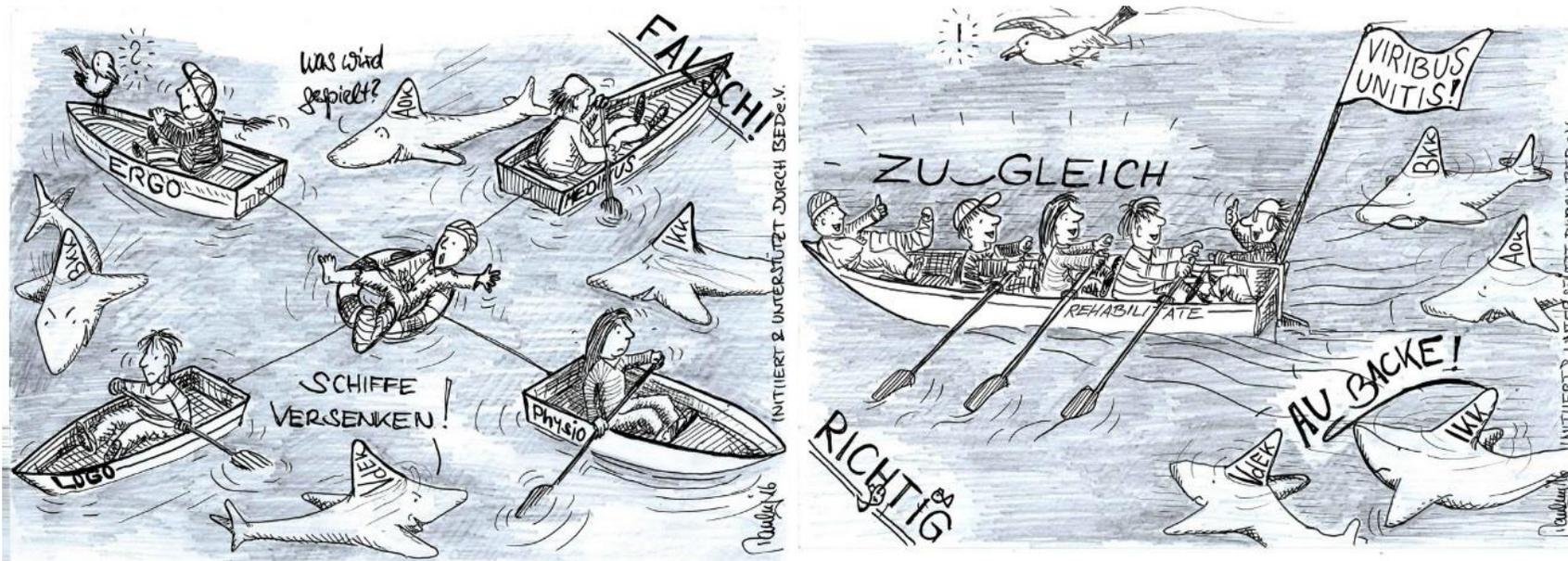


Survey zur interdisziplinären Zusammenarbeit in der ambulanten Pädiatrie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern

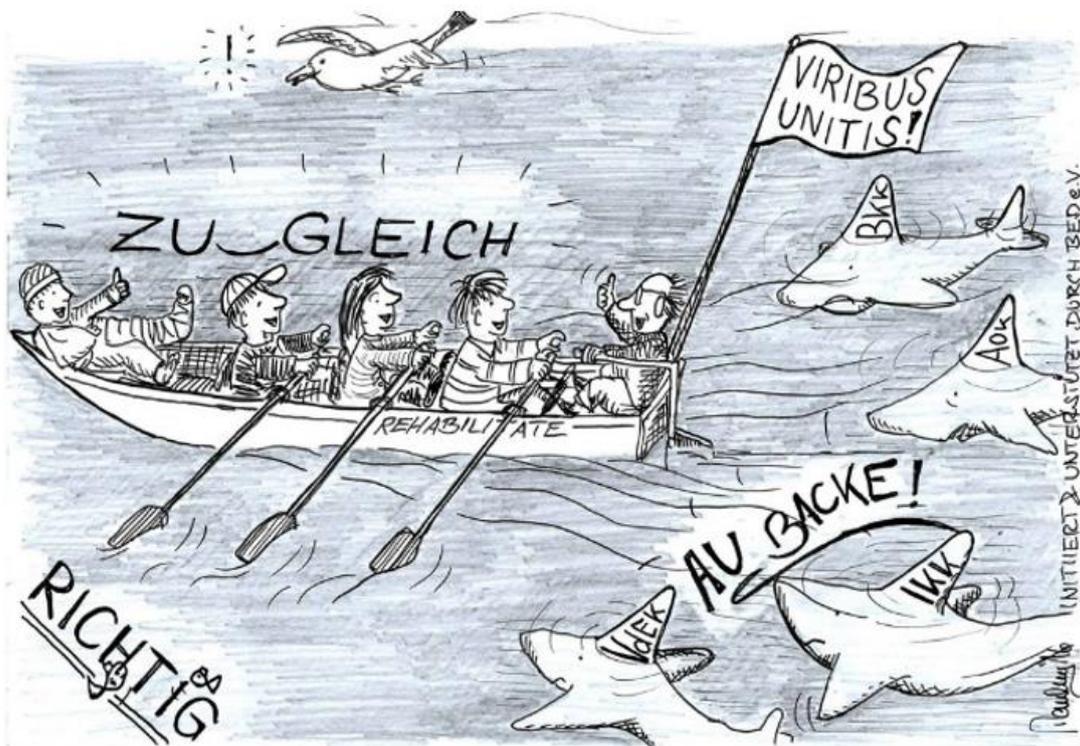
Autoren: Wiebke Fiedler (1669435fiedler)
Bianca Schmidt (1669583schmidt)



November, 2018

Survey zur interdisziplinären Zusammenarbeit in der ambulanten Pädiatrie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern

Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gesundheitszorg“
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool



(BED e.V., 2017)

Autoren: Wiebke Fiedler (1669435fiedler)
 Bianca Schmidt (1669583schmidt)

Begleitende
Dozentin: Uta Roentgen

Abgabe: November 2018

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	5
Lesehinweise	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Abstracts	8
Informative Zusammenfassung	9
1. Einleitung.....	10
1.1 Motivation zum Thema.....	10
1.2 Relevanz für die Ergotherapie	10
1.3 Forschungsfrage	11
2. Theoretischer Hintergrund	12
2.1 Definitionen und Entstehung der Zusammenarbeit	12
2.1.1 Bedeutsame Begriffe der Zusammenarbeit	12
2.1.2 Unterformen der Zusammenarbeit.....	17
2.1.3 Beginn der menschlichen Zusammenarbeit.....	18
2.1.4 Zusammenarbeit im Gesundheitssystem	18
2.1.5 Zusammenarbeit und Interprofessionelles Lernen in der Ergotherapie.....	20
2.2 Umsetzungsformen der Zusammenarbeit	21
2.2.1 Unterschied zwischen Gruppen und Teams	21
2.2.1.1 Teamsitzungen.....	23
2.2.2 Kooperationen	23
2.2.3 Ein Modell für die interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	26
2.2.3.1 Anwendungsbeispiele zum Modell	27
2.3 Umsetzen der Zusammenarbeit	28
2.3.1 Gesprächsführung nach C. Rogers	28
2.3.2 Kommunikation in der Zusammenarbeit.....	30
2.3.3 Nutzen der ICF in der Zusammenarbeit	32
2.4 Ergotherapie.....	33
2.4.1 Historischer Hintergrund der Ergotherapie in Deutschland	33
2.4.2 Die 6 Säulen der Ergotherapie.....	34
2.4.2.1 Anwenden der 6 Säulen	36
2.4.3 Ergotherapeutische Kompetenzen	37
2.4.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten Pädiatrie	38

2.5 Relevante Rechtsrahmen für die Ergotherapie in Deutschland	40
2.5.1 Ergotherapeutische Ausbildung.....	40
2.5.2 Krankenkassen.....	40
2.5.2.1 Hilfsmittelversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen.....	40
2.5.3 Interdisziplinäre Versorgung in den Kindertagesstätten oder Frühförderstellen.....	41
2.5.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in allgemeinbildenden Schulen.....	41
3. Methode der Datenerhebung und -auswertung.....	43
3.1 Art der Untersuchung	43
3.2 Vorgehen/ Zeitplanung	43
3.3 Literaturrecherche.....	45
3.4 Methode des Fragebogens	45
3.4.1 Entwicklung der Fragekategorien.....	46
3.4.2 Frage- und Skalentypen	47
3.4.2.1 Fragetypen	47
3.4.2.2 Skalentypen	47
3.4.2.3 Anwendung der Fragen- und Skalentypen	48
3.4.3 Nutzung einer Internetplattform	48
3.5 Datenschutz und Ethische Aspekte.....	49
3.5.1 Pretestphase	50
3.5.2 Teilnehmerrekrutierung	51
3.6 Gütekriterien	52
3.6.1 Nebengütekriterien	53
3.7 Datenanalyse.....	54
3.7.1 Quantitative Datenanalyse.....	54
3.7.2 Qualitative Datenauswertung.....	54
4. Darstellung der Ergebnisse	55
4.1 Studienteilnehmer.....	56
4.1.1 Alter und Berufserfahrung.....	56
4.1.2 Bedeutung der Zusammenarbeit.....	57
4.1.3 Berufliche Tätigkeit.....	58
4.2 Zusammenarbeit	59
4.2.1 Einflussfaktoren.....	59
4.2.2 Berufsgruppen	61

4.2.3 Klienten	71
4.2.3.1 Behandelte Auffälligkeiten.....	71
4.2.3.2 Zusammenarbeit mit Kollegen	72
4.2.4 Therapieteilschritte	72
4.2.5 Ziele	79
4.2.6 Vorschläge für eine bessere Zusammenarbeit	79
4.2.7 Zusammenarbeit in der Ausbildung	80
4.2.8 Zusammenarbeitsmodelle	80
4.2.9 Fortbildung	80
4.3 Kommunikation mit anderen Berufsgruppen	81
4.3.1 Informationsaustausch	81
4.3.2 Mediennutzung	82
4.3.3 Aspekte der Kommunikation.....	84
4.3.4 Eigenwahrnehmung und Wahrnehmung des Kommunikationspartners	85
4.3.5 International Classification Functions	86
4.3.6 Teamsitzungen.....	87
4.4 Beschäftigung mit dem Thema Zusammenarbeit.....	88
5. Diskussion.....	89
5.1 Stärken und Schwächen der Methode	89
5.1.1 Studiendesign	89
5.1.2 Literaturrecherche.....	89
5.1.3 Erhebungsinstrument Fragebogen	90
5.1.4 Datenschutz und Ethik.....	91
5.1.5 Teilnehmerrekrutierung	91
5.1.6 Gütekriterien	92
5.2 Verknüpfungen der Ergebnisse mit dem theoretischen Hintergrund	92
5.2.1 Studienteilnehmer	92
5.2.2 Zusammenarbeit	93
5.2.2.1 Honorierung der Zusammenarbeit.....	95
5.2.3 Kommunikation mit anderen Berufsgruppen	96
6. Schlussfolgerung.....	97
6.1 Implementierung für die Praxis	99
6.2 Weitere Forschungsmöglichkeiten.....	99

Literaturverzeichnis	100
Glossar	117
Abbildungsverzeichnis	118
Tabellenverzeichnis	119
Anlagen.....	120
Anlage 1: Suchverlauf	120
Anlage 1.1: Review mit PRISMA-Bewertung	122
Anlage 1.2: Qualitative Studie mit LAW-Kriterien-Bewertung	127
Anlage 1.3: Quantitative Studie mit LAW-Kriterien-Bewertung	134
Anlage 2: Fragebogen.....	141
Anlage 3: Anschreiben Pretest	166
Anlage 4: Anschreiben für die Teilnehmer	167

Danksagung

*„Wir danken euch für eure Hilfe,
dass ihr für uns da wart,
eure Unterstützung und aufmunternden Worte,
die großen und kleinen Krisen,
die ihr mit uns bestritten habt.*

Ohne Euch hätten wir diesen Weg nicht beschreiten können.“

Wiebke & Bianca

Wir möchten uns an dieser Stelle ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die auf unterschiedlichste Art und Weise zur Entstehung dieser Bachelorarbeit beigetragen haben.

Wir danken:

- **allen Studienteilnehmern** – ohne Euch wäre diese Bachelorarbeit nicht möglich gewesen
- **unseren Pretestern** – ohne Euch wäre unser Fragebogen nur halb so gut geworden
- **unserer Bachelorbegleiterin Uta Roentgen** – danke für deine Ratschläge, Geduld, schnellen Rückmeldungen, und kritischen Fragen
Du hast uns zum Nachdenken angeregt und so einen großen Teil zu unserer Arbeit beigetragen.
- **unseren Freunden und Familien** – ihr wart immer für uns da, habt uns auf unterschiedlichste Art und Weise unterstützt und uns immer wieder motiviert
- **unseren Partnern** – die die meisten Krisen abfangen mussten und trotzdem nicht von unserer Seite gewichen sind
- **unseren Abstract-Übersetzern** – für die tatkräftige Unterstützung
- **unseren Korrekturlesern** – für die Zeit und Mühe, unsere Arbeit zu lesen

Lesehinweise

Für die bessere Verständlichkeit und Lesbarkeit werden die Urheberinnen der Bachelorarbeit im weiteren Verlauf in der männlichen Form als „Autoren“ bezeichnet. Ebenfalls wird bei der Bezeichnung von mehreren Personen ausschließlich die männliche Form genutzt.

Die Autoren definieren am Beginn der Bachelorarbeit die einzelnen Formen der Zusammenarbeit. Im weiteren Verlauf verwenden die Autoren den Begriff der „interdisziplinären Zusammenarbeit“ oder „Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen“ synonym zur Beschreibung des Themas dieser Bachelorarbeit.

Die Ergotherapeutinnen und –therapeuten, die an dem Fragebogen teilnahmen, werden als „Studienteilnehmer“ oder „Teilnehmer“ bezeichnet.

In der gesamten Bachelorarbeit richten sich die Autoren nach den Zitierregeln im APA-Style (6th), deren Vorgaben auf dem 2010 herausgegebenen sechsten "Style" der American Psychological Association basieren.

Direkte Zitate werden in Anführungszeichen und in kursiver Schrift dargestellt. Begriffe mit der Kennzeichnung *(Fettschrift) verweisen bei ihrer erstmaligen Verwendung auf das Glossar, in dem sie definiert werden.

Abkürzungen werden bei ihrer ersten Verwendung hinter dem abgekürzten Wort in Klammern angeführt, sowie im Abkürzungsverzeichnis kenntlich gemacht. Innerhalb der Bachelorarbeit findet auch englischsprachige Literatur Verwendung.

Wörtliche Zitate werden in diesem Fall als Originaltext, das heißt ohne Übersetzung in die deutsche Sprache, verwendet. Für die Bachelorarbeit wichtige Begrifflichkeiten, die aus der englischen Sprache stammen, werden jedoch zur besseren Verständlichkeit von den Autoren in die deutsche Sprache übersetzt. Zunächst beschreiben die Autoren den theoretischen Hintergrund und erläutern daran anschließend dessen praktische Umsetzung.

Zur besseren Lesbarkeit wurden die Abbildungen in der vorliegenden Arbeit von den Autoren adaptiert. In ähnlicher Darstellung können die Abbildungen in den Originalquellen eingesehen werden.

Abkürzungsverzeichnis

A.	Anlage
Abb.	Abbildung
AOTA	American Occupational Therapy Association
BED	Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
bzw.	Beziehungsweise
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
e.V.	eingetragener Verein
ET	Ergotherapeuten
et al.	et altera (und andere)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
K.	Kapitel
M-V	Mecklenburg-Vorpommern
n	Stichprobenumfang
s.	siehe
S.	Seite
SD	standard deviation - Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
S-H	Schleswig-Holstein
SI	Sensomotorische Integration
Svr-Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TN	Teilnehmer
u.a.	unter anderem
USA	United States of America
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel

Abstract Deutsch

Aufgrund der heutigen Schnellebigkeit und der daraus resultierenden Komplexität der Erkrankungen in der Pädiatrie nimmt die interdisziplinäre Zusammenarbeit immer mehr zu. Die Gestaltung der Zusammenarbeit im ambulanten Setting der Pädiatrie wurde in zwei deutschen Bundesländern erhoben. Es wurde hierfür ein quantitatives Studiendesign genutzt. Mit Hilfe eines Web-Surveys wurden Ergotherapeuten befragt. Die quantitativen Ergebnisse wurden mit einer deskriptiven Statistik ausgewertet und die qualitativen mithilfe einer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Den Teilnehmern (n=15) ist die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit bewusst. Sie findet regelmäßig statt und wird immer mehr in die verschiedenen Therapieteilschritten integriert. Über beeinflussende Faktoren fühlen sich die Teilnehmer informiert. Um eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit zu erreichen, betonen die Ergotherapeuten, dass sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen ändern müssen.

Abstract English

The meaning of interdisciplinary collaboration increases due to the fast-paced nature and the resulting complexity of diseases in paediatrics. In two German federal states the manner of collaboration was surveyed in the ambulant setting of paediatrics. Therefore a quantitative study design was administered. By means of a web-survey occupational therapists were questioned. The quantitative results were evaluated with descriptive statistics and the qualitative findings were assessed through content analysis by Mayring (2010). The participants (n=15) feel informed about influencing factors. They are aware of the meaning of interdisciplinary collaboration, which is implemented regularly and integrated throughout the therapeutic process. The occupational therapists lay stress on the necessity of the amendment of the legal framework to achieve a better interdisciplinary collaboration.

Abstract Nederlands

Vanwege de hoog tempo en de daaruit voortvloeiende complexiteit van ziekten in de kindergeneeskunde neemt de betekenis van interdisciplinaire samenwerking steeds meer toe. De samenwerking in de ambulante omgeving van de kindergeneeskunde werd in de twee Duitser bondsstaten onderzocht. Hiervoor werd een kwantitatieve onderzoeksopzet gebruikt. Met hulp van een web-survey werden ergotherapeuten bevraagd. De kwantitatieve uitkomsten werden met beschrijvende statistiek geëvalueerd en voor de kwalitatieve uitkomsten een inhoudsanalyse naar Mayring (2010) uitgevoerd. De deelnemers (n=15) zijn zich bewust van de betekenis van de interdisciplinaire samenwerking. Deze vindt regelmatig plaats en wordt geïntegreerd in de therapie stappen. De deelnemers zijn bewust van de beïnvloedende factoren. Om een betere interdisciplinaire samenwerking te bereiken, benadrukken ergotherapeuten dat het wettelijk voorgeschreven raamwerk moet veranderen.

Informative Zusammenfassung

In Deutschland wird die interdisziplinäre Versorgung der Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen als unzureichend angesehen. Sie wird allerdings mit zunehmenden neuen Multimorbiditäten im Kindes- und Jugendalter immer wichtiger. Durch die zunehmende Komplexität der Symptome, ist für eine optimale Behandlung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe von hoher Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie, mit quantitativen Studiendesign, einen aktuellen IST-Zustand der interdisziplinären Zusammenarbeit in der ambulanten Pädiatrie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern.

Mittels eines Online-Fragebogens wurden Daten von 15 Ergotherapeuten, acht in Mecklenburg-Vorpommern und sieben in Schleswig-Holstein, erhoben. Die quantitativen Angaben wurden mittels einer deskriptiven Statistik und die qualitativen nach der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Die Ergebnisse des Surveys zeigen, dass nach Meinung der befragten Ergotherapeuten die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei pädiatrischen Behandlungen für sinnvoll gehalten wird. Im Schnitt nutzen die Teilnehmer zwei Stunden im Monat für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Am häufigsten werden für die Zusammenarbeit die Kinderärzte, Sport-Physiotherapeuten, Lehrer und Logopäden kontaktiert. Die Ergotherapeuten wünschen sich mehr Zusammenarbeit in den Therapieteilschritten Befundung, Zielsetzung und Intervention. Dafür wären mehr Zeit aufzuwenden und eine Honorierung der interdisziplinären Zusammenarbeit unabdingbar. Die interdisziplinären Teamsitzungen finden in der Regel mit Ärzten, Lehrern, Erziehern und anderen Ergotherapeuten statt. Die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen findet hauptsächlich per Telefon und mittels Schriftverkehrs statt. Es ist zu erkennen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen regelmäßig stattfinden, allerdings ist diese für eine optimale Behandlung noch nicht ausreichend. Bessere Rahmenbedingungen würden eine Zusammenarbeit positiv beeinflussen. Die Zusammenarbeit findet dabei mit unterschiedlichen Berufsgruppen statt. Die Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen gestaltet sich für die Ergotherapeuten zufriedenstellend.

Um die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten, pädiatrischen Praxis zu stärken, empfehlen die Autoren den Ergotherapeuten, sich mit anderen Therapeuten zu Gemeinschaftspraxen zusammenzuschließen. Der Austausch in interdisziplinären Teamsitzungen kann somit regelmäßiger stattfinden und bietet allen zugehörigen Professionen mehr fachlichen Input. Weiterhin wird dadurch die Klientenzentrierung gestärkt, da der Austausch im direkten Gespräch stattfinden kann und ein Behandlungsziel gemeinsam verfolgt wird. Zudem wäre es wichtig die ICF für eine einheitliche Terminologie zwischen den Gesundheitsberufen einzusetzen. Somit würden weniger Missverständnisse auftreten.

Zukünftig ist es von Bedeutung, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen wird. Eine angemessene Honorierung ermöglicht es, mehr als 2 Stunden Zeit im Monat für eine bessere interdisziplinäre Behandlung des pädiatrischen Klientels zu investieren.

1. Einleitung

1.1 Motivation zum Thema

Den Autoren kam die Idee zum Thema dieser Bachelor-Arbeit, weil sie in ihrem beruflichen Alltag häufig mit Fachkräften zusammenarbeiten, die einer anderen Berufsgruppe angehören. Beide Autoren arbeiten in einer rein ergotherapeutischen Praxis und haben keine interdisziplinären Teamsitzungen. Die Art und Weise der interdisziplinären Zusammenarbeit ist dabei sehr unterschiedlich und gestaltet sich aus verschiedenen Gründen teilweise schwierig.

Deshalb war es den Autoren wichtig, herauszufinden, wie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sinnvoll gestaltet wird und wie es anderen Ergotherapeuten im ambulanten ***Setting** in der interdisziplinären Zusammenarbeit ergeht.

Beispielweise könnte ein interdisziplinäres Therapieteam bei Kindern mit ADHS aus Ergotherapeuten, Lehrern, Erziehern und Ärzten bestehen. Daher wird in dieser Studie die Interdisziplinarität näher betrachtet. Viele pädiatrische Klienten erhalten neben der Ergotherapie meist weitere Interventionen.

Durch die Multimorbiditäten der Kinder und Jugendlichen ist eine Zusammenarbeit von größter Bedeutung. Die Ergotherapeuten sollten klientenzentriert arbeiten. Um eine Klientenzentrierung zu gewährleisten, müssen alle Disziplinen zusammenarbeiten und damit eine bestmögliche Förderung der Kinder- und Jugendlichen ermöglichen.

1.2 Relevanz für die Ergotherapie

Im Gesundheitswesen stellen neben den demographischen Veränderungen des Morbiditätsspektrums auch die Veränderungen des Bedarfs und der Bedürfnisse der Nutzer des Gesundheitssystems die verschiedenen Gesundheitsberufe vor eine Herausforderung. Um Unter-, Über-, oder Fehlversorgung der Klienten zu minimieren, gilt es, Leistungen und Tätigkeiten verschiedener Gesundheitsberufe in die ganzheitliche Behandlung eines Klienten zu integrieren. Die Organisation im Gesundheitswesen wird komplexer. Darum stellt sich den Gesundheitsberufen die Aufgabe, die berufliche Arbeitsteilung stärker zu fördern (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Svr-Gesundheit), 2007).

Durch die zunehmende Aufteilung der Fachrichtungen und Ausdifferenzierung der medizinischen Wissenschaften entsteht mehr und mehr die Notwendigkeit der Interdisziplinarität (Osswald, 2008). Charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem ist eine starke Arztzentrierung (Höppner, 2011). In Deutschland nimmt die sogenannte „Neue Morbidität im Kindes- und Jugendalter“ in den letzten Jahren zu. Unter diesen Begriff fallen komplexe Symptome im Kindes- und Jugendalter, die sich in Auffälligkeiten der Emotionen, im Sozialverhalten und in der Entwicklung zeigen (Schlack, Kurth & Hölling, 2008). Um eine optimale Förderung der betroffenen Kinder zu gewährleisten, ist eine breite interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig (Schulte-Cloos, 2013). Im ambulanten ergotherapeutischen Setting ist ein Alltagstransfer der therapeutischen Maßnahmen nur möglich, wenn nicht nur die Eltern miteinbezogen werden, sondern auch die Lehrer, Erzieher oder Physiotherapeuten in der Therapie

mitwirken (Bäumler, Hänsel, Krehl, 2015). In Deutschland bestand 2007 das Problem einer unzureichenden interdisziplinären Versorgung (Svr-Gesundheit, 2007).

1.3 Forschungsfrage

Aus diesem Grund entschlossen sich die Autoren, einen aktuellen IST-Zustand der interdisziplinären Zusammenarbeit im ambulanten pädiatrischen Sektor zu erheben. Um die Forschungsfrage zu spezifizieren, haben die Autoren sich entschieden, in der Studie ein westliches (Schleswig-Holstein) und ein östliches (Mecklenburg-Vorpommern) Bundesland unter folgenden Aspekten zu untersuchen:

- Forschungsfrage:
Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit im ambulanten pädiatrischen Setting in den beiden Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein?
- Leitfragen:
Mit wem und wie erleben die Ergotherapeuten die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in ihrem Setting?
Wie kommunizieren die Ergotherapeuten mit den anderen Berufsgruppen innerhalb der Zusammenarbeit?

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist sowohl für die Klienten, als auch die Therapeuten von großer Bedeutung. Mit dieser Arbeit möchten die Autoren bestehende Probleme in der Zusammenarbeit herausfinden und alle Beteiligten dazu ermutigen, die eigene Arbeit immer wieder kritisch zu hinterfragen.

2. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund dieser Bachelorarbeit basiert auf einer ausführlichen Literaturrecherche und ist die wissenschaftliche Basis für die weitere Vorgehensweise.

2.1 Definitionen und Entstehung der Zusammenarbeit

Die nachfolgenden Kapitel geben einen Einblick in die Vielfältigkeit der Zusammenarbeit. Weiterhin wird deren Entwicklung näher beleuchtet.

2.1.1 Bedeutsame Begriffe der Zusammenarbeit

In der Ergotherapie werden verschiedene Fachausdrücke für die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Berufen verwendet. Oft werden verschiedene Begriffe synonym benutzt oder ein Begriff hat mehrere Bedeutungen, da die ***Terminologie** nicht klar definiert ist (Junge, 2017). Um die Zusammenarbeit deutlich beschreiben zu können und eine effektive Zusammenarbeit zu gewährleisten, müssen die Begriffe eindeutig zuzuordnen sein (Osswald, 2008).

Berufstätige, die die Wortbedeutungen kennen, können ihre Profession klarer nach außen vertreten und somit zur Festigung des Berufsprofils beitragen (Mitzkat, Berger, Reeves & Mahler, 2016). In der nachfolgenden Tabelle sind die wichtigsten Begriffe zum Thema Zusammenarbeit im medizinischen Bereich aufgeführt. Mitzkat et al. haben 2016 für ein internationales Gesundheitsmagazin die Begriffe einmal neu auf Englisch und Deutsch definiert. Bei Definitionen ohne Quellenangabe haben die Autoren die Quelle übersetzt. Die Tabelle dient als Übersicht und schafft Klarheit für die wichtigsten Begriffe und deren Bedeutung.

Die Definitionen von Mitzkat et al. sind auf zwei Extraseiten veröffentlicht worden, die keine Seitenzahlen besitzen. In den []-Klammern sind Ergänzungen oder Wortveränderungen durch die Autoren vorgenommen worden.

Begriffsdefinitionen:

Tabelle 1: Begriffsdefinitionen

Begriff	Englisch	Deutsch
Disziplin	“...are regarded as broad academic fields, with examples including, anthropology, economics, geography, social science and political science” (Mitzkat et al., 2016).	„...sind definiert als weite akademische Felder, wie zum Beispiel die Anthropologie, die Ökonomie, die Geografie, die [Sozial]wissenschaften und die Politikwissenschaften“ (Mitzkat et al., 2016).
Profession	“...are occupational groups who in general provide services to others. Traditionally it has been used to describe the more established professions such as nurses, physicians or social workers. However, due to the on-going expansion of different roles in health and social care, it can also be employed to describe newer occupational groups; thereby providing a more inclusionary definition of this term” (Mitzkat et al., 2016).	„...sind im [a]llgemeinen Berufsgruppen, die Dienstleistungen für andere anbieten. Ursprünglich wurde dieser Begriff verwendet, um die stärker etablierten Professionen, wie Krankenpflege, Medizin und Sozialarbeit zu beschreiben. Aufgrund der fortlaufenden Erweiterung der verschiedenen Rollen in den Gesundheits- und Sozialberufen kann er allerdings auch verwendet werden, um neuere Berufsgruppen zu beschreiben, womit eine integrativere Definition des Begriffs bereitgestellt wird“ (Mitzkat et al., 2016).
collaborates/ Zusammenarbeit	“...coordinates action with others toward a common end goal” (Jacobs & Jacobs, 2004)	...koordiniert das Handeln mit Anderen auf ein gemeinsames Endziel hin.
Gruppen- und Teamarbeit		...wird eine Arbeitsform verstanden, bei der mehrere Personen über eine gewisse Zeit, nach gewissen Regeln und Normen, eine aus mehreren Teilaufgaben bestehende Arbeitsaufgabe bearbeiten, um gemeinsame Ziele zu erreichen, und dabei unmittelbar zusammenarbeiten und sich als Gruppe fühlen (Antoni, 1994).

intra-		...ist eine lateinische Präposition und bedeutet „innerhalb“ (Kossak, o.J.).
intraprofessionell	<i>“...is a term which describes any activity which is undertaken by individuals within the same profession”</i> (Mitzkat et al., 2016).	<i>„...ist ein Begriff, der jede Handlung beschreibt, die von Personen innerhalb derselben Profession/ desselben Gesundheitsberufs ausgeführt wird“</i> (Mitzkat et al., 2016).
inter-		...ist ein lateinisches Präfix und bedeutet „zwischen“ bzw. „dazwischen“ (Kossak, o.J.).
interdisziplinäre Teamarbeit	<i>“...is an approach like interprofessional teamwork [...] but differs as the team members are composed of individuals from different disciplines such as psychology, anthropology, economics and geography”</i> (Mitzkat et al., 2016).	<i>„...ist vom Ansatz her ähnlich der interprofessionellen Teamarbeit [...], aber unterscheidet sich von dieser dadurch, dass die Teammitglieder aus Individuen unterschiedlicher Disziplinen zusammengestellt sind wie z. B. der Psychologie, der Anthropologie [, Ökologie] und der Geografie“</i> (Mitzkat et al., 2016).
interdisziplinäre Rolle		...ist die Loyalität gegenüber den ganzen Settings, die eigenen Werte und Ethiken zu kennen, Respekt für die anderen Kollegen zu haben, eine ganzheitliche ökologische Sicht auf den Praxiskontext und ein fortschrittliches Denken zu besitzen (Bronstein, 2003).
interprofessionelle Teamarbeit	<i>“...involves different health and/or social professions who, for example, share a team identity and work closely together in an integrated and interdependent manner to solve complex care problems and deliver services”</i> (Mitzkat et al., 2016).	<i>„...bezieht sich auf verschiedene Gesundheits- und Sozialberufe, die beispielsweise eine Teamidentifizierung teilen und eng vernetzt und in gegenseitiger Abhängigkeit zusammenarbeiten, um komplexe Versorgungsprobleme zu lösen und Leistungen bereitzustellen“</i> (Mitzkat et al., 2016).

interprofessionelle Zusammenarbeit	<i>“...involves the positive interaction of two or more health professionals to bring their unique skills and knowledge to assist clients, families and communities with their health decisions”</i> (Klaiman, 2009).	...beinhaltet die positive Interaktion von zwei oder mehr Gesundheitsexperten, die ihre jeweiligen Fähigkeiten und Kenntnisse einbringen, um Klienten, Familien und Gemeinschaften bei ihren Gesundheitsentscheidungen zu unterstützen.
interprofessionelles Lernen	<i>“...learning arising from interaction between members (or students) of two or more professions. This may be a product of interprofessional education or happen spontaneously in the workplace or in education settings and therefore be serendipitous in nature.”</i> (Mitzkat et al., 2016).	...Lernen ergibt sich aus einer Interaktion zwischen Mitgliedern (oder Auszubildenden) von zwei oder mehr Professionen. Das kann ein Produkt von interprofessioneller Ausbildung sein oder passiert spontan am Arbeitsplatz oder in Bildungseinrichtungen und ist dann ein Glücksfall.
multi-		vom lateinischen Adjektiv multus „viel, vielfach, mehrfach“ (wortbedeutung.info, o.J.)
multidisziplinär	<i>“several disciplines treat the person”</i> (Jacobs et al., 2004)	mehrere Disziplinen behandeln eine Person
multidisziplinäre Teamarbeit	<i>“...is an approach where team members work alongside one another: in other words, parallel rather than interactive work. These types of teams are composed of different academic disciplines (social sciences, geography, economics) rather than from different health and social care professions such as medicine, nursing and social work”</i> (Mitzkat et al., 2016).	<i>„...ist ein Ansatz, nach dem Teammitglieder nebeneinander arbeiten: in anderen Worten, eher parallele als interaktive Arbeit. Diese Arten von Teams bestehen aus verschiedenen akademischen Disziplinen ([Sozial]wirtschaft, Geografie, Ökonomie) und weniger aus verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen, wie Medizin, Pflege und Sozialarbeit“</i> (Mitzkat et al., 2016).

<p>multiprofessionelle Teamarbeit</p>	<p>“...is an approach where team members work alongside one another: in other words, parallel rather than interactive work. These types of teams are composed of different health and social care professions” (Mitzkat et al., 2016).</p>	<p>„...ist ein Ansatz, nach dem Teammitglieder nebeneinander arbeiten: in anderen Worten, eher parallele als interaktive Arbeit. Diese Arten von Teams bestehen aus Mitgliedern verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe“ (Mitzkat et al., 2016).</p>
<p>trans-</p>		<p>von lateinischer Präposition trans- „über-, durch-“ (wortbedeutung.info., o.J.)</p>
<p>transdisziplinär</p>	<p>“...an integrated team collaborates and often shares treatments” (Jacobs et al., 2004).</p>	<p>...ein integriertes Team arbeitet zusammen und teilt oft die Behandlungen</p>
<p>transprofessionelle Praxis</p>	<p>“...occurs when an individual from one professional group undertakes the role(s) or task(s) of another profession. While these professional activities are outside their usual scope of practice it is assumed they have the necessary expertise to complete them” (Mitzkat et al., 2016).</p>	<p>„...erfolgt, wenn eine Person aus einer Berufsgruppe die Rolle(n) oder Aufgabe(n) einer anderen Profession über[nimmt]. Da diese professionellen Handlungen außerhalb ihres gewöhnlichen Tätigkeitsfeldes liegen, wird vorausgesetzt, dass sie die nötige Kompetenz besitzen, diese durchzuführen“ (Mitzkat et al., 2016).</p>
<p>uni-</p>		<p>vom lateinischen Adjektiv <i>unus</i> „einer“ (wortbedeutung.info, o.J.)</p>
<p>unidisziplinär</p>	<p>“...is an activity undertaken by one discipline alone” (Mitzkat et al., 2016).</p>	<p>...ist eine Handlung, die nur von einer einzigen Disziplin ausgeführt wird</p>
<p>uniprofessionell</p>	<p>“...is an activity undertaken by one profession alone” (Mitzkat et al., 2016).</p>	<p>...ist eine Handlung, die nur von einer einzigen Profession ausgeführt wird</p>

2.1.2 Unterformen der Zusammenarbeit

Neben den verschiedenen Begriffsdefinitionen zur Zusammenarbeit werden unterschiedliche Formen in der Literatur beschrieben.

Atzeni, Schmitz und Brechthold (2017) unterteilen die interprofessionelle Zusammenarbeit in zwei Stränge:

- **Utilitaristischer Strang**
...interessiert sich für die Effizienz bzw. rational-sachliche Gewinne. In der Gesundheitsversorgung kann dies über eine verstärkte Zusammenarbeit erreicht werden.
- **Emanzipatorischer Strang**
...setzt sich mit der Möglichkeit auseinander, die Dominanz einer Profession zu brechen, sodass die Arbeitsverhältnisse auf Augenhöhe stattfinden.

Diese zwei Stränge zeigen, wie unterschiedlich die interprofessionelle Zusammenarbeit politisch aufgefasst wird (Atzeni et al., 2017). Die Autoren sind der Meinung, dass beide Stränge wichtige Aspekte beinhalten und somit wichtig für die Zusammenarbeit sind. Ohne Effizienz-Gedanken kann keine Firma überleben. Andere Autoren wie Harloff (2009) belegen, dass Kommunikation auf Augenhöhe eine gute Zusammenarbeit fördert.

Von Bronstein (2003) werden zwei verschiedene Arten der interdisziplinären Zusammenarbeit unterschieden:

- **Integrative Zusammenarbeit**
...die Disziplinen gehen davon aus, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit aufeinander aufbaut.
- **Koordinative Zusammenarbeit**
...zeichnet sich durch ausgeprägte professionelle Rollen, festgelegte Teamführung, nicht einvernehmliche Entscheidungsfindung und geringe Betonung des Gruppenprozesses aus.

Nach Atzeni et al. (2017) werden die Arten als Verdichtungen bezeichnet. Diese entstehen vor allem durch Krisen (akut-somatisch oder lebensend-Krise) des Patienten. Es werden folgende drei Verdichtungen beschrieben:

- **Koordinative Verdichtung**
...hat antrainierte Kompetenzen und festgesetzte Handlungsmuster, die ineinandergreifen. Diese Form der Zusammenarbeit ist durch Zeitknappheit oder eine klare Zeitstruktur erkennbar.
- **Ko-kreative Verdichtung**
...bezeichnet eine Form der Zusammenarbeit, in der keine Berufsgruppe dominant wird und alle Nach- und Nebeneinander auf die Kompetenzen des anderen Professionellen bauen.

- Projekthafte Verdichtung
 - ...liegt zwischen den beiden anderen Formen. Die Zusammenarbeit findet temporär oder zu einem bestimmten Zweck statt.

Werden diese Arten der Zusammenarbeit verglichen fällt auf, dass jede Berufsgruppe ihre Kompetenzen in die Zusammenarbeit einbringen muss. Dies können sie nur, wenn sie ein klares Berufsbild vertreten. Die Arten von Bronstein gehen gezielter auf die Zusammenarbeit des Teams ein, während Atzeni et al. die Zusammenarbeit eher allgemein umschreiben.

2.1.3 Entwicklung der menschlichen Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit von Menschen hat bereits in der Steinzeit begonnen. Sie schlossen sich in Gruppen zusammen mit dem Ziel, gemeinsam zu leben, zu jagen und den Überlebenskampf in einer gefährlichen Umwelt erfolgreicher zu bestehen (Hofert, 2015; Wewetzer, 2009). Nur in der Gemeinschaft mit anderen Menschen konnte ein einzelnes menschliches Individuum überleben (Jäger und Sammler, 2010). Historiker erklären, dass die Pyramide von Gizeh, die 2620 bis 2500 v. Chr. erbaut wurde, ohne eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung der 10.000 Arbeiter nicht entstanden wäre (Hofert, 2015).

1913 führte H. Ford die durchgängige Fließbandarbeit beim Bau von Autos ein. Durch diese Aufgabenverteilung musste jeder Arbeitnehmer nur wenige Handgriffe beherrschen und das Produkt wurde schneller fertig (BR Wissen, 2013).

Laut dasWirtschaftslexikon (o.J.) rückten in den 1930er- und 1940er-Jahren Arbeitsprozesse, in denen in Gruppen gearbeitet wurde, in Deutschland deutlich mehr in den Mittelpunkt.

Arbeitsgruppen, bestehend aus Kollegen unterschiedlicher Berufsgruppen, wurden als Ansatz zur Persönlichkeitsförderung der Mitarbeiter und zur Humanisierung der Arbeit diskutiert (dasWirtschaftslexikon, o.J.).

