltherapie nach Nummer 1 oder in der Gruppentherapie nach Nummer 2 durchgeführt werden.

(2) Die Anwendung von Einzel- und Gruppentherapie und des Mehrpersonensettings erfolgt unter Berücksichtigung der alters- und entwicklungspezifischen Bedingungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.

§ 22 Kombination von Anwendungsformen

(1) Psychotherapie nach § 15 kann als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden, bei der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting.

(2) ¹Aufbauend auf der Diagnostik ist bei Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. ²Bei gleichzeitiger Behandlung durch verschiedene Therapeutinnen oder Therapeuten ist der jeweilige Gesamtbehandlungsplan in Abstimmung zu erstellen und eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sicherzustellen, sofern die Patientin oder der Patient einwilligt.

(3) ¹Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Kurzzeittherapie ist der Krankenkasse diese Änderung anzuzeigen, sofern das bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. ²Bei Änderung des Settings in der Langzeittherapie ist ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen, sofern nicht zu Beginn bereits eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde.

(Quelle: G-BA, 2020a, S. 15)

E. Leistungsumfang**§ 28 Behandlungsumfang und -begrenzung**

(1) Für die Durchführung der Psychotherapie ist es sowohl unter therapeutischen als auch unter wirtschaftlichen Aspekten erforderlich, nach Klärung der Diagnose und der Indikationsstellung vor Beginn der Behandlung den Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz festzulegen, damit sich die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut darauf einrichten können.

(2) Die in den §§ 29 bis 31 festgelegten Begrenzungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen in den unterschiedlichen Gebieten der Therapie und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.

(3) ¹Die Therapiestunde im Rahmen der Richtlinien-therapie umfasst mindestens 50 Minuten, eine Doppelstunde mindestens 100 Minuten. ²Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie entsprechen die zur Verfügung gestellten Kontingente denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform. ³Dabei wird die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamtkontingement von Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt. ⁴Entsprechend wird die in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamtkontingement von Gruppentherapie als Doppelstunde gezählt.

(4) ¹Im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie können Behandlungen als Einzeltherapie der Inpatientin oder des Inpatienten auch in Doppelstunden bei intensiver Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen nach § 9 durchgeführt werden. ²Bei der Psychotherapie von Erwachsenen mit Ausnahme von Menschen mit einer geistigen Behinderung werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.

(5) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Kurzzeittherapie sowie die in § 16a Absatz 3 Nummer 4 genannte Methode können als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl erbracht werden.

(6) Verhaltenstherapie und Systemische Therapie können als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.

(7) ¹Systemische Therapie kann im Mehrpersonensetting erbracht werden. ²In diesem Fall ist dies in Einheiten von mindestens 50 Minuten und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl durchzuführen.

(8) Bewilligte Kurzzeittherapiekontingente werden auf das Kontingent der Langzeittherapie angerechnet.

§ 29 Therapieansätze in den Verfahren nach § 15

In den Verfahren nach § 15 sind folgende Therapieansätze möglich:

1. Im Rahmen der Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie durchgeführt werden. Die KZT 1 ist gemäß § 34 antragspflichtig. Erbrachte Stunden im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 werden mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet.
2. Im Rahmen der Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie durchgeführt werden. Die KZT 2 ist gemäß § 34 antragspflichtig.
3. Langzeittherapie mit einer Stundenzahl, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung entsprechend § 30 festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung).

(Quelle: G-BA, 2020a, S. 21)

4. Die Umwandlung einer Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt werden; zugleich muss das Gutachterverfahren eingeleitet werden. Grundsätzlich ist der Antrag so rechtzeitig zu stellen, dass eine unmittelbare Weiterbehandlung möglich ist.

§ 30 Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß § 15

¹Die folgenden Bewilligungsschritte sind möglich. ²Eine Überschreitung des mit den jeweiligen Bewilligungsschritten festgelegten Therapieumfangs ist für die folgenden Verfahren nur zulässig, wenn mit der Beendigung des Bewilligungsschrittes das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht. ³Sofern das Gutachterverfahren beim Fortführungsantrag Einsatz findet, ist dies nachvollziehbar zu begründen. ⁴Es sind grundsätzlich die zugehörigen Höchstgrenzen einzuhalten.

1. Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen

- Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 160 Stunden, bei Gruppentherapie bis 80 Doppelstunden
- Höchstgrenze: bei Einzeltherapie 300 Stunden, bei Gruppentherapie 150 Doppelstunden

2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen

- Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 60 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden
- Höchstgrenze: bei Einzeltherapie 100 Stunden, bei Gruppentherapie 80 Doppelstunden

3. Verhaltenstherapie bei Erwachsenen

- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenze: 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

4. Systemische Therapie bei Erwachsenen

- Bewilligungsschritte: bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenze: 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

5. Psychotherapie von Kindern bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

- Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 70 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden
- Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 150 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden

6. Verhaltenstherapie von Kindern

- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenzen: 80 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

7. Psychotherapie von Jugendlichen bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

- Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 90 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden
- Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 180 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden

(Quelle: G-BA, 2020a, S. 22)

8. Verhaltenstherapie bei Jugendlichen

- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenzen: 80 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

§ 31 Behandlungsumfang bei übenden und suggestiven Interventionen

¹Für übende und suggestive Interventionen gelten folgende Begrenzungen:

- a) Autogenes Training (§ 26 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen
- b) Jacobsonsche Relaxationstherapie (§ 26 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen
- c) Hypnose (§ 26 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3) bis 12 Sitzungen (nur Einzelbehandlung)

²Von diesen Interventionen kann in der Regel im Behandlungsfall nur eine zur Anwendung kommen.