Fußball ist die Nationalsportart in Deutschland. Im Fernsehen erreichen Fußballspiele die höchsten Einschaltquoten (Hein, 2015). Täglich steht etwas über Fußball in den Zeitungen. Eine Mannschaft muss als Team agieren, um ein Spiel zu gewinnen. Jeder Spieler bekommt seinen Platz vom Trainer zugewiesen, muss aber flexibel im Spiel auf Anforderungen reagieren können. Die Spieler haben ein gemeinsames Ziel: Das Spiel gewinnen (Deutscher Fußball-Bund, 2013). Dies zeigt, dass Zusammenarbeit ein aktuelles Thema ist und bleibt.

Um intensiver ins Forschungsthema einzusteigen, wird im folgenden Kapitel die Zusammenarbeit im Gesundheitssystem betrachtet.

2.1.4 Zusammenarbeit im Gesundheitssystem

1905 begannen in einem Krankenhaus in New York Sozialarbeiter zu arbeiten, die sich um das soziale Milieu der Patienten kümmerten und so nachweislich deren Gesundheit förderten. Zwei Jahre später etablierten sie sich in der Psychiatrie, wo sie mit Psychiatern

und Psychologen gemeinsam arbeiteten. Damals wurde dies als enge Zusammenarbeit im Gesundheitssektor angesehen (Bronstein, 2003).

Durch die zunehmende Erweiterung des medizinischen Wissens nach dem zweiten Weltkrieg und die damit einhergehende Spezialisierung wurde es immer offensichtlicher, dass zwischen den verschiedenen Disziplinen eine Koordination erforderlich ist. Das Ziel der Vernetzung in den Heilberufen war, neben den physischen auch die sozialen Aspekte zu berücksichtigen, um den Klienten umfassender zu betrachten und besser behandeln zu können (Breuning & Wolanska, 2006).

Für eine gute Vernetzung ist es wichtig, dass die Beteiligten offen für andere Fachdisziplinen und deren Fachwissen sind. In New York tauchte der Begriff der Interdisziplinarität, also die Nutzung von Methoden verschiedener Fachrichtungen, Mitte der zwanziger Jahre auf. In Deutschland wurde er zum ersten Mal in den 1960er Jahren verwendet (Lüdeking, 2016). Durch die Nutzung von ***Hilfswissenschaften** wird die fachliche Denkweise erweitert und verändert. Die Weiterentwicklung des eigenen Berufsstandes sollte jedem Berufsangehörigem wichtig sein (Osswald, 2008). Gerade die Gesundheitsberufe sind mit lebenslangem Lernen verbunden (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), 2014).

Seit den 1970er Jahren plädiert die World Health Organization (WHO) für einen Übergang vom hierarchischen und paternalistischen Handlungsmodell hin zu besserer Partizipation der Patienten und mehr Interprofessionalität im Gesundheitswesen (WHO, 2013). Über eine mittlerweile jahrzehntelange Erfahrung in der flächendeckenden interdisziplinären Zusammenarbeit verfügt die Gesellschaft für Pädiatrische ***Onkologie** und ***Hämatologie**, sodass inzwischen ein dichtes Kompetenznetz zur Therapieoptimierung und Prüfung neuer Therapieverfahren aufgebaut worden ist (Creutzig & Henze, 2009). Die berufsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitssystem im Allgemeinen ist noch nicht ausreichend entwickelt (Nock, 2016).

Die WHO erstellte 2010 internationale Richtlinien für die interprofessionelle Zusammenarbeit. In den Richtlinien werden die Bedeutung und Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit dargestellt. Einzelne Textpassagen heben die Vorteile der interprofessionellen Zusammenarbeit hervor (WHO, 2010).

„Health workers in Australian and English primary care teams have reported high levels of wellbeing. They share problems and support each other and the resulting cooperation buffers, individuals from negative workplace interactions (54–56)“ (WHO, 2010, S. 21).

2012 empfahl der Wissenschaftsrat, dass die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe gestärkt werden sollte (Jäger, 2014). Laut einem „Book Review“ für ein Buch von Gordon, Feldman und Leonard (2014) ist die Zusammenarbeit für die Verkürzung der Genesungsdauer unerlässlich (Heyd, 2016).

Weltweit wird davon ausgegangen, dass das interprofessionelle Zusammenwirken der Gesundheitsberufe zu einer besseren Genesung und zu einem besseren Wohlbefinden der Patienten führt (Osswald, 2008). Wenn die unterschiedlichen Professionen zusammenarbeiten, kann das vom Klienten gesteckte Ziel schneller erreicht werden (Bronstein, 2003).

Als Voraussetzung für die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wird das interprofessionelle Lernen als unablässig angesehen, welches im anglo-amerikanischen Sprachraum seit über 50 Jahren erprobt und evaluiert wird (Räbiger & Beck, 2018). Interprofessionelles Lernen ist ein Prozess, der die Zusammenarbeit und somit die Versorgungsqualität der Klienten verbessert. Diese Form der Zusammenarbeit trifft im Gesundheitssektor immer wieder auf strukturelle, institutionelle und rechtliche Barrieren (Nock, 2016).

2.1.5 Zusammenarbeit und Interprofessionelles Lernen in der Ergotherapie

Bereits 1978 erklärte die WHO, dass die interprofessionelle Bildung wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung ist (Yan, Gilbert & Hoffman, o.J.). Interprofessionelles Lernen hat sich um die Jahrhundertwende im angloamerikanischen Sprachraum etabliert (Bohrer et al., 2016). Wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Europa bezogen auf Fallkonferenzen und berufsübergreifende Beratung betrachtet, ist sie in Deutschland seltener als in Großbritannien oder den Niederlanden (BMBF, 2014). Das Interprofessionelle Lernen ist in Deutschland in Praxis und Wissenschaft noch nicht stark ausgeprägt (Bohrer et al., 2016).

An ergotherapeutischen Ausbildungsstätten beginnt sich die Zusammenarbeit zu etablieren. Seit 2009 beschäftigt sich Deutschland intensiver mit interprofessionellen Lernprogrammen für die Gesundheitsberufe (Räbiger et al., 2018). Projekte oder Unterricht mit Auszubildenden aus anderen Berufsgruppen werden häufiger. Somit wachsen gegenseitiges Verständnis und Wissen über andere Berufe. Daraus folgt, dass weniger Missverständnisse stattfinden (Jäger, 2014). Dies ist wichtig, weil es vorkommt, dass andere Berufsgruppen zwar die ganzheitliche Sichtweise der Ergotherapeuten wertschätzen, andererseits jedoch deren Rivalität befürchten, da die professionelle Bandbreite der Ergotherapeuten sehr groß ist (Möller, M., Wright & Martin, 2014). Die Glaubwürdigkeit und Grundlage der ergotherapeutischen Arbeit wird durch die Zusammenarbeit mit Kollegen aus derselben Berufsgruppe und anderen Berufen gefestigt (von Zweck, 2004). Weiterhin muss die Ergotherapie evidenzbasierter werden (Harloff, 2009).

Von Beginn an waren Ergotherapeuten auf die Zusammenarbeit und Kooperation mit Ärzten und anderen Therapieberufen angewiesen, wodurch Erfahrungen in der Zusammenarbeit gesammelt wurden (Höppner, 2011). Gerade in komplexen Handlungs- und Therapiesituationen findet die interdisziplinäre Zusammenarbeit statt (BMBF, 2014). Es kommt vor, dass die berufsspezifischen Rollen und Inhalt anerkannt, aber schlecht kommuniziert werden (Möller, M. et al., 2014).

Interprofessionelle Teambesprechungen stellen ein praktisches, zeiteffizientes und relevantes Mittel zum interprofessionellen Lernen dar, was zu einem Nutzen für Teilnehmer, Teams und Patienten führt. Das interprofessionelle Lernen ist ein Bestandteil der Teamsitzung (Nisbet, Dunn & Lincoln, 2015).

2.2 Umsetzungsformen der Zusammenarbeit

Die nachfolgenden Kapitel behandeln verschiedene Umsetzungsformen der Zusammenarbeit.

2.2.1 Unterschied zwischen Gruppen und Teams

Gruppe:

Laut Business Dictionary (o.J.) ist eine Gruppe eine Ansammlung von Personen, die häufig in Kontakt und Interaktion stehen. Die Mitglieder beeinflussen sich gegenseitig und haben ein Gefühl von Kameradschaft. Gesetzte Ziele erreichen sie gemeinsam. Ein Gruppenmitglied besitzt einige aber nicht alle Informationen, die für die Zusammenarbeit benötigt werden (Janis, Burlingame & Olsen, 2016). Die Wahrnehmung und Verhaltensweise von Gruppenmitgliedern werden nach Bonito, Ervin und Staggs (2016) von 2 Kräften beeinflusst:

- Beziehung (Zusammenhalt und Klima)
- externe Faktoren z.B. Aufgabenmerkmale.

Team:

In der Regel gestaltet sich die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in Teams (Thomas, 2017). Ein Team besteht aus einem Zusammenschluss von mindestens zwei Personen, die wissen, warum sie sich zusammenschließen und zur Lösung einer bestimmten Aufgabe oder zur Erreichung eines bestimmten Ziels zusammenarbeiten (Bronstein, 2003; Möller, S., 2014; Thomas, 2017). Nach dem Business Dictionary (o.J.) sind sie für das Endprodukt gemeinsam verantwortlich.

Arbeiten mehrere Professionen an einem gemeinsamen Ziel des Klienten, werden diese als Team bezeichnet (Angermeier, 2002) (z.B. Ergotherapeuten mit Physiotherapeuten). Grundidee ist, dass die Fähigkeiten und Fertigkeiten aller Personen zusammenwirken (Angermeier, 2002; Bronstein, 2003; Möller, 2014; Thomas, 2017) und so ein Ergebnis entsteht, das alleine nicht machbar wäre (Angermeier, 2002; Business Dictionary, o.J.). Es ist möglich, dass ein Team nur aus einer Berufsgruppe/ Profession besteht z.B. ausschließlich Ergotherapeuten. Ein Team ist laut Thomas (2017) eine Unterform der Gruppe und fordert mehr Eigeninitiative und Leistung des Einzelnen. Laut Angermeier (2002) sind Team und Arbeitsgruppe im deutschen gleichbedeutend.

Ein Teammitglied sollte seine professionelle Rolle wahren, um zielführend mit den anderen Mitgliedern zusammen zu arbeiten. Dies beinhaltet, die Werte und ethische Aspekte der anderen Professionals zu beachten, sowie den beteiligten Personen Vertrauen und Respekt entgegen zu bringen. Persönliche Eigenarten der Teamkollegen sollten akzeptiert werden, soweit sie das Team und die zu bearbeitende Aufgabe nicht stören oder gefährden. Von Vorteil sind frühere Erfahrungen in Settings mit Kollegen (Bronstein, 2003). „*A culture of collaboration does not just happen. It must be formed and fashioned by many hands*“ (Bronstein, zitiert nach Seaburn, Lorenz, Gunn, Gawinski & Mauksch, 2003, S. 304).

Eine Teamentwicklung verläuft in der Regel in fünf Phasen (s. Abb. 1; Tuckman, 1965). Nur wenn diese in der richtigen Reihenfolge durchlaufen werden und jede einzelne Phase korrekt gestaltet wird, ist eine optimale Teamarbeit gewährleistet (Schneider, 1996).



Abbildung 1: Phasenmodell der Teamentwicklung (adaptiert nach Tuckman, 1965)

- In der Formierungsphase wird das Team zusammengestellt. Die Rollenverteilung ist noch unklar und die Teilnehmer müssen sich mit den Anforderungen vertraut machen (Tuckman, 1965).
- Darauf folgt aufgrund unterschiedlicher Charaktere der Mitglieder die Konfliktphase (Storming). In dieser Phase kommen die verschiedenen Standpunkte und Meinungen der Teilnehmer ans Tageslicht. Es entstehen unterschwellige Konflikte (Tuckman, 1965; Schneider, 1996). Es gibt sechs persönliche Eigenschaften, die für die Überwindung der Phase besonders nützlich sind, dazu zählen: Hilfsbereitschaft, Gewissenhaftigkeit, Höflichkeit, Rücksichtnahmen, Unkompliziertheit und Eigeninitiative (Lüdeking, 2016).
- Sobald die Meinungsverschiedenheiten geklärt sind, wird von der Normierungsphase gesprochen, in der gemeinsame Werte und Normen festgelegt werden und der Zusammenhalt des Teams gestärkt wird. In dieser Phase entsteht ein „WIR“ Gefühl (Tuckman, 1965; Schneider, 1996). Dies ist besonders hilfreich für eine gute Teamarbeit (Thomas, 2017).
- Es folgt die Performingphase, in der jedes Gruppenmitglied ohne Einschränkungen seiner Arbeit nachgehen kann und ein hohes Leistungsniveau entsteht (Tuckman, 1965; Schneider, 1996). Für eine gute Teambildung ist Beziehungsarbeit notwendig. Eine Teamentwicklung ist besonders gefährdet, wenn die Professionen Untergruppen bilden oder Hierarchien entstehen (Thomas, 2017). Arbeiten alle Kollegen an einem Strang, entsteht eine gute Teamarbeit. Diese führt zu einem guten Arbeitsklima. Die gesundheitsschädliche Belastung der Teammitglieder durch ***Distress** nimmt ab (Lüdeking, 2016).
- Tuckman (1965) erwähnt noch eine Adjourningphase. Dies ist eine Abschlussphase und gilt für ein Team, welches nur für einen gewissen Zeitraum zusammenarbeitet zum Beispiel für Projektarbeiten. Sobald ein Team alle Phasen durchlaufen hat, sind Teamsitzungen ein geeignetes Medium, um eine effektive Teamarbeit zu ermöglichen.

Im folgenden Kapitel werden die Bedeutung und der Kontext von Teamsitzungen näher beleuchtet.

2.2.1.1 Teamsitzungen

Bei einer interdisziplinären Teamsitzung arbeiten Menschen aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammen. Hierbei ist es wichtig, dass die Kollegen verstehen, dass jeder ein Teil des Ganzen ist und die Arbeit nur so gut funktionieren kann (Osswald, 2008).

Im ambulanten Sektor bekommen Teamsitzungen eine immer größere Bedeutung, um komplexere Krankheitsbilder von Patienten zu diskutieren, gemeinsame Visionen und Ziele für Therapien festzulegen. Durch diesen Austausch wird die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert (Osswald, 2008). Die Teambesprechung im Gesundheitsbereich ist ein gutes Mittel, damit die Beteiligten voneinander lernen (Nisbet et al., 2015). Es werden Brücken zwischen den Berufen geschlagen (Osswald, 2008). Durch Teamsitzungen steigern sich der Respekt vor und das Know-how über die anderen Berufsgruppen (Gabrielová & Veleminsky, 2014). Sie sorgen für eine bessere Klientenzentrierung und Struktur in der Arbeitsweise. So wird außerdem verhindert, dass es zu einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung der Patienten kommt (Svr-Gesundheit, 2007).

Der Kontext, in dem eine interdisziplinäre Zusammenarbeit funktioniert, ist ein wichtiger Aspekt, da in dem ambulanten Setting die Zusammenarbeit von den Teammitgliedern oft als sehr komplex empfunden wird (Mulvale, Embrett & Shaghayegh, 2016; van Dongen, van Bokhoven, Daniels, Lenzen, van der Weijden & Beurskens, 2017). Teamsitzungen sollten in regelmäßigen zeitlichen Abständen stattfinden. Die Abstände sind abhängig von der Größe des Teams. Eine Sitzung sollte von einem Moderator geleitet werden, eine Struktur aufweisen, jedes Teammitglied sollte zu Wort kommen und ausreden dürfen. Wiederholungen sollten von dem Moderator verhindert werden. Es sollte jedem Mitglied vor Beginn eine Tagesordnung vorliegen und am Ende immer ein Protokoll entstehen, das die Teilnehmer einsehen können (Beratung für Heilberufe, 2012). Ein Bestandteil interdisziplinärer Teamsitzung können Kooperationen sein. Die Mitglieder bündeln Ressourcen und können so komplexere Aufgaben gemeinsam stemmen (Gründerlexikon, o.J.).

2.2.2 Kooperationen

Die Autoren beziehen sich hier auf die Definition von E. Spieß *„Kooperation ist gekennzeichnet durch den Bezug auf andere, auf gemeinsam zu erreichende Ziele bzw. Aufgaben, sie ist intentional, kommunikativ und bedarf des Vertrauens. Sie setzt eine gewisse Autonomie voraus und ist der Norm von Reziprozität verpflichtet.“* (Spieß, 2004, S. 199). Diese Definition ist sehr flexibel, da auch keine organisatorischen Voraussetzungen Bestandteil der Definition sind (Gräsel, Fußangel & Pröbstel, 2006). Laut Spieß (2004) sollte jedes Mitglied eine Handlungs- und Entscheidungsfreiheit innerhalb der Aufgabenerledigung besitzen. Daher kann sie gut auf den therapeutischen Bereich übertragen werden. Spieß und Gräsel et al. geben an, dass verschiedene Bedingungen erfüllt sein müssen.

Anhand des Vertrauens wird eine Bedingung genauer erläutert. 1968 wurden von den beiden Psychologen Rosenthal und Jacobsen an einer amerikanischen Schule in einem Experiment bewiesen, dass die Lernkurve steigt, wenn Schüler und Lehrer den Worten der Psychologen vertrauen, die Schulklasse sei aus intelligenteren Schülern

zusammengesetzt (Mai, 2015). Heute zeichnen sich erfolgreiche Schulen durch ein hohes Maß an Kooperation und Kohäsion aus (Gräsel et al., 2006). Dies sollte auch den ergotherapeutischen Einrichtungen gelingen. Auch im Berufsalltag der Ergotherapeuten sollte eine Steigerung der Effektivität erreicht werden, wenn sich die Kollegen gegenseitig vertrauen (Mai, 2015). Durch geringes Vertrauen in andere Berufsgruppen wird die Zusammenarbeit negativ beeinflusst (Foronda, MacWilliams & McArthur, 2016; Makic & Bueno, 2016).

Kooperationen können in unterschiedlichen Formen getätigt werden, die sich durch die Art des Zusammenwirkens der Ressourcen der jeweiligen Berufsgruppe beschreiben lassen. Auf der Basis von Little (1990) entwickelten Gräsel et al. (2006) drei Formen von Kooperationen, die sich im Grad der Komplexität des Zusammenwirkens der unterschiedlichen Berufsgruppen unterscheiden.

- Austausch

...beschreibt die Kommunikation über berufliche Gegebenheiten und Inhalte. Dies ist besonders wichtig, wenn am gleichen „Arbeitsgegenstand“ gearbeitet wird (Gräsel et al., 2006). In der ambulanten Ergotherapie ist der Austausch mit anderen Berufsgruppen von großer Bedeutung, da oft mehrere Personen aus unterschiedlichen Professionen den „Arbeitsgegenstand“, in diesem Fall den Klienten, behandeln. Gerade an den Schnittstellen der Gesundheitsberufe muss der Austausch optimiert werden (Höppner, 2001).

- Arbeitsteilung

...bezeichnet eine Aufteilung der Arbeit auf mehrere Personen. Dies setzt voraus, dass alle Beteiligten am gleichen Ziel arbeiten. Die Effektivität und Effizienz der arbeitsteiligen Kooperation wird hierdurch gesteigert (Gräsel et al., 2006). Gerade in den therapeutischen Berufen ist es von großer Bedeutung, dass der Klient und seine Therapeuten auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten, die möglichst schnelle Genesung des Klienten.

- Kokonstruktion

...meint, dass sich die Kooperationspartner hinsichtlich ihres individuellen Wissens austauschen und so gemeinsam an Problemlösungsstrategien einer spezifischen Aufgabe arbeiten (Gräsel et al., 2006). Von einer gelungenen Kooperation profitieren folglich alle Beteiligten: Klient, Angehörige und der Gesundheitsberufler (Höppner, 2011).

Nach Antoni und Scheffler (2003) werden Kooperationen durch verschiedene Kriterien beeinflusst. Dies erläutert die nachfolgende Abbildung.

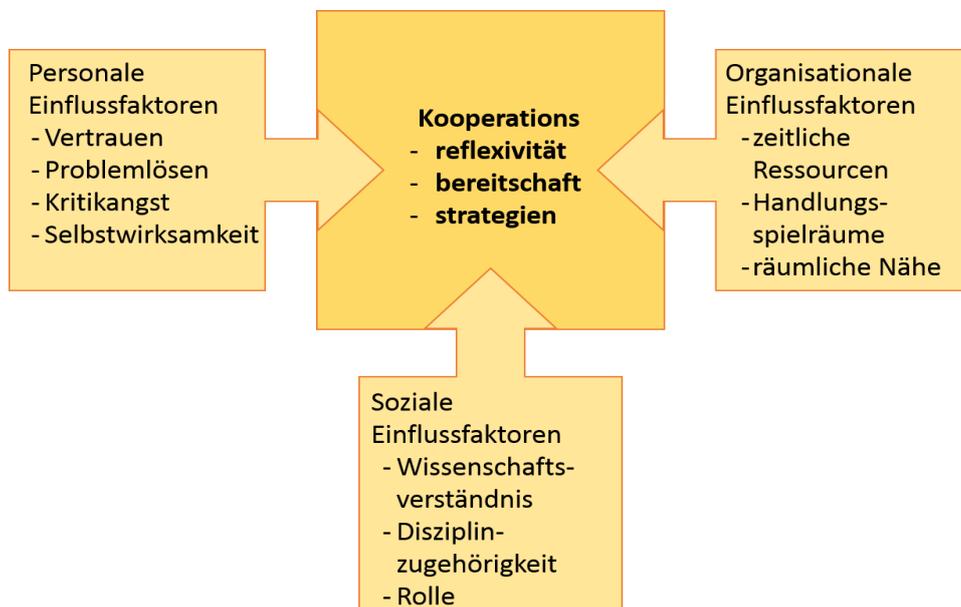


Abbildung 2: Einflussfaktoren (adaptiert nach Antoni & Scheffler, 2003)

Bei einem Forum der Sprachheilpädagogik einigten sich die Lehrkräfte, Sprachheiltherapeuten und -pädagogen der einzelnen Fachverbände darauf, die Forschung besser zu koordinieren und mehr Absprachen in gesundheits- und bildungspolitischen Fragen zu treffen (Grohnfeldt, 2014). Bei einer guten Kooperation der Gesundheitsberufe kann der Bevölkerung auch bei sinkender Fachkräftezahl auch künftig eine gute Gesundheitsversorgung gewährleistet werden (Höppner, 2011).

1995 wurde in Schleswig-Holstein ein Zentrum gegründet, das eine stärkere Kooperation im Gesundheitswesen unterstützen soll (Landesportal Schleswig-Holstein, 2015). In den Landesrahmenempfehlungen zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung in Mecklenburg-Vorpommern (2010) sollen nach §4 Kooperationen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten stattfinden.

Hilfreich können nach Frau Steffens, Ministerin für Gesundheit im Bundesland Nordrheinwestfalen, „*einrichtungübergreifende elektronische Aktensysteme [...]*“ sein, die eine „*zukunftsorientierte Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen*“ ermöglichen (Arbeitskreis EPA/EFA, 2015, S. 2).

Für die Faktoren, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit, also sowohl Teamsitzungen als auch Kooperationen, beeinflussen, hat Bronstein (2003) eine allgemeine Darstellung von Komponenten für eine optimale Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitern und anderen Professionals entworfen.

2.2.3 Ein Modell für die interdisziplinäre Zusammenarbeit

Im Modell für interdisziplinäre Zusammenarbeit werden fünf Kernkompetenzen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschieden (Bronstein, 2003).

Components of an Interdisciplinary Collaboration Model
(Elemente eines interdisziplinären Zusammenarbeitsmodells)

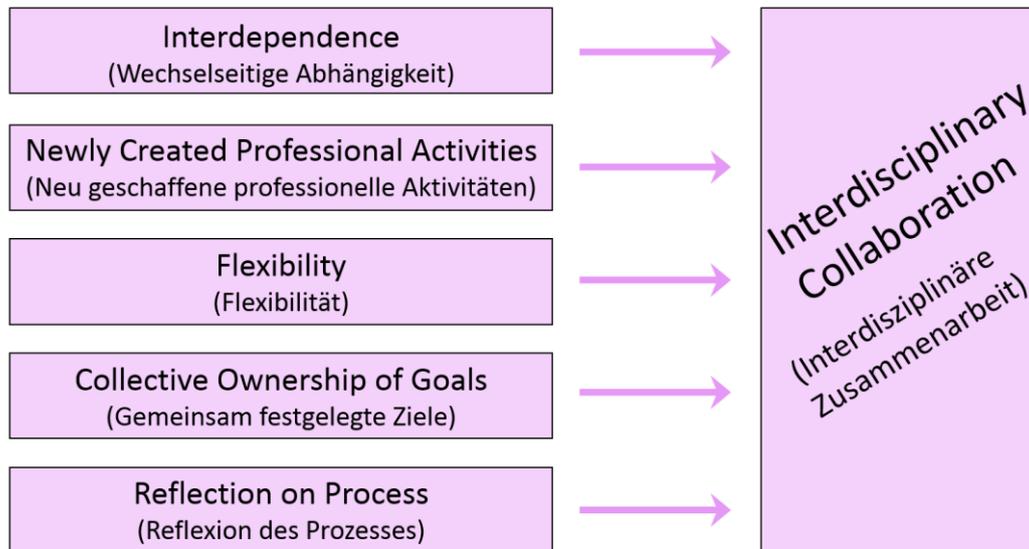


Abbildung 3: Components of an Interdisciplinary Collaboration Model (adaptiert nach Bronstein, 2003)

- Interdependenz, oder auch wechselseitige Abhängigkeit, beschreibt die Relevanz der Interaktion zwischen Professionals, damit die eigenen Aufgaben und Ziele erfüllt werden können. Um unabhängig voneinander zu interagieren, brauchen Professionals ein klares Verständnis über die Berufsbilder und die Unterschiede der zusammenarbeitenden Berufe. Charakteristisch für eine Zusammenarbeit sind gemeinsame Zeit, alle Formen der Kommunikation (s. 2.3.2) und der gegenseitige Respekt mit fachlichem Austausch (Bronstein, 2003).
- Neu geschaffene professionelle Aktivitäten beziehen sich auf Programme, Handlungen und Strukturen, die in einer interdisziplinären Zusammenarbeit besser erreicht und verändert werden können. Folglich wachsen die Aufgabenbereiche. Dies kann in einer interprofessionellen Zusammenarbeit, wie sie Klaiman (2009, s. Tabelle 1, s. 2.1.1) beschreibt, laut Bronstein nicht erreicht werden.
- Flexibilität geht nach Bronstein über die Interdependenz hinaus. Flexibilität bezieht sich auf das bewusste Auftreten von Rollenverzerrungen. Die Rolle der Professionals passt sich den gegebenen Umständen an. Flexibilität ist ein wichtiger Bestandteil der Zusammenarbeit. Gelingt diese den Professionals gut, sind sie in ihrem Beruf erfolgreich (Bronstein, 2003).

- Gemeinsam festgelegte Ziele beinhalten die gemeinsame Verantwortung für den gesamten Prozess der Zielerreichung. Dies schließt eine klientenzentrierte Behandlung, bei der die Umwelt sowie auch das interdisziplinäre Team mitwirken ein. Besonders betont Bronstein das Erarbeiten von realistischen Zielen. Wenn Professionals aus möglichst vielen Disziplinen die klientenzentrierten Ziele unterstützen, haben Klienten mehr Erfolg als alleine (Bronstein, 2003).
- Reflexion über den Prozess verweist auf aufmerksame Professionals, die mit ihren Kollegen über deren Anteile an der Zusammenarbeit sprechen. Dies beinhaltet das Nachdenken über und Besprechen der gemeinsamen Arbeitsbeziehung, ihren Prozess und das Einbeziehen von Feedback zur Stärkung der Zusammenarbeit und Effektivität (Bronstein, 2003). Ein Arbeiten z.B. nach dem Spiralmodell von Korthagen hilft, den Reflexionsprozess zu durchlaufen.



Abbildung 4: Spiralmodell (adaptiert nach Korthagen, 2009)

2.2.3.1 Anwendungsbeispiele zum Modell

Eine gute Zusammenarbeit wird durch eine, mit anderen Berufsgruppen vernetzte, Ausbildung erleichtert. Im Gesundheitswesen zeigt sich, dass dadurch Vorurteile und Missverständnisse seltener entstehen und die Behandlung der Klienten verbessert wird. Die Ausgebildeten (Gesundheits-, Alten- und Krankenpfleger, Ergo- und Physiotherapeuten) gehen mit einem anderen Bewusstsein in die Praxis (Jäger, 2014). Sie kennen die Berufsbilder der anderen Professionen und können auf dieses Wissen aufbauen (Interdependanz).

Im geriatrischen Bereich ist beispielsweise der Zusammenhalt des interdisziplinären Teams von großer Bedeutung. Die Ergotherapie hat hier ein besonders umfangreiches Tätigkeitsfeld. Durch den Pflegefachkräftemangel übernehmen Ergotherapeuten Aufgabenteile der Pflege (Hartmann, 2014). Sie decken also ein neues Tätigkeitsfeld ab, wie Bronstein es beschreibt.

Die deutschen Gesundheitsfachberufe befinden sich im Wandel. Es wird über einen „Direct Access“ diskutiert. Der direkte Zugang ermöglicht es den Klienten, ohne

Verordnung des Arztes zur Ergotherapie zu gehen und bei einer ergotherapeutischen Diagnose Therapiemaßnahmen von der Krankenkasse bezahlt zu bekommen (Finkenstädt, 2015). In Deutschland gibt es im Gegensatz zu anderen Ländern noch keinen Direktzugang für Klienten in die Ergotherapie (Klier, 2015). Die Ergotherapeuten bräuchten eine Weiterbildung, um die ergotherapeutische Diagnose zu schreiben und damit den Klienten den Direktzugang zu ermöglichen (Konrad, Krohn, & Matuschek, 2015). Außerdem ist ein neues Tätigkeitsfeld, die Gesundheitsförderung, für die Ergotherapie hinzugekommen (Barzel et al., 2011).

Die psychologische Forschung zeigt, dass Menschen motivierter sind, wenn sie selbstgesetzte Ziele erreichen wollen. Dies kann als positiver Effekt für die Therapie genutzt werden. Die passende Zielformulierung führt zu mehr Selbstwirksamkeit und einer erhöhten intrinsischen Zielmotivation (Mühlberger, Büche & Jonas, 2018). Das Setzen von SMART-Wochenzielen hat sich in der Berufspraxis bewährt. Das Erreichen eines Ziels förderte den Lernprozess und die Klienten sind stolz auf ihre Erfolge (Pott, 2016), SMART bedeutet: Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch und Terminiert (Poetschki & Wastian, 2014). Wenn für ein Team gemeinsame Ziele bestehen, über die jeder Beteiligte informiert ist, können alle an einem Strang ziehen und schnellere Erfolge erzielen (Bäumler et al., 2015) und eine Fehl-, Unter-, Überversorgung wird minimiert (Svr-Gesundheit, 2007).

Therapeuten können dieses Modell nutzen, um die eigene, klientenzentrierte Behandlung zu hinterfragen. Anhand des Modells können sie ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Kollegen betrachten und fehlende Anteile angehen.

2.3 Umsetzen der Zusammenarbeit

Eine Kommunikation während der interdisziplinären Zusammenarbeit ist unabdingbar, denn Kommunikation sorgt unter anderem für eine bessere Klientenzentrierung und Struktur in der Arbeitsweise (Mulvale et al., 2016). Hilfreich für eine klare Kommunikation im Umgang mit Kollegen kann dabei nicht nur die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) sein (WHO, 2018), sondern auch die Gesprächsführung nach C. Rogers.

2.3.1 Gesprächsführung nach Rogers

C. Rogers (1902-1987) ging davon aus, dass jeder besser als eine andere Person weiß, was das Beste für ihn ist oder was er braucht. Wenn einem Betroffenen ein Rahmen zur Selbsthilfe geboten wird, kann er sein innewohnendes Bedürfnis nach Veränderung und Selbstverwirklichung umsetzen (Kreuziger, 2000).

Es gibt 3 Bedingungen die für ein entwicklungsförderndes Klima notwendig sind:

- Kongruenz, Echtheit oder Authentizität

Je offener der Therapeut ist und keine Fassade aufbaut, desto wahrscheinlicher kann der Klient wachsen.

- Positive Aufmerksamkeit, Wertschätzung

Der Therapeut soll dem Klienten zugewandt sein und ihn uneingeschränkt akzeptieren.

- Emphatisches Verstehen

Die Gefühle und persönliche Bedeutung des Klienten nimmt der Therapeut wahr und versteht diese.

Carl Rogers sagt aus, dass dies nicht nur für Klient und Therapeut gilt, sondern auch für die Beziehungen zwischen Eltern-Kind, Leiter-Team, Führer-Gruppe, Lehrer-Student (Rogers, 1982).

Wenn diese 3 Bedingungen in einer Beziehung eingehalten werden, kann dies eine schwierige Situation entschärfen.

Hilfestellungen für Gespräche mit Ärzten oder Kostenträgern können in Leitlinien eingesehen werden. Diese interprofessionellen Leitlinien zielen auf eine bessere Versorgungsqualität von Klienten ab. Leitlinien enthalten den aktuellen Stand des Wissens und bieten Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen (Meiling & Oltman, 2015). Die Leitlinien sind in einer interprofessionellen Zusammenarbeit entstanden, um möglichst viele Aspekte zu betrachten und unterschiedliche Professionen u.a. in der Zusammenarbeit zu unterstützen. Der Therapeut kann anhand dieser Leitlinien für den Klienten sprechen, wenn er ihn nach C. Rogers wahrgenommen hat.

2.3.2 Kommunikation in der Zusammenarbeit

Das Kommunikationsquadrat oder auch 4-Ohren-Modell (Schulz von Thun Institut, o.J.) unterstützt ebenso die Gespräche und spielt somit in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen eine wichtige Rolle.



Abbildung 5: Kommunikationsquadrat (Schulz von Thun Institut, o.J.)

Das Senden und Empfangen einer Nachricht passiert nach Schulz von Thun auf vier Ebenen: Beziehungshinweis, Sachinhalt, Selbstkundgabe und Appell. Jede Äußerung beinhaltet Aussagen auf diesen 4-Ebenen und wird vom Kommunikationspartner auch auf diesen empfangen. Es ist egal, ob dies vom Sender so gewollt wurde. Für die Qualität der Kommunikation sind somit beide Kommunikationspartner verantwortlich. Es hilft, Äußerungen sehr deutlich zu formulieren, um Missverständnisse zu vermeiden (Schulz von Thun Institut, o.J.).

Ein Beispiel erläutert dies:

Tabelle 2: Kommunikationsbeispiel (von den Autoren.)

Situation	Sachebene	Selbstkundgabe	Beziehungshinweis	Appell
Eine Logopädin fragt die Ergotherapeutin, ob sie das Assessments COPM a-kids für die Zielformulierung genutzt hat.	Die Ziele sind anders als sonst.	Die Logopädin bemerkt, dass die Ziele alltagszentrierter sind oder nicht so alltagszentriert sind wie sonst.	Die Beziehung ist so professionell, dass die Logopädin wagt, ihre fachliche Unsicherheit in der Anwendung von Assessments zu zeigen	Schreibe das nächste Mal die Ziele wieder mit dem Assessment besser auf.
	Für die Ergotherapeutin als Empfänger bedeutet dies:			
	Es geht um die Ziele.	Der Logopädin ist etwas in meiner Zielformulierung aufgefallen.	Die Ergotherapeutin fühlt sich in ihrer Arbeit wertgeschätzt.	Die Logopädin will, dass ich in der Befundung immer Assessments verwende.

Bei der Anwendung des Kommunikationsquadrats auf die Zusammenarbeit im Berufsalltag wird deutlich, dass beide Seiten vorwiegend Informationen auf der Sachebene austauschen sollten und weniger auf der Ebene der Selbstkundgabe.

In der Literatur wird beschrieben, dass in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen Gespräche oft ausschweifend sind, ohne dass die wichtigsten Informationen weitergegeben werden. Dies macht die Zusammenarbeit wenig effektiv. Daher sollte die geleistete Arbeit der Kollegen mehr Wertschätzung und Respekt erhalten (Foronda et al., 2016; Makic et al., 2016). Hierfür ist auch eine Mitteilung auf der Beziehungsebene sinnvoll, die der Empfänger auch so verstehen sollte.

Strukturelle Hierarchien können eine gute Zusammenarbeit behindern (Harloff, 2009). Jede Berufsgruppe sollte sich der Tatsache bewusst sein, dass alle Seiten von einer Zusammenarbeit profitieren (Foronda et al., 2016; Makic et al., 2016). Eigene Meinungen sollten also mit einem hohen Anteil an Sachinhalt ausgesprochen werden, sodass der Empfänger dies nicht als persönlichen Angriff empfindet.

In dem „Kompetenzprofil Ergotherapie“ (s. 2.4.3) wird unter anderem eine Empfehlung für die Kommunikation aufgegriffen, in der beschrieben wird, dass Ergotherapeuten eine wertschätzende, effektive und zielgruppenspezifische Kommunikation nutzen sollten (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE e.V.), 2018, s. 2.4.3).

Teams können sich, wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben, aus verschiedenen Berufsgruppen zusammensetzen (Bronstein, 2003; Möller, S., 2014; Thomas, 2017). Der Unterricht in der Ausbildung verläuft fachspezifisch und enthält somit teilweise unterschiedliche Fachbegriffe, was die Kommunikation mit anderen Berufsvertretern erschwert (Foronda et al., 2016; Makic et al., 2016). Für eine einheitliche Terminologie kann der Klassifikationskatalog „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) genutzt werden.

2.3.3 Nutzen der ICF in der Zusammenarbeit

Um eine für alle Gesundheitsberufe gemeinsame und internationale Terminologie zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes eines Menschen zu schaffen, wurde 1980 von der WHO die erste Fassung der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ herausgegeben. Sie beinhaltet ein Klassifikationsschema von Krankheiten und Behinderungen. Nach mehreren Überarbeitungen wurde 2001 die noch heute gültige ICF von der WHO veröffentlicht. Die deutschsprachige Übersetzung wurde von dem deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2005 erstellt (DIMDI, o.J.). Inzwischen wird die ICF in 71 Ländern angewendet (WHO, 2018). Unter dem Einfluss der World Federation of Occupational Therapy (Weltverband Ergotherapie) nimmt das Bestreben, die ICF zu nutzen, zu (Hocking & Ness, 2004).

Die ICF orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell, das den Menschen nicht defizitorientiert betrachtet (Lüdeking, 2016). Innerhalb der ICF wird eine neutrale Sprache angewandt (Farrell, Anderson, Hewitt, Livingston & Stewart, 2007). Sie betrachtet damit den Lebenshintergrund eines Klienten und das Gesundheitsproblem mit den jeweiligen Wechselwirkungen (Roth, 2014). Dies entspricht dem Blickwinkel der Ergotherapie, die den Klienten ganzheitlich betrachtet (Pernambuco, de Carvalho Lana & Polese, 2018).

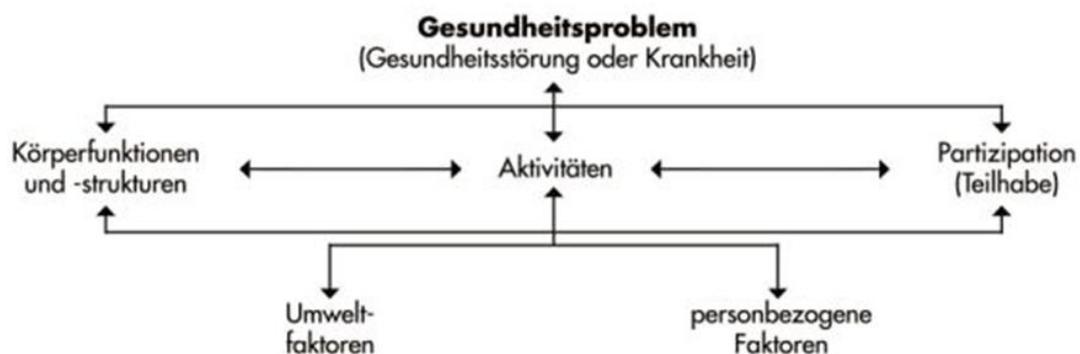


Abbildung 6: bio-psycho-soziale Modell (DIMDI, o.J.)

Hielten sich alle medizinischen Berufe an die Begrifflichkeiten der ICF, träten weniger Missverständnisse zwischen den Berufsgruppen auf (Jäger, 2014; Lüdeking, 2016). Besonders in multiprofessionellen Teamsitzungen sind die Begrifflichkeiten der ICF

geeignet und werden in diesem Kontext auch am meisten angewandt (Farrell et al., 2007). Der Therapeut betrachtet den Klienten ressourcenorientiert, der Arzt beurteilt den Patienten defizitorientiert (Osswald, 2008). Treten aufgrund der unterschiedlichen Sichtweise Missverständnisse auf, kann es hilfreich sein, in den Katalog zu schauen, da Begriffe oft unterschiedlich verwendet werden, aber in der ICF eine eindeutige Definition nachzulesen ist (Roth, 2014). Sie hilft allen Gesundheitsberuflern sich über den Gesundheitszustand eines Patienten/ Klienten fachübergreifend auszutauschen und Auswirkungen auf die verschiedenen Ebenen (s. Abb. 6) zu beachten (Janssen, 2018). Die ICF beschreibt, wie stark die Probleme des Klienten dessen Alltag belasten. Das wichtigste Ziel der ICF ist eine Verbesserung der Kommunikation aller Gesundheitsberufe (Roth, 2014). Beachtet das gesamte Therapeutenteam die Kontextfaktoren eines Klienten, kann diesem besser geholfen werden (Janssen, 2018).

Die ***holistische** (ganzheitliche) Sichtweise der Ergotherapeuten hilft, Rückschlüsse aus Klientenerzählungen auf andere Tätigkeitsfelder im Alltag zu ziehen. Um zu beurteilen, wie stark die Beeinträchtigungen des Klienten sind, ist es hilfreich, passende Assessments zu wählen, die diese analysieren. Beispielsweise können mit dem „Canadian Occupational Performance Measure“ (COPM) die Teilhabe- und Aktivitätskomponenten erfasst werden (Roth, 2014).

Für einen geübten ICF-Nutzer wird die Problemanalyse durch die ICF erleichtert (Roth, 2014). Für das bessere Verständnis der ICF veröffentlichte Grampp (2018) ein Buch mit dem Titel „Die ICF verstehen und nutzen“. Dies zeigt, dass die Anwendung der ICF auch Professionals erklärt werden muss.

Dies sagt auch die englischsprachige Literatur aus, „*it takes too long to utilize*“ (Farrell et al., 2018, S. 223). Die meisten Professionals wissen zu wenig über die ICF (Pernambuco et al., 2018).

Aber Roth (2014) sagt: „*Wer die ICF-Denkweise verinnerlicht und die Klassifikation in seiner Arbeit nutzt, wird einen Zeitgewinn spüren, beim Berichtschreiben, beim Einarbeiten von neuen Mitarbeitern oder in fachlichen Diskussionen*“ (S. 23).

2.4 Ergotherapie

Die nachfolgenden Kapitel verknüpfen die Zusammenarbeit explizit mit der Ergotherapie.

2.4.1 Historischer Hintergrund der Ergotherapie in Deutschland

Die Geschichte der Ergotherapie begann in Deutschland im 20. Jahrhundert, mit der Einführung der Arbeitstherapie in der psychiatrischen Anstalt Gütersloh durch den Psychiater und Klinikleiter H. Simon im ersten Weltkrieg. Er führte für psychisch Kranke eine regelmäßige arbeitsähnliche Tätigkeit unter therapeutischen Gesichtspunkten ein. Mit dieser Methode erzielte Simon Behandlungserfolge (Kubny-Lüke, 2007; Falkai & Riecher-Rössler, o.J.).

Der Wandel von der Arbeitstherapie zur Beschäftigungstherapie begann im zweiten Weltkrieg, als viele Kriegsverletzte gezielte Rehabilitationsmaßnahmen benötigten (Falkai et al., o.J.).

1947 fand in Deutschland erstmals ein halbjähriger Kurs für Beschäftigungstherapeuten in Bad Pyrmont statt. Seitdem wurden verschiedene Arbeitsgemeinschaften gegründet, um den Beruf weiterzuentwickeln (Kubny-Lüke, 2007).

1954 wurde der DVE e.V. gegründet. Dieser fördert die Entwicklung des Berufsstandes der Ergotherapeuten bis heute (DVE e.V., 2014). Weiterhin gibt es seit 2004 den BED e.V. (Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.), der sich ebenfalls für die Weiterentwicklung der Ergotherapie einsetzt (BED e.V., 2004).

Ergotherapie Definition (BED e.V., 2014)

„Ergotherapie behandelt Menschen mit angeborenen oder erworbenen Einschränkungen in jedem Lebensalter zum Zweck der Genesung, der Verbesserung oder der Kompensation für eine größtmögliche selbständige und selbstbestimmte Lebensführung. Dabei steht innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung vor allem die Gesamtheit des jeweiligen Patienten mit seinen Bedürfnissen und die Beziehungen seiner einzelnen körperlichen und psychischen Teilbereiche zueinander im Vordergrund (ganzheitlicher Behandlungsansatz) also nicht nur die ausschließliche Behandlung der jeweils betroffenen Areale oder Körperteile.

Bewegungsabläufe, Wahrnehmungen und psychische Empfindungen werden (wieder) hergestellt, trainiert, mit Hilfsmitteln kompensiert oder der Verlust dieser Funktionen verhindert bzw. deren Verlust zumindest zeitlich verzögert und sodann kompensiert. Ergotherapie ist als Heilmittel von den Gesetzlichen Krankenkassen anerkannt und wird auch im Rahmen der Prävention eingesetzt.“

Um den Stand der Ergotherapie zu festigen, wurden in den unterschiedlichen Paradigmen Modelle für die Umsetzung und Belegbarkeit entwickelt.

2.4.2 Die 6 Säulen der Ergotherapie

Ergotherapie wird von anderen Disziplinen in der Zusammenarbeit aufgrund vieler gemeinsamer Grundannahmen als positiv wahrgenommen. Gründe dafür sind die ressourcenorientierte Sichtweise auf den Klienten und die praktischen Fertigkeiten (Möller, M. et al., 2014). Um eine positive interdisziplinäre Zusammenarbeit zu gestalten, sollte die eigene Berufsidentität klar sein und die Berufsrollen und Kompetenzen in einem Team ausreichend besprochen werden (Bronstein, 2003).

Die 6 Säulen der Ergotherapie stellen die umfassenden Tätigkeitsfelder der Ergotherapeuten dar und bilden somit einen Teil der Berufsidentität.

Das erste Säulenmodell der Ergotherapie enthielt 4 Säulen (von links 1-4) (le Granse, van Hartingsveldt, Kinébanian, 2012). Diese sollten als Grundlage jeder Behandlung genutzt werden. Die holistische Sichtweise auf den Menschen, die im 20./ 21. Jahrhundert mit

dem kontemporären Paradigma zurückkehrte, verstärkte die Bedeutung der Beziehung der Person zur Betätigung im Alltag und zur Umwelt (Kielhofner, 2009-a).

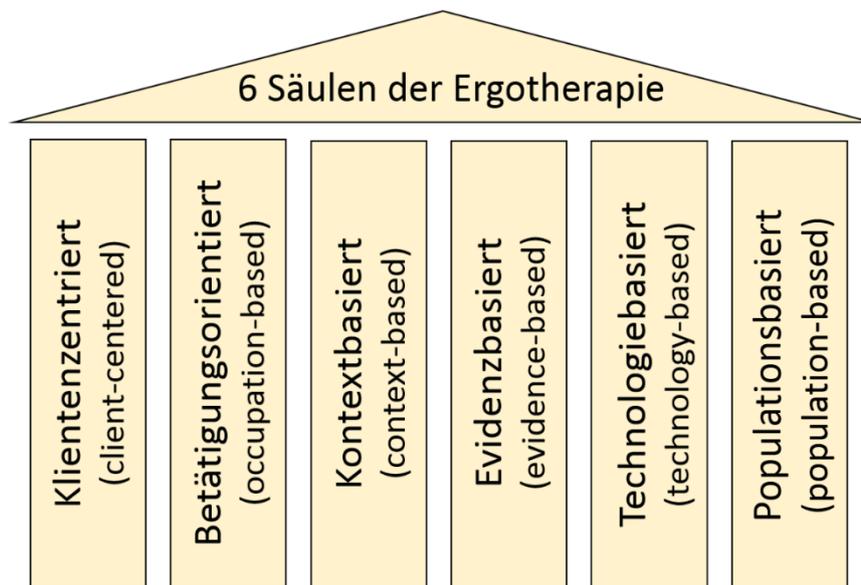


Abbildung 7: 6 Säulen der Ergotherapie (eigene Darstellung der 6 Säulen, 2018)

In den folgenden sechs Abschnitten werden die einzelnen Säulen der Ergotherapie näher erläutert. Anschließend wird der Bezug zur Zusammenarbeit dargestellt.

- Die Säule „Klientenzentriert“ fordert die Ergotherapeuten auf, die Klienten in die Entscheidungsfindung für eine optimale Behandlung mit einzubeziehen. Die Therapeuten respektieren den Klienten mit seinen Erfahrungen und seinem Wissen (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Saenger, 2017).
- Die Art und Weise des Denkens und Handelns der Ergotherapeuten wird durch die „Betätigungsorientierte“ Säule dargestellt. Ergotherapeuten nutzen ihre Beobachtungen über die Ausführung alltäglicher Aktivitäten eines Klienten, um geeignete Veränderungen zur Behebung/ Besserung bei beobachteten Schwierigkeiten anzuregen (Cup et al., 2017).
- Bei einer regelmäßigen Zusammenarbeit mit Kollegen wird die Säule „Kontextbasiert“ berücksichtigt. Dies trifft zu, wenn Ergotherapeuten im pädiatrischen Bereich, z.B. in einer Schule oder einer Kindertagesstätte, arbeiten. Sie unterstützen Kinder mit Aufmerksamkeitsdefiziten oder graphomotorischen Schwierigkeiten in der jeweiligen Einrichtung. Lehrer oder Erzieher werden von Ergotherapeuten im Umgang mit Kindern gecoacht (Cup et al., 2017).
- Die Säule „Evidenzbasiert“ sagt aus, dass die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse für eine effektive und effiziente Behandlung des Klienten genutzt werden sollen (Cup et al., 2017).

- Die Technologisierung führt zu therapeutischen Möglichkeiten und zu neuen technischen und medizinischen Hilfsmitteln. Diese neuen Technologien sollen in die Arbeit von Ergotherapeuten integriert werden, indem die Klienten bei deren Gebrauch beraten und begleitet werden. Ein Beispiel hierfür wäre ein Überwachen der Aktivitäten von älteren Menschen, damit sie länger Zuhause wohnen können. Dies ist der Säule „Technologiebasiert“ zuzuordnen (Cup et al., 2017).
- In der Säule „Populationsbasiert“ arbeitet der Ergotherapeut nicht nur mit einzelnen Klienten, sondern ermöglicht Personengruppen gesellschaftliche Teilhabe. Diese Versorgungsart zielt darauf ab, gefährdete Gruppen der Bevölkerung zu unterstützen und deren Gesundheit zu verbessern. Die Bedürfnisse und Besonderheiten dieser Gruppe werden berücksichtigt (Cup et al., 2017).

2.4.2.1 Anwenden der 6 Säulen

Im Austausch mit anderen Berufsgruppen ist es von Bedeutung, die Wünsche des Klienten in den Vordergrund zu stellen und sich als Therapeut für diesen einzusetzen, um eine klientenzentrierte Behandlung zu erreichen (Sugavanam, Mead, Bulley, Donaghy & van Wijck, 2012). Die Kernkompetenz der Ergotherapie ist die Betätigung (Frank & Schloemer, 2015). Betätigung sollte sowohl Ziel als auch Medium in der ergotherapeutischen Intervention sein. Ergotherapeutische Modelle unterstützen die Therapeuten hierbei (Merklein de Freitas, 2015). Betätigung hat soziale, körperliche, emotionale, spirituelle und psychologische Dimensionen (Götsch, 2011). Dies kann nur durch eine regelmäßige Reflexion über den Beruf und die praktische Umsetzung theoretischer Erkenntnisse in den Alltag der Klienten erfolgen (Kielhofner, 2009-b).

Der Kontext ist ein wesentlicher Faktor für die Unterstützung oder Hemmung von Betätigung (Frank et al., 2015). Das gleiche Behandlungsziel wird von unterschiedlichen Professionen anders angegangen (Janis et al., 2016). Daher ist eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen bei der Therapie von Erkrankungen/ Behinderungen umfangreicher und ganzheitlicher für das Klientel. Im Assessment COPM wird ebenfalls die Umwelt abgefragt (Marotzki & Reichel, 2011).

Die Behandlung evidenzbasiert zu stützen, hilft, die Behandlung sowohl für den Klienten als auch für Angehörige und Kostenträger greifbarer zu machen (Meiling et al., 2015). Die „Niederländischen Berufskompetenzen“ beinhalten die Kompetenz des „Forschens“. Probleme und Fragen in der Berufspraxis sollen erkannt und erforscht werden, um so eine bessere Versorgungsleistung für den Klienten zu erreichen (Verhoef & Zalmstra, 2013).

Das ***Exoskelett** zum Gehen für Querschnittsgelähmte braucht ein gutes Team, das den Betroffenen unterstützt (Honey, 2018). Der Mobot, eine Mischung aus Roboter und Rollator, hilft, dass gangunsichere Personen besser Aufstehen und Gehen können (Rabl, 2016). Dies sind zwei beispielhafte Hilfsmittel, die durch die Technologisierung möglich sind.

Damit auch Randgruppen von der Ergotherapie profitieren, gab es in Brasilien ein Projekt, in dem es darum ging, Aktivitäten für die Kinder eines Wohnblockes zu entwickeln. Die Ergotherapeuten haben dabei mit Künstlern, Musikern und Mitarbeiter des Sozial- und Kulturamtes zusammengearbeitet (Schmidt, 2013). In Deutschland wurde 2012 die Projektgruppe „Gemeinwesensorientierte Ergotherapie“ ins Leben gerufen. Ergotherapeuten sollten vor Ort mit den betroffenen Menschen arbeiten. Dies ist ein wichtiger Schritt in Bezug auf ***Inklusion** und Teilhabe von sozial benachteiligten Gruppen (Schiller, Zinkstok & Engelen, 2017).

Um die 6 Säulen in der ergotherapeutischen Arbeit und der interdisziplinären Zusammenarbeit umzusetzen, braucht der Ergotherapeut gewisse Kenntnisse und Kompetenzen. Auf diese gehen die Autoren in dem folgenden Kapitel ein.

2.4.3 Ergotherapeutische Kompetenzen

Im Ethikkodex und den Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie des DVE (2005) wird die Gestaltung beruflicher Beziehungen aufgegriffen.

- *„Ergotherapeuten erkennen die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit als unerlässlich und respektieren die spezifischen Beiträge anderer Berufsgruppen.“* (DVE e.V., 2005, S. 3).
- *„Ergotherapeuten respektieren die Bedürfnisse und/oder die Verantwortungsbereiche der Kollegen“* (DVE e.V., 2005, S. 11).

2017 gründete der DVE eine Projektgruppe, die sich mit dem Kompetenzprofil von Ergotherapeuten und der Modularisierung der Ausbildung zum Ergotherapeuten auseinandersetzt. Als erstes soll ein Kompetenzprofil Ergotherapie entwickelt werden, in dem die zu erwerbenden Kompetenzen innerhalb einer ergotherapeutischen Ausbildung beschrieben sind. Im Juni 2018 entstand das erste Diskussionspapier über die Kompetenzen der Ergotherapie (DVE e.V., 2018). Die Kompetenzen sind in der nachfolgenden Abbildung dargestellt. Die Autoren gehen auf die beiden Kompetenzen „Kommunikation“ und „Zusammenarbeit“ ein, da sie Schwerpunkte der Forschungsfrage sind.

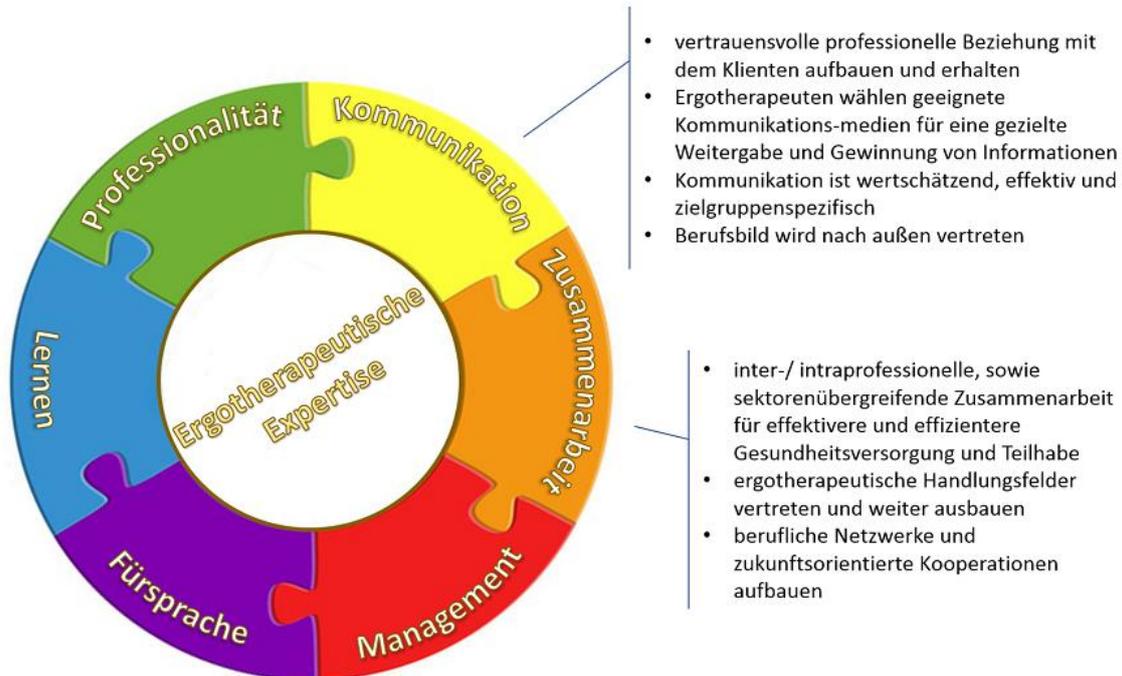


Abbildung 8: Kompetenzen der Ergotherapie (adaptiert nach DVE e.V., 2018)

Die „Kommunikation“ taucht hier erneut als Thema auf. Diese wurde in Kapitel 2.3.2 näher erläutert. Die Kompetenz „Zusammenarbeit“ hat für diese Bachelorarbeit besondere Bedeutung, weil die Autoren zum einen bei ihrer Umfrage auf die freiwillige Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten angewiesen waren, die einen umfangreichen Fragenkatalog beantworten sollten, zum anderen die Evaluation der Zusammenarbeit von Berufen im Gesundheitswesen das Thema dieser Arbeit ist.

Auch in den Ausbildungszielen der zu erlernenden Berufskompetenzen für Ergotherapeuten in den Niederlanden ist die Zusammenarbeit innerhalb- und außerhalb der eigenen Fachdisziplin als zu erlernende Berufskompetenz für den ergotherapeutischen Studiengang seit 1999 festgelegt (Zuyd Hogeschool, 2017).¹

Die Berufskompetenzen finden in allen Fachbereichen der Ergotherapie Anwendung. In Anbetracht der Forschungsfrage geht das folgende Kapitel auf die ambulante Pädiatrie genauer ein.

2.4.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten Pädiatrie

Wenn die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Berufsgruppen des Gesundheitswesens in der Pädiatrie genauer betrachtet wird, ist diese interdisziplinären Zusammenarbeit zur Diagnostik und Intervention erforderlich (Christie, 2007; Franke & Fervers-Marten, 2016). Administrative Unterstützung, berufliche Autonomie und Zeit und Raum für eine Zusammenarbeit sind dabei relevante strukturelle Einflüsse (Bronstein, 2003).

¹ Interne Quelle

In den vorherigen Kapiteln wurden bereits viele Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit abgehandelt. Es stellt sich die Frage: Wie gelingt Ergotherapeuten die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten Pädiatrie?

In der ambulanten Ergotherapie kann es im Praxisalltag oft schwer sein, andere Berufsgruppen wie z. B. Lehrer zu kontaktieren. Den potentiellen Partnern einer Zusammenarbeit fehlt es manchmal an Zeit und Bereitschaft, diese zu beginnen und fortzuführen. Es vergeht oft viel Zeit bis ein Telefonkontakt zustande kommt. Ein für die Pädiatrie entwickelter Einschätzungsbogen beinhaltet einen Teil, der von den Lehrern auszufüllen und einen zweiten, der als Selbsteinschätzung durch den Schüler zu beantworten ist. Dieses Assessment ergänzt die Befunderhebung des Ergotherapeuten, damit dieser relevante Informationen beispielsweise zum Verhalten des Kindes in der Schule erhält und einen ganzheitlicheren Blick auf den Klienten bekommt (Bäumler et al., 2015).

In Deutschland wurde 2009 die Inklusion in den Schulen eingeführt (Böhme, 2016). Durch die Inklusion von Kindern mit sonderpädagogischen Förderbedarf in die Schulklassen an allgemeinbildenden Schulen gewinnt die Zusammenarbeit zwischen den Erziehungsberufen und Ergotherapeuten nochmals größere Bedeutung für die Pädiatrie. Wenn alle beteiligten Berufsgruppen an einem Strang ziehen, werden schnellere Erfolge erzielt (Bäumler et al., 2015).

In Berlin findet aufgrund von fehlenden Rahmenbedingungen und wenig Kenntnissen über die Berufsbilder und deren Know-How wenig interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kindertageseinrichtungen und Ergotherapeuten statt. Die Mitarbeiter in den Kindertageseinrichtungen haben im Durchschnitt nur einmal im Jahr Kontakt mit Ergotherapeuten. Allerdings sehen auch die Mitarbeiter der Kindertageseinrichtungen einen großen Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit, weil es ihnen schwerfällt, den ergotherapeutischen Bedarf der Kinder einzuschätzen (Hinderks & Beyer, 2016).

In Hamburg dagegen entstand vor knapp 17 Jahren ein interdisziplinäres Netzwerk Kindertherapie. Jeden Monat treffen sich Angehörige verschiedener Berufsgruppen, um sich interprofessionell auszutauschen, Fallbeispiele zu besprechen und Projekte zu erarbeiten. Das Wohl der Kinder und Eltern steht hierbei im Vordergrund. Es entsteht eine Vertrauens- und Verständnisbasis zwischen den Therapeuten, die Eltern profitieren von der interprofessionellen Beratung und Therapie und deren Kinder von der effektiven Zusammenarbeit (Herz, 2016). Auch andere Städte wie Osnabrück entwickeln ähnliche Ideen. Dort ist ein Arbeitskreis zwischen Ärzten und Ergotherapeuten entstanden, um die Diagnostik und Behandlung von Kindern effektiver zu gestalten (Wolff, Stade & Jauschek, 2014).

2.5 Relevante Rechtsrahmen für die Ergotherapie in Deutschland

Wie jeder Beruf in Deutschland unterliegt die Ergotherapie Rechtsrahmen. Nachfolgend sind diejenigen aufgeführt, die relevant für diese Forschungsarbeit sind.

2.5.1 Ergotherapeutische Ausbildung

In Deutschland kann nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten vom 2. August 1999 mit der letzten Änderung im April 2016 eine dreijährige Ausbildung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit theoretischen und praktischen Anteilen erfolgen (§ 1, Abs. 1 ErgThAPrV). Ebenso ist ein duales Studium oder ein Studium nach der Ausbildung möglich.

Der Vergleich mit den USA zeigt, dass unter deren gesetzlichen Rahmenbedingungen die Ausbildung anders verläuft. Dort gibt es zwei ergotherapeutische Professionen, einen Assistenten mit zweijähriger Ausbildung und registrierte Ergotherapeuten mit vierjährigem Studium zum Bachelor (Patrick, o.J.).

2.5.2 Krankenkassen

Für einen deutlich verbesserten Rechtsrahmen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit führte der Gesetzgeber 2003 das „GKV-Modernisierungsgesetz“ ein (Bundesgesetzblatt Teil 1, 2003).

Die Neufassung des § 140a-d beinhaltet vor allem folgenden Aspekt: *„Die Krankenkassen können mit den Leistungserbringern Verträge über „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ (§ 140a, Abs. 1) abschließen. Es handelt sich insofern um eine sehr weite Fassung integrierter Versorgung, als sie nicht zwingend transsektorale Behandlungen voraussetzt, sondern sich auch mit einer interdisziplinären fachübergreifenden Versorgung begnügt.“* (Svr-Gesundheit, 2007, S. 217).

Durch eine fachübergreifende Versorgung der Patienten, kann eine Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen überhaupt erst zustande kommen. Laut Versorgungsgutachten von 2009 mangelt es trotz des Gesetzes der GKV in Deutschland an sektorübergreifender Versorgung und interdisziplinärer Kooperationen im Gesundheitsbereich. Optimale Therapien sind jedoch interdisziplinär ausgerichtet (Harloff, 2009).

2.5.2.1 Hilfsmittelversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen

Ergotherapeuten sind u.a. zuständig für die Hilfsmittelversorgung bei Kindern und Erwachsenen. In Deutschland erfolgt die Finanzierung der Hilfsmittel bei gesetzlich versicherten Personen über die Krankenkassen.

Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Hilfsmitteln, nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist (§ 33 Abs. 5a SGB V). Dient das Hilfsmittel also rein dem Ausgleich einer Behinderung und geht von dem Produkt weder ein therapeutischer noch ein prophylaktischer Effekt aus (wie z.B. eine Kommunikationshilfe), ist eine Verordnung entbehrlich. Sofern die Krankenkassen nicht auf eine Genehmigung der beantragten Hilfsmittel verzichten, kann der Antrag auf eine

Bewilligung des Hilfsmittels beispielsweise durch einen Medizinischen Dienst geprüft werden (§ 33 Abs. 5b SGB V).

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit kann bei der Hilfsmittelversorgung, also zwischen Ergotherapeuten und dem verordneten Arzt stattfinden oder mit weisungsgebundenem Personal, wie dem medizinischen Dienst, bei Prüfung des Antrages.

2.5.3 Interdisziplinäre Versorgung in den Kindertagesstätten oder Frühförderstellen

Durch das Sozialgesetzbuch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung wird in § 46 Früherkennung und Frühförderung eine „Komplexleistung Frühförderung“ erwähnt. Diese betont insbesondere, dass Frühförderung als interdisziplinär zu erbringender Leistung für behinderte und von Behinderung bedrohte sowie entwicklungsgefährdete oder entwicklungsverzögerte Kinder anzusehen ist.

Dies eröffnet Perspektiven für die Leistungserbringer und verdeutlicht die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit.

2.5.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in allgemeinbildenden Schulen

Die Gesetzgebungskompetenz für die Schulen obliegt den Ländern. Die Schulgesetze der Bundesländer sind daher verschieden. Es gibt keine einheitlichen gesetzlichen Regelungen und somit keine klaren Vorgaben für die Arbeit der Ergotherapeuten an den Regelschulen (Bäumler et al., 2015).

Deshalb unterstützen und fördern Ergotherapeuten Schüler in Deutschland überwiegend in den Therapiepraxen und ein guter Alltagstransfer ist nur möglich, wenn der Austausch zwischen Grundschulkind, Eltern, Lehrer und Ergotherapeuten gelingt (Bäumler et al., 2015).

In Schleswig-Holstein kann ein gemeinsamer Unterricht mit Ergotherapeuten und Lehrern stattfinden und Ergotherapeuten können in den Regelschulen angestellt werden. Dies ist in dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Schulwesens in Schleswig-Holstein vom Januar 2017 § 5, Absatz 2 festgelegt:

„Schülerinnen und Schüler sollen unabhängig von dem Vorliegen eines sonderpädagogischen Förderbedarfs gemeinsam unterrichtet werden, soweit es die organisatorischen, personellen und sächlichen Möglichkeiten erlauben und es der individuellen Förderung der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf entspricht (gemeinsamer Unterricht).“

Im Schulgesetz für Mecklenburg-Vorpommern vom Januar 2017 § 35, Absatz 2 ist beschrieben:

„Formen dieses gemeinsamen Unterrichts in der allgemeinbildenden Schule (§ 11, Absatz 2, Nummer 1, Buchstabe a-e) oder der beruflichen Schule sind sonderpädagogische Beratung und bei Bedarf stundenweise zusätzliche sonderpädagogische Förderung im oder neben dem Unterricht, je nach Art und Schwere der Beeinträchtigung.“

In Mecklenburg-Vorpommern erhalten Kinder mit verschiedenen Auffälligkeiten, sonderpädagogische Hilfen beispielsweise von externen Ergotherapeuten stundenweise parallel zum Unterricht oder in der Schulstunde.

In Hinblick auf die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, könnte sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Schleswig-Holstein an Regelschulen besser gestalten, da wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben, Teamsitzungen eine wichtige Rolle spielen und Ergotherapeuten daran teilnehmen können, wenn sie beim Schulträger angestellt sind.

3. Methode der Datenerhebung und -auswertung

In den folgenden Kapiteln werden das Studiendesign, die Datenerhebung, methodische Aspekte sowie die Datenauswertung beschrieben.

3.1 Art der Untersuchung

Die Literatur unterscheidet zwischen einem quantitativen und qualitativen Studiendesign. Mithilfe des Fragebogens wollten die Autoren, die Erfahrungen und das Erleben der interdisziplinären Zusammenarbeit von den Teilnehmern erheben. Sie wählten ein quantitatives Studiendesign aus (Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016).

Es stehen bereits viele Studien, zu den Vor- und Nachteilen, der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Verfügung. In diesen wird auch deren Gestaltung beschrieben. Deswegen ist es nicht notwendig, eine qualitative Exploration dieses Themengebietes durchzuführen. Es gibt wenige Studien darüber, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten Ergotherapie in der Praxis umgesetzt wird und welche Erfahrungen mit dieser Zusammenarbeit gemacht wurden. Da Charakteristika einer Population beschrieben werden sollen, bietet sich eine quantitative Methode an. Durch eine Umfrage können Daten erhoben und ausgewertet werden. Es ist möglich, erste Korrelationen (Beziehungen) abzuschätzen (Ritschl, Hirman, Huber & Stamm, 2016).

Die deskriptive Statistik wird zur Beschreibung von empirisch erhobenen Daten genutzt. Hierfür stehen unterschiedliche Methoden wie Grafiken und Tabellen zur Verfügung (Perkhofer, 2016).

Im Rahmen der Bachelorarbeit nutzen die Autoren das Studiendesign einer Querschnittsstudie. Dieser Studientyp ist den Beobachtungsstudien zuzuordnen. Hierbei wird eine Personengruppe mittels eines Surveys befragt, um die Forschungsfrage zu beantworten. Bei dieser Studienart existiert nur ein Messpunkt, im Gegensatz zu anderen Studiendesigns, die mehrere Messpunkte und/ oder Kontrollgruppen aufweisen (Mehrholz, 2010). Eine Längsschnittstudie würde zu mehreren Zeitpunkten durchgeführt werden und die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungswellen vergleichen (Perkhofer, 2016).

3.2 Vorgehen/ Zeitplanung

Die Autoren entwickelten zu Beginn der wissenschaftlichen Arbeit einen Zeitplan, um sich bewusst zu werden, welche Arbeitsschritte im Verlauf anstehen. Außerdem diente dieser als Strukturhilfe während der Arbeitsphase.

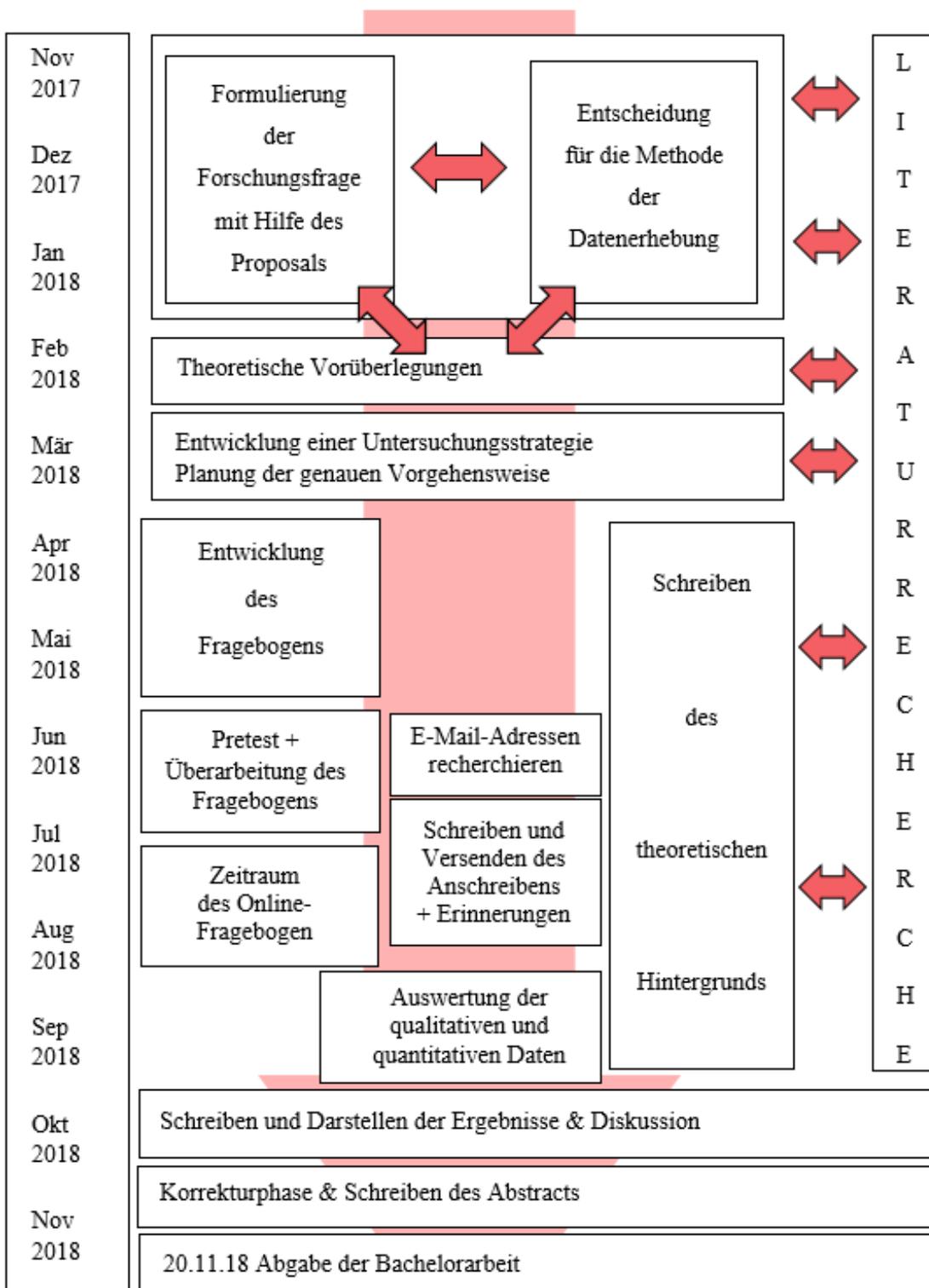


Abbildung 9: Vorgehen/ Zeitplanung

3.3 Literaturrecherche

Für die Entwicklung des theoretischen Hintergrundes erstreckte sich die Literaturrecherche über die gesamte Bearbeitungszeit der Bachelorarbeit. In der Erkundungsphase wurde Literatur gesichtet, womit sich die Autoren einen Überblick über den aktuellen Wissenstand in der Thematik verschafften (Weiß, 2010).

Die Autoren begannen ihre Literatursuche in der theoretischen Phase (Weiß, 2010) mit der Hand-Search-Strategie auf den Online-Datenbanken, wie Pubmed, Google, Google Scholar, AOTA, Online-Bibliothek der Zuyd Hogeschool (Möglichkeit zur Einsicht in Fachzeitschriften aus verschiedenen Ländern), DVE und PEDro mit beispielsweise den englischen und deutschen Schlüsselwörtern „Zusammenarbeit, Teamarbeit, interdisziplinäre Zusammenarbeit“.

Die Suche wurde im Verlauf der Erstellung der Bachelorarbeit gezielter, indem die Schlüsselwörter durch Operatoren kombiniert wurden. Eine detaillierte Auflistung der Schlüsselwörter und Operatoren ist in Anlage 1 dargestellt. Drei durchgeführte Suchverläufe werden beispielhaft im Detail beschrieben. In der Auswahl wurde auf die Aktualität der Literatur geachtet.

Die Trefferzahlen zu den Schlüsselwörtern waren in der Regel hoch. Zur Gesprächsführung und der Zusammenarbeit in der ambulanten Ergotherapie ist kaum bzw. sehr wenig Literatur publiziert.

Die Qualität der verwendeten Studien wurden unter Verwendung der Evidenzpyramide von Tomlin und Borgetto (2011) beurteilt. Je nach Studienart wurden zum Teil die quantitativen, sowie qualitativen LAW-Kriterien genutzt (Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch & Westmorland, 1998-a+b). Für Reviews wurde zur Bewertung das PRISMA genutzt (Ritschl, Stamm & Unterhumer, 2016). Dies ist ebenso in der Anlage 1 für drei Studien dargestellt.

Ebenso sichteten die Autoren Fachbücher für die Erstellung der theoretischen Arbeit.

Nachdem die Basis des theoretischen Hintergrundes fertiggestellt war und nur noch detaillierter werden musste, begannen die Autoren mit der Erstellung des Fragebogens.

3.4 Methode des Fragebogens

Die Autoren entschieden sich für einen wissenschaftlichen Fragebogen, als Messinstrument. *„Ein Fragebogen ist eine mehr oder weniger standardisierte Zusammenstellung von Fragen, die Personen zur Beantwortung vorgelegt werden mit dem Ziel, deren Antworten zur Überprüfung der den Fragen zugrundeliegenden theoretischen Konzepte und Zusammenhänge zu verwenden. Somit stellt ein Fragebogen das zentrale Verbindungsstück zwischen Theorie und Analyse dar.“* (Porst, 2009, S. 14).

Mit der Planung der Datenerhebung begann die analytisch-statistische Phase (Weiß, 2010). Wie in Kapitel 3.1 beschrieben wurde, liegt bereits viel Theorie und generiertes Wissen zum Thema interdisziplinäre Zusammenarbeit vor. Die Autoren greifen auf zugrundeliegende Theorien und Kenntnissen zur Erstellung eines spezifischen wissenschaftlichen Fragebogens zurück.

Zuerst wurde festgelegt, an welche Zielgruppe sich der Fragebogen richten soll. Die Zielgruppe sind Ergotherapeuten, die seit mindestens einem halben Jahr berufstätig sind und die im ambulanten pädiatrischen Setting arbeiten. Um Kosten, Papier und Aufwand zu sparen, wurde beschlossen, eine Online-Befragung durchzuführen. Außerdem wird durch diese verhindert, dass Kreuze zwischen zwei Antwortmöglichkeiten gesetzt werden (z.B. auf Papier, zwischen gut und befriedigend) und die Frage deshalb für die Auswertung ungültig ist (Porst, 2009). Ein Fragebogen sollte immer kurz und präzise gestaltet werden. Wenn zu viele Fragen gestellt werden, kann es zu einem sogenannten „speeding“ kommen. Hierbei werden Fragen, um Zeit zu sparen, nur oberflächlich beantwortet. Die Teilnehmer stecken so weniger Zeit in die Beantwortung der einzelnen Fragen (Kirchhoff, Kuhnt, Lipp & Schlawin, 2001; Perkhofer & Oberhauser, 2016).

Nachdem die Rahmenbedingungen feststanden, wurde der Fragenkatalog erstellt.

3.4.1 Entwicklung der Fragekategorien

Die Autoren erstellten zunächst eine Mind-Map mit allen Bereichen, die sie als relevant für den Fragebogen empfanden. Wissenschaftliche Erkenntnisse sollten berücksichtigt werden (Porst, 2009). Das gewonnene Wissen aus der Literaturrecherche wurde zur Erstellung des Fragebogens genutzt. Aussagen der Literatur sollten durch die Teilnehmer bestätigt oder widerlegt werden.

Bei einer ausreichenden Verknüpfung zwischen Theorie und gestellten Fragen können aus den Teilnehmerantworten gute Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage gewonnen werden (Perkhofer et al., 2016). Bei der Zusammenstellung des Fragebogens legten die Autoren fest, dass Fragen schwerpunktmäßig zu folgenden Themen gestellt werden sollten:

- Kapiteln 2.2.1 Teamarbeit und Teamsitzungen
- Kapitel 2.2.3 Model für die interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Kapitel 2.3.2 Die Kommunikation in der Zusammenarbeit
- Kapitel 2.4.4 Die Zusammenarbeit in der ambulanten Pädiatrie

Entwickelte Fragen wurden zunächst in einem Word-Dokument gesammelt. Ein Fragebogen sollte in Themenblöcke untergliedert werden, die zusammengehörige Fragen bündeln (Perkhofer et al., 2016). Am Ende ergaben sich sechs Themenschwerpunkte:

- Personenbezogene Fragen
- Berufsbezogene Fragen
- Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
- Klientel und Therapieteilschritte
- Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit
- Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit

Eine logische Reihenfolge der Fragen sollte den Befragten helfen, den Fragebogen besser und konzentrierter zu beantworten (Kirchhoff et al., 2001; Perkhofer et al., 2016). Die Fragen müssen so verständlich sein, dass die Befragten relevante Informationen aus dem Gedächtnis abrufen und sich ein eigenes Urteil bilden können (Porst, 2009).