(Quelle: G-BA, 2020a, S. 23)

Anlage 13 		Ausschnitt aus der Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen (GOP), Stand April 2020
Nr.	Beschreibung	grün markierter Gebührensatz
Allgemeine Beratungen und Untersuchungen		
4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken [...] im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken (pro Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig)	29,49 €
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken (pro Kalenderjahr einmalig berechnungsfähig)	34,20 €
Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1,3,4,5		
A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen.	4,08 €
Berichte, Briefe		
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht	17,43 €
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A 4 Seite	3,50 €
96	Schreibgebühr, je Kopie	0,17 €
Abschnitt G: Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Auszug)		
835	Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind.	8,58 €

(Quelle: In Anlehnung an BPTK, 2020)

Anlage 14 	Evidenzlevel
---	--------------

Studie	Ergebnis	Evi- denz- level	Be- merkung
Khanum, S. & Begum, R. (2018). Effectiveness of occupational therapy interventions on depression and quality of life of mothers with autistic children. <i>Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal</i> , 12(4), 120–125.	signifikante Verbesserungen im vorher/nachher Vergleich nachgewiesen	4	one group pre-post study
Ólason, M., Andrason, R. H., Jónsdóttir, I. H., Kristbergsdóttir, H. & Jensen, M. P. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in an Interdisciplinary Rehabilitation Program for Chronic Pain: a Randomized Controlled Trial with a 3-Year Follow-up. <i>International Journal of Behavioral Medicine</i> , 25(1), 55–66.	Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Behandlung von Depressionen und Angstzuständen mit kognitiver Verhaltenstherapie als Teil eines Rehabilitationsprogramms zur Schmerzbehandlung den langfristigen Nutzen der Behandlung erhöhen kann. Dieses Erkenntnis hat, wenn sie in weiteren Studien repliziert wird, wichtige klinische und wirtschaftliche Auswirkungen.	2	RCT mit Follow Up
Pfeiffer, A. (2016). Handeln gegen Trägheit. Abgerufen 14. September 2020, von https://dve.info/re-sources/pdf/aus-weiterbildung/kongress/2016/samstag-4/2407-s15-pfeiffer/file	<ul style="list-style-type: none"> • aktive Kontrollgruppe (TAU) bei T1 26 Stunden mehr Aktivität • Interventionsgruppe (HgT) bei T1 46 Stunden mehr Aktivität 	2	Deskriptive Forschung mit Kontrollgruppe, aber nur Pilotstudie zur Vorbereitung einer RCT, pre/post design
Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Kikkert, M. J., Swinkels, J. A., & McCrone, P. (2006). Adjuvant occupational therapy for work-related	Zusätzliche Ergotherapie zu ambulanter psychiatrischer Behandlung verbessert das Ergebnis der Depression nicht, steigert jedoch die Produktivität,	2	RCT

major depression works: randomized trial including economic evaluation. Psy- chological Medicine, 37(03), 351.	ohne den Arbeitsstress zu erhö- hen und ist mit einer Wahr- scheinlichkeit von 75,5 % kos- tengünstiger als die ambulante psychiatrische Behandlung al- leine.		
--	---	--	--

Ergotherapeut*innen für Interview gesucht!

Worum geht es?

Auf Grundlage einer Gesetzesänderung zur Reform der Psychotherapieausbildung dürfen auch bereits approbierte Psychotherapeut*innen ab dem 01. September 2020 Ergotherapie verordnen. Dadurch ergibt sich für Ergotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen die Möglichkeit einer interprofessionellen Zusammenarbeit.

Wer kann teilnehmen?

Wir würden Sie gerne interviewen, wenn Sie:

- im ambulanten Bereich in einer Praxis arbeiten,
- psychisch-funktionelle Therapien mit erwachsenen Klient*innen durchführen und
- mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in diesem Bereich haben.

Warum sollte ich teilnehmen?

Durch die Darstellung Ihrer persönlichen Perspektive auf dieses Thema tragen Sie dazu bei, Wissenslücken im Bereich der Forschung bezugnehmend auf dieses Thema zu schließen und an der Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit mitzuwirken.

Ergotherapie **ZU
YD**

„Das Potential einer interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen“

Was möchten wir?

Wir möchten durch unsere Studie herausfinden, welches Potential beide Berufsgruppen bezüglich einer interprofessionellen Zusammenarbeit sehen und welcher Informationsbedarf in beiden Berufsgruppen besteht, um eine interprofessionelle Zusammenarbeit initiieren zu können.

Wie kann ein Interview trotz Corona stattfinden?

Das Interview wird aufgrund des aktuellen Kontaktverbotes per Videotelefonie durchgeführt und etwa 60 Minuten dauern. Wir möchten in diesem Interview etwas über Ihre Sichtweise zu möglichen Chancen und Grenzen einer interprofessionellen Zusammenarbeit beider Berufsgruppen erfahren. Die Durchführung der Interviews ist für Anfang bis Mitte Juni geplant.

Wer sind wir?

Stefanie Schlegel und Carsten Buse, beide Ergotherapeut*in und berufsbegleitend Studierende der Fachrichtung Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen.



Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Bitte schreiben Sie uns bis zum 10.05.2020 eine E-Mail an folgende Adresse:

bachelorarbeit-buse-schlegel@web.de

Wir freuen uns auf Sie und werden uns zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen!

Corona-Passus

Im März 2020 brach in Deutschland und den Niederlanden der COVID-19 Virus aus. Dies hatte auch Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht mehr möglich und erforderte Anpassungen in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Planung und Umsetzung, die bereits in vollem Gang war. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung notwendige Norm (anstatt face-to-face Kontakt) und in einigen Fällen musste auf andere Zielgruppen oder Literaturstudien zurückgegriffen werden, weil der direkte Kontakt mit Klienten und Professionals nicht möglich war. Alle methodischen Veränderungen sind mit dem/der Begleiter*in der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggebern abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation während des Entstehungsprozesses nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Einwilligungserklärung für die Teilnahme an der Studie:**„Das Potential einer interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen“**

Diese Studie wird im Rahmen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool Heerlen/ Niederlande durchgeführt.

Ziel der Forschung ist es, aufzuzeigen, welches Potential bezüglich einer interprofessionellen Zusammenarbeit von beiden Berufsgruppen gesehen wird und zu erheben, welcher Informationsbedarf in beiden Berufsgruppen besteht, um eine interprofessionelle Zusammenarbeit in den Berufsalltag integrieren zu können.

Die Durchführung des Interviews dient in erster Linie der Wissenserweiterung. Durch die Darstellung Ihrer persönlichen Perspektive auf dieses Thema tragen Sie dazu bei, Wissenslücken im Bereich der Forschung bezugnehmend auf dieses Thema zu schließen und an der Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit mitzuwirken.

Für die Erhebung der Daten wird ein Interview mit der Dauer von ca. 60 Minuten durchgeführt. Aufgrund der aktuellen Kontaktbeschränkungen im Kontext des „COVID-19“ wird das Interview per Videotelefonie stattfinden. Das Interview wird mittels einer Audioaufnahme aufgezeichnet und anschließend von den Forschenden verschriftlicht. In diesem Kontext werden alle Informationen, die zu einer Identifizierung Ihrer Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. Ihre persönlichen Daten werden ebenso wie Ihre Kontaktdaten von den Interviewdaten getrennt und für Dritte unzugänglich aufbewahrt.

Nach erfolgter Verschriftlichung werden Sie bezüglich eines Member-Checks angeschrieben. Dafür erhalten Sie eine Abschrift Ihres Interviews mit der Bitte um Überprüfung und Rücksendung innerhalb eines definierten Zeitraumes.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Sie haben während der Durchführung des Interviews jederzeit die Möglichkeit, die Teilnahme zu beenden. Die bis dahin erhobenen Daten sowie Ihre persönlichen Daten und Kontaktdaten werden in diesem Fall gemäß der Richtlinien der „Europäischen Datenschutzgrundverordnung“ (EU-DSGVO) gelöscht und nicht in der Ausarbeitung der Studie berücksichtigt.

Ihre persönlichen Daten und Kontaktdaten werden nach dem Abschluss der Studie gemäß der Richtlinien der „Europäischen Datenschutzgrundverordnung“ (EU-DSGVO) vernichtet. Die Audioaufnahme Ihres Interviews wird nach erfolgter Verschriftlichung gelöscht. Sämtliche nicht anonymisierte Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Folgendes:

- Hiermit erkläre ich, dass ich über die Ziele und den Ablauf der Studie informiert wurde und die Informationen verstanden habe.
- Ich hatte ausreichend Gelegenheit, auftretende Fragen zu stellen. Diese wurden mir von den Forschenden verständlich beantwortet.
- Über den Umgang mit meinen personenbezogenen Daten und Kontaktdaten bin ich aufgeklärt worden und erkläre mich mit diesem einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert für Forschungszwecke im Rahmen der Studie sowie für Unterrichtszwecke an der Zuyd Hogeschool verwendet werden.
- Im Falle einer Publikation bin ich mit der Veröffentlichung meiner anonymisierten Daten einverstanden.
- Meine Teilnahme an dieser Studie findet auf freiwilliger Basis unter Kenntnis der Informationen auf Seite 1 dieses Schreibens statt.