Neben einer nachvollziehbaren Struktur soll sich ein gewisser Spannungsbogen durch den Fragebogen ziehen (Perkhofer et al., 2016). Der Spannungsbogen bildet eine Spannungskurve, die am Anfang flach anläuft und dann die Motivation und das Interesse der Befragten erhält (Weigel, 2015; Perkhofer et al., 2016). Einfache, soziodemografische Fragen standen am Anfang. Danach wurde ein „Trichter“ genutzt, der von allgemeinen zu spezifischen Fragen überging. Für den Befragten wurden durch Verzweigungs-/Filterfragen unrelevante Fragen übersprungen (Weigel, 2015). Je deutlicher Struktur und Spannungsbogen erkennbar sind, desto konzentrierter und bemühter sind die Teilnehmer bei der Beantwortung der Fragen (Porst, 2009).

3.4.2 Frage- und Skalentypen

Der entwickelte Fragebogen enthält alle Formen von Fragetypen, die im nachfolgenden Kapitel definiert werden. Zur Messung der Antworten wurden verschiedene Skalen verwendet.

3.4.2.1 Fragetypen

Geschlossene Fragen:

...haben vorgegebene Antwortkategorien, aus denen die Teilnehmer die passendste Antwort zeiteffizient auswählen. Dabei werden Einfachnennungen, nur eine zulässige Antwort ist möglich, von Mehrfachnennungen, mehrere zulässige Antworten sind möglich, unterschieden (Porst, 2009).

Halboffene Fragen:

...haben vorgegebene Antwortkategorien, bieten aber den Teilnehmer die Möglichkeit, eine weitere Antwort bei „Sonstige“ anzugeben (Porst, 2009).

Offene Fragen:

...bieten den Teilnehmern die Möglichkeit, frei ihre Meinung zum Thema zu äußern, ohne ihre Antwort in eine Kategorie einzusortieren (Porst, 2009).

3.4.2.2 Skalentypen

Nominalskala:

...entsteht durch „*willkürliche Verschlüsselung eines qualitativen Merkmals*“ (Harms, 2012, S. 26), d.h. die Autoren können Kategorien bilden (Weigl, 2016-a).

Rang- oder Ordinalskala:

...„*liegt vor, wenn zwar die Rangfolge, nicht aber die Differenz zwischen den Merkmalsausprägungen definiert ist*“ (Harms, 2012, S. 26). Die Variablen können nach Größe oder Intensität gereiht sein (Weigl, 2016-a).

Intervallskala:

...liegt vor, wenn „gleiche Differenzen einem gleichen Merkmalsunterschied entsprechen, aber kein absoluter Nullpunkt vorliegt“ (Harms, 2012, S. 26).

Verhältnisskala:

...„liegt bei definierten Differenzen und absolutem Nullpunkt vor“ (Harms, 2012, S. 27).

3.4.2.3 Anwendung der Fragen- und Skalentypen

Es gibt Fragen, die Einfachnennungen oder Mehrfachnennungen zur Beantwortung ermöglichen. Einfachnennungen und geschlossene Fragen wurden vermehrt bei Fragen zur Person verwendet. Trotz der sorgfältigen Literaturrecherche (s. theoretischer Hintergrund), konnten nicht alle Möglichkeiten der Zusammenarbeit erfasst, daher boten die Autoren den Teilnehmern durch halboffene Fragen an, ihr Wissen einzubringen. Der Fragebogen enthält in seiner Endfassung 64 geschlossene, 16 halboffene und 8 offene Fragen. Die Autoren haben häufig geschlossene und halboffene Fragestellungen gewählt, da es durch die ausführliche Literaturrecherche (s. theoretischer Hintergrund) den Autoren möglich war. Somit können die Teilnehmer den Fragebogen schneller beantworten (Porst, 2009) und entspricht dem Studiendesign.

Bei vielen Fragen konnten die Teilnehmer Abstufungen wie z.B. (immer – sehr häufig – häufig – manchmal – selten – nie) als Antwortmöglichkeit wählen, die dann in Zahlenwerte umgewandelt werden, so dass eine Ordinalskala als Verhältnisskala betrachtet und behandelt werden kann. Somit konnten die Autoren die Aussagen der Teilnehmer zur Zusammenarbeit messen. Nominal- und Intervallskalen wurden nur selten zur Messung angewendet, da deren Auswertung den Autoren oft nicht die gewünschten Abstufungen in der Auswertung liefern.

Die Autoren entschieden sich bewusst dazu, einen umfangreichen Fragebogen zu erstellen und auf viele Aspekte einzugehen, um möglichst genaue Ergebnisse zu erhalten. Sogenannte „Verzweigungsfragen“ erlauben, dass je nach Antwort Fragen übersprungen oder vertiefende Fragen gestellt werden. Durch Verzweigungsfragen entstanden bessere individuelle Strukturen für die Teilnehmer, da nicht relevante Fragen automatisch übersprungen (Perkhofer et al., 2016) oder zusätzliche vertiefende Fragen aufgerufen werden.

3.4.3 Nutzung einer Internetplattform

Diese Art der Untersuchung ist einem „Survey-Research“ zuzuordnen. Die Methode der Online-Befragung wurde genutzt, um mit einem möglichst geringen Aufwand eine große Menge an Daten zu erhalten (Perkhofer et al., 2016).

Es galt zu bedenken, dass eine Online-Befragung zu einer Überforderung der Teilnehmer, durch die technischen Medien führen kann. Die Literatur führt an, dass ältere Menschen das Internet weniger nutzen als jüngere (Perkhofer et al., 2016). Die Befragung zielte auf

berufstätige Ergotherapeuten ab. Deshalb war die Gefahr, dass die Zielgruppe mit einer Online-Befragung nicht erreicht werden kann, geringer. Um auch für diese Teilnehmer eine Überforderung zu vermeiden, wurde ein einfaches Layout für die Befragung gewählt (Porst, 2009). Jede Web-Seite sollte möglichst nur eine Frage enthalten. Eine Prozentleiste oben links auf der Online-Seite zeigte den Teilnehmern ihren Fortschritt im Fragebogen an.

Da die Autoren die von Ihnen entwickelten Fragen mit dem passend gewählten Frage- und Skalentypus (s. 3.3.4.1) auf einer Online-Plattform realisieren wollten, wurden verschiedene Plattformen getestet. Da eine Vielzahl von Fragen gestellt werden sollten, die Teilnehmeranzahl nicht beschränkt und die Zeit des Befragungszeitraumes flexibel gestaltet werden sollte, fiel die Wahl auf „umfrageonline.com“. Die Universität ermöglichte einen kostenfreien Zugang.

3.5 Datenschutz und Ethische Aspekte

Der verantwortungsvolle Umgang mit persönlichen Daten erfordert, ethische Aspekte, wie z.B. die Beachtung des Datenschutzes, einzuhalten (Reichel & Heisel, 2016). Seit dem 25.05.2018 gilt in Deutschland eine neue Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union. Sie hat zum Ziel, eine Einheitlichkeit des Datenschutzes in Europa zu schaffen. Außerdem sollen vor allem die Rechte der Betroffenen gestärkt werden (datenschutzexperte.de, o.J.). Die Autoren haben bei der Umfrage darauf geachtet, die Anonymität der Teilnehmer, die Abbruchmöglichkeit, sowie den Datenschutz zu wahren. Im Nachhinein ist keine Personifizierung der gesammelten Antworten möglich.

Ethikkommissionsantrag:

„Sobald gesundheitsrelevante Daten von Menschen direkt oder indirekt im Rahmen eines Forschungsprojekts erhoben werden, ist eine Vorlage bei der Ethikkommission notwendig“ (Weigl, 2016-b, S. 40). Bei dieser Forschung ist keine Einreichung bei einer Ethikkommission notwendig, da es sich um eine Umfrage handelt, bei der ein aktueller IST-Zustand zur interdisziplinären Zusammenarbeit erfragt wird. Dabei werden Ergotherapeuten zu ihrer Profession befragt und keine gesundheitsrelevanten Daten von Klienten erhoben.

Einverständniserklärung „informed consent“:

...ist die bewusste informierte Zustimmung oder Einwilligung einer Person, um an einer Forschungsarbeit teilzunehmen (Reichel et al., 2016). Die Teilnahme an der Umfrage war für die Teilnehmer freiwillig. Des Weiteren konnten sie jederzeit die Internetplattform verlassen, ohne den Fragebogen zu beenden. Das Forschungsprojekt wurde in dem Anschreiben und auch auf der Internetplattform genau beschrieben, bevor die Teilnehmer an der Umfrage teilnehmen konnten (s. Anlage 4). Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, über eine E-Mail-Adresse Kontakt zu den Autoren aufzunehmen. Zudem wurde den Teilnehmern angeboten, nach Abschluss der Studie, die Ergebnisse einzusehen.

Datenschutz:

...ist die Anonymisierung und der Schutz der erhobenen Daten der Teilnehmer und schützt so vor dem Zugriff der Öffentlichkeit. Durch die Online-Befragung der quantitativen Datenerhebung ist die Anonymisierung der erhobenen Daten unproblematisch (Reichel et al., 2016).

Vulnerabilität:

...ist die Verletzbarkeit bzw. Verwundbarkeit von Personen innerhalb des Forschungskontextes, besonders für Personen mit eingeschränkten psychischen oder physischen Fähigkeiten (Reichel et al., 2016). Mit dem Fragebogen wurden nur Professionals und keine Klienten befragt.

3.5.1 Pretestphase

Um den Fragebogen, sowie Datenschutz und ethische Aspekte zu prüfen, durchlief der Fragebogen eine Testphase.

Jeder noch so sorgfältig erstellte Fragebogen enthält Fehler oder die Teilnehmer verstehen die Fragen anders als erwartet (Perkhofer et al., 2016). Während alle Fragen auf die Internetplattform „umfrageonline.de“ übertragen wurden, suchten die Autoren nach geeigneten Teilnehmern für einen Pretest. Den Autoren war es wichtig, eine fachliche, inhaltliche, technische und grammatikalische Rückmeldung zu erhalten, um die Fehlerquote zu verringern und möglichst viele Fehler oder Unklarheiten zu beseitigen. Daher wurden zehn Personen aus dem Bekanntenkreis zunächst mündlich angefragt, fünf Ergotherapeuten und fünf aus anderen Berufen. Acht Personen stimmten zu, den Pretest durchzuführen. Für diese wurde ein Anschreiben für die Pilotierung des Online-Fragebogens (s. Anlage 3) mit den wichtigsten Informationen zum Vorgehen entworfen und verschickt. Die Therapeuten sollten verstärkt auf das Fachliche und Inhaltliche achten und die anderen Tester auf die technische Umsetzung und die grammatikalische Korrektheit. Wichtig war es außerdem, dass die Therapeuten die Zeit stoppten, die sie für die Beantwortung benötigen, um die Zielgruppe im Anschreiben der eigentlichen Befragung über den Zeitbedarf für die Beantwortung der Fragen zu informieren.

Der Pretest wurde vom 08.07.2018 – 13.07.2018 online durchgeführt. Die Rückmeldungen der Ergotherapeuten bestanden aus Anmerkungen zu fachlichen Ausdrücken, Fragen- und Antwortdopplungen und Hinweisen zur Strukturierung. Die Rückmeldung der anderen Testpersonen, von denen eine einen medizinischen Hintergrund aufwies, bestanden hauptsächlich aus Anmerkungen, die technische Aspekte betrafen, zum Beispiel, dass Verzweigungsfragen nicht korrekt eingestellt waren, sowie die Grammatik oder Rechtschreibung. Die Änderungsvorschläge wurden von den Autoren geprüft und die Umfrage anschließend überarbeitet. Antwortdoppelungen wurden entfernt. Weiter erhielten die Autoren Vorschläge für zusätzliche Fragen, die als Unterfragen zu bestehenden Fragen gestellt werden könnten, um noch genauere Ergebnisse zu erzielen. Auch diese Vorschläge wurden geprüft. Zwei Unterfragen haben

die Autoren übernommen. Der Fragebogen besteht in seiner Endfassung aus 88 Fragen (s. Anlage 2) von denen acht offen formuliert sind und qualitativ ausgewertet werden müssen. Um möglichst viele komplett beantwortete Fragebögen zu erhalten, wurden 30 Fragen, ohne Verzweigungsfragen, als Pflichtfragen markiert. Dies hatte den Zweck, die Teilnehmer daran zu hindern, relevante Fragen zu überspringen.

Zur Beantwortung des kompletten Fragebogens benötigten die Ergotherapeuten zwischen 45 und 60 Minuten. Dies ist eine sehr lange Zeit für einen Fragebogen. Die Tester begrüßten es, dass es möglich war, den Fragebogen zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortfahren zu können. Die Autoren entschieden sich bewusst dagegen, den Fragebogen zu kürzen, um möglichst viele Informationen zu erhalten.

3.5.2 Teilnehmerrekrutierung

Nach der Überarbeitung des Pretests suchten die Autoren im Internet nach E-Mail-Adressen der Zielgruppe in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern. Diese wurden in einem Dokument gesammelt und wenn möglich ein Ansprechpartner hinzugefügt.

Es wurden zum größten Teil E-Mail-Adressen von ergotherapeutischen Praxen und Therapiezentren im Internet gefunden. Zur Rekrutierung von Teilnehmer für die Online-Befragung wurden insgesamt 53 ambulante Organisationen in Schleswig-Holstein und 68 ambulante Organisationen in Mecklenburg-Vorpommern per E-Mail angeschrieben.

Die E-Mail enthielt eine direkte Anrede an die Einrichtungsleitung und das Anschreiben. Es bewährt sich bei einer Online-Umfrage, ein Bild der Autoren zu verwenden (Porst, 2009). Deshalb enthielt das Anschreiben ein Bild der Autoren, um einen persönlichen Bezug herzustellen. Im Anschreiben wurden die Angesprochenen darum gebeten, dieses Schreiben an Kollegen weiter zu geben. Die Autoren wollten die Angeschriebenen als Multiplikatoren nutzen, um möglichst viele Ergotherapeuten im ambulanten pädiatrischen Bereich zu erreichen. Diese Art des Stichprobenverfahrens wird als Schneeballprinzip bezeichnet (Ritschl & Stamm, 2016). Im Anschreiben wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass 45 - 60 Minuten zur Beantwortung des Fragebogens eingeplant werden sollten, um die Gefahr des sogenannten „speeding“ zu verringern.

Zusätzlich stellten die Autoren das Anschreiben mit dem Link zur Befragung in ihre Profile auf Facebook und veröffentlichten es dort auch in zwei Ergotherapie-Gruppen. Das Teilen des „Posts“ wurde von den Autoren ausdrücklich gewünscht, um einen Schneeballeffekt zu erreichen.

Die beiden Landesgruppen des DVE in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern wurden per E-Mail angefragt, ob es eine aktuelle Liste der bestehenden ambulanten pädiatrischen Einrichtungen, in denen Ergotherapeuten angestellt sind, gäbe. Es kam leider keinerlei Rückmeldung vom DVE.

Die Online-Umfrage stand zunächst vom 15.07.2018 bis 28.08.2018 zur Verfügung. Der Zeitraum der Umfrage fiel mit fünf Wochen in die Schulferien der beiden Bundesländer. Außerdem hatten die allgemeinbildenden Schulen, die zum ambulanten Sektor gehören, in dem potentiellen Teilnehmer der Befragung arbeiten, geschlossen. Aufgrund der

geringen Teilnehmeranzahl bis zum 15.08.2018 versandten die Autoren an die gleichen Adressaten eine Erinnerungsmail mit dem Stichtag 28.08.2018 (s. Anlage 4). Dieser Zeitpunkt lag am Ende der Schulferien. Da viele Teilnehmer eine Beantwortung des Fragebogens begannen, diese aber nicht bis zum Stichtag beendeten, entschieden sich die Autoren dazu, eine zweite Erinnerungsmail am 28.08.2018 zu schreiben. Diese enthielt die Information, dass die Umfrage bis zum 07.09.2018 um 24 Uhr verlängert wird, um begonnene Beantwortungen zu beenden oder mit der Beantwortung neu zu beginnen (s. Anlage 4). Die Schulferien endeten in beiden Bundesländern am 18.08.2018. Der Zeitraum der Umfrage umfasste fast zwei Monate, wovon zweieinhalb Wochen außerhalb der Schulferien lagen. Die Autoren ließen den Fragebogen länger als ursprünglich geplant online, um mehr Teilnehmer zu gewinnen.

3.6 Gütekriterien

Bei der Durchführung und Analyse von wissenschaftlichen Arbeiten müssen Gütekriterien beachtet werden. Sie beschreiben die wissenschaftliche Genauigkeit von Studien und sollen den Forschern als Richtlinie dazu verhelfen, eine wissenschaftlich korrekte Studie durchzuführen. Sie bestehen aus den drei Hauptgütekriterien: Objektivität, Reliabilität und Validität (Perkhofer, 2016).

Objektivität:

Die Objektivität eines Fragebogens beschreibt, wie unabhängig die Ergebnisse von den Testanwendern sind (Perkhofer, 2016). Sie werden in die drei nachfolgenden Bereiche unterteilt (Bortz & Döring, 2006):

- Durchführungsobjektivität:

Die Beeinflussung der Teilnehmer und der Ergebnisse, durch die Tester sollte in einer wissenschaftlichen Arbeit ausgeschlossen werden können (Himme, 2009). Alle Teilnehmer werden über einen Web-Link auf den gleichen Fragebogen geleitet, die Fragen in dem Fragebogen werden während des Umfragezeitraums nicht verändert.

- Auswertungsobjektivität:

Die Auswertungsobjektivität ist gewährleistet, wenn die Auswertung des Fragebogens unabhängig vom Auswerter ist (Bortz et al., 2006). Folglich gibt es keine Freiheitsgrade (Himme, 2009). Es werden für die Datenauswertung mathematische Operationen genutzt, die nicht von den Autoren beeinflusst werden. Bei den qualitativen Anteilen in der Auswertung wurde die Auswertungsobjektivität der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) gewährleistet.

- Interpretationsobjektivität:

Interpretationsobjektivität soll gewährleisten, dass individuelle Deutungen der Auswerter nicht in die Ergebnisinterpretation einfließen (Bortz et al., 2006). Aus den Ergebnissen müssen die beiden Autoren unabhängig voneinander die gleichen Schlussfolgerungen ziehen (Himme, 2009).

Reliabilität:

Die Reliabilität gibt an, ob wiederholte Messungen eines Gegenstands mit einem Messinstrument immer dieselben Ergebnisse liefern (Perkhofer, 2016). Sie betrifft die Stabilität und Zuverlässigkeit des Messinstruments (Himme, 2009). Durch die Veröffentlichung des Fragebogens in der Anlage 2 kann eine erneute Messung stattfinden, die den Autoren während der Bachelorarbeit nicht möglich ist.

Validität:

Bezeichnet das Ausmaß der Übereinstimmung zwischen dem, was ein Test messen soll und dem, was ein Test tatsächlich misst (Himme, 2009; Perkhofer, 2016).

Bortz und Lienert (2003) unterscheiden die Validität in eine externe und interne Validität.

- Interne Validität

...wird erzielt, wenn durch den Untersuchungsplan und die Erhebungssituation alle unerwünschten Störeinflüsse ausschließen (Wirtschaftslexikon24, 2018). Durch den Online-Fragebogen können die Teilnehmer den Fragebogen in ihrem gewünschten Umfeld flexibel beantworten.

- Externe Validität

...ist die Generalisierbarkeit der Untersuchungsergebnisse (Bortz et al., 2003). Die Generalisierbarkeit hängt von den Teilnehmern ab, die den Fragebogen beantworten.

3.6.1 Nebengütekriterien

Neben den bereits benannten Hauptgütekriterien existieren drei weitere Gütekriterien. Diese werden als Nebengütekriterien bezeichnet und bestehen aus der Normierung, der Ökonomie und der Praktikabilität (Himme, 2009).

Normierung

...gehört zur Interpretationsobjektivität. Sie schafft ein Bewertungssystem, das es erlaubt, Testergebnisse unterschiedlicher Tests und unterschiedlicher Teilnehmer objektiv auszuwerten und miteinander zu vergleichen (Himme, zitiert nach Fisseni, 2009). Eine Normierung im Sinne einer Vergleichsgruppe kann aufgrund der zeitlichen Begrenzung von einem Jahr der Bachelorarbeit nicht umgesetzt werden.

Ökonomie

Hierbei sollten sich die Kosten und der Zeitbedarf für eine wissenschaftliche Arbeit in einem wirtschaftlichen Rahmen halten. Im Optimalfall sollte ein Test einen hohen Erkenntnisgewinn mit Einsatz von geringen finanziellen und zeitlichen Ressourcen erzielen (Himme, 2009). Den Autoren wurden keine finanziellen Mittel zu Verfügung gestellt, die anfallende Kosten decken würden.

Praktikabilität

Es sollte ein angemessenes Messinstrument für die Beantwortung der Forschungsfrage ausgewählt werden (Himme, 2009). Die Autoren entschieden sich für einen Web-Survey, da die Zielgruppe damit optimal erreicht wird.

3.7 Datenanalyse

Die erhobenen Daten werden unter den nachfolgenden Aspekten ausgewertet. Für die Auswertung werden nur vollständig ausgefüllte Fragebögen berücksichtigt. Die erhobenen Daten werden in einer Excel-Tabelle gesichert.

3.7.1 Quantitative Datenanalyse

Bei der Datenanalyse werden die Ergebnisse der Befragung zur übersichtlichen Auswertung aus dem Web-Survey als Tabellen in das Programm Microsoft Excel exportiert.

Die Autoren nutzen für jede Frage ein neues Tabellenblatt. Bei Fragen mit Zustimmungsauswahl werden Mittelwerte berechnet.

Bei Pflichtfragen mit Mehrfachauswahl, die eine prozentuale Auswertung erlauben, werden die Ergebnisse der Befragung in Diagrammen mit Prozentskala dargestellt.

3.7.2 Qualitative Datenauswertung

Bei dieser Methode werden die Antworten der Teilnehmer aus dem Web-Survey in das Programm Microsoft Excel als Tabelle exportiert und dann in das Programm Microsoft Word übertragen. Die Teilnehmer erhalten Ziffern, um die Aussagen zuordnen zu können. Die Auswertungen der Antworten orientieren sich an dem Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

Zunächst werden die Textinhalte paraphrasiert und in relevante Aussagen gekürzt. Die Antworten werden in Kategorien mit ähnlichen oder gleichen Aussagen zusammengefasst. Anschließend werden die gebildeten Kategorien anhand der Originaldaten geprüft, um sicherzustellen, dass sowohl die Einordnung in eine Kategorie als auch die Paraphrasierung mit der Aussage des Teilnehmers übereinstimmen.

4. Darstellung der Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Umfrage dargestellt. Es haben insgesamt 37 Personen angefangen, den Online-Fragebogen zu beantworten. Es standen 15 vollständig beantwortete Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung (12,82 %). Die Rücklaufquote der 117 verschickten E-Mails beträgt 31,62 %, in dieser Quote sind die nicht fertiggestellten Fragebögen enthalten. Die genaue Rücklaufquote kann nicht berechnet werden, da die Autoren nicht nachvollziehen können, wie viele Fragebögen weitergeleitet wurden und welche Teilnehmer durch die Internetplattform Facebook erreicht wurden.

Sind die Ergebnisse nur einer Frage entnommen, steht die Nummer der Frage in der Auswertungstabelle. Der Fragebogen ist zum Nachlesen in Anlage 2 zu finden. Der geplante Vergleich zwischen den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern (M-V) und Schleswig-Holstein (S-H) ist aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl aus statistischen Gründen nicht möglich. Soweit es die Ergebnisse erlauben, wird auf Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern in der Auswertung hingewiesen.

4.1 Studienteilnehmer

4.1.1 Alter und Berufserfahrung

Zur besseren Übersicht sind persönliche Daten der Teilnehmer in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 3: Informationen zu den Studienteilnehmern

Variable	M-V		S-H	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Teilnehmer	8	53	7	47
Studienabschluss	2	13,33	0	0
Geschlecht weiblich	8	53	6	40
	Mittelwert	±SD (Range)	Mittelwert	±SD (Range)
Alter	40,25	±9,43 (28 – 57)	32,57	±10,83 (23 – 54)
Jahre der Berufserfahrung	14,56	±8,29 (1 – 30)	9,96	±10,88 (0,75 – 31)
Jahre der Berufserfahrung im pädiatrischen Bereich	13,56	±7,13 (1 – 25)	9,25	±10,44 (0,75 – 31)
Stundenanzahl in der Woche in der Pädiatrie	24	±13,54 (7 – 45)	19,71	±6,47 (8 – 30)

4.1.2 Bedeutung der Zusammenarbeit

In einer Verhältnisskala (Frage 15) legten die Teilnehmer in beiden Bundesländern großen Wert auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (M-V 92 %; S-H 91 %). Bei der Auswertung der Daten wurde mit Hilfe eines statistischen Ausreißertests die Angabe eines Teilnehmers aus M-V (35 %) von der Berechnung ausgenommen.

Tabelle 4: Bedeutung der Zusammenarbeit

	Mittelwert	\pm SD (Range)	Mittelwert	\pm SD (Range)
Bedeutung der Zusammenarbeit in %	92,14	\pm 6,46 (80 – 100)	90,71	\pm 12,37 (65 – 100)

4.1.3 Berufliche Tätigkeit

10 (67 %) Teilnehmer arbeiten selbständig (Frage 10).

Die angestellt Beschäftigten arbeiten zu 70 % in einer ergotherapeutischen Praxis (Frage 11). Ein Teilnehmer ist bei zwei Arbeitgebern eingestellt. Die Frage nach den beschäftigenden Einrichtungen wurde halboffen gestellt, so dass die Teilnehmer die Möglichkeit hatten, weitere Arbeitgeber anzugeben. Damit wollten die Autoren Tätigkeitsbereiche ermitteln, die ihnen nicht bekannt waren. Ein Teilnehmer gab an, bei einer interdisziplinären Frühförderstelle angestellt zu sein.

Mit Frage 12 wurde mit Hilfe einer quantitativ-diskreten Skala von den Teilnehmern erhoben, in welchen Einrichtungen sie ihre pädiatrischen Behandlungen ausführen. Unter Nutzung einer Verhältnisskala wurden gleichzeitig ihre zeitlichen Tätigkeitsschwerpunkte ermittelt. Auch hier hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, Einrichtungen zu nennen, die von den Autoren nicht vorgegeben waren. Im Ergebnis der Befragung musste die Kategorie „Sonstige“ eingeführt werden, da 4 Teilnehmer die Bezeichnung der Einrichtung, in denen sie Therapien durchführen, nicht angaben.

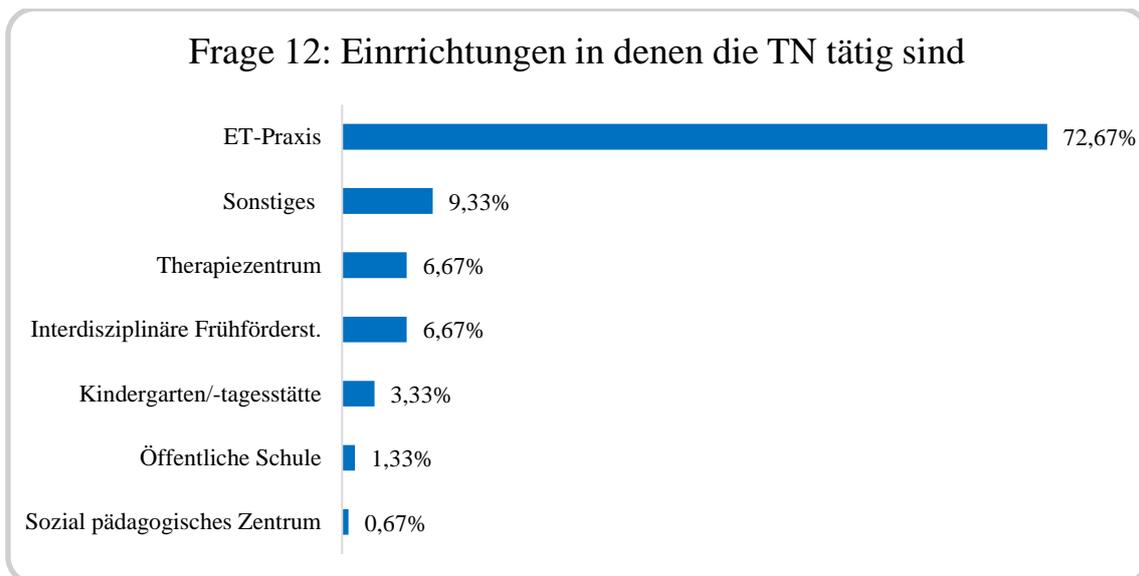


Abbildung 10: Einrichtungen in denen die Teilnehmer tätig sind

4.2 Zusammenarbeit

Dieses Kapitel stellt den Schwerpunkt dieser Bachelorarbeit dar. Hierbei geht es um die Zusammenarbeit von Ergotherapeuten mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen. Wie bereits oben dargestellt wurde, ist den teilnehmenden Ergotherapeuten diese Zusammenarbeit sehr wichtig.

4.2.1 Einflussfaktoren

Mit Hilfe einer Verhältnisskala haben die Autoren in der Literatur angegebene Aussagen zu Einflüssen auf die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen gemessen. Die Teilnehmer wurden gebeten, diese nach ihrer Bedeutsamkeit einzuordnen.

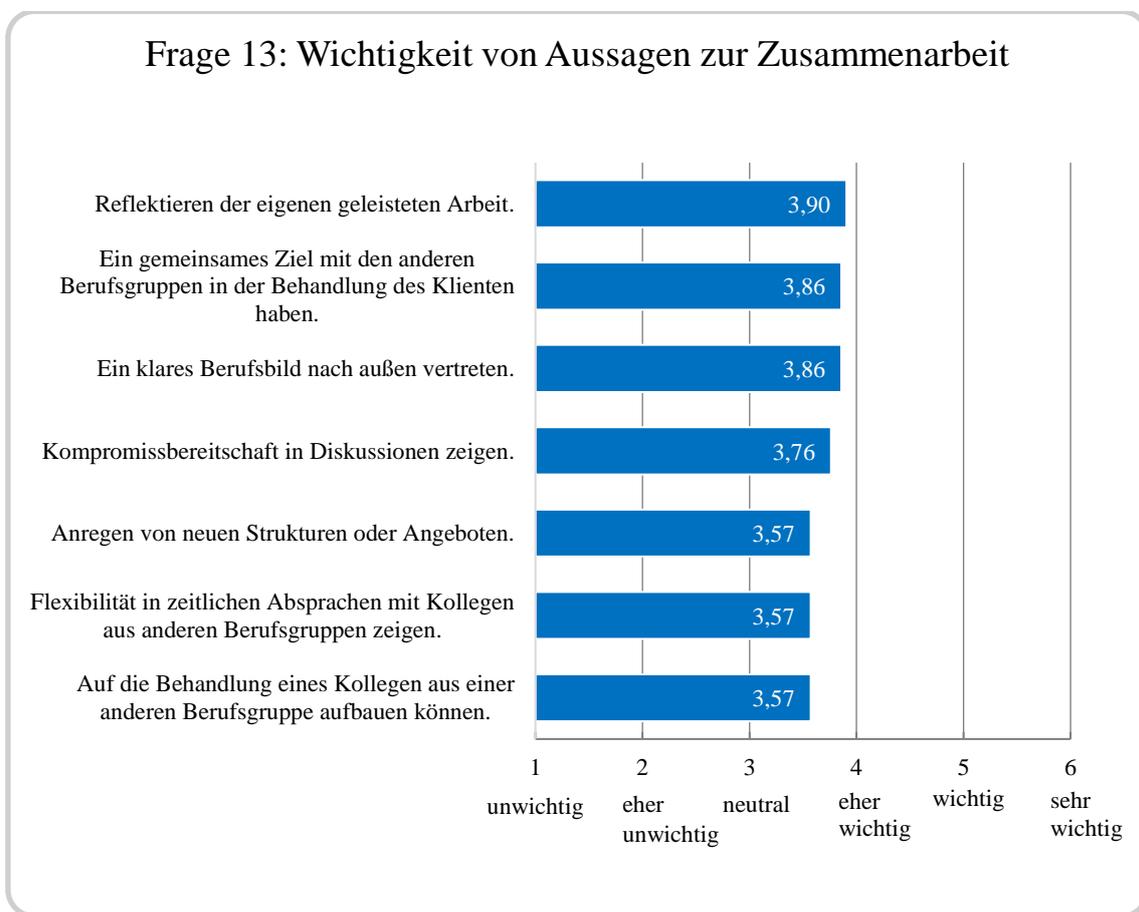


Abbildung 11: Wichtigkeit von Aussagen zur Zusammenarbeit

Als Ergebnis ist festzustellen, dass für die Teilnehmer kein in der Literatur angegebener Einflussfaktor eine herausragende Bedeutung hat. Mit einem Unterschied von 0,4 werten die Teilnehmer alle vorgegebenen Aussagen nahezu gleich.

Mit dem gleichen Fragetypus wurden die Teilnehmer zu weiteren Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen befragt. Dabei ging es den Autoren schwerpunktmäßig darum, dass die Teilnehmer ihre persönlichen Befindlichkeiten bei einer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen einschätzen.

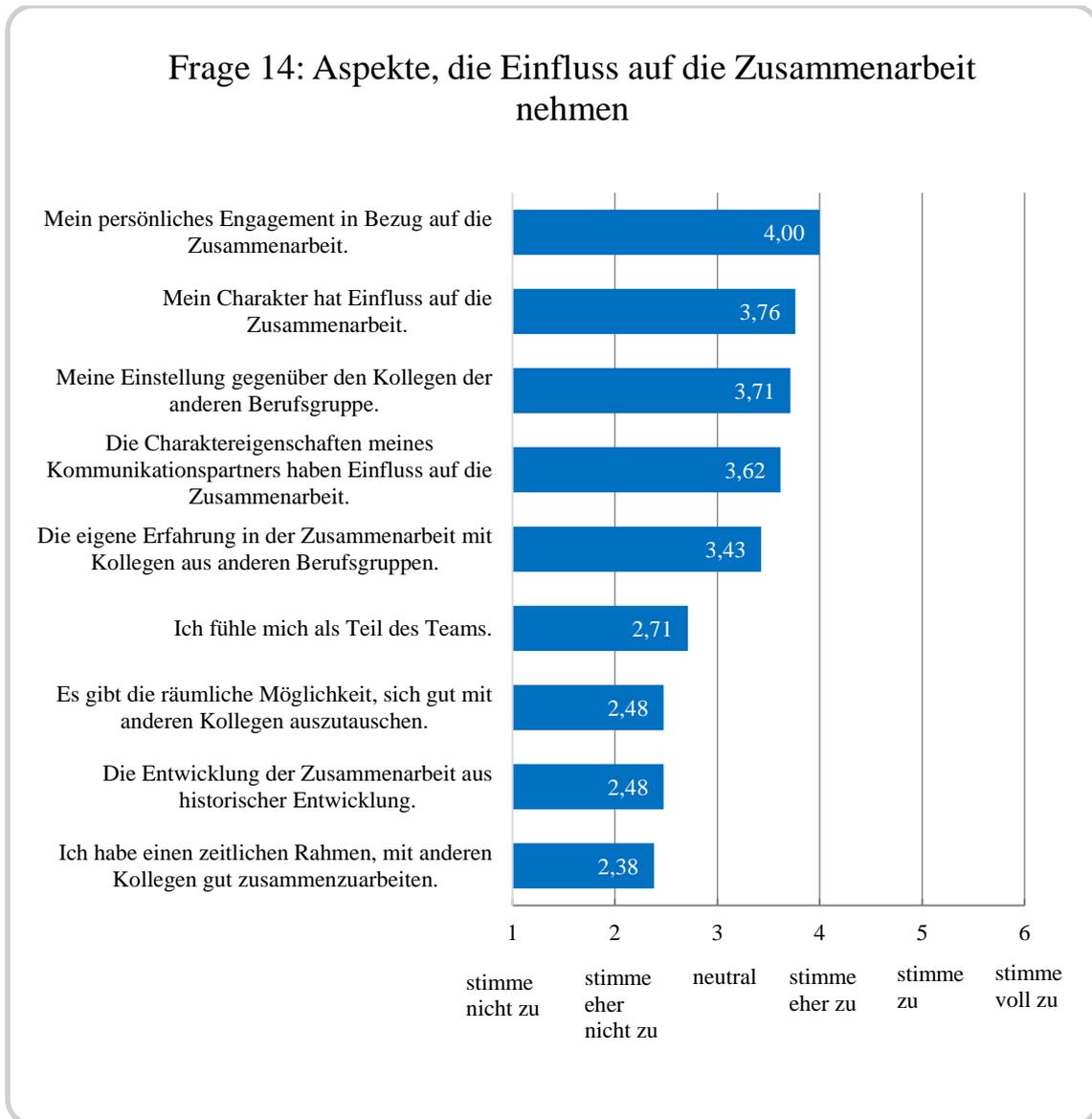


Abbildung 12: Aspekte, die Einfluss auf die Zusammenarbeit haben

4.2.2 Berufsgruppen

Mit einer halboffenen Fragestellung haben die Autoren ermittelt, mit welchen Berufsgruppen Ergotherapeuten im beruflichen Alltag zusammenarbeiten. Mehrfachangaben waren möglich.

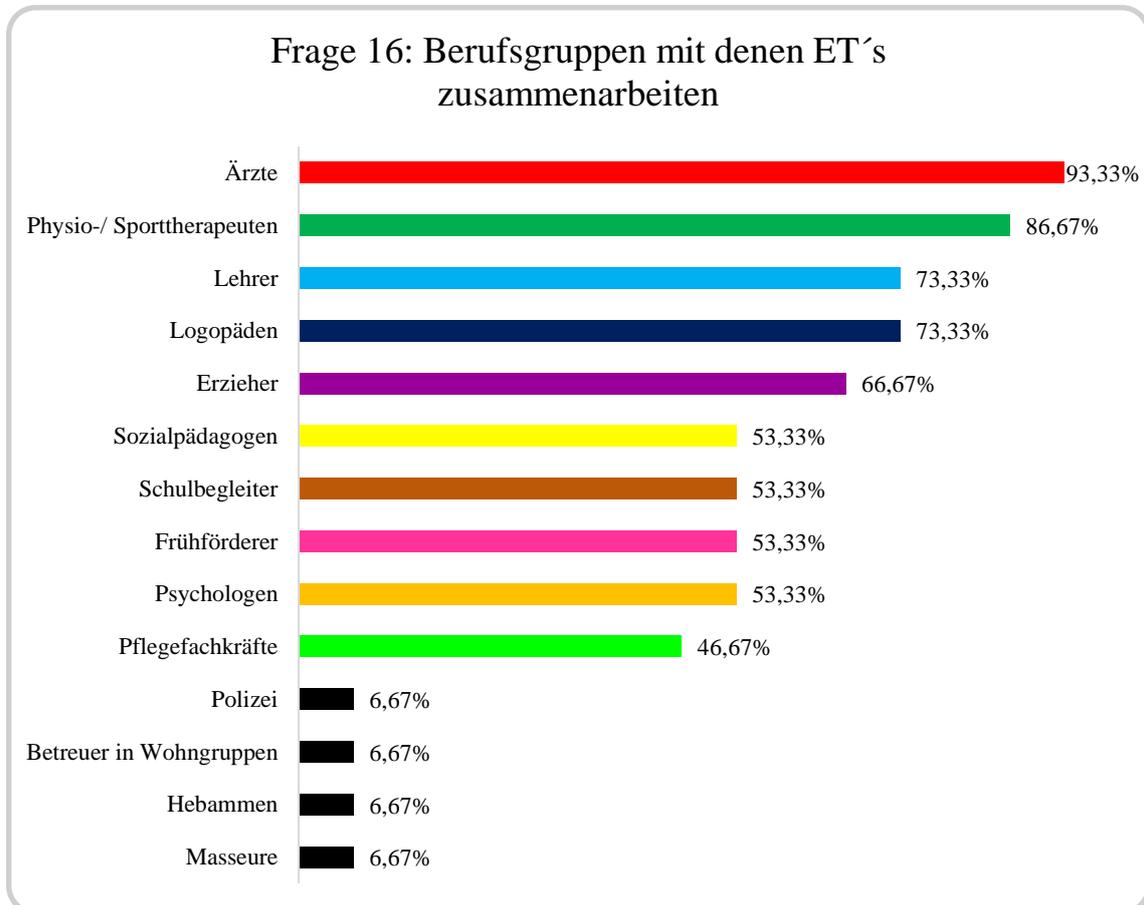


Abbildung 13: Berufsgruppen

Die angestellt Beschäftigten arbeiten zu 70 % in einer ergotherapeutischen Praxis (Frage 11).