Name der/des Studienteilnehmenden in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift

Studienleitung:

Wir erklären, die/den Studienteilnehmende*n umfassend auf Grundlage der Seite 1 dieses Informationsschreibens informiert zu haben und versichern die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung nach Artikel 6 Absatz 1 EU-DSGVO. Bei Rückfragen kann sich der/ die Studienteilnehmer*in jederzeit an uns wenden, die E-Mail-Adresse für Rückfragen lautet: bachelorarbeit-buse-schlegel@web.de

Leer, 27.04.2020,
Ort, Datum, Unterschrift


Carsten Buse, staatlich anerkannter Ergotherapeut

Leer, 27.04.2020,
Ort, Datum, Unterschrift


Stefanie Schlegel, staatlich anerkannte Ergotherapeutin

Interviewleitfaden Ergotherapeut*innen

(Stand 15.05.2020, vor erstem Pre-Test)

Einleitung

- Dank für die Teilnahmebereitschaft
- Kurze persönliche Vorstellung
- Erläuterung des Ablaufes
 - Dauer des Interviews ca. 60 Minuten
- Hinweise zum Datenschutz
 - Verweis auf die Einwilligungserklärung
- Aufnahme starten

Eisbrecherfragen:

- Wie alt sind Sie und welchen ergotherapeutischen Abschluss haben Sie gemacht?
- Seit wann arbeiten Sie als Ergotherapeut*in?
- Beschreiben Sie uns bitte kurz das Setting, in dem Sie jetzt arbeiten.
 - Position?

Hauptfragen des Interviews:

Erfahrungen:

1. Wie lange arbeiten Sie schon mit Klient*innen im ambulant-psychiatrischen Setting im Bereich der psychisch-funktionellen Ergotherapie?
 - Spezialisierung auf bestimmte Diagnose?
 - Berufsbedingte Erfahrung mit Psychotherapie?
 - Persönlicher Kontakt?
 - Berichte von Klient*innen?
2. Welches Bild haben Sie von Psychotherapie?
 - Inhalte von psychotherapeutischen Therapieeinheiten?
 - Stärken von Psychotherapeut*innen?

Zusammenarbeit:

3. Was kennzeichnet für Sie eine gute „interprofessionelle Zusammenarbeit“?
 - Inhalte in Ausbildung, Studium oder Fortbildung?
 - Kompetenzen diesbezüglich von Ergotherapeut*innen?
4. Haben Sie bereits Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen gemacht?
 - Ja: Gestaltung der Zusammenarbeit?
 - Nein: Vorstellung von Zusammenarbeit?

5. Welche Aspekte erscheinen Ihnen bei einer Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen als wichtig?

- Gemeinsames Festlegen von Zielen?
- Gegenseitige Information durch Kommunikation?
- Erwartungen an Zusammenarbeit?
- Schnittmengen in der Behandlung?
- weitere Ideen und Gedanken?

Chancen und Grenzen der Zusammenarbeit:

6. Wie könnten sich Ihrer Meinung nach Ergotherapie und Psychotherapie gegenseitig ergänzen?

- Chancen der Zusammenarbeit?
- Grenzen in der Zusammenarbeit?
- Hinderungsgründe für Zusammenarbeit?
- Aufteilung der Aufgabenbereiche?
- Potentielle Übernahme von Aufgabenbereichen?
 - Welche besonders wichtig?
 - Welche problematisch?

Zukunftsvisionen:

7. Welche Auswirkungen könnte die neue Verordnungsmöglichkeit auf Ihre Klient*innen und Sie selbst Ihrer Meinung nach haben?

- Einfluss auf Versorgung der Klient*innen?
 - Einzelne Klient*innen direkt?
 - Psychiatrisches Klientel der Praxis insgesamt?
 - Generelle Versorgung psychisch Kranker in Deutschland?
- Arbeitszufriedenheit?
- Netzwerkbildung?
 - Qualitätszirkel vor Ort?
 - Landesgruppen der Berufsverbände?
 - Berufsverbände übergeordnet?
- Wirtschaftliche Auswirkungen?
 - Praxis?
 - Gemeindeorientierte Projekte?
 - Kosten für Gesellschaft durch Arbeitsausfallzeiten etc.?

8. Wie schätzen Sie in Zukunft die Entwicklung einer Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen ein?

→ Interprofessionelle Arbeitsstrukturen zukunftsfähig?

→ Umsetzungsmotivation?

Letzte Frage:

9. Haben Sie noch Punkte/Aspekte die Sie gerne ansprechen würden?

Abschluss:

- Dank für die Informationen und die Teilnahme an dem Interview
- Hinweis auf das Member-Checking
- Verabschiedung
- Stoppen der Aufnahme erst, wenn der/ die Interviewpartner*in den Microsoft-Team-Raum verlassen hat

Interview-Bewertung

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dem Pilottestung unseres Interviewleitfadens! Wir bitten Sie, uns ein Feedback zu geben. So können wir eventuelle Verständigungsprobleme aufdecken und den Leitfaden bei Bedarf nochmals überarbeiten.

Mit einem Mausklick auf die Kästchen können Sie das Kreuz setzen und auch wieder entfernen. Ihre Antwort können Sie im Textfeld hinter dem Pfeil notieren, die Felder passen sich an die Länge des Textes automatisch an. Zur Beantwortung der Fragen können Sie unterstützend den Interviewleitfaden nutzen, den Sie ebenfalls als Mail-Anhang erhalten haben.

→ War die Dauer des Interviews angemessen?

Bitte kreuzen Sie an: Ja Nein

Falls Sie Nein angekreuzt haben, weshalb fanden Sie die Dauer unangemessen und welche Dauer hätten Sie bevorzugt?

→

→ Ließ Ihre Konzentration ab einem gewissen Punkt nach?

Bitte kreuzen Sie an: Ja Nein

Falls Sie Ja angekreuzt haben, ab welchem Zeitpunkt ließ Ihre Konzentration nach? Haben Sie eine Vermutung, weshalb Ihre Konzentration nachgelassen hat?

→

→ Waren die Fragen verständlich formuliert?

Bitte kreuzen Sie an: Ja Nein

Falls Sie Nein angekreuzt haben, bei welchen Fragen kam es zu Missverständnissen? Welche Formulierung wäre für Sie eindeutiger gewesen?

→

→ Fanden Sie die Fragen passend zum Thema?

Bitte kreuzen Sie an: Ja Nein

Falls Sie Nein angekreuzt haben, welche Fragen fanden Sie unpassend oder überflüssig? Weshalb fanden Sie die Fragen unpassend und welche Fragestellung wäre für Sie passender gewesen?

→

→ Waren Ihnen Fragen zu persönlich?

Bitte kreuzen Sie an: Ja Nein

Falls Sie Ja angekreuzt haben, welche Fragen fanden Sie zu persönlich? Wäre eine andere Formulierung passender gewesen?

→

→ War die Reihenfolge der Fragen für Sie nachvollziehbar?

Bitte kreuzen Sie an: Ja Nein

Falls Sie Nein angekreuzt haben, welche Reihenfolge hätten Sie als sinnvoller empfunden?

→

→ Hatten Sie durch die gestellten Fragen die Möglichkeit, Ihre Meinung und Ihre Erfahrungswerte bezugnehmend auf das Thema zu Ihrer Zufriedenheit darzulegen?

Bitte kreuzen Sie an: Ja Nein

Falls Sie Nein angekreuzt haben, welche Fragestellungen hätten Sie sich zusätzlich in dem Interview gewünscht?

→

→ Gab es Schwierigkeiten, dem Ablauf und den Inhalten des Interviews aufgrund technischer Probleme zu folgen?

Bitte kreuzen Sie an: Ja Nein

Falls Sie Ja angekreuzt haben, welche Art von technischen Problemen gab es? Haben Sie diesbezüglich Verbesserungsvorschläge?

→

→ Wie bewerten Sie allgemein die Durchführung des Interviews? Haben Sie allgemeine Verbesserungsvorschläge für uns?

→

Vielen Dank für Ihr Feedback!

Carsten Buse & Stefanie Schlegel

Interviewleitfaden Ergotherapeut*innen

(Stand 05.06.2020, finale Version)

Einleitung

- Dank für die Teilnahmebereitschaft
- Kurze persönliche Vorstellung
- Erläuterung des Ablaufes
 - Dauer des Interviews ca. 45 Minuten
- Hinweise zum Datenschutz
 - Verweis auf die Einwilligungserklärung
- Aufnahme starten

Eisbrecherfragen:

- Wie alt sind Sie und welchen ergotherapeutischen Abschluss haben Sie gemacht?
- Seit wann arbeiten Sie als Ergotherapeut*in?
- Beschreiben Sie uns bitte kurz das Setting, in dem Sie jetzt arbeiten.
 - Position im Team/ Leitungsfunktion?
 - Kurzbeschreibung Aufgabenbereiche?
- Wie lange arbeiten Sie schon mit Klient*innen ambulant im psychisch-funktionellen Bereich?
 - Spezialisierung auf bestimmte Diagnose?

Hauptfragen des Interviews:

Wissensstand:

1. Welches Bild haben Sie von Psychotherapie?
 - Inhalte von verhaltenstherapeutischen Therapieeinheiten?
 - Inhalte in Ausbildung, Studium oder Fortbildung?
 - Berichte von Klient*innen?

Zusammenarbeit:

2. Was macht für Sie eine gute „interprofessionelle Zusammenarbeit“ aus?
 - Inhalte in Ausbildung, Studium oder Fortbildung?
 - Kompetenzen diesbezüglich von Ergotherapeut*innen?
3. Haben Sie bereits Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen gemacht?
 - Ja: Gestaltung der Zusammenarbeit?
 - Nein: Vorstellung von Zusammenarbeit?
 - Stärken von Psychotherapeut*innen?

4. Welche Aspekte erscheinen Ihnen bei einer Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen als wichtig?

- Aspekt Klientenzentrierung
- Aspekt gegenseitige Information durch Kommunikation?
- Aspekt Erwartungen an Zusammenarbeit?
- Aspekt Schnittmengen in der Behandlung?

5. Wie könnten sich Ihrer Meinung nach Ergotherapie und Psychotherapie gegenseitig ergänzen?

- Chancen der Zusammenarbeit?
- Grenzen in der Zusammenarbeit/ Hinderungsgründe?
- Übernahme von Aufgabenbereichen?
- weitere Ideen und Gedanken?

Zukunftsvisionen:

6. Welche Auswirkungen könnte die neue Verordnungsmöglichkeit Ihrer Meinung nach haben?

- Einfluss auf Versorgung ihrer Klient*innen?
- Einfluss auf die eigene Arbeitssituation?
 - Arbeitszufriedenheit
 - Inhalte der Arbeit
 - Arbeitsintensität (psychosozial/ zeitlich)
 - Ausfallzeiten
 - weitere Gedanken dazu
- Netzwerkbildung?
 - Qualitätszirkel vor Ort?
 - Landesgruppen der Berufsverbände?
 - Berufsverbände übergeordnet?
- Wirtschaftliche Auswirkungen?
 - Praxis?
 - Ausfallzeiten
 - Mitarbeiter – Akquise
- Zusammenarbeit mit anderen Institutionen oder Personen in Gemeinde/ Stadt/ örtlichem Netzwerk?
 - Kosten für Gesellschaft durch Arbeitsausfallzeiten etc.?