Mit Frage 12 wurde von den Teilnehmern erhoben, in welchen Einrichtungen sie ihre pädiatrischen Behandlungen ausführen und unter Nutzung einer Verhältnisskala gleichzeitig ihre zeitlichen Tätigkeitsschwerpunkte gemessen. Auch hier hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, Einrichtungen zu nennen, die von den Autoren nicht vorgegeben waren.

Mit einer gewichteten Verhältnisskala (s. 2.1) wurde von den Teilnehmer ihre Übereinstimmung zu Aussagen zur Zusammenarbeit mit Berufsgruppen, mit denen sie kooperieren, gemessen.

Lesehinweis zu den Abbildungen:

Bei Abbildungen, in denen die Häufigkeit der Nennungen (n) von Berufen und Weiterbildungen (Abb. 24) aufgrund der Fragestellung von der Anzahl der auswertbaren Fragebögen abweicht, ist ein direkter Vergleich zwischen den Kategorien nicht möglich. Um die unterschiedlich großen Stichproben dennoch einem Vergleich zu unterziehen, wurde für jede Kategorie eine Einzelauswertung (\sum der Bewertungen/ Anzahl der Nennungen) durchgeführt. Die Größe der Stichprobe wird deshalb bei jeder Kategorie in Klammern angegeben.

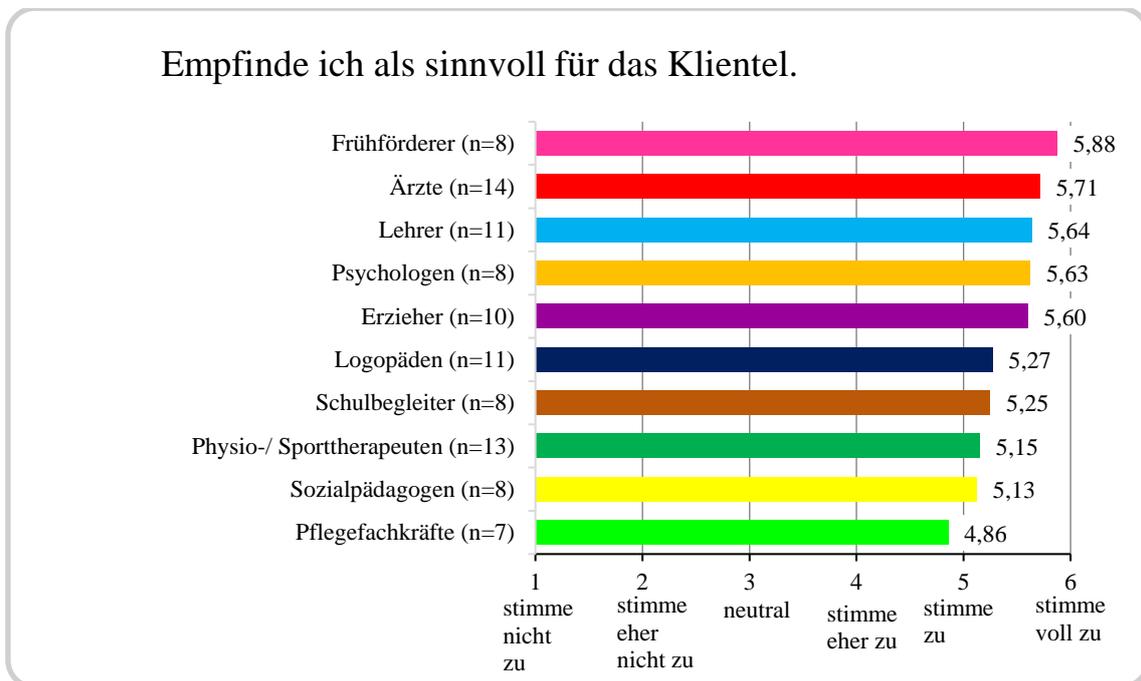


Abbildung 14: Empfinde ich als sinnvoll für das Klientel.

Aus der Grafik wird ersichtlich, dass die Teilnehmer die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen unabhängig vom jeweiligen Beruf als sinnvoll für das Klientel empfinden.

Die Zusammenarbeit mit Ärzten und Erziehungsberufen ist hierbei für die Teilnehmer von besonderer Bedeutung.

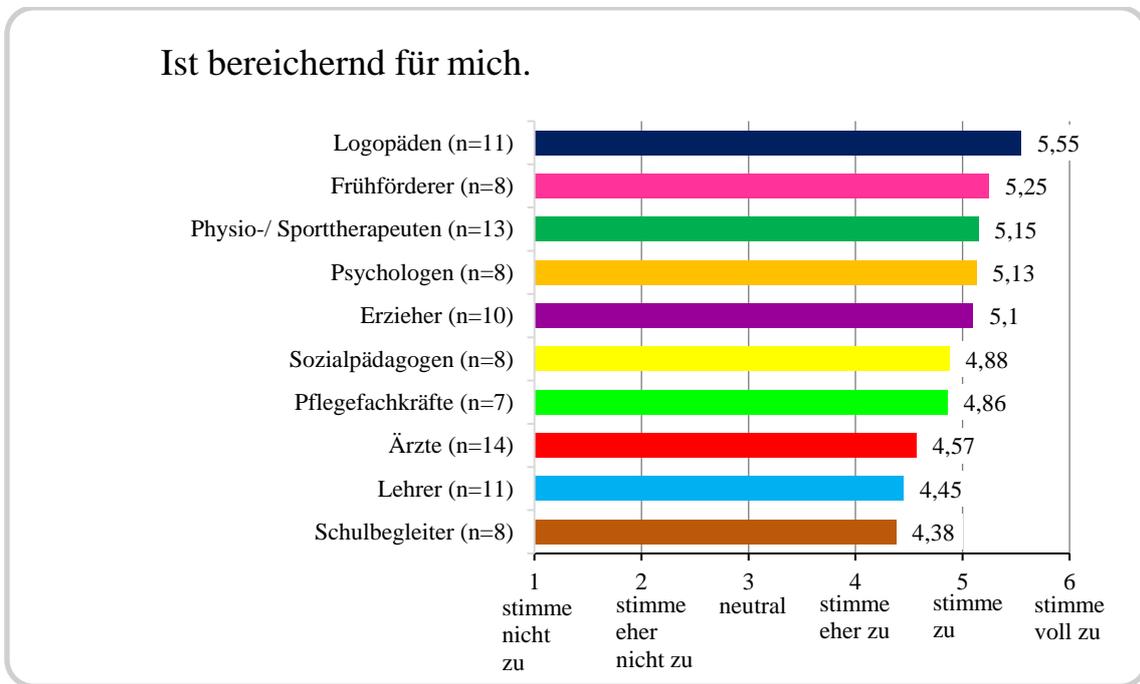


Abbildung 15: Ist bereichernd für mich.

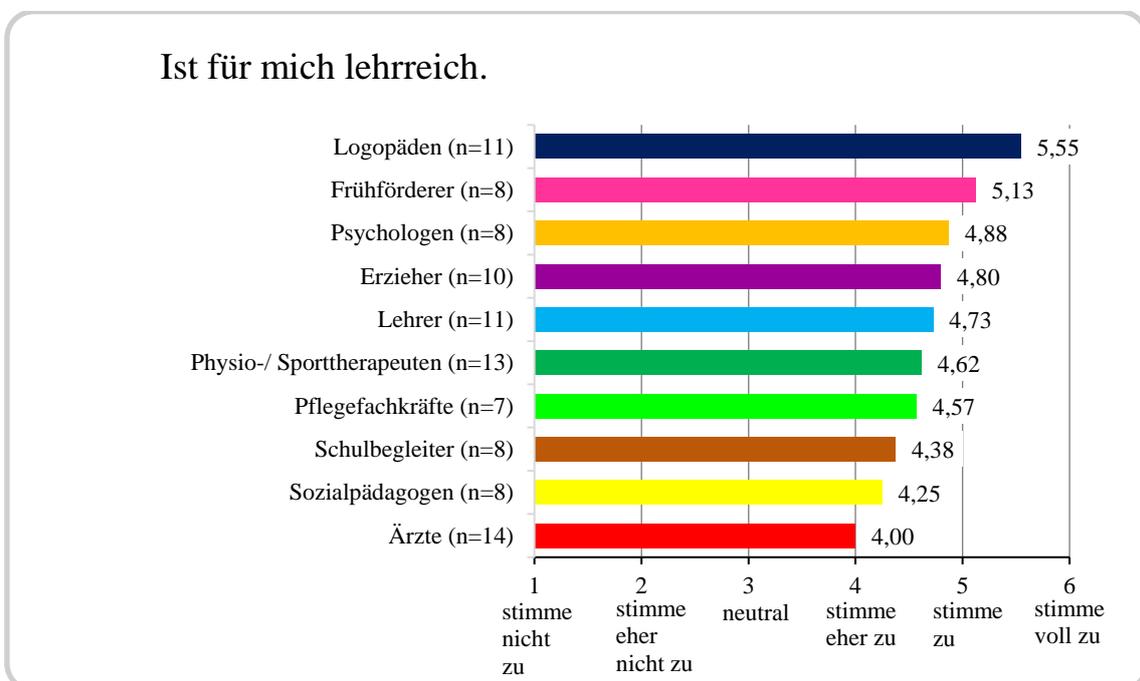


Abbildung 16: Ist für mich lehrreich.

Die Teilnehmer geben an, dass eine Zusammenarbeit mit Ärzten für sie am wenigsten lehrreich ist. Von einer Zusammenarbeit mit Logopäden, Frühförderern, Psychologen, Erziehern und Lehrern profitieren Ergotherapeuten mehr.

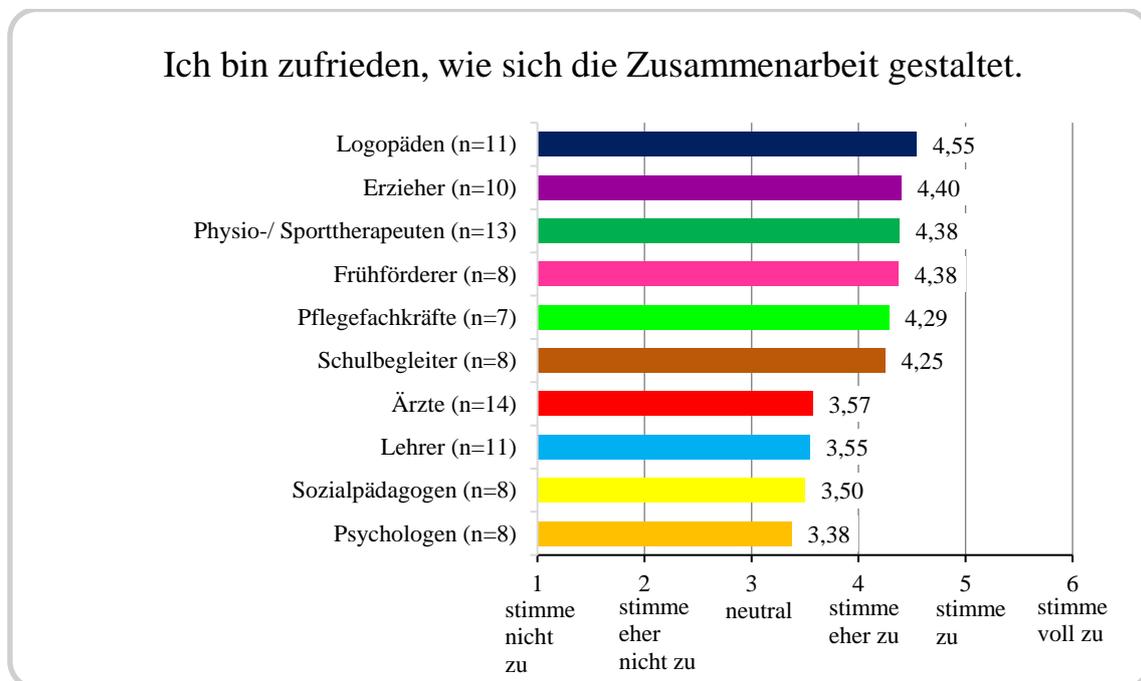


Abbildung 17: Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit gestaltet.

In der Zusammenarbeit mit nicht akademischen Berufen wird eine Zusammenarbeit von Ergotherapeuten zufriedenstellender wahrgenommen.

Schaffe ich zeitlich gut.

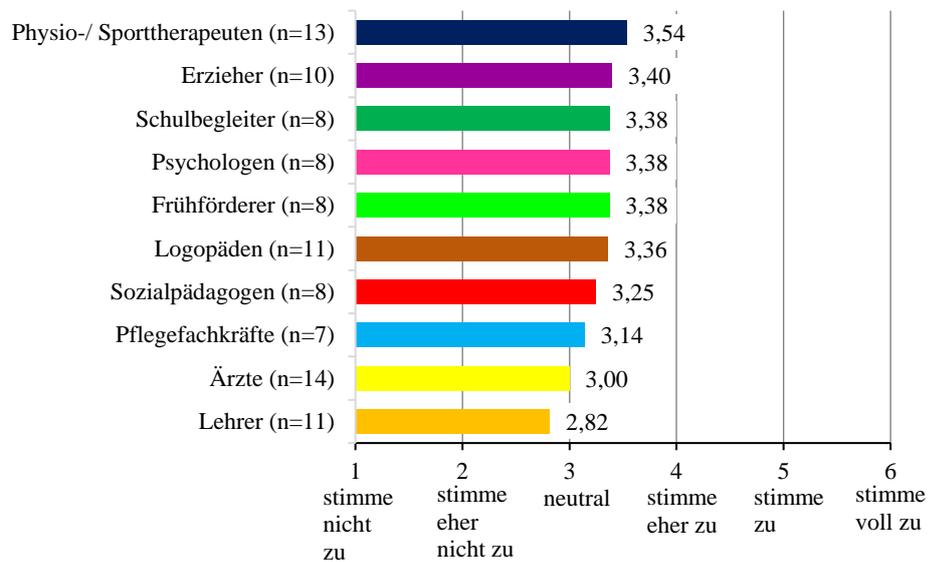


Abbildung 18: Schaffe ich zeitlich gut.

Von allen 5 Aussagen zur Zusammenarbeit schneidet die Zufriedenheit mit der zeitlichen Möglichkeit zur Zusammenarbeit am schlechtesten ab.

Von den Teilnehmern wurde erfragt, wie viele Stunden sie mit der jeweiligen Berufsgruppe in einem Monat zusammenarbeiten.

Zusammenarbeit im Schnitt pro Monat

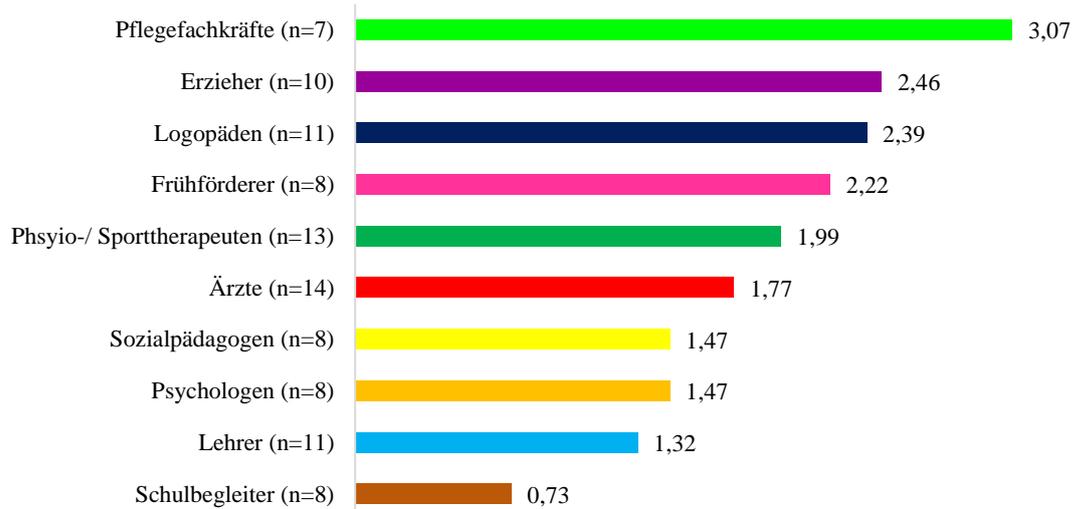


Abbildung 19: Zusammenarbeit im Schnitt pro Monat

Im Schnitt verwendet ein Ergotherapeut fast 2 Stunden im Monat für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Auffällig ist, dass die Zusammenarbeit mit Pflegekräften besonders zeitintensiv ist. Während in die Zusammenarbeit mit Lehrern und Schulbegleitern deutlich weniger Zeit investiert wird.

Da der Beruf des Arztes sehr vielfältig ist und die Autoren herausfinden wollten, mit welchen Ärzten Ergotherapeuten zusammenarbeiten, konnten die Teilnehmer hierzu eine Rangliste erstellen.

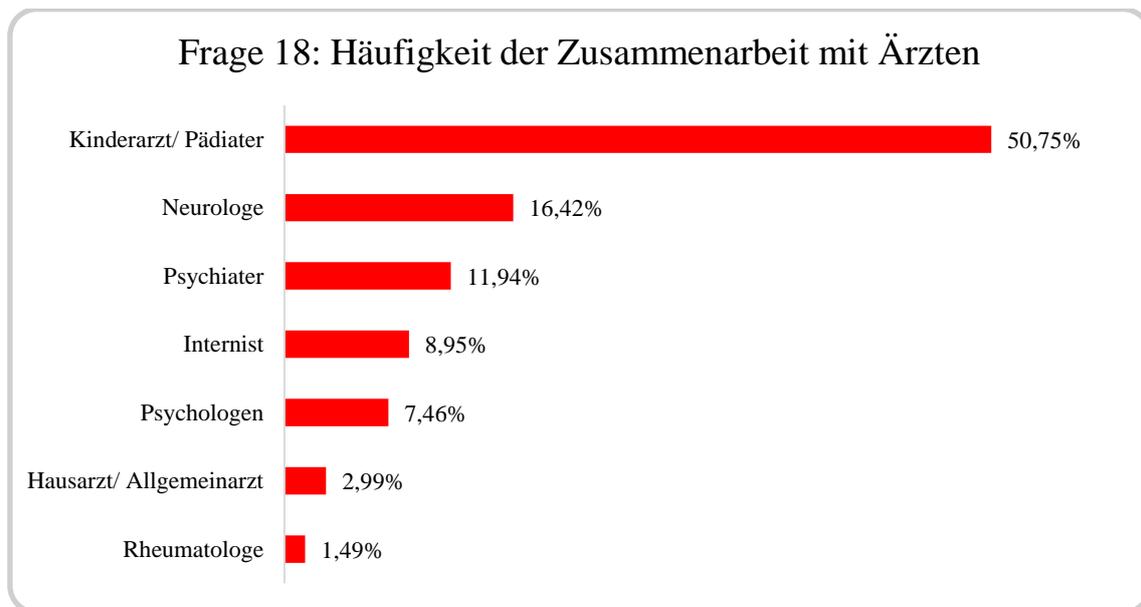


Abbildung 20: Häufigkeit der Zusammenarbeit mit Ärzten

Die Ergotherapeuten im pädiatrischen Bereich arbeiten am häufigsten mit Pädiatern zusammen.

Die Teilnehmer bekamen die Aufgabe, einzuschätzen, wie gut sie sich über die jeweiligen Berufsgruppen informiert fühlen.

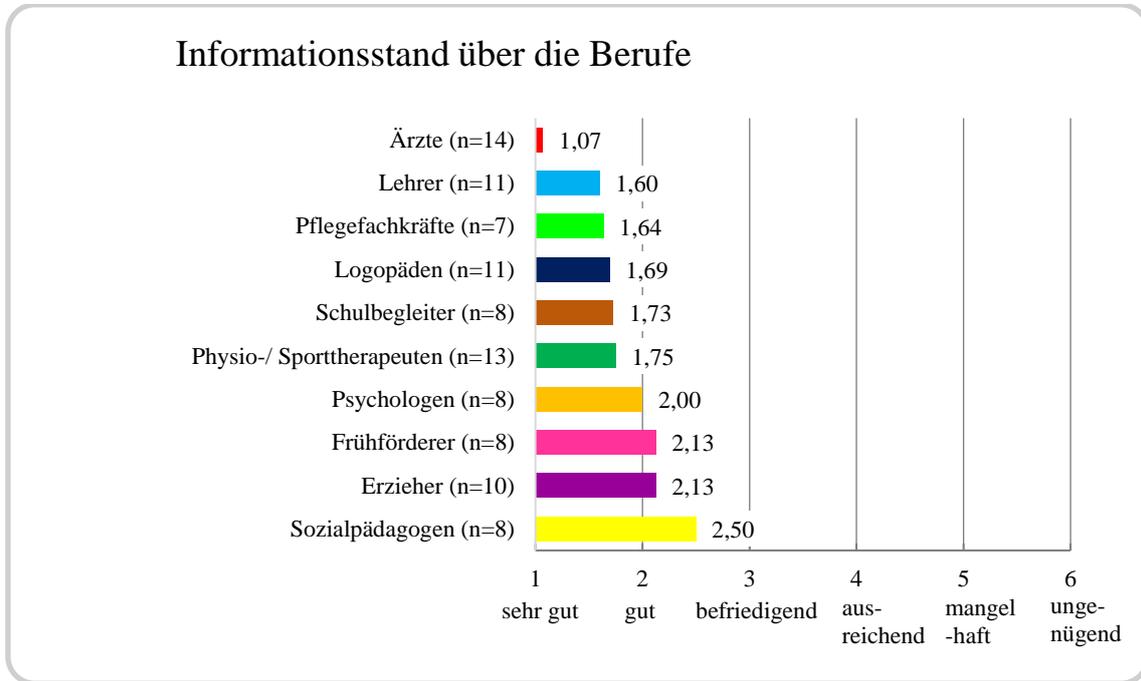


Abbildung 21: Informationsstand

Die Teilnehmer fühlen sich über das Berufsbild des Arztes am besten informiert. Insgesamt ist der Informationsstand über alle Gesundheitsberufe mit Ausnahme des Sozialpädagogen mit „gut“ bewertet worden. Nach Angaben der Teilnehmer ist der Informationsstand über andere Gesundheitsberufe daher insgesamt als gut einzuschätzen. Die Angaben von 3 Teilnehmern weichen von dieser allgemeinen Einschätzung ab, sie fühlen sich über das Berufsbild des Arztes (n=1) nur ausreichend und über das Berufsbild des Frühförderers (n=2) nur mangelhaft informiert.

Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, in einer halboffenen Frage Gründe anzugeben, wenn sie sich über einen Beruf nur ausreichend bis ungenügend informiert fühlten. Die in einer Verhältnisskala angegebenen Zustimmungswerte wurden analog zu 2.1 ausgewertet.

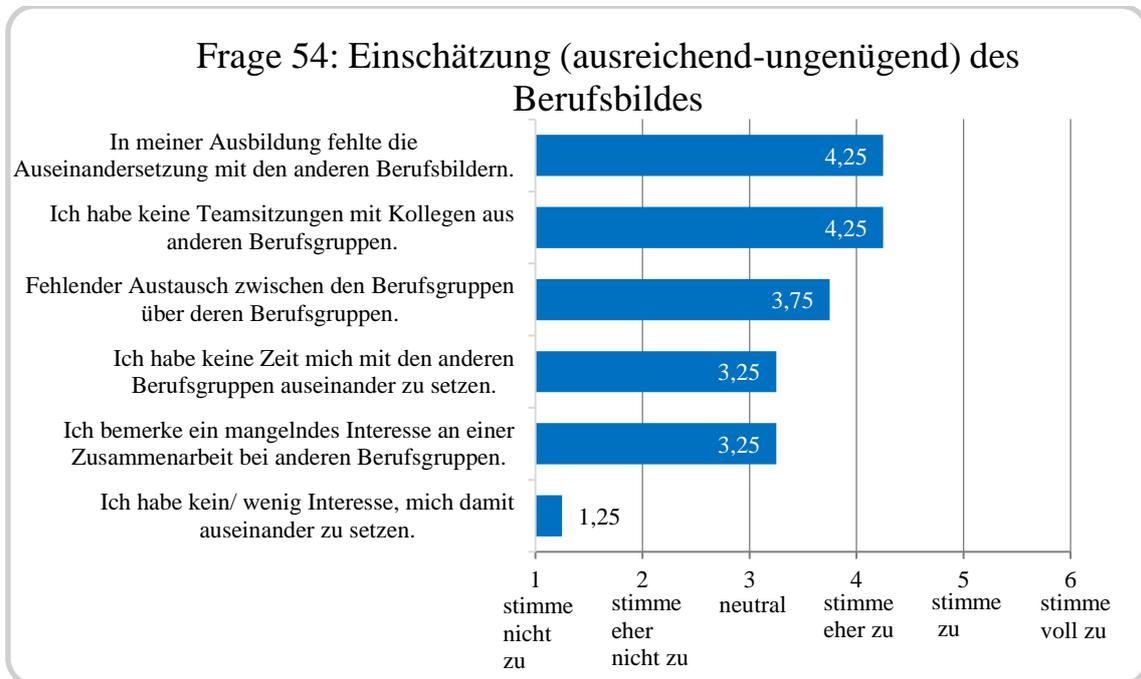


Abbildung 22: Einschätzung (ausreichend-ungenügend) des Berufsbildes

Die Angaben der Teilnehmer zeigen, dass bereits in der Ausbildung Informationen zu anderen Gesundheitsberufen gewünscht werden und dass der Informationsbedarf im Berufsleben vor allem über persönliche Kontakte fortgeführt werden soll. Ein mangelndes Interesse der Teilnehmer zu dieser Thematik kann nicht festgestellt werden.

In einer weiteren halboffenen Frage, konnten die Teilnehmer angeben, wie ein Informationsmangel behoben werden kann. Diese Frage wurde nur von 3 Teilnehmern beantwortet und ist daher nicht repräsentativ.

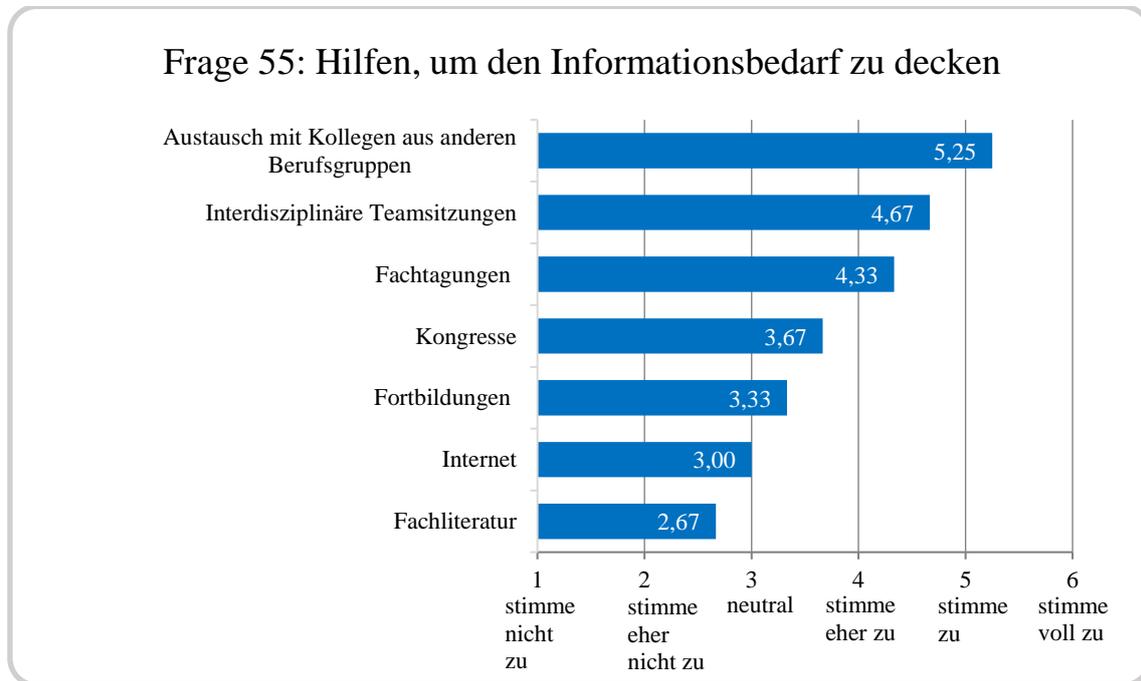


Abbildung 23: Hilfen, um den Informationsbedarf zu decken

Der direkte Kontakt mit anderen Gesundheitsberufen wird als sinnvollste Maßnahme zur Behebung des Mangels angesehen. Ein Selbststudium ist nach Ansicht der Teilnehmer keine adäquate Hilfe.

Teilnehmer, die angaben, gut bis befriedigend über andere Berufsbilder informiert zu sein, sollten in einer halboffenen Frage die Gründe für ihren Informationsstand nennen.

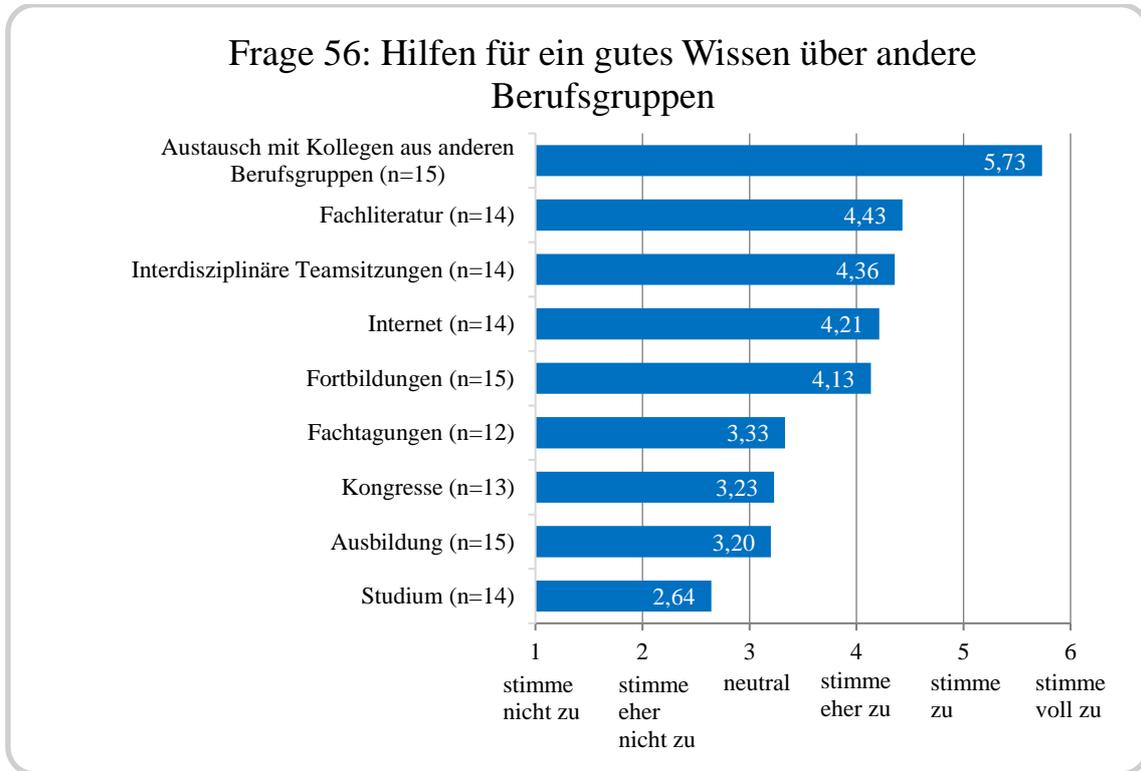


Abbildung 24: Hilfen für ein gutes Wissen über andere Berufsgruppen

Die Messung mit der Verhältnisskala (s. 2.1) ergab auch in diesem Fall, dass vor allem der direkte Kontakt einen guten Informationsstand ermöglicht.

4.2.3 Klienten

4.2.3.1 Behandelte Auffälligkeiten

Die Teilnehmer wurden in einer halboffenen Frage gebeten, anzugeben, wie viele Klienten mit unterschiedlichen Auffälligkeiten sie wöchentlich therapeutisch behandeln. Auf einen Klienten können dabei mehrere Auffälligkeiten zutreffen.

Tabelle 5: Auffälligkeiten bei Kindern

Variable	Mittelwert	±SD (Range)
Kinder mit Konzentrations-/ Hyperaktivitätsstörungen	10,33	±5,37 (0 – 20)
Kinder mit Problemen der Fein- und Graphomotorik	9,13	±6,67 (1 – 25)
Kinder mit Auffälligkeiten in der sensorischen Integration	8,78	±8,75 (1 – 35)
Kinder mit psychischen und sozialen Auffälligkeiten	7,60	±6,67 (0 – 30)
Kinder mit körperlichen Einschränkungen	3,80	±3,12 (0 – 12)
Kinder mit geistiger Behinderung	2,47	±1,99 (0 – 7)
Sonstige (n=3)	14,33	±18,19 (0 – 40)

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Ergotherapeuten wöchentlich am meisten mit Kindern mit Konzentrations-/ Hyperaktivitätsstörungen arbeiten. Nur 3 Teilnehmer haben sich zu der Kategorie „Sonstige“ geäußert. Die Angaben der Teilnehmer haben dabei eine große Streuung. Daher ergeben sich in dieser Rubrik für Mittelwert, SD und Range hohe Werte.

4.2.3.2 Zusammenarbeit mit Kollegen

Zu den genannten Auffälligkeiten wurden die Teilnehmer mit einer halboffenen Frage über die Intensität der Zusammenarbeit mit Kollegen befragt. Zur Messung diente eine Verhältnisskala.

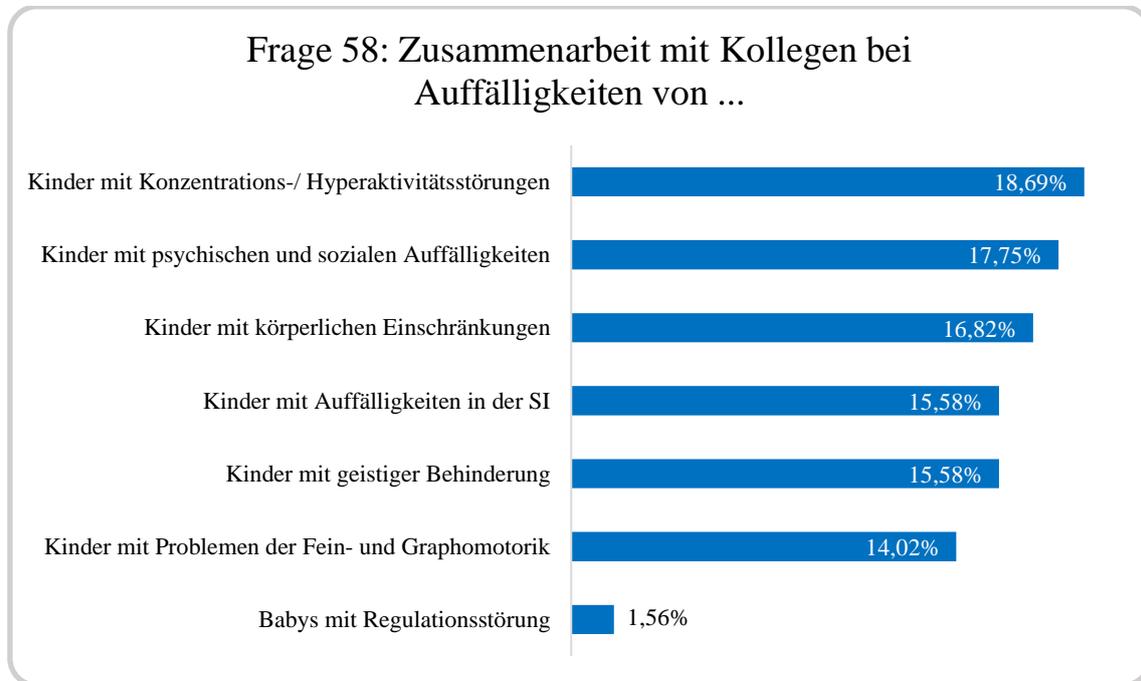


Abbildung 25: Zusammenarbeit mit Kollegen bei Kindern

Auch in diesem Fall wurde die Konzentrations-/ Hyperaktivitätsstörung am häufigsten ausgewählt. Nur bei dieser Auffälligkeit und in der Sensorischen Integration (SI) wird stets mit anderen Berufsgruppen kooperiert. Bei SI, geistiger Behinderung und Problemen der Fein- und Graphomotorik wird in mindestens 60 % der Therapien manchmal bis nie zusammengearbeitet.

4.2.4 Therapieteilschritte

In den folgenden Grafiken wird in Reihenfolge des Therapieprozesses ausgewertet, welche Gesundheitsberufe am jeweiligen Therapieteilschritt beteiligt werden. Die jeweilige Beteiligung ist hierbei berufsspezifisch und kann Beratungen, Absprachen und Abstimmung von Therapiemaßnahmen beinhalten. Die Berufe werden in den Nennungen dieses Kapitels immer in der gleichen Reihenfolge dargestellt, um dem Leser einen leichteren Vergleich der Ergebnisse bei den Therapieteilschritten zu ermöglichen.

Die Teilnehmer konnten für jeden Therapieteilschritt des Prozesses Mehrfachangaben vornehmen. Daher wird in den Grafiken immer die Anzahl der Nennungen beim jeweiligen Beruf aufgeführt, um die Bedeutung des jeweiligen Berufes für diesen Teilschritt aufzuzeigen. Für den Arzt, der als einziger Beruf von allen Teilnehmern am Therapieprozess beteiligt wird, wird eine Darstellung zu einem vollständigen Therapieprozess am Ende beispielhaft angeführt.

Schritt: Anamnese/ Elterngespräch

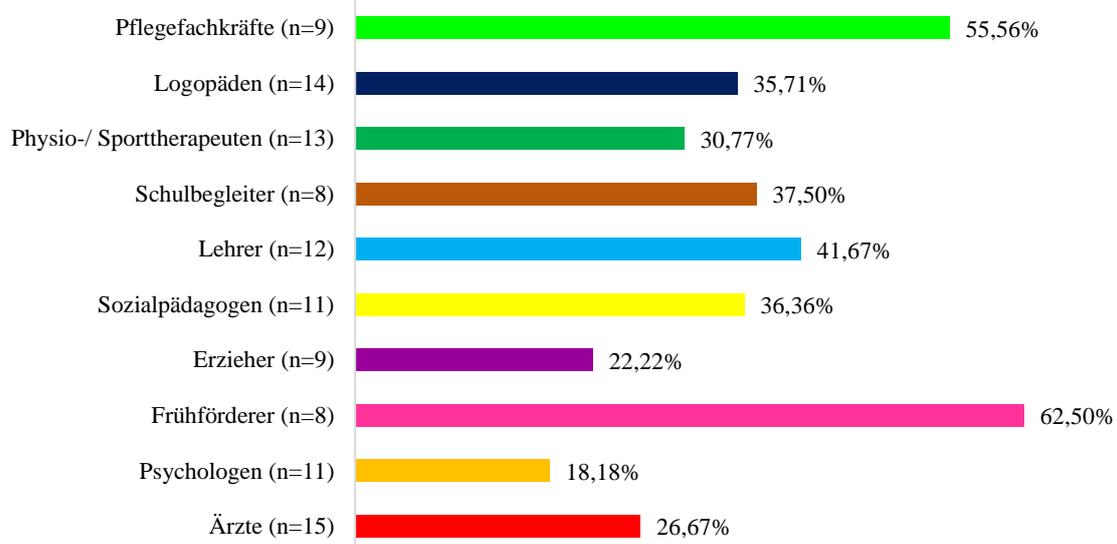


Abbildung 26: Anamnese/ Elterngespräch

Bei Klienten, an deren Therapie Pflegefachkräfte oder Frühförderer beteiligt sind, wird von Ergotherapeuten in diesem Schritt eine Zusammenarbeit gesucht. Berufe, die Verordnungen ausstellen, werden in diesem Schritt nur untergeordnet herangezogen.