8. Wie schätzen Sie in Zukunft die Entwicklung einer Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen ein?

→ Interprofessionelle Arbeitsstrukturen zukunftsfähig?

→ Umsetzungsmotivation?

Letzte Frage:

9. Haben Sie noch Punkte/Aspekte die Sie gerne ansprechen würden?

Abschluss:

- Dank für die Informationen und die Teilnahme an dem Interview
- Hinweis auf das Member-Checking
- Verabschiedung
- Stoppen der Aufnahme erst, wenn der/ die Interviewpartner*in den Microsoft-Team-Raum verlassen hat





CORONAVIRUS

Allgemeine Schutzmaßnahmen



Bei Coronatypischen Symptomen wie z. B. Fieber und Husten zuhause bleiben.



Mindestens 1,5 m Schutzabstand zu anderen halten!



Bei Unterschreiten des Schutzabstandes Mund-Nase-Bedeckung tragen.



Hände regelmäßig und gründlich mit Seife und Wasser für 20 Sekunden waschen, insbesondere nach dem Toilettengang und vor jeglicher Nahrungsaufnahme.



Nicht mit den Händen ins Gesicht fassen.



Nicht die Hand geben.



Präsenzveranstaltungen vermeiden; alternativ Telefon- und Videokonferenzen nutzen.



Menschenansammlungen meiden.



In die Armbeuge oder Taschentuch husten und niesen, nicht in die Hand.



Innenräume regelmäßig lüften.



Getrennte Benutzung von Hygieneartikeln und Handtüchern.



Haut- und Handkontaktflächen regelmäßig reinigen.

Ausgabe | Juli 2020 - Herausgeber: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), Glnkaszstr.44.0, 90117 Berlin, www.dguv.de

Webcode: p02431

(Quelle: (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 2020)

Transkriptionssystem

Nach Dresing & Pehl (2015) nutzten die Transkribierenden folgende Transkriptionsregeln:

1. „Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“ (Dresing & Pehl, 2015, S. 21).
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“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen““ (Dresing & Pehl, 2015, S. 21).
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“ (Dresing & Pehl, 2015, S. 21).
4. „Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden“ (Dresing & Pehl, 2015, S. 21).
5. „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“ (Dresing & Pehl, 2015, S. 22).
6. „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“ (Dresing & Pehl, 2015, S. 22).
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“ (Dresing & Pehl, 2015, S. 22).
10. „Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). 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“ (Dresing & Pehl, 2015, S. 22).
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:“)“ (Dresing & Pehl, 2015, S. 22).

Zusätzlich wurden Daten, die zu einer Re-Identifizierung der Studienteilnehmer*innen führen könnten, von den Transkribierenden durch „XX“ anonymisiert.

Hinweise zur einheitlichen Schreibweise

Nach Dresing & Pehl (2015, S. 24-25) wurden während der Transkription folgende Hinweise zur einheitlichen Schreibweise berücksichtigt:

- „1. Zeichen und Abkürzungen werden ausgeschrieben, zum Beispiel Prozent, Meter und so weiter.
2. Wortverkürzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ werden genauso geschrieben, wie sie gesprochen werden.
3. Englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung behandelt.
4. Anredepronomen der zweiten Person (du und ihr) werden klein geschrieben, die Höflichkeitsanrede-Pronomen (Sie und Ihnen) werden groß geschrieben.
5. Zahlen werden wie folgt dargestellt:
 - a. Zahlen null bis zwölf im Fließtext mit Namen, größere in Ziffern.
 - b. Auch weitere Zahlen mit kurzen Namen schreibt man aus, vor allem runde: zwanzig, hundert, dreitausend.
 - c. Dezimalzahlen und mathematische Gleichungen sind stets in Ziffern zu schreiben. Also: „4 + 5 = 9“ und „3,5“.
 - d. Bei nur ungefähr gemeinten Zahlenangaben schreibe man den Zahlennamen, bei exakt gemeinten die Ziffernform. Also: „Die fünfzig Millionen Euro Staatshilfe“.
 - e. Wo feste Konventionen zugunsten einer Schreibweise herrschen, befolge man diese. Hausnummern, Seitenzahlen, Telefonnummern, Kontonummern, Datum oder Ähnliches werden nie ausgeschrieben. Also: „auf Seite 11“ und „Am Markt 3“.
6. Auch Redewendungen/Idiome werden wörtlich und Standarddeutsch wiedergegeben, z.B. „übers Ohr hauen“ (statt: über das Ohr hauen).
7. [...]
8. Einzelbuchstaben: immer großschreiben, zum Beispiel „wie Vogel mit V“.
9. Aufzählungen: ein großer Buchstabe ohne Klammer.“

66 I: Nee, genau. Ist verstärkt jetzt dazu gekommen. #00:17:01-6#

67 TN1: Ja, genau. #00:17:03-1#

68 I: Ja, der nächste Teilaspekt ist die Erwartung an die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten. #00:17:11-7#

69 TN1: Ja. Also von der Erfahrung her ist es schon so, dass die Ergotherapeuten oft gar nicht so wahrgenommen werden von Psychotherapeuten finde ich. Es sei denn man klopf jetzt selber mal an und stellt sich vor und sagt guten Tag, können Sie sich eine Zusammenarbeit vorstellen. #00:17:34-8#

70 I: hm (bejahend) #00:17:35-0#

71 TN1: Das fehlt mir auf jeden Fall noch. Ja. #00:17:37-5#

72 I: Und der nächste Teilaspekt ist welche Schnittmengen in der Behandlung gibt es? #00:17:45-8#

73 TN1: Ich ja, ich denke, gerade wenn man als Ergotherapeutin viel mit psychisch Erkrankten Menschen zu tun hat, gibt es da halt ganz viel Schnittmenge. Und alle auch wichtigen Verhaltenstherapien sage ich mal, also umzudenken und Möglichkeiten aufzuzeigen. Das vermischt sich halt schon viel. Deswegen ist der Austausch, finde ich, umso wichtiger. #00:18:17-7#

74 I: hm (bejahend) Die nächste Frage ist, wie können sich Ihrer Meinung nach Ergotherapie und Psychotherapie gegenseitig ergänzen? #00:18:29-8#

75 TN1: Könnten die sich ergänzen. Ja, dieses Beispiel, das ich vorhin zum Beispiel gesagt habe. Psychotherapie auf der einen Seite, die Dinge wach tritt sage ich mal und auf der anderen Seite dann Ergotherapie oder Kunsttherapie oder Gestaltung, um Emotionen vielleicht nochmal anders darzustellen, aufzufangen, da können die sich glaube ich gut ergänzen. #00:19:05-4#

76 I: hm (bejahend) Welche Chancen sehen Sie da in dem Zusammenhang in der Zusammenarbeit? #00:19:15-6#

77 TN1: Welche Chancen für den Patienten, meinen Sie? Oder welche Chancen es in Zukunft eventuell in der Zusammenarbeit geben könnte? #00:19:29-1#

78 I: Genau, eher so eine leichte Zukunftsvision. #00:19:33-5#

79 TN1: hm (bejahend) Ja. Ja, ich befürchte tatsächlich, dass wir Ergotherapeuten da noch mal etwas lauter werden müssten, damit das gesehen wird, welche Chancen es tatsächlich gibt. #00:19:54-4#

80 I: Ja. #00:19:55-0#

81 TN1: Ja. #00:19:55-8#

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 Sprach-ebene!
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 gleiche Weise!
Z2.3	Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
Z2.4	Nimm theoretischen 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 inhaltstragen erachtet werden!
Z3.3	Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
Z3.4	Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!
Z4: Zweite Reduktion	
Z4.1	Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichen) 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 (ähnlichen) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/ Integration)!
Z4.4	Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

(Quelle: In Anlehnung an Mayring, 2015, S. 72)

Paraphrasierung

Anhand der Z1-Regel (vgl. Anl. 24) als Makrooperator (vgl. 3.7.3) wurden nicht inhaltstragende Textstellen im Kontext des Selektionskriteriums (vgl. 3.7.3) gestrichen, inhaltstragende Textstellen wurden in ein einheitliches Sprachniveau übersetzt und auf eine grammatikalische Kurzform transformiert.

53 TN1: Da ist vielleicht der Austausch immer wichtig, um ja, wie sagt man so schön? Viele Köche verderben den Brei. Wenn da jeder immer in dem Topf herumrührt, dann wird es halt manchmal schwierig. Und so lange jeder irgendwie gut informiert ist und man halt quasi eine Schiene fährt, dann kann es glaube ich nachhaltig auch funktionieren für den Patienten. Ja. #00:14:56-5#

Paraphrasierung:

- Austausch immer wichtig bei einer Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen
- viele Köche verderben den Brei
- solange jeder gut informiert ist und man eine Schiene fährt, kann das nachhaltig funktionieren für Patient*innen

Generalisierung

Mittels der Z2-Regeln (vgl. Anl. 24) als Makrooperator (vgl. 3.7.3) wurden die Gegenstände der Paraphrasen neu formuliert, Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau lagen, wurden belassen).

Generalisierung:

- Austausch wichtig bei Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen
- Arbeitsbereiche sollten für einen positiven Therapieverlauf klar abgegrenzt sein
- jeder/ jede Therapeut*in sollte über die Arbeitsinhalte der anderen Therapeut*innen informiert sein und dasselbe Ziel verfolgen, damit die Behandlung eine nachhaltig positive Wirkung haben kann

1. Reduktion

Durch Nutzung der Z3-Regeln ([vgl. Anl. 24](#)) als Makrooperator (vgl. 3.7.3) wurden bedeutungsgleiche sowie wenig inhaltstragende Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheit (vgl. 3.7.3.1) gestrichen. Inhaltstragende Paraphrasen bezugnehmend auf das Selektionskriterium (vgl. 3.7.3) wurden übernommen, als Hilfestellung wurden theoretischen Vorannahmen genutzt.