Schritt: Befundung

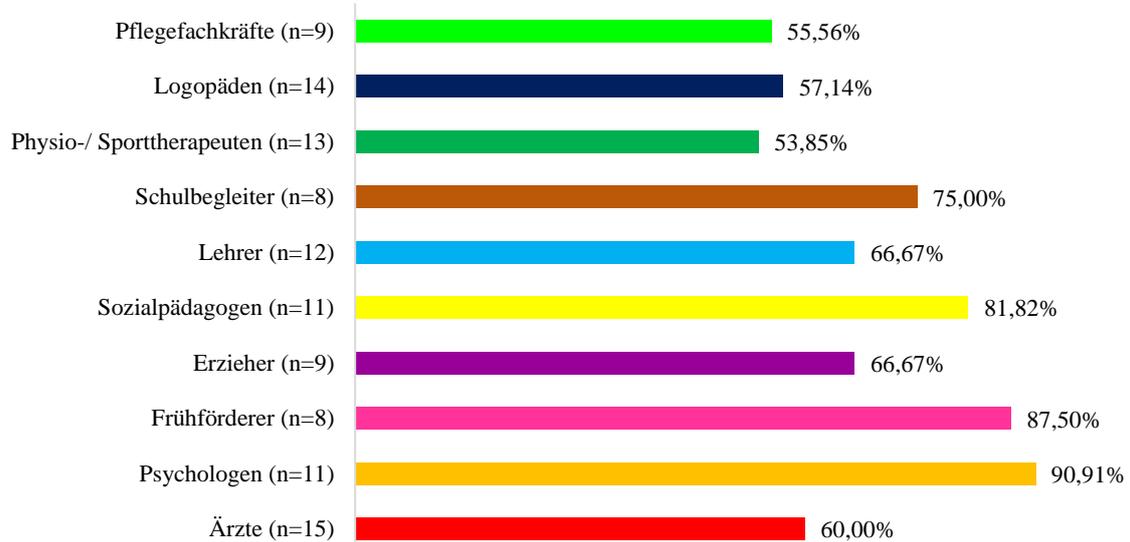


Abbildung 27: Befundung

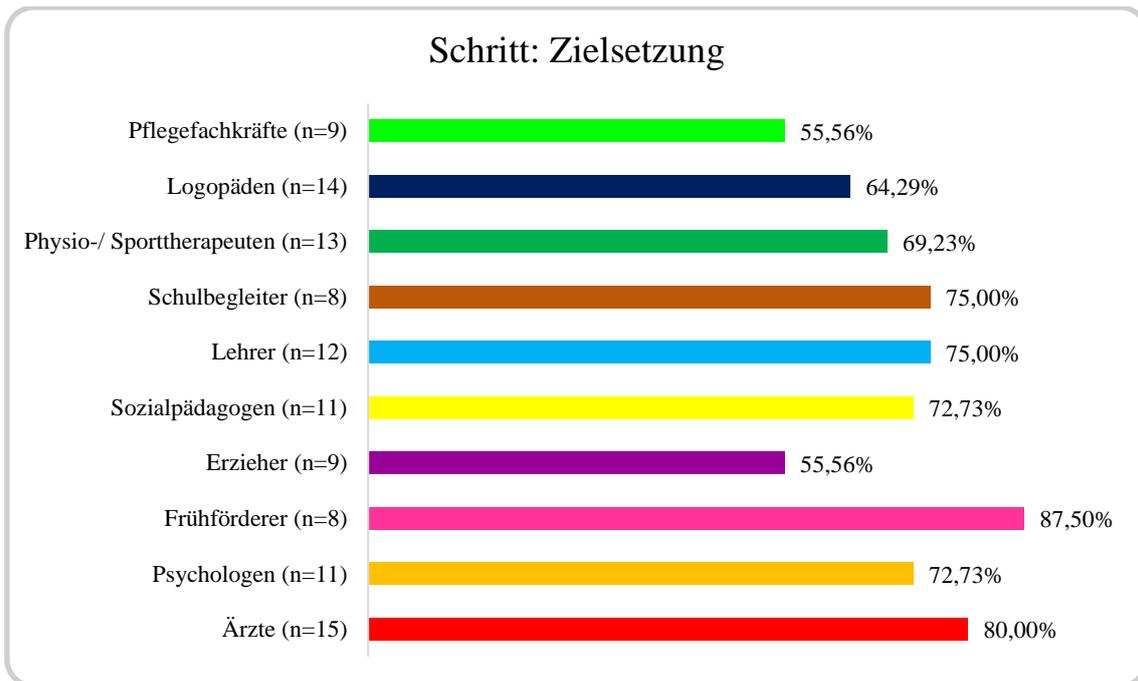


Abbildung 28: Zielsetzung

In den Schritten Befundung und Zielsetzung arbeiten Ergotherapeuten eng mit anderen Gesundheitsberufen zusammen. Alle Berufsgruppen werden zu über 50 % der Nennungen an diesen Schritten beteiligt.

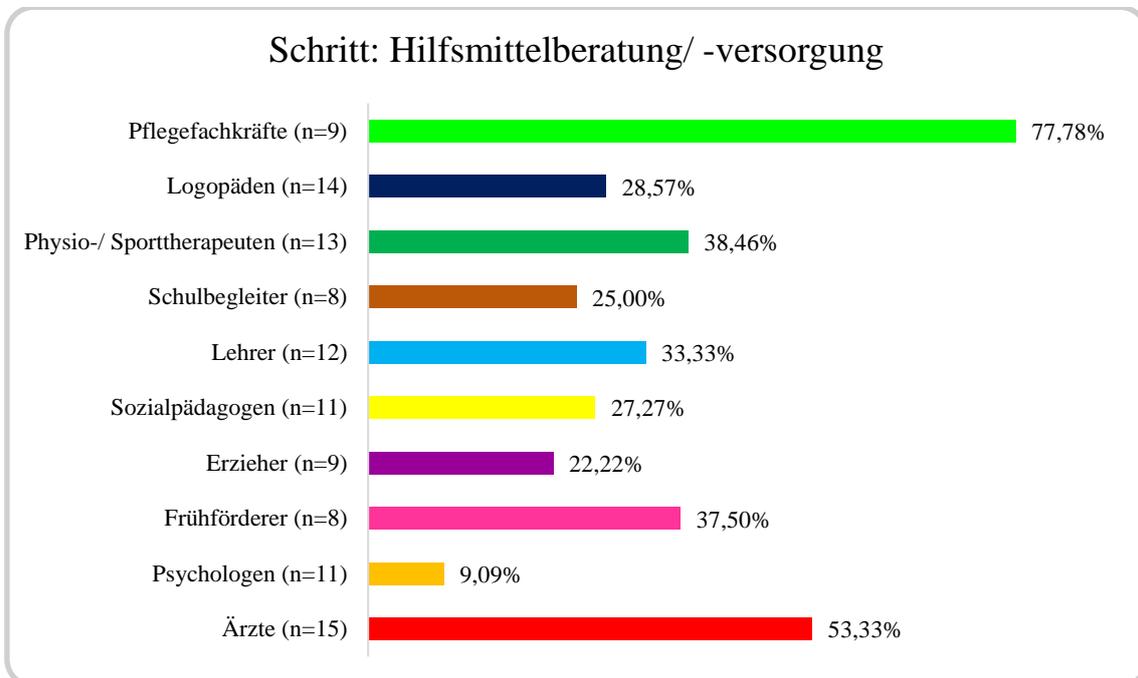


Abbildung 29: Hilfsmittelberatung/ -versorgung

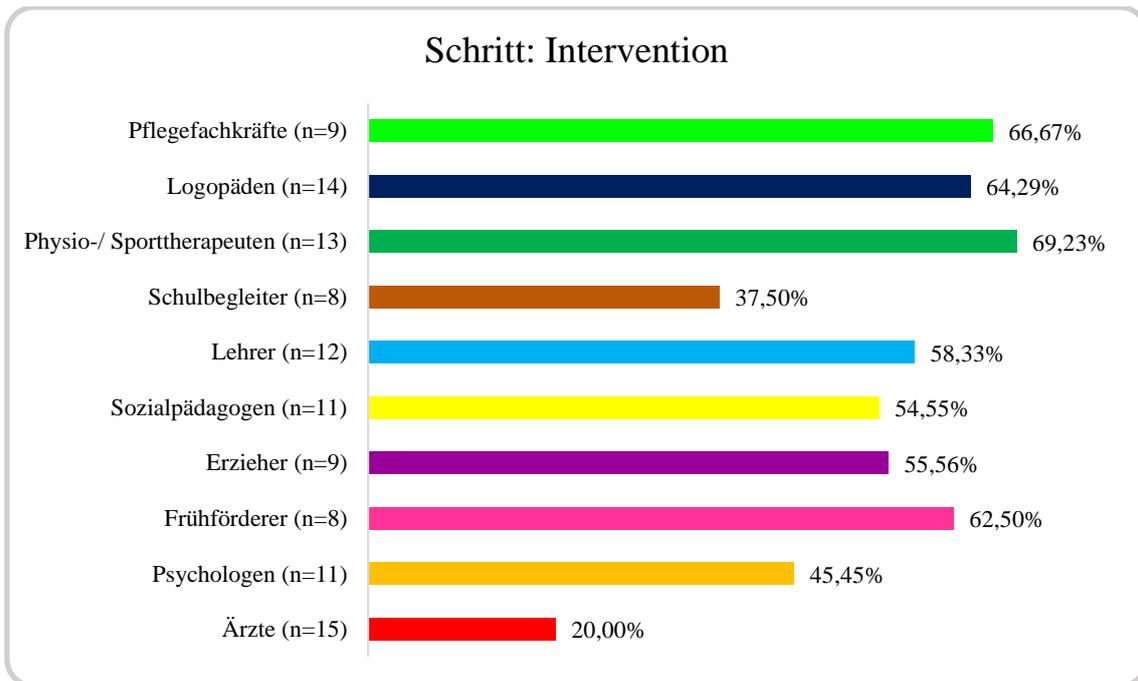


Abbildung 30: Intervention

Wenn andere gesundheitsfördernde Berufe an der Therapie eines Klienten beteiligt sind, werden sie von Ergotherapeuten zu über 64 % hinzugezogen. Für Erziehungsberufe ist analog festzustellen, dass eine Beteiligung in über 54 % der Fälle erfolgt.

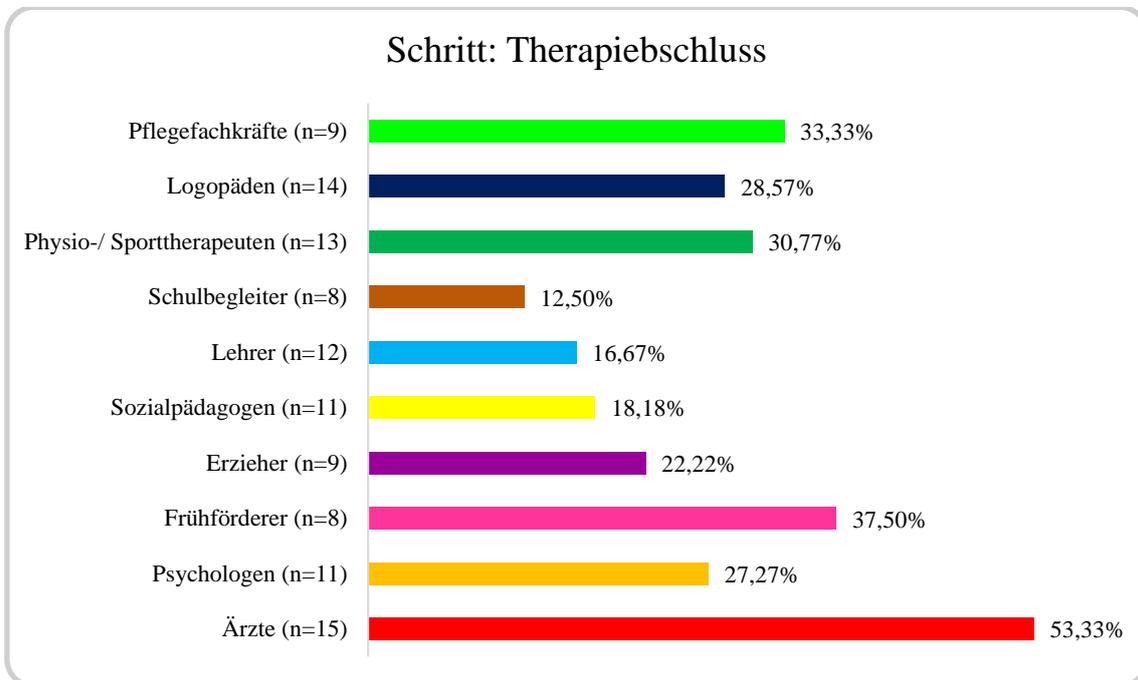


Abbildung 31: Therapieabschluss

Der Arzt wird häufig hinzugezogen. Die Erziehungsberufe, abgesehen vom Frühförderer, werden deutlich seltener in den Therapieabschluss einbezogen.

Schritt: Outcome-Messung/ erneute Befunderhebung

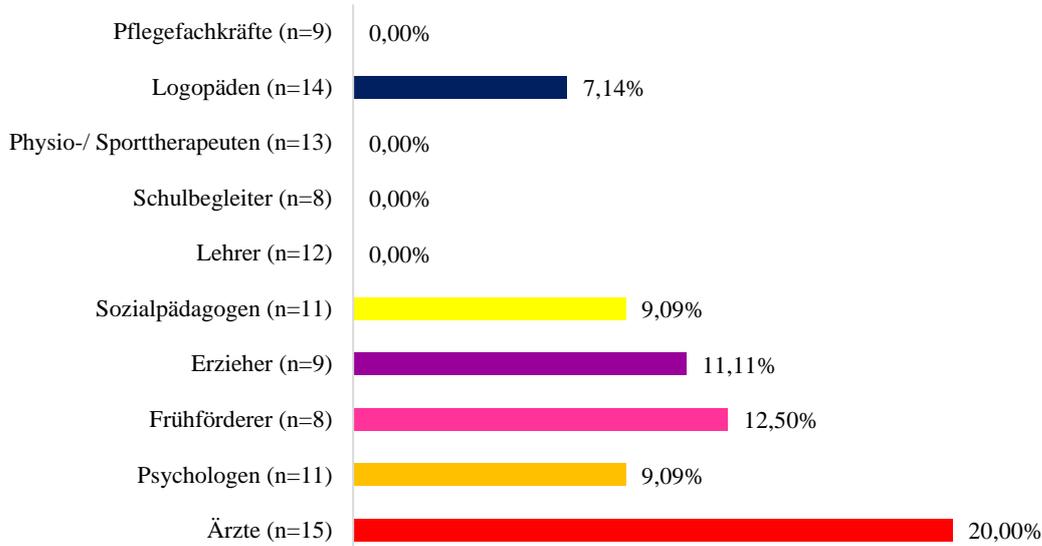


Abbildung 32: Outcome-Messung/ erneute Befunderhebung

Die wenigen Nennungen zeigen, dass in beiden Bundesländern dieser Therapieschritt nicht etabliert ist und nur in wenigen Fällen von Ergotherapeuten durchgeführt wird. Wenn dieser Schritt durchgeführt wird, wird am häufigsten ein Arzt beteiligt.

Schritt: Follow-up/ Nachsorge

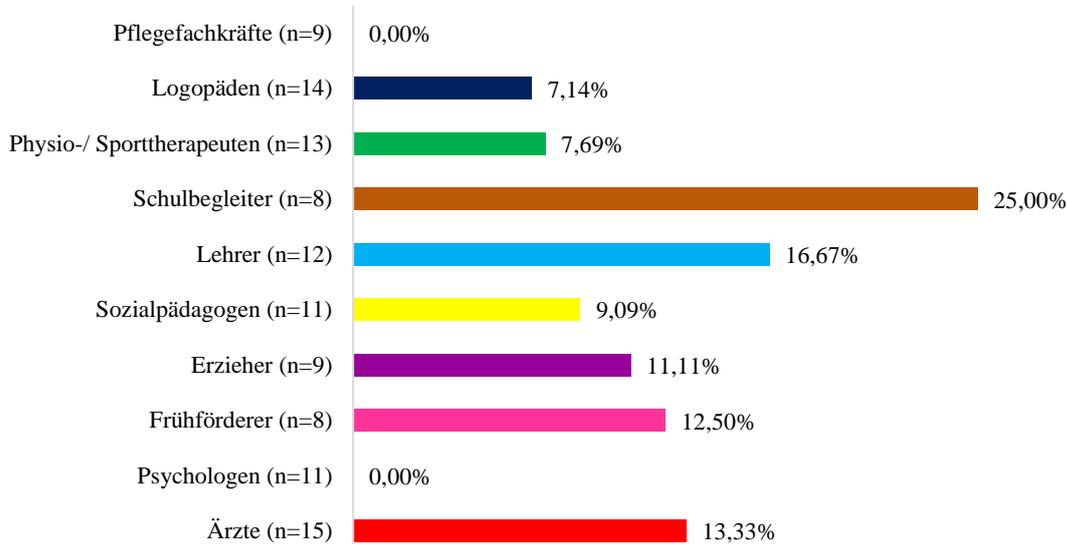


Abbildung 33: Follow-up/ Nachsorge

Der letzte Schritt dient der zukünftigen Versorgung des Klienten. Hierbei spielen Erziehungsberufe nach den Angaben der Teilnehmer eine wichtige Rolle und auch die ärztliche Versorgung ist im Blickfeld der Ergotherapeuten.

Alle Teilnehmer arbeiten mit dem Arzt zusammen. Daher werden in der nachfolgenden Abbildung die Ergebnisse für diesen zur besseren Anschaulichkeit dargestellt.

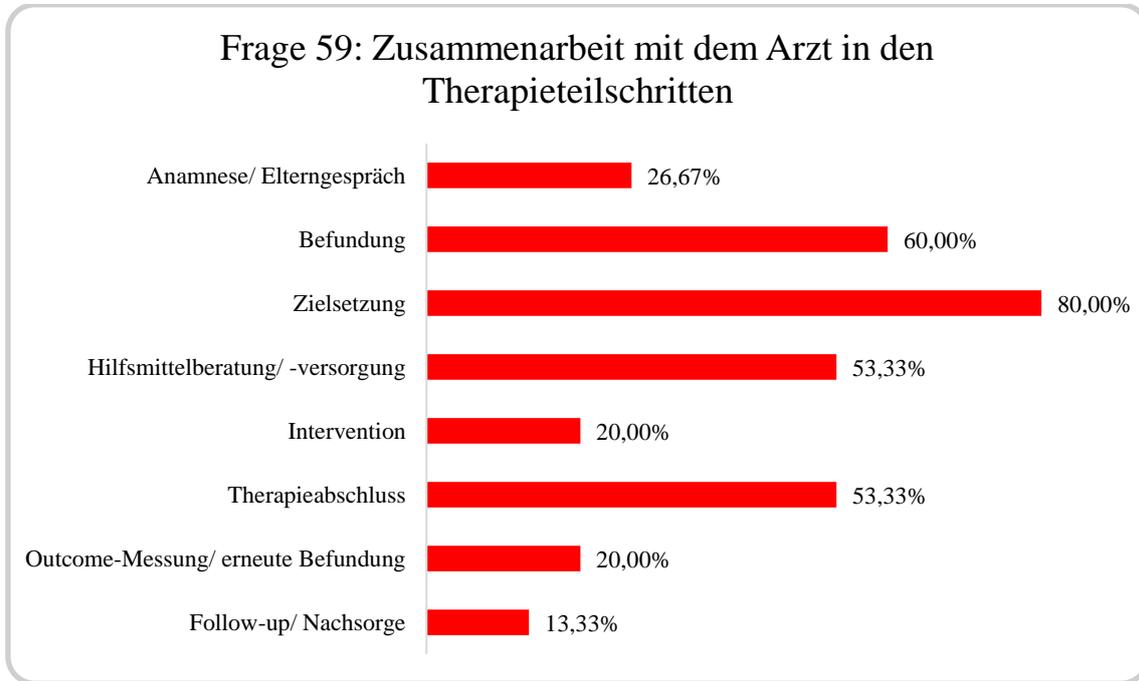


Abbildung 34: Zusammenarbeit mit dem Arzt in den Therapieteilschritten

Die Ergotherapeuten ziehen den Arzt häufig bei Therapiebeginn und –abschluss hinzu.

Die einzelnen Therapieschritte geben aber keinen Aufschluss darüber, wie die Zusammenarbeit konkret gestaltet wird. Deswegen wurde diese Problematik mittels einer offenen Frage näher beleuchtet (Frage 60).

Auf die Frage, wie die Teilnehmer in den einzelnen Teilschritten des Therapieprozesses konkret zusammenarbeiten, antworteten elf Teilnehmer (TN 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15), dass die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen in persönlichen Gesprächen wie z.B. Telefonaten, Berichten oder Teamsitzungen stattfindet. Auch schriftliche Berichte werden zum Austausch über Therapieschritte genutzt.

Acht Teilnehmer (TN 1, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 15) berichten, dass gemeinsame Gespräche gesucht werden, um sich ein gegenseitiges Feedback zu geben und professionelle Ratschläge einzuholen. Es findet ein Austausch über die Therapieinhalte und Therapieerfolge des Klienten statt. „Um die Anamnese zu ergänzen, wird das Gespräch mit anderen Berufsgruppen gesucht. Ebenso beim Befund. [...]“ (TN 5).

„Absprachen über Zielsetzungen [...]“ (TN 12) werden von fünf Teilnehmern (TN 1, 5, 9, 12, 13) mit Personen aus anderen Berufsgruppen besprochen.

Drei Teilnehmer (TN 2, 3, 6) geben an, dass mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen „[...] gemeinsame Therapieeinheiten.“ (TN 2) stattfinden.

Es werden von zwei Teilnehmern (TN 13, 15) Absprachen „[...] über nötige Testungen mit Ärzten, Psychologen, Erzieher [...]“ (TN 13) getroffen und die Therapieeinheiten des gemeinsamen Klienten aufeinander abgestimmt.

Mit einer geschlossenen Frage wurde erhoben, in welchen Therapieteilschritten die Teilnehmer eine intensivere Zusammenarbeit wünschen.

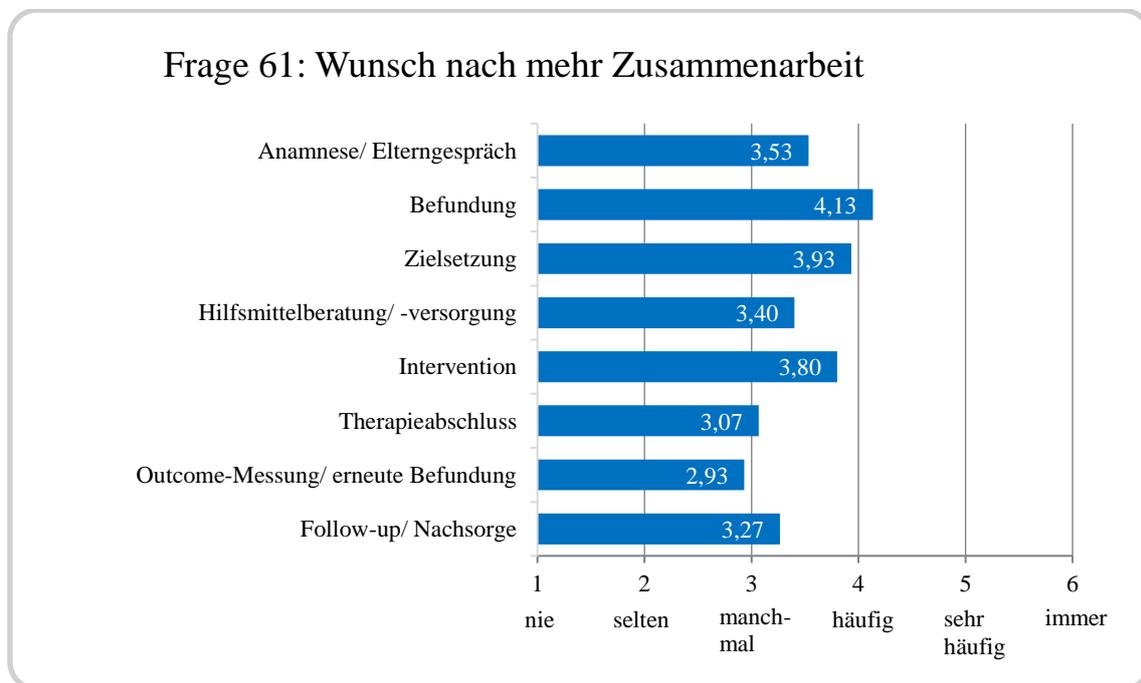


Abbildung 35: Wunsch nach mehr Zusammenarbeit

Aus der Befragung geht hervor, dass in den Bereichen Befundung, Zielsetzung und Intervention der stärkste Wunsch nach vermehrter Zusammenarbeit besteht.

4.2.5 Ziele

Die Ziele einer Zusammenarbeit wurden mit einer halboffenen Frage erhoben.

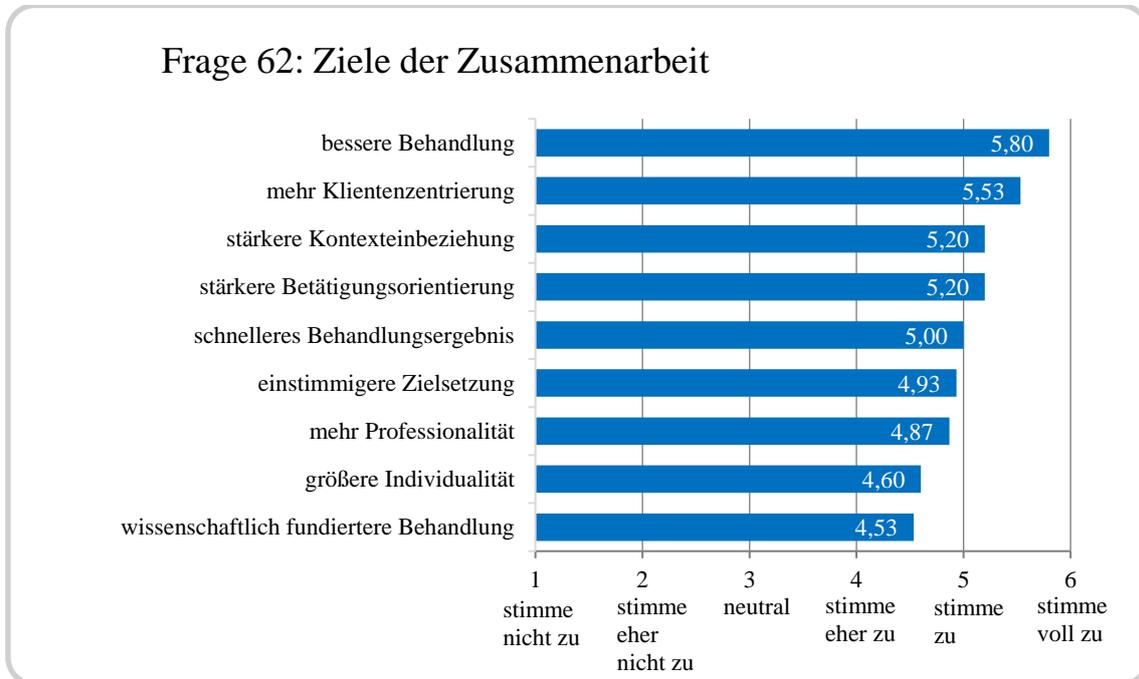


Abbildung 36: Ziel der Zusammenarbeit

Den Teilnehmern ist eine Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen bei allen Zielen wichtig. Besondere Bedeutung in der Zusammenarbeit hat die Behandlung und Klientenzentrierung.

4.2.6 Vorschläge für eine bessere Zusammenarbeit

Die Teilnehmer konnten in einer offenen Frage (79) ihre Vorstellungen für ideale Gestaltung der Zusammenarbeit und allem, was dafür notwendig ist, äußern.

Sechs Teilnehmer (TN 3, 4, 6, 7, 8, 13) würden „Zeitfenster schaffen, um mit anderen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten [...]“ (TN 4); fünf Teilnehmern (TN 2, 5, 6, 12, 14) wünschen sich eine „[...] Bezahlung der Zusammenarbeit“ (TN 14).

Vier Teilnehmer (TN 1, 5, 8, 13) beklagen einen Interessenmangel an einer Zusammenarbeit.

Sechs Teilnehmern (TN 1, 5, 8, 9, 13, 14) wünschen sich mehr Professionalität bei der der „[...] Patient [...] im Vordergrund stehen [...]“ (TN 8) sollte.

Teilnehmer 11 antwortet: „Eine Vernetzung in Form eines Behandlungsvertrages, den der Patient mit allen Beteiligten schließt und so der fortlaufende Behandlungsverlauf jedem zugänglich ist.“ wäre der Idealfall.

4.2.7 Zusammenarbeit in der Ausbildung

Mit einer geschlossenen Frage (80) wurden die Teilnehmerantworten auf einer Verhältnisskala gemessen, die die Wissensvermittlung über Zusammenarbeit in der Ausbildung erhob.

4 Teilnehmer, alle aus M-V, antworteten mit „Ja“ (26,70 %), 6 mit „Teilweise“ (40,00 %) und 5 mit „Nein“ (33,33 %).

4.2.8 Zusammenarbeitsmodelle

In zwei halboffenen Fragen (81, 82) äußerten sich die Teilnehmer zu Modellen der Zusammenarbeit.

Mehrheitlich (80 %) gaben die Teilnehmer an, ihnen sei kein Modell bekannt. 20 % nannten Modelle: 2 Mal ICF und einmal „chic cpis“.

Das Wissen über die Modelle stammt aus: Ausbildung, Literatur, Fortbildung, praktischer Erfahrung und einer Bachelorarbeit.

4.2.9 Fortbildung

In drei halboffenen Fragen (83, 84, 85) äußerten sich die Teilnehmer zu Fortbildungsangeboten mit dem Thema Zusammenarbeit.

Mehrheitlich (86,67 %) gaben sie an, Fortbildungen zur Zusammenarbeit seien ihnen nicht bekannt. 2 Teilnehmer nannten „ICF“ (TN 6) und „Alle“ (TN 10).

Diesen beiden Teilnehmer hatten mehrere Informationskanäle siehe nachstehende Abbildung.

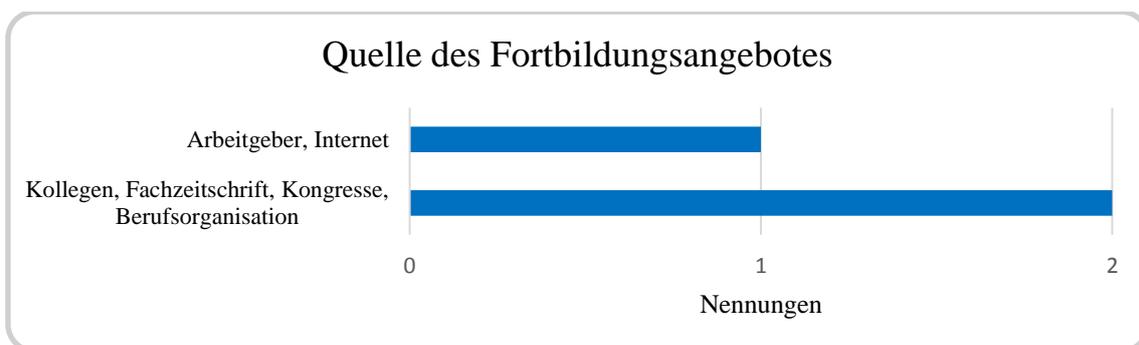


Abbildung 37: Quelle des Fortbildungsangebotes

93 % der Teilnehmer haben zur Zusammenarbeit keine Fortbildung besucht. Ein Teilnehmer (TN 6) nahm an einer Fortbildung zur ICF teil und bewertete deren Kosten-Nutzen-Aufwand positiv, weil „es zukunftsweisend ist“.

Mit einer offenen Frage (87) wurde das Interesse an einer Fortbildung zur Zusammenarbeit hinterfragt (n=12). Die Antworten werden absteigend nach Nennung aufgeführt.

Tabelle 6: Interesse an Fortbildungen

Interessiert	Nicht interessiert
<ul style="list-style-type: none"> • lohnenswert • zusammenarbeitfördernd, klientenzentriert • beruflich relevant, Wissenserweiterung sinnvoll 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht lohnenswert • kein Bedarf • nicht relevant, Desinteresse, da nicht honoriert

4.3 Kommunikation mit anderen Berufsgruppen

Dieses Kapitel behandelt grundlegende Aspekte der Kommunikation sowohl theoretischer wie praktischer Natur.

4.3.1 Informationsaustausch

In einer offenen Frage (63) gaben die Teilnehmer an, welche Anfragen von anderen Vertretern aus Gesundheitsberufen gestellt werden.

Neun Teilnehmer (TN 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 13) geben an, dass diese sich häufig mit Fragen wie „- *welche Zielsetzung haben Sie?*, - *welche Befundung haben Sie durchgeführt?*,- *wie sieht der weitere Behandlungsprozess aus?* - *wie werden die Therapien gestaltet?*“ (TN 1) an sie wenden.

Bei vier Teilnehmern (TN 2, 3, 5, 7) werden Fragen zur Hilfsmittelversorgung und zu verschiedenen Auffälligkeiten des Kindes gestellt. „[...] *Hilfsmittel, Wahrnehmungsauffälligkeiten, fein- und graphomotorische Auffälligkeiten* [...]“ (TN 5)

Vier Teilnehmer (TN 7, 9, 11, 12) erhalten Fragen zum ergotherapeutischen Bedarf des Kindes „[...] *Kannst du den Klienten mal bitte kurz beobachten?*“ *"Ist das normal für das Alter? Müsste man hier ergotherapeutisch ansetzen?"* (TN 9).

Ein Teilnehmer (TN 15) gibt an, zum Berufsbild und zur Arbeit eines Ergotherapeuten befragt zu werden.

Frage 64 wurde ebenfalls offen gestellt und beinhaltete den Informationsbedarf der Ergotherapeuten.

Zwölf Ergotherapeuten (TN 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15) stellen Fragen wie „*Ziele abstimmen, befundung vervollständigen, Inhalte der therapien abgleichen*“ (TN 4) und zu Diagnosen.

Drei (TN 2, 7, 8) Ergotherapeuten informieren sich über den Alltag des Kindes. „*Wie verhält sich das Kind in einem anderen Kontext?*“ (TN 8).

Zwei Ergotherapeuten (TN 1, 2) stellen Fragen zur „[...] *Hilfsmittelberatung*, [...]“ (TN 2).

4.3.2 Mediennutzung

Mit einer halboffenen Frage wurde die Mediennutzung zu 6 benannten Kontaktmöglichkeiten erhoben.

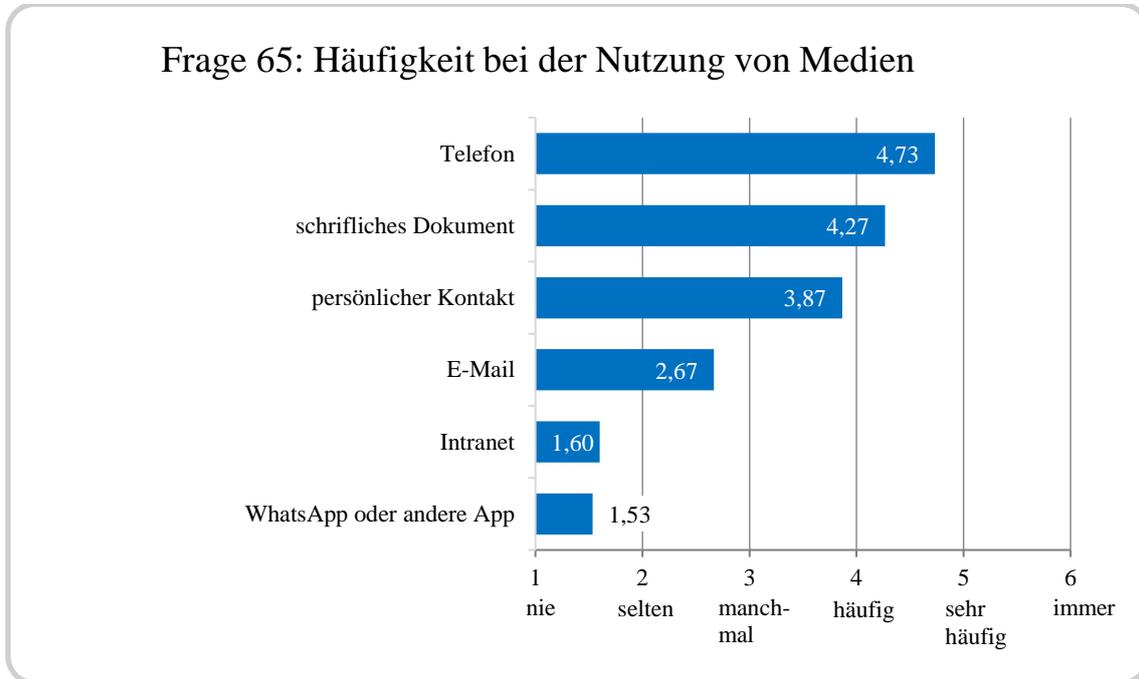


Abbildung 38: Häufigkeit bei der Nutzung von Medien

Am häufigsten genannt wurden das Telefon, der schriftliche Dokumentenaustausch und der persönliche Kontakt. Computergestützte Kommunikation spielt im Arbeitsalltag der Teilnehmer eine untergeordnete Rolle.

Anschließend wurden die Teilnehmer mit einer offenen Frage (66, 67) aufgefordert, für bis zu drei Kommunikationsarten je 2 Vor- und Nachteile zu nennen. Die Antworten wurden nach Anzahl der Nennung absteigend sortiert.

Tabelle 7: Vor- und Nachteile der Kommunikationsarten

Kommunikationsart	Vorteil	Nachteil
Telefon	<ul style="list-style-type: none"> • zeitökonomisch • schnellere Einigung • persönlicher Kontakt entsteht • unkomplizierte Nutzung 	<ul style="list-style-type: none"> • kurze Gesprächsdauer • Verbindungsprobleme • eher unpersönlich, Gestik und Mimik fehlen • unflexibel, keine 3 Gesprächspartner möglich
Persönlicher Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> • persönlich • präzise und genau • zeitökonomisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemmung durch unsympathischen Gesprächspartner • zeitaufwändig • Terminfindung schwierig
Schriftlicher Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> • präzise, kein zusätzlicher Zeitaufwand, Dokument • duplizierbar • zeitunabhängig • Nachweisbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahr von Missverständnissen • zeitaufwändig • nicht abrechenbar
WhatsApp/ andere App	<ul style="list-style-type: none"> • schnell, zeitunabhängig • für nicht eilige Angelegenheiten 	<ul style="list-style-type: none"> • rechtliche Bedenken, keine Verlässlichkeit • stört Arbeitsablauf
E-Mail	<ul style="list-style-type: none"> • schnell, ökologisch • umfassende Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Antwortverhalten unkalkulierbar • unpersönlich, nicht abrechenbar

Mit einer offenen Frage (68) wurden Verbesserungsvorschläge zur Kommunikation erhoben (n=14).

Acht Teilnehmer (TN 2, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14) geben an, dass bessere ökonomische Rahmenbedingungen geschaffen werden sollten. Eine große Rolle spielen dabei „[...] die Zeit [...]“ (TN 8) und die Honorierung.

Vier Ergotherapeuten (TN 1, 3, 8, 13) machten für eine regelmäßige Kommunikation den Vorschlag, feste Termine zu vereinbaren. Vorgeschlagen wurden: „Treffen in den einzelnen Stadtteilen durchführen [...], um sich kennenzulernen und auszutauschen.“ (TN 13); „[...] ein Intranet [...], indem jeder seine Fragen stellen kann.“ (TN 1).

Drei Teilnehmer (TN 2, 14, 15) bemängelten einen mangelhaften Informationsaustausch über die Berufsbilder anderer Gesundheitsberufe.

4.3.3 Aspekte der Kommunikation

Die Bedeutung dieser Aspekte wurde mit einer geschlossenen Frage (69) näher untersucht.