1. Reduktion

- Austausch wichtig bei Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen
- Arbeitsbereiche sollten für einen positiven Therapieverlauf klar abgegrenzt sein
- jeder Therapeut sollte über die Arbeitsinhalte der anderen Therapeuten informiert sein und dasselbe Ziel verfolgen, damit die Behandlung eine nachhaltig positive Wirkung haben kann

2. Reduktion

Im Kontext der Z4-Regeln ([vgl. Anl 24](#)) als Makrooperator (vgl. 3.7.3) wurden Paraphrasen zusammengefasst. Paraphrasen mit gleicher oder ähnlicher Aussage wurden hierbei gebündelt, Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand oder verschiedenen Aussagen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand im Rahmen der Konstruktion/Integration zusammengefasst. Auch hier wurden unterstützend theoretische Vorannahmen genutzt.

2. Reduktion

- verbaler Informationsaustausch aufgrund vieler Schnittmengen im psychiatrischen Bereich mit jeweils anderer Profession und Übereinstimmung des Therapiezieles positiv für Therapieverlauf, Arbeitsbereiche sollten klar abgegrenzt sein - Zusammenfassung mit Inhalten aus Z. 59 und Z. 73

Member Check

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Studie!

Wir haben das mit Ihnen geführte Interview verschriftlicht und befinden uns aktuell in der Phase der qualitativen Inhaltsanalyse.

Das Ziel einer solchen zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist es, den Umfang der schriftlich vorliegenden Daten aus dem Interview zu verringern. Bei der Reduktion der Daten wird auf Grundlage einer bestimmten Systematik das Datenmaterial reduziert, die wesentlichen Inhalte bleiben hierbei jedoch erhalten.

Wir möchten Sie bitten, die von uns durchgeführte Analyse dahingehend überprüfen, ob Sie mit den von uns erhobenen Analyseergebnissen übereinstimmen. Durch diese Überprüfung tragen Sie zur Qualitätssteigerung unserer Forschungsarbeit bei.

Die Reihenfolge der Analyseergebnisse orientiert sich an der Reihenfolge der Fragestellungen unseres Interviewleitfadens. In der Überschrift finden Sie den Fragenbereich, auf den sich die Analyseergebnisse beziehen. Darunter befinden sich jeweils die dazugehörigen Analyseergebnisse mit den verschiedenen Antwortmöglichkeiten.

Mit einem Mausklick auf die Kästchen können Sie das Kreuz setzen und auch wieder entfernen. Falls Sie Anmerkungen zu dem Analyseergebnis machen möchten, können Sie diese in dem Textfeld hinter dem Pfeil notieren, die Felder passen sich an die Länge des Textes automatisch an.

Auszug aus Member-Check-Formular TN1:

Ergebnis der Datenanalyse:

„Die Arbeitsbereiche von Ergo- und Psychotherapeut*innen sollten für einen positiven Therapieverlauf klar abgegrenzt sein. Beide sollten über die Arbeitsinhalte der/des anderen informiert sein und dasselbe Ziel verfolgen, damit die Behandlung eine nachhaltig positive Wirkung haben kann.“ (aus Memo in: TN1, Absatz 53)

Stimmen Sie mit diesem Analyseergebnis überein?

Bitte kreuzen Sie an: Ja Nein

Falls Sie Nein angekreuzt haben, welche Anmerkungen oder Ergänzungen haben Sie zu dieser Aussage?

→

Beispielhafte Darstellung des Kategoriensystem nach einer Einzelfallanalyse:

Kategorien 2. Reduktion TN1	37
Netzwerkarbeit bei interprofessioneller Zusammenarbeit TN1	3
Gesellschaftliche Rahmenbedingungen für interprofessionelle Zusammenarbeit TN1	1
Praxisbezogene Rahmenbedingungen für interprofessionelle Zusammenarbeit TN1	4
Rahmenbedingungen interprofessioneller Zusammenarbeit für Mitarbeiter TN1	1
Erfahrungen beziehend auf Zusammenarbeit TN1	2
positive Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Psychotherapie TN1	8
Einschränkungen beziehend auf interprofessionelle Zusammenarbeit TN1	2
Ergänzung und Abgrenzung von Ergotherapie und Psychotherapie TN1	3
Bild von Psychotherapie TN1	7
Wissen über Verhaltenstherapie TN1	4

Darstellung des finalen Kategoriensystem nach der fallübergreifenden Analyse:

Finale Kategorien	0
Wissen der Ergotherapeut*innen über Verhaltenstherapie	0 (18)
Bild der Ergotherapeut*innen von Psychotherapie	0 (17)
Initiierung des Kontaktes zwischen Ergotherapeut*innen ¹³ und Psychotherapeut*innen	13 (14)
Gestaltung interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen	51 (76)
Schnittstellen ergo- und psychotherapeutischer Interventionen	23 (27)
Kompetenzen von Ergotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen	24 (29)
perspektivische Auswirkungen & Motivation im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen	41 (121)
Anpassungsbedarf der Rahmenbedingungen im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen	3 (3)
hemmende Faktoren im Kontext der Rahmenbedingungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen	9 (19)

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

Heerlen, den 08. November 2020



Carsten Buse



Stefanie Schlegel