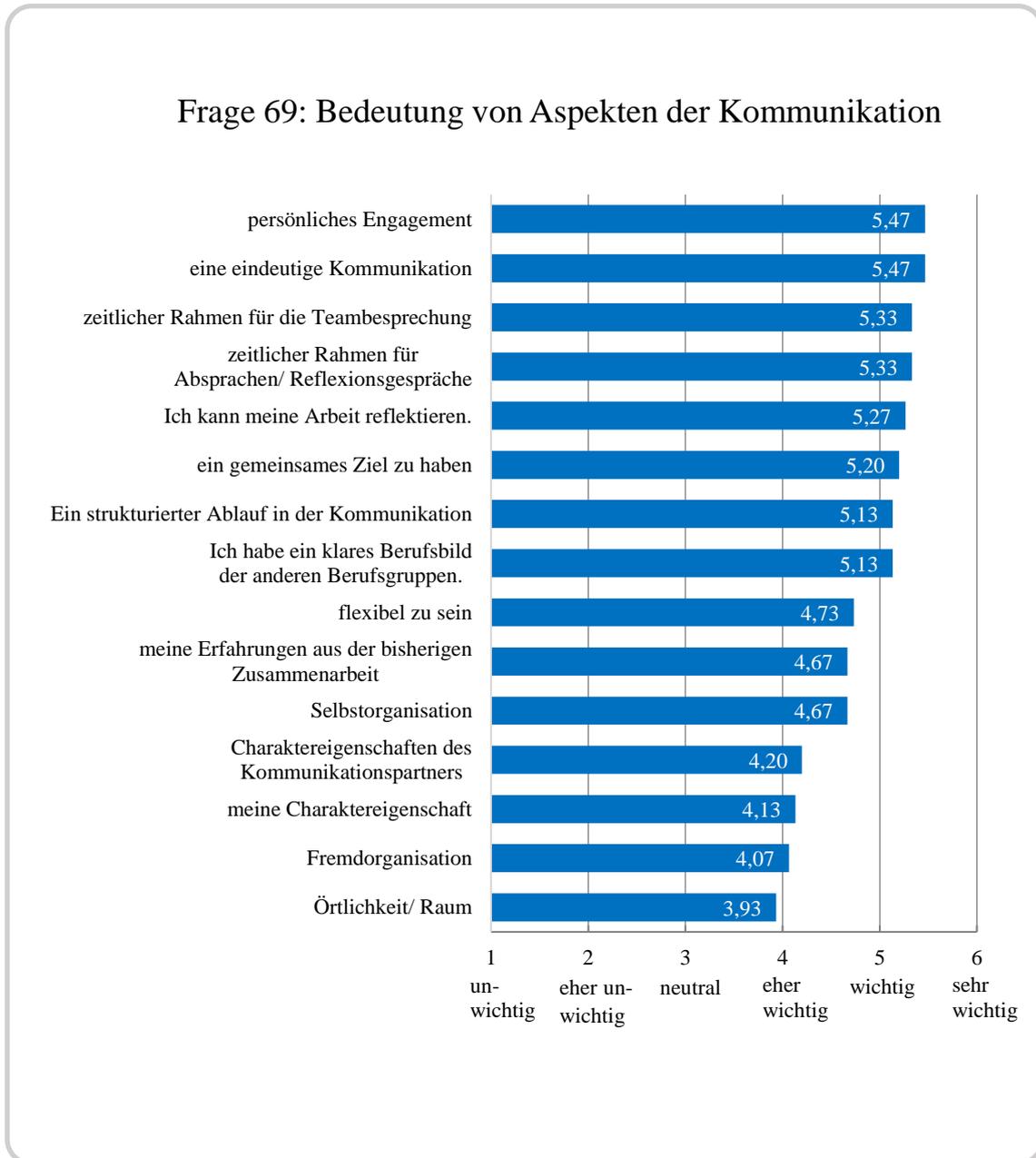


Abbildung 39: Aspekte für die Kommunikation mit Kollegen

Die Teilnehmer geben an, dass das eigene Engagement die wichtigste Rolle in einer Kommunikation spielt. Den zeitlichen Rahmenbedingungen räumen die Teilnehmer eine hohe Bedeutung ein. Charaktereigenschaften, Organisation und Räumlichkeit wird ein geringer Stellenwert zugemessen.

4.3.4 Eigenwahrnehmung und Wahrnehmung des Kommunikationspartners

Zwei geschlossene Fragen untersuchten die Eigenwahrnehmung und die Wahrnehmung des Kommunikationspartners in der Kommunikation.

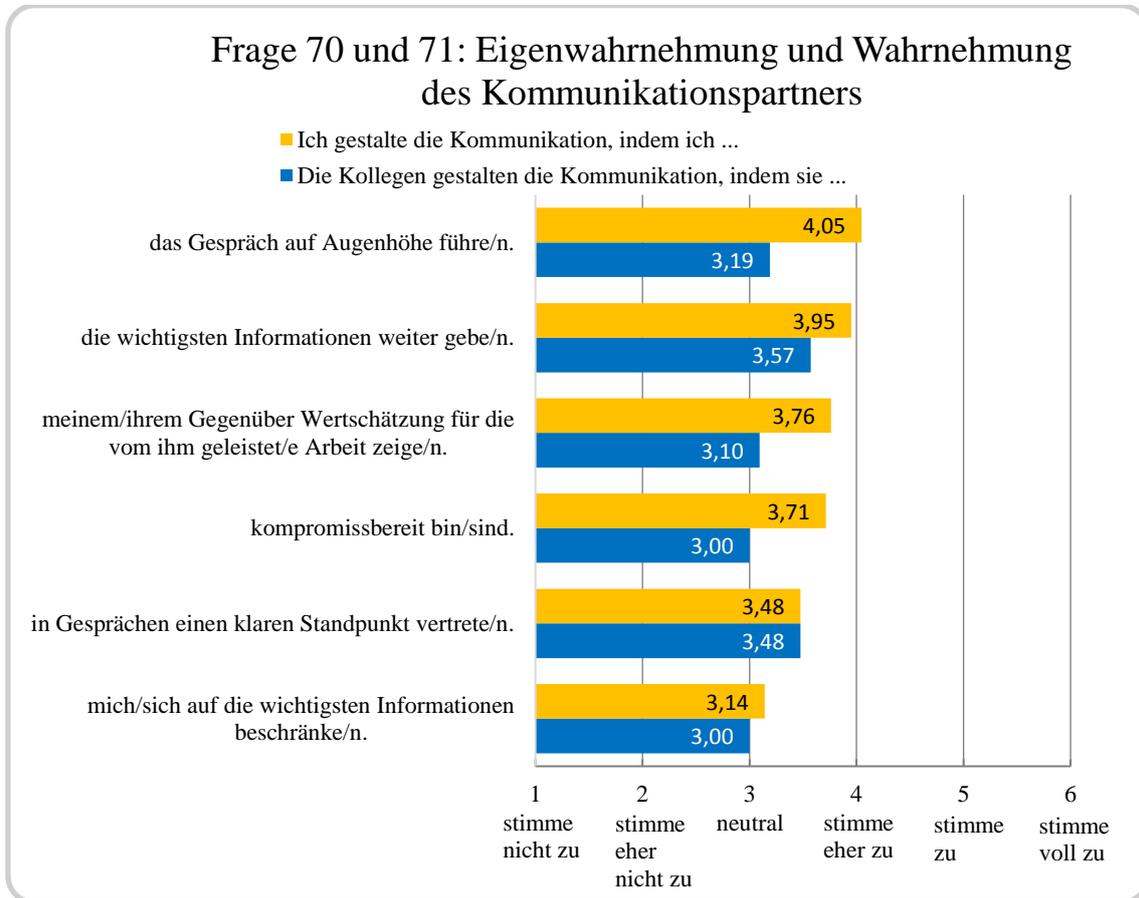


Abbildung 40: Eigenwahrnehmung und Wahrnehmung des Kommunikationspartners

Die eigene Kommunikationsform wird positiver wahrgenommen. Die allgemeine Wahrnehmung liegt zwischen neutral und stimme eher zu. Die gegenseitige Wertschätzung, die Weitergabe von Informationen und der klare Standpunkt sind sowohl in der Eigenwahrnehmung und Wahrnehmung des Kommunikationspartners von besonderer Bedeutung.

4.3.5 International Classification Functions

In einer geschlossenen Frage benannten die Teilnehmer ihren Einsatz der Klassifizierung im Praxisalltag. Dies wurde mit einer Verhältnisskala gemessen.

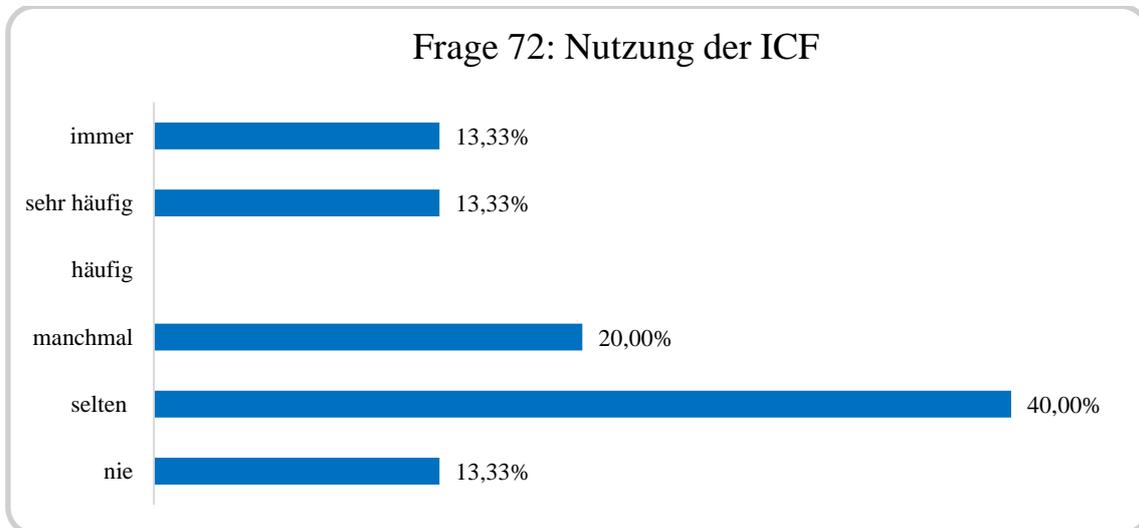


Abbildung 41: Nutzung der ICF

Im Ergebnis ist festzustellen, dass sich der Einsatz des ICF im Praxisalltag noch nicht etabliert hat.

Teilnehmer, die die ICF nutzen, machten in einer offenen Frage (73) Angaben wann, wo und wie Sie diese verwenden (n=7).

Vier Teilnehmer geben an, dass sie die ICF mit Ärzten (TN 3, 7, 12, 15) und Psychologen (TN 15) nutzen.

Jeweils ein Teilnehmer nutzt die ICF „Zeitweise in der Befundung“ (TN 13) und für die „[...] Abrechnung von Verordnungen“ (TN 10).

Die ICF wird nur in der Kommunikation mit universitär ausgebildeten Berufskollegen benutzt.

Die anderen 8 Teilnehmer gaben in einer zweiten geschlossenen Frage (74) an, warum sie die ICF nicht anwenden.

Vier Teilnehmer (TN 1, 4, 8, 14) geben an, dass sie diese aufgrund von unzureichendem Wissen nicht nutzen.

Zwei Teilnehmer (TN 9, 11) sehen keinen Nutzen in der ICF bei ihrer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. „Mit meinen Logopädischen Kollegen nicht sinnvoll, diese nutzen sie nicht. Ansonsten sehe ich auch keinen Zweck mich mit den Ärzten oder Frühförderern mit Hilfe der ICF auszutauschen“ (TN 9).

Teilnehmer 5 gibt an, die ICF sei „Noch nicht im arbeitsprozess verankert, [...] von chefin nicht gewünscht/gefördert“.

Die Kontrollfrage bestätigt, dass die ICF in den meisten Gesundheitsberufen noch nicht etabliert ist und daher für eine Kommunikation auch nicht genutzt wird.

4.3.6 Teamsitzungen

Als die drittbeste Möglichkeit zur Kommunikation wird der persönliche Kontakt angegeben. Dieser findet auch in Teamsitzungen statt, zu denen in einer geschlossenen Frage mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen Informationen eingeholt wurden. Die Einschätzung wurde mit Hilfe einer Nominalskala gemessen.

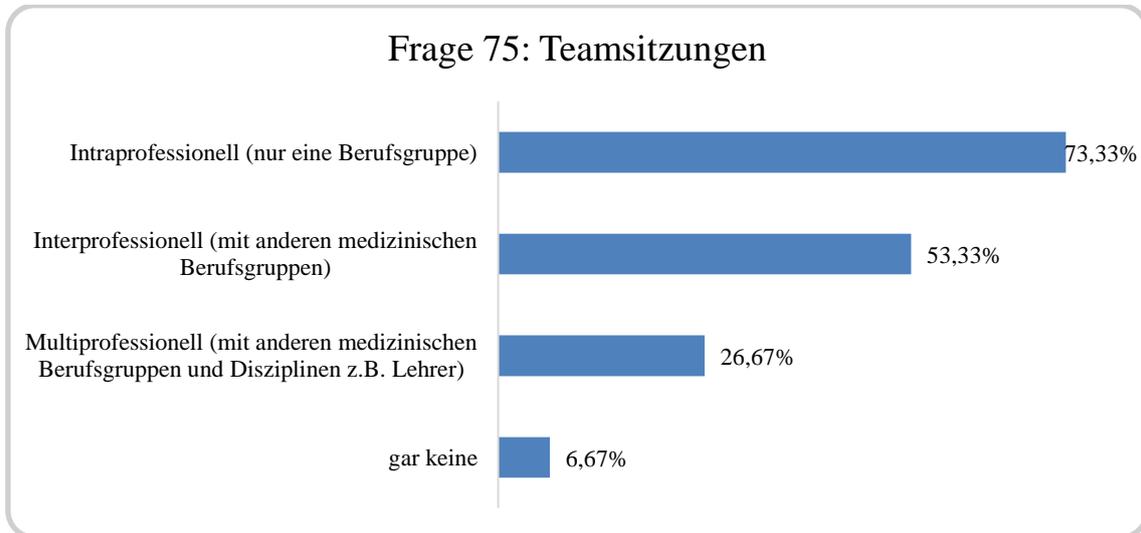


Abbildung 42: Teamsitzungen

In den ergotherapeutischen Praxen sind Teamsitzungen ein bewährtes Kommunikationsmittel. Ein multiprofessioneller Austausch findet überwiegend nicht statt.

In einer Ordinalskala wurde die Häufigkeit von Teamsitzungen mit anderen Gesundheitsberufen gemessen (n=8).

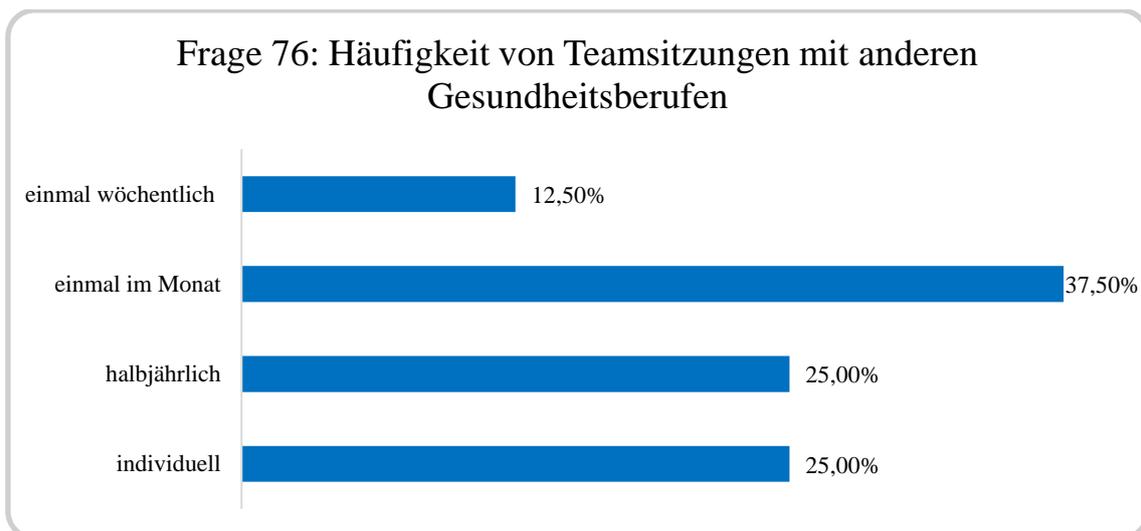


Abbildung 43: Häufigkeit von Teamsitzungen

Die Mehrheit der Teilnehmer nimmt regelmäßig an diesen Teamsitzungen teil.

In einer offenen Frage gaben die Teilnehmer an, welche Berufsgruppen in ihrem Kontext an Teamsitzungen teilnehmen.

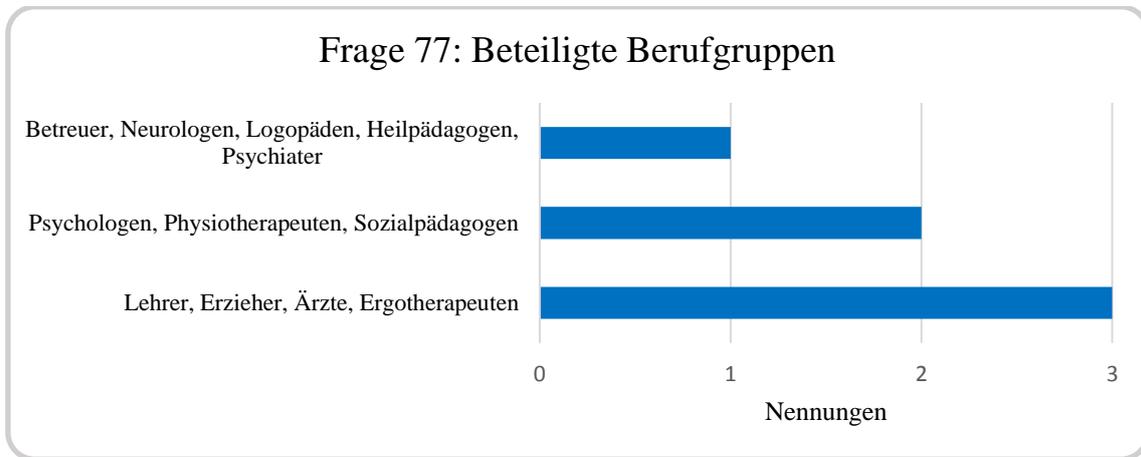


Abbildung 44: Beteiligte Berufsgruppen

In einer halboffenen Frage (78) äußerten sich die Befragten zur Organisation von Teamsitzungen. Sie gaben an, dass je zu 62,50 % der Ergotherapeut oder die Einrichtung die Teamsitzung initiiert und zu 37,50 % eine andere Berufsgruppe Organisator ist.

4.4 Beschäftigung mit dem Thema Zusammenarbeit

Die offene Frage (88) befasste sich mit der gedanklichen Beschäftigung der Teilnehmer mit dem Thema Zusammenarbeit.

Tabelle 8: Haben Sie sich zuvor schon so intensiv mit der Zusammenarbeit befasst?

ja	gelegentlich	nein
<ul style="list-style-type: none"> patientenorientiert Ausbildung praxisorientiert bei Kontaktproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> praxisorientiert 	<ul style="list-style-type: none"> 5 Antworten

5. Diskussion

5.1 Stärken und Schwächen der Methode

In diesem Kapitel erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit den Stärken und Schwächen der Studie, um das Vorgehen der Forschung transparent darzulegen.

5.1.1 Studiendesign

Für die Beantwortung der Forschungsfrage, war das ausgewählte Design geeignet, da die Autoren eine große Anzahl an Teilnehmer befragen wollten, um eine allgemeingültige Aussage zu erhalten. Insgesamt haben 37 Personen die Umfrage begonnen, weniger als die Hälfte hat diese beendet. Es liegt nahe, dass der Fragebogen für die Teilnehmer zu lang war und nach dem Pretest hätte stärker gekürzt werden müssen. Durch die ausführlichen Fragen sind die Ergebnisse trotz geringer Stichprobe umfangreich. Die Ergebnisse geben einen guten Einblick in die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein.

Die qualitativen Fragen wurden teilweise nur kurz und oberflächlich von den Teilnehmern beantwortet. Zur genaueren Beantwortung dieser Fragen wäre eine Mixed Methode mit zusätzlichen Interviews geeignet, um die qualitativen Anteile vertiefender zu untersuchen.

5.1.2 Literaturrecherche

Die Forschungsarbeit, wie im Kapitel 3.3 beschrieben, wurde auf Basis einer detaillierten und vielfältigen Literaturrecherche erstellt. Bei der Recherche wurden der theoretische Hintergrund zur interdisziplinären Zusammenarbeit und deren praktische Umsetzung in der Ergotherapie beachtet, um ein umfangreiches Bild der Thematik zu erhalten. Für die Recherche wurden verschiedene Datenbanken genutzt, um ein großes Suchspektrum abzudecken und somit vielfältige Literaturquellen zu erschließen. Durch Limitationen in der Suchstrategie (s. Anlage 1) wird ersichtlich, dass die Autoren nach aktueller Literatur recherchiert haben. Somit stellt diese Arbeit den aktuellen Stand der Wissenschaft dar. Wurden ältere Quellen genutzt, dann aufgrund der weiterhin bestehenden Relevanz des Inhalts bzw. aus Mangel an vergleichbar hochwertigen Schriften mit jüngerem Entstehungsdatum. Die Autoren nutzen sowohl englischsprachige, als auch deutsche Literatur zur Erstellung der Forschungsarbeit. Die Muttersprache beider Autoren ist deutsch. Um Fehler in der Übersetzung zu vermeiden, besprachen die Autoren untereinander unsichere Übersetzungen.

In den sechs Säulen der Ergotherapie wird die Säule „Evidenzbasiert“ genutzt, damit die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse für eine effektive und effiziente Behandlung des Klienten genutzt werden sollen (s. 2.4.2). Die Autoren recherchierten zum Abschluss der Bachelorarbeit nach weiteren aktuellen Studien zu dem Thema der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Die Ergebnisse einer aktuellen Querschnittstudie von Ma, Park & Shang (2018) belegen, dass die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen, als eine wichtige Strategie zur Förderung der Patientensicherheit angesehen werden sollte. Sowohl die interdisziplinäre, als auch die intradisziplinäre Zusammenarbeit ist wichtig, um bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen. Diese Studie hebt noch einmal die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit aus Klientensicht hervor.

In einer aktuellen Studie von Wentzke (2018) wird auf die Kommunikation in der interdisziplinären Zusammenarbeit genauer eingegangen. Die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen gestaltet sich schwierig, wenn keine einheitliche Kommunikation genutzt wird. Die Kommunikationspartner benötigen wichtige Informationen zum Klienten, die sie verstehen können. Deshalb sollte auf eine fachspezifische Terminologie verzichtet werden. Hier kann eine Verknüpfung mit dem theoretischen Hintergrund gezogen werden, dass von der WHO die ICF für eine gemeinsame Terminologie herausgegeben worden ist (s. 2.3.3).

5.1.3 Erhebungsinstrument Fragebogen

Der Fragebogen (s. Anlage 2) basierte auf der Literaturrecherche zum theoretischen Hintergrund. Der Fragebogen bestand in seiner Endfassung aus 88 Fragen.

Wie bereits beim Studiendesgin erwähnt, haben 15 Teilnehmer den Fragebogen beendet. Die Pretester fanden den Fragebogen zu lang, aber die Fragen nicht komplex. Bewusst haben sich die Autoren dazu entschieden, den Fragebogen nicht zu kürzen, um eine genaue und ausreichende Menge an Rohdaten zu erhalten (s. 3.5.1). Für das Mittel zur Erhebung, das aus 6 Bereichen besteht, hätten 4 Fragen vermutlich ausgereicht, sodass die Teilnehmer weniger hätten durchlesen müssen und eine Zustimmung zu einer Kategorie leichter gewesen wäre. Allerdings wären die Ergebnisse dann nicht so differenziert. Mit Anwendung der Mixed Methode würden die qualitativen Anteile in Interviews erfragt werden und der Fragebogen hätte kürzer ausfallen können.

Eine Kürzung auf je 2 Angaben zu Vor- und Nachteilen bei den Fragen 66 und 67 wären möglich gewesen. Dies hätte ebenfalls eine schnellere Beantwortung des Fragebogens ermöglicht.

Die Kategorie „Sonstige“ in den halboffenen Fragen, wurde von den Teilnehmern selten genutzt. Daraus schließen die Autoren, dass die von den Autoren vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, die aus dem theoretischen Hintergrund entstanden, in der Regel ausreichend waren.

Bei der Durchführung der Studie musste der Inhalt des nachfolgenden Kapitels beachtet werden.

5.1.4 Datenschutz und Ethik

Die Autoren gewährleisteten Datenschutz und ethische Aspekte (s. 3.5). Eine Stärke dieser Studie ist im Aspekt „informed consent“ zu finden. Diese wurde von den Autoren ausreichend beschrieben. Die Möglichkeit der Teilnehmer über eine E-Mail-Adresse Kontakt zu den Autoren aufzunehmen, wurde von sechs Personen genutzt, wovon zwei eine direkte Frage zum Fragebogen hatten. Zudem wurde von zwei Personen die Möglichkeit genutzt, die Bachelorarbeit nach Beendigung zu erhalten, wie es im Anschreiben (s. Anlage 4) und am Ende des Fragebogens (s. Anlage 2) angeboten wurde. Dies zeigt ein tiefgründiges Interesse an dem Forschungsthema.

Es wurden nur allgemeine persönliche Daten erhoben, die keinen Einblick in die Privatsphäre der Probanden geben. Die Teilnehmer blieben anonym. Weder ihre Namen noch Internetadressen waren für die Autoren erkenn- oder ermittelbar. Die Vulnerabilität ist durch die Befragung von Professionals sichergestellt.

5.1.5 Teilnehmerrekrutierung

Eine Stärke dieser Forschungsarbeit bestand darin, dass die Autoren mehrere Möglichkeiten der Teilnehmerrekrutierung nutzten. Die Autoren schrieben 121 Einrichtungen per E-Mail persönlich mit einem ansprechenden Anschreiben (s. Anlage 4) an. Dabei achteten die Autoren darauf, dass etwa gleich viele E-Mails in beide Bundesländer verschickt werden (68 M-V und 53 S-H). Zu beachten ist, dass die meisten Einrichtungen in den Ballungsgebieten, den Städten, liegen. Die Autoren haben nicht erhoben, ob die Teilnehmer in der Stadt oder auf dem Land arbeiten. Dies konnte somit im Ergebnis nicht differenziert ausgewertet werden.

Um eine Weiterleitung des Anschreibens wurde gebeten, um einen Schneeballeffekt zu erzielen. Ebenso wurde das soziale Medium „Facebook“ genutzt. Es wurden die beiden Landesgruppen des DVE's der Landesgruppen angeschrieben, allerdings kam von dort nie eine Reaktion. Die Autoren hätten dies weiterverfolgen sollen, beispielsweise mit einem Anruf beim DVE.

Auf die erste E-Mail reagierten 19 Personen, wovon 8 die Umfrage beendeten. Dieser Zeitraum lag in der Sommerferienzeit der beiden Bundesländer. Es ist zu vermuten, dass viele potenzielle Teilnehmer zu dem Zeitpunkt verreist waren. Die erste Erinnerungsmail zu Beginn des neuen Schuljahres an die zuvor angeschriebenen Praxen erhöhte die Teilnehmerzahl um 13 Teilnehmer, wovon 4 den Fragebogen beendeten. Die zweite Erinnerungsmail inklusive einer Verlängerung des Zeitraums, in dem der Fragebogen online war, brachte noch 5 neue Teilnehmer, wovon 3 diesen beendeten. Es hat sich für die Autoren somit gelohnt, den Umfragezeitraum zu verlängern. Die Möglichkeit, die Beantwortung des Fragebogens an einem anderen Tag fortzuführen nutzten 6 Personen.

Es ist den Autoren durch die geringe Anzahl der Teilnehmer nicht gelungen, einen Vergleich zwischen den Bundesländern zu ziehen. Eine Aufweitung der Teilnehmerrekrutierung auf je drei neue und alte Bundesländer hätte diesen Vergleich eventuell möglich gemacht.

5.1.6 Gütekriterien

Gütekriterien wurden in dieser Forschungsarbeit von Beginn an eingehalten. Diese wurden durch die Einhaltung der Hauptgütekriterien gewährleistet. Die Durchführungsobjektivität ist gewährleistet, da die Studienteilnehmer durch eine E-Mail auf die Web-Survey Umfrage aufmerksam wurden. Jeder Teilnehmer nahm an der gleichen Umfrage teil. Diese wurde im Verlauf der Datenerhebung nicht verändert. Die Autoren können die beantworteten Fragebögen keinem Teilnehmer zuordnen.

Um die Forschertriangulation (Perkhofer, 2016) wie in Kapitel 3.6 zu gewährleisten, wurden die qualitativen Antworten von den beiden Autoren unabhängig voneinander nach Mayring (2010) ausgewertet und verglichen. Das gleiche Ergebnis wurde erzielt. Die quantitativen Daten wurden mithilfe mathematischer Operatoren ausgewertet und stichprobenartig durch den zweiten Autor überprüft. Die Eigeninterpretation von harten Daten ist nicht möglich. Diese Vorgehensweise gewährleistete die Auswertungs- und Interpretationsobjektivität. Durch die mathematischen Operationen und der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) hat eine Methodentriangulation (Perkhofer, 2016) stattgefunden.

Durch eine Beschreibung des Vorgehens (s. 3) kann die Befragung erneut durchgeführt werden. Die Autoren gewährleisten eine eindeutige Formulierung der Fragen des Fragebogens (s. Anlage 2), die eingesehen werden können. Die Reliabilität kann durch eine erneute Durchführung der Umfrage gesteigert werden.

Die Gegebenheiten der Teilnehmerumgebung waren, im Sinne der internen Validität, während der Beantwortung des Online-Fragebogens nicht kontrollierbar. Störfaktoren können nicht ausgeschlossen werden. Mögliche Faktoren, die die Untersuchungsbedingungen verzerren konnten, sind beispielsweise Ablenkung durch eine andere Person oder Stresssituationen des Teilnehmers. Die Ergebnisse können, wie die externe Validität es vorgibt, aufgrund der geringen Teilnehmerzahl nicht generalisiert werden. Bei größerer Teilnehmeranzahl wäre es möglich, Rückschlüsse auf andere deutsche Bundesländer zu ziehen.

5.2 Verknüpfungen der Ergebnisse mit dem theoretischen Hintergrund

In diesem Kapitel wird ein Vergleich zwischen den erhobenen Ergebnissen und der Theorie aus dem theoretischen Hintergrund gezogen, um die Theorietriangulation (Perkhofer, 2016) einzuhalten.

5.2.1 Studienteilnehmer

Als ist hervorzuheben, dass 53,3 % der Teilnehmer in Mecklenburg-Vorpommern und 46,7 % der Teilnehmer in Schleswig-Holstein tätig sind. Dies ist auf die gleichmäßige Rekrutierung der Teilnehmer über E-Mails (s. 3.5.2) zuzuschreiben. Ein Vergleich zwischen den Bundesländern war dennoch aufgrund der geringen Teilnehmerzahl (n= 15) nur bedingt möglich. Die Teilnehmer, die den Fragebogen komplett beantwortet haben,

haben auch die Fragen bearbeitet, die keine Pflicht waren. Dies zeigt, dass die Teilnehmer verstärktes Interesse am Thema haben und ihnen die Zusammenarbeit offensichtlich wichtig ist.

In der Tabelle 3 (s. 4.1.1) ist abzulesen, dass die Teilnehmer in Mecklenburg-Vorpommern im Schnitt 5 Jahre mehr Berufserfahrung haben als die in Schleswig-Holstein. Die Ergotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern beginnen durchschnittlich mit 25 Jahren ihre berufliche Tätigkeit. In Schleswig-Holstein liegt der Berufsstart der Teilnehmer im 23. Lebensjahr. In beiden Bundesländern haben die Teilnehmer fast von Beginn ihrer Berufstätigkeit an im pädiatrischen Bereich gearbeitet. Bei einer angenommenen wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 h arbeiten die Teilnehmer in Mecklenburg-Vorpommern zu rund 62 % und in Schleswig-Holstein zu rund 51 % mit mehr als der halben Arbeitszeit im pädiatrischen Bereich.

80 % der Anschreiben richteten sich an Praxen. Von den 121 angeschriebenen Einrichtungen sind 97 ergotherapeutische Praxen, wovon 21 Gemeinschaftspraxen sind. Nach Angaben der Teilnehmer arbeiten 73 % (s. 4.1.3, Abb. 10) in solchen Praxen. Damit decken sich nahezu die Prozentwerte von Anschreiben und Antworten.

Auffällig ist, dass die zeitliche Abstimmung mit Lehrern, obwohl deren Monatseinkommen unabhängig von einem zeitlichen Engagement ist, in einer Zusammenarbeit am schwierigsten zu erreichen ist. Andere Berufsgruppen, denen für diese Tätigkeit meist keine Vergütung zusteht, schneiden in der zeitlichen Koordination besser ab (s. 4.2.2, Abb. 18).

5.2.2 Zusammenarbeit

In der Frage 14 (s. 4.2.1, Abb. 12) ist deutlich zu sehen, dass den Teilnehmern bewusst ist, dass die Persönlichkeit der Kommunikationspartner den größten Einfluss auf die Qualität einer Zusammenarbeit hat.

Die Angaben der Teilnehmer spiegeln die angegebene Häufigkeit (s. 4.2.2, Abb. 13) der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Die dort am meisten genannten Berufe, sind mit Ausnahme des Logopäden auch am häufigsten in Teamsitzungen repräsentiert (s. 4.3.6, Abb. 44).

Die häufigste Zusammenarbeit erfolgt mit Ärzten (s. 4.2.2, Abb. 13). Dabei wird in der pädiatrischen Praxis am häufigsten mit dem Kinderarzt/ Pädiater zusammengearbeitet. Andere Fachärzte werden von den Teilnehmern weniger konsultiert (s. 4.2.2, Abb. 20). Dies bestätigten die Annahme und Berufserfahrung der Autoren. Trotz der vielen verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen fühlen sich die Teilnehmer „sehr gut“ über dieses Berufsbild informiert (s. 4.2.2, Abb. 21). Bei einer Verordnung wird es vom Arzt häufig gewünscht, dass Ergotherapeuten einen Abschlussbericht über den Therapieverlauf übersenden. Dies spiegelt sich auch in den Nennungen der Teilnehmer bei Abbildung 31 (s.4.2.4) wieder. Eine Folgeverordnung kann nur vom Arzt erhalten werden. Das deutsche Gesundheitssystem hat eine starke Arztzentrierung (s. 1.2, Höppner, 2011).

47 % der Teilnehmer arbeiten mit Pflegefachkräften zusammen (s. 4.2.2, Abb. 13). Dies ist den Autoren im pädiatrischen Bereich nicht so stark bekannt. Es könnte sein, dass die Teilnehmer dies auf ihre allgemeine Arbeit und nicht speziell auf die Pädiatrie bezogen haben.

Hinderks et al. (2016) geben an, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeuten und Kindertagesstätten wenig stattfindet (s. 2.4.4). Dies konnte von den Teilnehmern in den Therapieteilschritten der Befundung (Abb. 30), Zielsetzung (Abb. 31) und Intervention (Abb. 33) abgeschwächt werden. Dort arbeiten die Ergotherapeuten mit den Berufsgruppen Erzieher, Sozialpädagoge und Frühförderer in über 55 % zusammen (s. 4.2.4).

Die Frage 59 (s. 4.2.4) schlüsselt die allgemeinen Angaben aus Frage 16 (s. 4.2.2, Abb. 13) in Einzelschritten des Therapieprozesses auf. Bei den Antworten der Teilnehmer ist festzustellen, dass bei der Frage nach Therapieteilschritten eine intensivere Beschäftigung mit der Zusammenarbeit stattfindet. Im Resultat ergibt dies, dass offensichtlich bei Frage 16 den Teilnehmern nicht alle Zusammenarbeiten mit anderen Gesundheitsberufen bewusst waren und angegeben wurden.

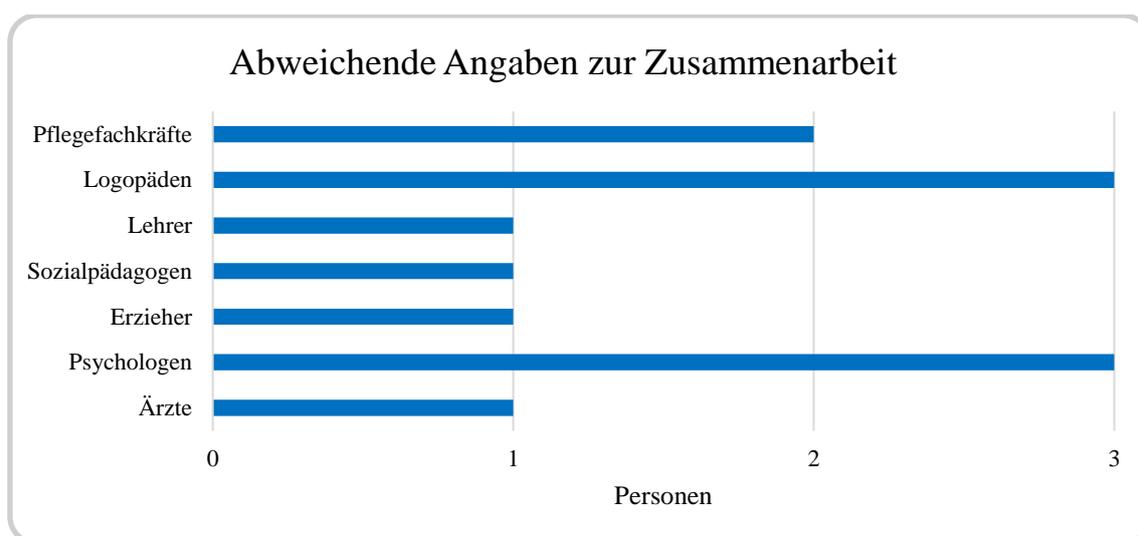


Abbildung 45: Abweichende Angaben zur Zusammenarbeit

Im Ergebnis ist festzustellen, dass eine intensivere Zusammenarbeit mit anderen Berufen stattfindet, als die Teilnehmer zunächst bei Frage 16 eingeschätzt haben. Die Zusammenarbeit mit Masseuren und der Polizei wird von den Teilnehmern in der Detailierung des Therapieprozesses nicht mehr erwähnt (s. 4.2.4).

Im pädiatrischen Bereich wird am meisten mit anderen Berufsgruppen, bei Kindern mit Konzentrations- und Hyperaktivitätsstörungen zusammengearbeitet. Dies wird in dem schulkontextbasierten Beispiel der Verfasser von den 6 Säulen der Ergotherapie (s. 2.4.2) ebenfalls in der kontextbasierten Säule erwähnt. Ebenso werden psychische und soziale Auffälligkeiten von den Teilnehmern häufig erwähnt. Hier kann ein Bezug zu Kapitel 1.2 gezogen werden, in dem die neue Morbidität im Kindes- und Jugendalter in den letzten Jahren, u.a. im Bereich der Emotionen und des Sozialverhalten, zugenommen hat.

Primäre Ziele der Teilnehmer in der Zusammenarbeit sind den ersten drei Säulen der Ergotherapie (s. 2.4.2, Abb. 7) zuzuordnen. Da wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Ausbildung von Ergotherapeuten eher selten und eine akademische Ausbildung für die Zulassung von Ergotherapeuten nicht gefordert wird (s. 2.5.1), spielt die vierte Säule eine eher untergeordnete Rolle. Die Umsetzung der evidenzbasierten Säule würde helfen, die interdisziplinären Behandlungen gegenüber Krankenkassen (Meiling et al., 2015) und anderen Kostenträgern besser zu vertreten (s. 2.4.2.1).

Für alle verschreibungspflichtigen Hilfsmitteln ist nach deutschem Recht eine Verordnung des Arztes notwendig (s. 2.5.2.1). Dies belegt auch die Auswertung des Therapieteilschrittes Hilfsmittelberatung/ -versorgung (s. 4.2.4, Abb. 32). Die Teilnehmer geben zu 53 % an, dass eine Beteiligung der Ärzte erfolgt. Auch die Beteiligung von Pflegekräften entspricht den Erfahrungen der Autoren in Hinblick auf unterstützende Maßnahmen. Wenn dieser Gesundheitsberuf an der Therapie beteiligt ist, ist dessen Mitarbeit bei der Hilfsmittelberatung/ -versorgung oft erforderlich.

5.2.2.1 Honorierung der Zusammenarbeit

Die meisten Teilnehmer sehen die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als sehr wichtig für die Klienten an (s. 4.1.2, Tab. 4). Im Schnitt werden aber nur ca. 2 Stunden von den Teilnehmern pro Monat für die Zusammenarbeit verwendet (s. 4.2.2, Abb. 22). Dies wäre bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 h im Monat nicht einmal 1 % der monatlichen Arbeitszeit. Die Teilnehmer geben aber ebenso an, dass sie es zeitlich nicht so gut schaffen, die Zusammenarbeit umzusetzen (s. 4.2.2, Abb. 21). Die zeitlich schlechte Umsetzung könnte daran liegen, dass eine Zusammenarbeit nicht honoriert wird. Daher ist es für Gesundheitsberufler auch von weniger Interesse, dort viel Zeit zu investieren.

TN 11 wünscht sich in Frage 79 (s. 4.2.6), die Verwirklichung des in § 140 a-d GKV-Modernisierungsgesetz (s. 2.5.2) niedergelegten gesetzlichen Auftrages. Auch die Antworten zur Honorierung dieser Tätigkeit weisen in die gleiche Richtung. Die Teilnehmer stellen damit fest, dass der gesetzliche Auftrag an die Krankenkassen bisher im Praxisalltag der Gesundheitsberufe nicht umgesetzt ist.

Die Kritik an der bestehenden Honorarordnung, in der der zeitliche Aufwand für eine Dokumentation und eine interdisziplinäre Kommunikation nicht ausreichend vergütet wird, wiederholt sich in Frage 68 (s. 4.3.2). Dies findet sich auch in der Literatur von Osswald (2008) wieder.

Um den Willen des Gesetzgebers umzusetzen, ist es notwendig diese Zusammenarbeit auch zu honorieren, da die Gesundheitsberufe zumeist in kleinen selbständigen Unternehmen arbeiten und unbezahlte Mehrarbeit von diesen Unternehmen weder erwartet noch geleistet werden kann. Die Krankenkassen haben damit den gesetzlichen Auftrag, diese Zusammenarbeit durch eine Aufnahme in ihren Leistungskatalog in der Praxis zu realisieren.

5.2.3 Kommunikation mit anderen Berufsgruppen

Der direkte Kontakt wird von den Teilnehmern als sinnvollste Maßnahme zur Behebung von Informationsmängeln angesehen (s. 4.2.2, Abb. 26) oder auch als bestes Mittel, um das Berufsbild nach außen zu vertreten (Abb. 27). Ein Teilnehmer gab an (s. 4.3.1), dass er regelmäßig Fragen zu seinem Berufsbild erhält. Um gut interdisziplinär zu arbeiten, verlangt das Modell der interdisziplinären Zusammenarbeit (s. 2.2.3), dass das Verständnis über andere Berufsbilder und Unterschiede zwischen den Berufen bei den Zusammenarbeitenden vorhanden sind.

Kritisiert wurde von den Teilnehmern, dass die Ergotherapeuten sich in der Ausbildung wenig mit anderen Berufsgruppen auseinandersetzen. Ein Selbststudium ist nur hilfreich, wenn bereits ein Grundwissen über den anderen Beruf erworben wurde, das dadurch vertieft werden kann. Kapitel 2.1.5 bestätigt, dass das interprofessionelle Lernen in Deutschland noch nicht so umgesetzt wird wie z.B. in den Niederlanden oder Großbritannien. Allerdings findet in den letzten Jahren die ergotherapeutische Ausbildung gemeinsam mit anderen Berufsgruppen statt und dies wird in den nächsten Jahren vermehrt ausgebaut (Räbiger et al., 2018). Auch gut informierte Ergotherapeuten geben an, dass die Ausbildung nur wenig zu einem guten Informationsstand beiträgt (s. 4.2.2, Abb. 27). Neun Teilnehmer nutzen Gespräche, um sich Feedback und Ratschläge zu holen (s. 4.2.4). Die Auswirkungen des 4-Ohren-Modells (s. 2.3.2) auf die Kommunikation werden von den Teilnehmern in ihren Antworten (s. 4.3.2, Tab. 7) beschrieben. Das Telefon wird von den Teilnehmern am häufigsten für die Zusammenarbeit genutzt (s. 4.3.2, Abb. 41). Bäumler et al. geben an, dass häufig Zeit vergeht, bis ein Telefonkontakt zustande kommt (s. 2.4.4). Dies ist in Tabelle 7 als zweithäufigster Nachteil fürs Telefon genannt. Der persönliche Kontakt wird als dritthäufigste Nutzung genannt, um in Kontakt mit anderen Berufsgruppen zu kommen (Abb. 41). Auch die technischen und rechtlichen Einschränkungen moderner Kommunikationsverfahren werden benannt. Die Kommunikationspsychologie nach dem 4-Ohren-Modell ist bei den Aspekten der Kommunikation (s. 4.3.3, Abb. 42) ebenfalls von hoher Wertigkeit.

Der Wunsch nach mehr Zusammenarbeit besteht von den Teilnehmern dort, wo bereits eine gute Zusammenarbeit (s. 4.2.4, Abb. 29-31) vorhanden ist. Der Wunsch nach einem Kontaktausbau ist dort geringer, wo geringere Erfahrungen in der Zusammenarbeit bestehen (s. 4.2.4, Abb. 35). Die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers (s. 2.3.1) nimmt auch in der Kommunikation mit Kollegen einen hohen Stellenwert ein (s. 4.3.4, Abb. 40).

6. Schlussfolgerung

Bereits während der Recherche für den theoretischen Hintergrund wurde ersichtlich, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der pädiatrischen Ergotherapie immer wichtiger wird, um eine optimale Versorgung der Kinder zu gewährleisten (Kapitel 1.2). Dies machen auch die Angaben der Befragten deutlich. Die Ergotherapeuten empfinden die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen als sinnvoll für die pädiatrische Behandlung. Die Erkenntnisse, die die Autoren durch das Erstellen des theoretischen Hintergrundes gewonnen haben, decken sich größtenteils mit den Ergebnissen der Befragung. Die Forschungsfragen konnten beantwortet werden.

Mit wem und wie erleben die Ergotherapeuten die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in ihrem ambulanten Setting?

Die Teilnehmer der Studie arbeiten schwerpunktmäßig mit Pädiatern, Sport-/Physiotherapeuten, Lehren und Logopäden zusammen. Die Befragten geben an, die Berufsbilder gut zu kennen. Das eigene Berufsbild gut nach außen zu vertreten, ist nach Meinung der Autoren besonders wichtig. Dies hilft in einen guten berufsübergreifenden Transfer spezifische Erfahrungen und Behandlungsansätze auszutauschen.

Die Teilnehmer geben an, wenig Zeit für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu haben. Im Schnitt nutzen sie 2 Stunden im Monat dafür. Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass ein Kontakt mit anderen Berufsgruppen vorhanden ist, die Zusammenarbeit jedoch intensiviert werden kann und muss. Die Autoren stimmen dieser Meinung der Teilnehmer zu. Eine intensivere Zusammenarbeit würde die Behandlung der Patienten und Klienten effektiver machen.

Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit im ambulanten pädiatrischen Setting in den beiden Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein?

Etwa die Hälfte der Teilnehmer hat interdisziplinäre Teamsitzungen. Die meiste Zusammenarbeit findet bei Kindern mit Konzentrations- und Hyperaktivitätsstörungen und psychischen und sozialen Auffälligkeiten statt. Ein Wunsch nach mehr Zusammenarbeit besteht in allen Therapieteilschritten. Zukunftsorientiert ist es nach Meinung der Autoren, mehr Gemeinschaftspraxen statt reiner Therapiepraxen nur eines Berufes zu gründen. In diesen könnte der interdisziplinäre Austausch wöchentlich stattfinden. Der Klient erhielte somit eine ganzheitlichere Behandlung. Der Informationsaustausch könnte dann mit geringeren räumlichen und zeitlichen Barrieren stattfinden.

Wie kommunizieren die Ergotherapeuten mit den anderen Berufsgruppen innerhalb der Zusammenarbeit?

Am häufigsten nutzen die Teilnehmer für die Kommunikation das Telefon, den schriftlichen Dokumentenaustausch und den persönlichen Kontakt. Computergestützte Kommunikation spielt im Arbeitsalltag eine untergeordnete Rolle. Mit dem

zukunftsorientierten Ansatz der Autoren würde eine Gemeinschaftspraxis dem persönlichen Kontakt steigern, was die Teilnehmer als beste Möglichkeit für einen guten Austausch ansehen.

Für die Kommunikation wird von den Teilnehmern die ICF mit den anderen Berufen eher selten genutzt. Die Autoren schlagen die Intensivierung der ICF in den Therapieausbildungen vor. Die Nutzung der Codes sollte vermehrt trainiert und in den Praktika angewendet werden müssen. Dies erleichtert bei Berufsstart das Schreiben von kurzen Berichten und die Anwendung fällt leichter. Durch eindeutiges Fachvokabular werden Missverständnisse ausgeschlossen.

Menschen, die in anderen Ländern bereits Therapien erhalten haben und nach Deutschland kommen, hätten durch die internationale Nutzung der ICF die Möglichkeit, vorhandene Berichte dem Therapeuten ohne sprachliche Barriere zu überbringen. Das Gleiche würde für Menschen gelten, die Deutschland verlassen.

6.1 Implementierung für die Praxis

Die Einführung der angedachten elektronischen Krankenkassenkarte kann bei der interdisziplinären Zusammenarbeit eine wichtige Rolle spielen. Behandlungsverläufe der verschiedenen Professionen werden dort abgespeichert und können von den anderen Behandelnden eingesehen werden. Die Behandlung der pädiatrischen Patienten und Klienten könnte hiermit umfassender und mit einem gemeinsamen Behandlungsziel stattfinden. Die Autoren sehen als ersten Schritt die Digitalisierung der Dokumentation in allen Praxen. Ebenso sind Lesegeräte für die Krankenkassenkarte für alle Praxen erforderlich.

Solange Gemeinschaftspraxen verschiedener Gesundheitsberufe nicht Standard in der Klienten-/ Patientenversorgung sind, z.B. durch neue gesetzliche Vorgaben, empfehlen die Autoren, eine monatliche interdisziplinäre Teamsitzung mit jeweils einem Vertreter aller interessierten Therapiepraxen aus einem Stadtteil oder einer ländlichen Region. In dieser Sitzung können Fallbesprechungen stattfinden und entstandene Unklarheiten über Berufsbilder geklärt werden. Die Nutzung des Modells für die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann eine klare Struktur in den Sitzungen schaffen. Hierzu sollten regelmäßig andere Berufsgruppen, wie z.B. Lehrer oder Erzieher eingeladen werden. Außerdem könnten externe Dozenten eingeladen werden, die sich auf bestimmte Themen vorbereiten. Dies entspricht ebenfalls dem Wunsch der Teilnehmer dieser Studie, die sich fachlichen Input wünschen. Um mehr Therapeuten zu erreichen, könnte dies auch in Fachtagungen umgesetzt werden.

Der Wunsch der Befragten ist es, die Zusammenarbeit honoriert zu bekommen. Dafür müssten die Krankenkassen in ihren Leistungskatalog die interdisziplinäre Zusammenarbeit aufnehmen, die dann von den Praxen abgerechnet werden kann. Die Therapeuten könnten mit einer fairen Bezahlung die Zusammenarbeit intensivieren. Dies kommt der Behandlung der Patienten und Klienten zu Gute.

Die Autoren wünschen sich, dass die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit dazu beitragen, im Gesundheitswesen Veränderungen anzustoßen. In der ambulanten Pädiatrie ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig, um einen Klienten optimal zu versorgen. Dazu ist es notwendig, gesetzliche und berufliche Veränderungen anzuregen und umzusetzen. Weiter Forschungen wären hierzu hilfreich.

6.2 Weitere Forschungsmöglichkeiten

Die Forschungsfrage dieser Arbeit könnte als Mixed Methode deutschlandweit ausgeweitet werden. Die Möglichkeit eines Vergleiches zwischen den alten und neuen Bundesländern kann in Betracht gezogen werden. Ebenso könnte der ambulante Bereich auch für andere Fachbereiche, wie z.B. die Neurologie, erforscht werden.

Als sinnvoll erachten die Autoren die Sicht des Klienten auf die ambulante interdisziplinäre Behandlung zu erforschen. Diese Forschung sollte qualitativ erhoben werden, um die Erfahrungen und Wünsche der Klienten genau zu erfassen.

Über die ICF ist bereits sehr viel Literatur vorhanden. Trotzdem geben die Teilnehmer eine geringe Umsetzung an. Daher empfehlen die Autoren eine Vergleichsstudie zwischen Anwendern und Nichtanwendern. Es gilt herauszufinden, wo explizit die Schwierigkeiten der Umsetzung liegen und welche Methoden den Anwendern geholfen haben. Die zeitliche Komponente zur Anwendung könnte mit erhoben werden. Mit diesen Ergebnissen könnte die Implementierung in die Praxis gefördert werden.

Literaturverzeichnis

- Angermeier, G. (2002). Team. *ProjektMagazin*. Abgerufen von <https://www.projektmagazin.de/glossarterm/team>
- Antoni, C.H. (1994). Gruppenarbeit – mehr als ein Konzept. Darstellung und Vergleich unterschiedlicher Formen der Gruppenarbeit. In C.H. Antoni (Hrsg.) *Gruppenarbeit in Unternehmen – Konzepte, Erfahrungen, Perspektiven* (S. 19-48). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Antoni, C., & Scheffler, D. (2003, Frühling). *Formative Evaluation interdisziplinärer Kooperation* [Bericht]. Abgerufen von <https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/prof/PSY/AB1/C1.pdf>
- Arbeitskreis EPA/EFA (2011). *Elektronische Akten im Gesundheitswesen*. [Ergebnisbericht]. Abgerufen von <http://egesundheit.nrw.de/wp-content/uploads/2013/08/AKEPA-eFA.pdf>
- Atzeni, G., Schmitz, C., & Brechthold, P. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit* [Studie]. Abgerufen von https://www.samw.ch/dam/jcr:45678758-579e-4d42-9511-a4d224fd48a9/studie_samw_interprofessionalitaet_2016.pdf
- Bäumler, M., Hänsel, A.-L., Krehl, K. (2015). Die Lehrer ins Boot holen. *ergopraxis*, 11-12, 26-29.
- Barzel, A., Ketels, G., Schön, G., Haevernick, K., Lang, H., Link, K., ... van den Bussche, H. (2011). Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation. *ergoscience*, 6(2), 57-63.
- Beratung für Heilberufe (2012, 24. Januar). *Die Teamsitzung*. Abgerufen von: <https://beratung-heilberufe.de/blog/fuehrung-teamsitzung/>
- Böhme, A. (2016). Das macht Schule. *ergopraxis*, 4, 34-37.

- Bohrer, A., Heinze, C., Höppner, H., Behrend, R., Czakert, J., Hitzblech, T., ... Peters, H. (2016). Berlin in Motion: Interprofessional teaching and learning for students in the fields of medicine, occupational therapy, physiotherapy and nursing (INTER-M-E-P-P). *GMS Journal for Medical Education*, 33(2). doi: 10.3205/zma001033
- Bonito, J.A., Ervin, J.N., & Staggs, S.M. (2016). Estimation and Application of the Latent Group Model. *American Psychological Association*, 20(3), 126-143. doi: 10.1037/gdn0000044
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Bortz, J., & Lienert, G. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Breuning, T., & Wolanska, M. (2006). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit: eine Studie zur Erfassung der aktuellen Lage interdisziplinärer Zusammenarbeit in deutschen neurologischen Kliniken*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Bronstein, L.R. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.
- BR Wissen (2013, 10. August). *Henry Ford: Autos vom Fließband*. Abgerufen von <https://www.br.de/themen/wissen/henry-ford-automobil-100.html>
- Bundesgesetzblatt Teil 1 (2003, 19 November). Gesetz zu Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Modernisierungsgesetz – GNG). Abgerufen von https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%255B@attr_id=%2527bgbl103s2190.pdf%2527%255D#__bgbl_%2F%2F%255B%40attr_id%3D%27bgbl103s2190.pdf%27%5D__1541940907854
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014, Februar). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich* [Studie zur Bestandsaufnahme]. Abgerufen von https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsforschung_Band_15.pdf

Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (2004). *Satzung*. Abgerufen von <https://www.bed-ev.de/misc/satzung.aspx>

Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (2014). *Definition Ergotherapie*. Abgerufen von <https://www.bed-ev.de/home/Default.aspx>

Christie, A. (2007). Childhood anxiety: Occupational disruption. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 54(2), 33-41.

Cornelsen Verlag (o.J.). *Inklusion Definition*. Abgerufen von <https://www.cornelsen.de/empfehlungen/inklusion/ratgeber/was-ist-inklusion>

Creutzig, U., & Henze, G. (2009, 15. Oktober). Schlussbericht zum Verbundprojekt Kompetenznetz pädiatrische Onkologie und Hämatologie [Bericht]. Abgerufen von https://www.kinderkrebsinfo.de/sites/kinderkrebsinfo/content/e1662/e2163/e104685/SCHLUSSBERICHT_KPOHfinal_2010_ger.pdf

Cup, E., van Hartingsveldt, M., de Vries-Uiterweerd, A. & Saenger, S. (2017). Hoofdstuk 8- Ergotherapeut (B. Venten Übers.). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian. *Grondslagen van de Ergotherapie* (5th ed., p. 166-170). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Datenschutzexperte.de (o.J.). EU-Datenschutzgrundverordnung (EU_DSGVO). Abgerufen von https://www.datenschutzexperte.de/eu-dsgvo/?utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=04_Datenschutz%20EU-DSGVO&utm_term=neue%20datenschutzverordnung&utm_content=Neue%20Datenschutzverordnun_exact

Deutscher Fußball-Bund (2013, 25. September). *Teamarbeit im Verein wird groß geschrieben*. Abgerufen von <https://www.dfb.de/news/detail/teamarbeit-im-verein-wird-gross-geschrieben-80053/>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2005). *Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie*. Abgerufen von <https://dve.info/resources/pdf/infothek/193-ethik-1/fil>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2014). *60 Jahre DVE*. Abgerufen von <https://dve.info/der-dve/der-verband/60-jahre-dve>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2018, 1. Juni). *Kompetenzprofil Ergotherapie* [Diskussionspapier]. Abgerufen von: <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3302-kompetenzprofil-final/file>

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (o.J.). *ICF*. Abgerufen von: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>

Falkai, P., Riecher-Rössler, A. (o.J.). *Ergotherapie: Geschichte*. Abgerufen von: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/ergotherapie/geschichte/>

Farrell, J., Anderson, S., Hewitt, K., Livingston, M.H., & Stewart, D. (2007). A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, 221-232.

Finkenstädt, V. (2015, November). *Die ambulante, ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz* [Diskussionspapier]. Abgerufen von http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Ambulante_aerztliche_Versorgung_Deutschland_Niederlande_Schweiz.pdf

Frank, B., & Schloemer, F. (2015). Bedarfsanalyse für ein digitales interaktives Therapieheft (DIT) als Ergotherapie-App. *ergoscience*, 10(4), 135-147. doi: 10.2443/skv-s-2015-54020150401

Franke, A., & Fervers-Marten, B. (2016). Familie denken – Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Ergotherapie. *ergoscience*, 11(4), 157-164.

Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36-40. doi: 10.1016/j.nepr.2016.04.005

- Gabrielová, J., & Velemínský, M.S. (2014). Interdisciplinary collaboration between medical and non-medical professions in health and social care. *Neuro endocrinology letters*, 35, 59–66.
- Geenen, M.J. (2011). Das Spiralmodell. In M.J. Geenen (Hrsg.) *Reflektieren* (S. 62-66). Bussum: Coutinho.
- Götsch, K. (2011). Definition, Systematik und Wissenschaft in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.). *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 2-10). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Gräsel, C., Fußangel, K., & Pröbstel, C. (2006). Lehrkräfte zur Kooperation anregen – eine Aufgabe für Sisyphos? *Zeitschrift für Pädagogik*, 52(2), 205-219.
- Grampp, G. (2018). *Die ICF verstehen und nutzen*. Köln: BALANCE buch + medien verlag.
- Grohnfeldt, M. (2014). Zur Kooperation der Fachdisziplinen und Verbände. *Praxis Sprache*, 2, 82-84. doi: 10.2443/skv-s-2014-56020140202
- Group (o.J.). In *Business Dictionary*. Abgerufen von <http://www.businessdictionary.com/definition/group.html>
- Gruppen- und Teamarbeit (o.J.). In *dasWirtschaftslexikon*. Abgerufen von http://www.daswirtschaftslexikon.com/d/gruppen_und_teamarbeit/gruppen_und_teamarbeit.htm#GRUP0010L6
- Hämatologie (o.J.). In *Duden*. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Haematologie>
- Harloff, I. (2009). Impulse für eine bessere Gesundheitsversorgung. *ergopraxis*, 10, 7-10.

- Harms, V. (2012). Beschreibende Statistik. In V. Harms (Hrsg.), *Medizinische Statistik* (S. 23-61). Kempten: Harms Verlag.
- Hartmann, E. (2014). Pflegende professionell unterstützen. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 53(2), 19-21. doi: 10.2443/skv-s-2014-51020140202
- Hein, F. (2015, 13. Mai). Das sind die beliebtesten Sportarten in Deutschland. *RP Online*. Abgerufen von https://rp-online.de/leben/gesundheit/fitness/das-sind-die-beliebtesten-sportarten-in-deutschland_aid-21756759
- Herz, M. (2016). Gemeinsam sehen wir mehr. *ergopraxis*, 2, 42-44.
- Heyd, M. (2016). Book review. Collaborative caring: Stories and reflections on teamwork in health care. *Journal of the Medical Library Association*, 104(1), 85-86. doi: 10.3163/1536-5050.104.1.017
- Hilfswissenschaft (o.J.). In *Duden*. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Hilfswissenschaft>
- Himme, A. (2009). Gütekriterien der Messung: Reliabilität, Validität und Generalisierbarkeit. In S. Albers, D. Klapper, U. Konradt, A. Walter & J. Wolf (Hrsg.), *Methodik der empirischen Forschung* (S. 485-500). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Hinderks, C., & Beyer, R. (2016). Ausbaufähig - Zusammenarbeit zwischen Kindertageseinrichtungen und Ergotherapeuten. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 55(7), 14-15. doi: 10.2443/skv-s-2016-51020160701
- Hocking, C., & Ness, N.E. (2004). WFOT minimum standards for the education of occupational therapists: Shaping the profession. *WFOT Bulletin*, 50, 9-17.
- Höppner, H. (2011). Memorandum "Kooperation der Gesundheitsberufe". *Ergotherapie und Rehabilitation*, 50(11), 27-28. doi: 10.2443/skv-s-2011-51020111104

- Hofert, S. (2015, 18. Februar). Die Geschichte Teamarbeit: Steinzeit bis Mittelalter (Folge 1). *Teamworks*. Abgerufen von <https://teamworks-gmbh.de/die-geschichte-teamarbeit-steinzeit-bis-mittelalter-folge-1/>
- Honey, C. (2018, 21. Oktober). Laufen trotz Querschnittslähmung: Exoskelette sind keine Science-Fiction mehr. *Märkische Allgemeine Zeitung*. Abgerufen von <http://www.maz-online.de/Nachrichten/Wissen/Laufen-trotz-Querschnittslaehmung-Exoskelette-sind-keine-Science-Fiction-mehr>
- interne Validität (2018). In *wirtschaftslexikon24*. Abgerufen von <http://www.wirtschaftslexikon24.com/e/interne-validit%C3%A4t/interne-validit%C3%A4t.htm>
- Jacobs, K., & Jacobs, L. (2004). *Quick Reference Dictionary for Occupational Therapy*. (fourth edition). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Jäger, S. (2014). Die Teamplayer- Schmiede. *ergopraxis*, 4, 44-45.
- Jäger und Sammler (2010). *Lernhelfer*. Abgerufen von <https://www.lernhelfer.de/schuelerlexikon/geschichte/artikel/jaeger-und-sammler>
- Janis, R.A., Burlingame, G.M., & Olsen, J.A. (2016). Evaluating Factor Structures of Measures in Group Research: Looking Between and Within. *American Psychological Association*, 20(3), 165-180. doi: 10.1037/gdn0000043
- Janssen, C. (2018). Vom hemmenden zum fördernden Kontext. *ergopraxis*, 9, 16-19.
- Junge, I. (2017). Lassen Sie uns darüber reden! Terminologie in der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 56(2). 24-26.
- Kielhofner, G. (2009-a). Emergence of the Contemporary Paradigm: A Return to Occupation. In G. Kielhofner (Hrsg.), *Conceptual foundations of occupational therapie* (S. 41-55). Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Kielhofner, G. (2009-b). The Kind of Knowledge Needed to Support Practice. In G. Kielhofner (Hrsg.), *Conceptual foundations of occupational therapie* (S. 8-14). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., & Schlawin, S. (2001). Fragen stellen ist nicht schwer, Fragebogen konstruieren sehr!. In Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P. & Schlawin, S. (Hrsg.), *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*. Opladen: Leske + Budrich
- Klaiman, D. (2009). Inter-Professional Collaboration. In M.A. McColl & J. Dieckenson (Hrsg.), *Inter-Professional Primary Health Care: Assembling the Pieces* (S. 19-25). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Klier, R. (2015). Der „Direktzugang“ – ohne Umweg in die Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 54(7), 30-33. doi: 10.2443/skv-s-2015-51020150704
- Konrad, M., Krohn, C., & Matuschek, K. (2015). Der Direktzugang aus der Perspektive Berufsangehöriger der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. *ergoscience*, 10(3), 116-125.
- Kooperationen zwischen zwei Unternehmen (o.J.). In *Gründerlexikon*. Abgerufen von <https://www.gruenderlexikon.de/checkliste/informieren/kooperationen/kooperationen-vorteile/>
- Kossak, D. (o.J.). Inter-Intra: Unterschied. *HELPSTER Die Ratgeber-Redaktion*. Abgerufen von http://www.helpster.de/inter-intra-unterschied_203208
- Kreuziger, A. (2000). Carl Rogers. Abgerufen von <https://www.carlrogers.de/>
- Kubny-Lüke, B. (2007). Geschichte der Ergotherapeuten in Deutschland. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 11-18). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Küsel, K. (2017, 7. September). *Distress und Eustress*. Abgerufen von: <https://www.netdokter.de/stress/distress-und-eustress/>

- Landesportal Schleswig-Holstein (2015, 25 März). *Kristin Alheit gratuliert zum 20-jährigen Bestehen des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) – neue Publikation „Zukunft Pflege“* [Pressemeldung]. Abgerufen von https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Presse/PI/2015/150325_msgwg_NDZ20Jahre.html
- Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung in Mecklenburg-Vorpommern (2010). Abgerufen von http://service.mvnet.de/_php/download.php?datei_id=43660
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998-a). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien*. Abgerufen von <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/Critical-Review-Form-Quantitative-Studies-German.pdf>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998-b). *Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien*. Abgerufen von <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/Critical-Review-Form-Qualitative-Studies-German.pdf>
- le Granse, M., van Hartingsveldt, M., Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*. 3rd ed. Amsterdam: Reed Business
- Little, J.W. (1990). The persistence of privacy: Autonomy and initiative in teachers' professional relations. *Teachers College Record*. 91, 509-536.
- Lüdeking, C. (2016). Interdisziplinäres Arbeiten in Kliniken – Chance oder Risiko? Positive und negative Effekte von Teamarbeit auf Ergotherapeuten und andere Teammitglieder. *ergoscience*, 11(2). 46-56.
- Ma, C., Park, S.H., & Shang, J. (2018). Inter- and intra-disciplinary collaboration and patient safety outcomes in U.S. acute care hospital units: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 1-6.
doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.001
- Mai, J. (2015, 1. Februar). *Vertrauen aufbauen: Die 5 Grundregeln des Vertrauens*. Abgerufen von <https://karrierebibel.de/vertrauen/>

- Makic, M.B.F., & Bueno, E. (2016). Improving Interprofessional Communication Through Structured Rounds. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(4), 340-342. doi: 10.1016/j.jopan.2016.05.001
- Marotzki, U., & Reichel, K. (2011). Praxismodelle: Steckbriefe. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.). *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 110-126). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (o.J.). *Setting*. Abgerufen von: <http://www.gbe-bund.de/glossar/Setting.html>
- Meiling, C., & Oltman, R. (2015). Was kümmern mich die Leitlinien?! Der Nutzen von Leitlinien für Ergotherapeuten. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 54(10), 30-32. doi: 10.2443/skv-s-2015-51020151005
- Mehrholz, J. (2010). Wissenschaft erklärt: Quantitative Studiendesigns – Harte Daten erfassen. *ergopraxis*, 3, 14-14.
- Merklein de Freitas, C. (2015). Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten – eine Interpretativ Phänomenologische Analyse. *ergoscience*, 10(4), 156-162. doi: 10.2443/skv-s-2015-54020150403
- Mitzkat, A., Berger, S., Reeves, S., & Mahler, C. (2016). More terminological clarity in the interprofessional field – a call for reflection on the use of terminologies, in both practice and research, on a national and international level. *GMS Journal for Medical Education*, 33(2). doi: 10.3205/zma001035
- Möller, M., Wright, J., & Martin, M. (2014). Zwischen Zuneigung und Rivalität: Wie die neue Ergotherapie-Abteilung einer psychiatrischen Klinik vom interdisziplinären Team wahrgenommen wird – Ein Beispiel aus der italienischen Schweiz. *ergoscience*, 9(4), 155-164.

Möller, S. (2014). *Besser im Team*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Mühlberger, C., Büche, A., & Jonas, E. (2018). SMART oder MOTTO? Von der Hemmung in die Handlungsfähigkeit durch passende Zielformulierung. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 25(2), 147-160. doi: 10.1007/s11613-018-0546-4

multi-, Multi- (Deutsch). (o.J.). In *wortbedeutung.info*. Abgerufen von <https://www.wortbedeutung.info/multi/>

Mulvale, G., Embrett, M., & Shaghayegh, D.R. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional. *BMC Family Practice*, 17, 1-13. doi: 10.1186/s12875-016-0492-1

Nisbet, G., Dunn, S., & Lincoln, M. (2015). Interprofessional team meetings: Opportunities for informal interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 426-432. doi: 10.3109/13561820.2015.1016602

Nock, L. (2016). Interprofessional teaching and learning in the health care professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program "Operation Team". *GMS Journal for Medical Education*, 33(2). doi: 10.3205/zma001015

Onkologie (o.J.). In *wortbedeutung.info*. Abgerufen von <https://www.wortbedeutung.info/Onkologie/>

Osswald, M. (2008, März). *Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzte – Evaluation der Ursachen von Problemen in der Umsetzung der Interdisziplinarität* [Inaugral-Dissertation]. Abgerufen von https://edoc.ub.uni-muenchen.de/8760/1/Osswald_Martina.pdf

Patrick, U.S. (o.J.). USA: Als Ergotherapeut/in in die USA. *People abroad*. Abgerufen von <https://www.people-abroad.de/community/reisetexte/usa-als-ergotherapeut-in-in-die-usa.html>

- Perkhofer, S. (2016). Quantitative Forschungsdesigns und Methoden. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 138-157). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.
- Perkhofer, S., & Oberhauser, H. (2016). Studien in der biomedizinischen Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 157-206). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.
- Pernambuco, A.P., de Carvalho Lana, R., & Polese, J.C. (2018). Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioterapia a Pesquisa*, 25(2), 134-142.
doi: 10.1590/1809-2950/16765225022018
- Poetschki, J., & Wastian, M. (2014, Januar). *Coaching-Ziele klären und erreichen – was ist wirklich SMART?* [Konferenzpapier]. Abgerufen von https://www.researchgate.net/profile/Monika_Wastian/publication/277313502_Coaching-Ziele_klaren_und_erreichen_-_was_ist_wirklich_SMART/links/55dd9ae208ae3ab722b1da5f.pdf
- Porst, R. (2009). *Fragebogen – Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pott, C. (2016). Zielsetzungsprozess in der Neuroreha – Das Ziel zeigt den Weg. *ergopraxis*, 9(10), 34-37. doi: 10.1055/s-0042-115498
- Rabl, H.W. (2016, 1. Juni). Die Gehhilfe der Zukunft: Halb Roboter, halb Rollator. *Rhein-Neckar-Zeitung*. Abgerufen von https://www.rnz.de/nachrichten/heidelberg_artikel,-Heidelberg-Die-Gehhilfe-der-Zukunft-Halb-Roboter-halb-Rollator-_arid,196065.html
- Räbiger, J., & Beck, E.-M. (2018). Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit. In P. Hensen, & M. Stamer (Hrsg.), *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen* (S. 157-169). Wiesbaden, Germany: Springer VS.

- Räsch, J. (o.J.). *Exoskelette*. Abgerufen von: <https://www.wissen.de/exoskelette>
- Reichel, K., & Heise, K.-F. (2016). Ethikkommissionen für physiotherapeutische Forschung – ein Diskurs. *physioscience*, 12(4), 152-157.
doi: 10.1055/s-0035-1567143
- Ritschl, V., Hirman, E., Huber, A., & Stamm, T. (2016). Klinisch kontrollierte Studien und andere quantitative Designs. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 145-150). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.
- Ritschl, V., Prinz-Buchberger, B., & Stamm, T. (2016). Die richtige Methode wählen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 51-59). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.
- Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Stichprobenverfahren und Stichprobengröße. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 62-64). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.
- Ritschl, V., Stamm, T., & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch-evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 292-306). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.
- Rogers, C.R. (1982). Meine Beschreibung einer personenzentrierten Haltung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1(1), 75-77.
- Roth, R. (2014). Ganzheitlich mit Methode. *ergopraxis*, 3, 18-24.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung* [Gutachten]. Abgerufen von https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf

- Schiller, S., Zinkstok, R., & Engelen, A.-M. (2017). Empowerment-Prozesse in Gang setzen. Reflexionsrahmen für die gemeinwesenorientierte Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 56(8), 20-24.
doi: 10.2443/skv-s-2017-51020170803
- Schlack, R., Kurth, B.-M., & Hölling, H. (2008). Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Umweltmedizin in Forschung und Praxis*, 13(4), 245-260.
- Schmidt, M. (2013). Soziale Ergotherapie – ein Fachbereich der Ergotherapie in Brasilien. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 52(1), 10-16.
doi: 10.2443/skv-s-2013-51020130101
- Schulte-Cloos, A. (2013). Pädiatrie: Leitfaden für die interdisziplinäre Betreuung. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(15), A-724.
- Schulz von Thun Institut (o.J.). *Das Kommunikationsquadrat*. Abgerufen von <https://www.schulz-von-thun.de/die-modelle/das-kommunikationsquadrat>
- Spieß, E. (2004). Kooperation und Konflikt. In: Schuler, H. (Hrsg.): *Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation* (S. 193-247). Göttingen: Hogrefe.
- Sugavanam, T., Mead, G., Bulley, C., Donaghy, M., & van Wijck, F. (2012). The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 177-190.
doi: 10.3109/09638288.2012.690501
- Team. (o.J.). In *Business Dictionary*. Abgerufen von <http://www.businessdictionary.com/definition/team.html>
- Team (1996). In *Lexikon zu Team und Teamarbeit* von H. Schneider. Wirtschaftsverlag Bachem.

- Terminologie (o.J.). In *wortbedeutung.info*. Abgerufen von <https://www.wortbedeutung.info/Terminologie/>
- Thomas, V. (2017). Gruppe oder Team: Wo stehen wir, wo wollen wir hin?. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 56(5), 20-23. doi: 10.2443/skv-s-2017-51020170502
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 189-196. doi: 10.5014/ajot.2011.000828
- trans-, Trans- (Deutsch). (o.J.). In *wortbedeutung.info*. Abgerufen von <https://www.wortbedeutung.info/trans-/>
- Tuckman, B.W. (1965). Developmental sequences in small groups. *Psychological Bulletin*, 63, 348- 399.
- uni-, Uni- (Deutsch). (o.J.). In *wortbedeutung.info*. Abgerufen von <https://www.wortbedeutung.info/uni-/>
- van Dongen, J.J.J., van Bokhoven, M.A., Daniels, R., Lenzen, S.A., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2017). Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. *Family Practice*, 34(1), 98-106. doi: 10.1093/fampra/cmw106
- Verhoef, J., & Zalmstra A. (2013). Beroepscompetenties ergotherapie. (L. Köhler, Übers.) Zuyd Hogeschool. (S. 16-33).
- von Zweck, C. (2004). Understanding our context for occupational therapy practice: A key to strategies for future success. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(3).
- Weigel, T. (12. Juni 2015). Wie sollte ein Fragebogen erarbeitet werden? [Web Log Eintrag]. Abgerufen von <http://www.statistiker-blog.de/archives/wie-sollte-ein-fragebogen-erarbeitet-werden/4718.html>

- Weigl, R. (2016-a). Fragebogen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 160-182). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.
- Weigl, R. (2016-b). Rechtliche Rahmenbedingungen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 37-47). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.
- Weiß, C. (2010). Die Phasen einer medizinischen Studie. In C. Weiß (Hrsg.) *Basiswissen Medizinische Statistik* (S. 13-15). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Wentzke, S. (2018). Interdisziplinäre Zusammenarbeit. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, 16(2), 37-40.
- Wewetzer, H. (2009, 16. September). Die selbstlosen Gene. *Zeit Online*. Abgerufen von <https://www.zeit.de/wissen/2009-9/evolution-altruismus/komplettansicht>
- Wolff, C., Stade, A., & Janauschek, M. (2014). Nachahmenswertes aus Osnabrück – Multiprofessioneller Arbeitskreis UEMF. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 53(7), 11-13. doi: 10.2443/skv-s-2014-51020140701
- World Health Organization (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* [Rahmenbedingungen]. Abgerufen von: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf
- World Health Organization (2013). *Interprofessional Collaborative Practice in Primary Health Care: Nursing and Midwifery Perspectives* [Studie]. Abgerufen von: http://www.who.int/hrh/resources/IPE_SixCaseStudies.pdf
- World Health Organization (2018). *ICF Application Areas*. Abgerufen von: <http://www.who.int/classifications/icf/appareas/en/>

Yan, J., Gilbert, J., & Hoffman, S. (o.J.). World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. *WHO Announcement*. Abgerufen von <http://www.who.int/hrh/professionals/announcement.pdf>

Zentrum für holistische Medizin (o.J.). *Holistische Medizin*. Abgerufen von <http://www.holistische-medizin.com/index.php/medizin/holistische-medizin>

Zuyd Hogeschool (2017). *KoReHa Blockbuch Lernprozessbegleitung/ Portfolio* [Blockbuch]. 1-37.

Glossar

Disstress	Als Distress wird der Stress bezeichnet, der als belastend empfunden wird (Küsel, 2017).
Exoskelett	Ein Exoskelett ist ein mechanisches Gerüst, das ein Mensch anzieht, dabei formen Metallstreben ein Gestell, das die Achsen und Gelenke des Körpers nachbildet. Es ist ein System, das sozusagen ein Skelett von außen bildet. Dieses Skelett unterstützt oder übernimmt Bewegungen (Räsch, o.J.).
Hämatologie	„ <i>Lehre vom Blut und seinen Krankheiten</i> “ (Duden, o.J.).
Hilfswissenschaften	„ <i>Wissenschaft, die [hauptsächlich] Methoden und Kenntnisse für andere Wissenschaften bereitstellt</i> “ (Duden, o.J.).
Holistische Sichtweise	Meint die ganzheitliche Sicht auf ein Individuum (Zentrum für holistische Medizin, o.J.)
Inklusion	„Inklusion bedeutet, dass kein Mensch ausgeschlossen, ausgegrenzt oder an <i>den Rand gedrängt werden darf.</i> “ (Cornelsen Verlag, o.J.)
Onkologie	Teilgebiet der Medizin, das sich mit gutartigen und bösartigen Tumoren befasst (Wortbedeutung.info, o.J.)
Setting	„ <i>Als Settings werden die Lebenswelten der Menschen bezeichnet: zum Beispiel Kindergärten, Schulen, Stadtteile, Senioreneinrichtungen und Migrantentreffpunkte. [...]</i> “ (Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., o.J.)
Terminologie	Terminologie ist definiert als die Gesamtheit der Begriffe in einem Fachgebiet (Wortbedeutung.info, o.J.)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung Deckblatt: BED e.V., 2017	
Abbildung 1: Phasenmodell der Teamentwicklung	22
Abbildung 2: Einflussfaktoren.....	25
Abbildung 3: Components of an Interdisciplinary Collaboration Model.....	26
Abbildung 4: Spiralmodell	27
Abbildung 5: Kommunikationsquadrat	30
Abbildung 6: bio-psycho-soziale Modell	32
Abbildung 7: 6 Säulen der Ergotherapie	35
Abbildung 8: Kompetenzen der Ergotherapie	38
Abbildung 9: Vorgehen/ Zeitplanung.....	44
Abbildung 10: Einrichtungen in denen die Teilnehmer tätig sind	58
Abbildung 11: Wichtigkeit von Aussagen zur Zusammenarbeit	59
Abbildung 12: Aspekte, die Einfluss auf die Zusammenarbeit haben	60
Abbildung 13: Berufsgruppen	61
Abbildung 14: Empfinde ich als sinnvoll für das Klientel.	62
Abbildung 15: Ist bereichernd für mich.	63
Abbildung 16: Ist für mich lehrreich.	63
Abbildung 17: Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit gestaltet.	64
Abbildung 18: Schaffe ich zeitlich gut.	65
Abbildung 19: Zusammenarbeit im Schnitt pro Monat.....	65
Abbildung 20: Häufigkeit der Zusammenarbeit mit Ärzten.....	66
Abbildung 21: Informationsstand.....	67
Abbildung 22: Einschätzung (ausreichend-ungenügend) des Berufsbildes	68
Abbildung 23: Hilfen, um den Informationsbedarf zu decken.....	69
Abbildung 24: Hilfen für ein gutes Wissen über andere Berufsgruppen	70
Abbildung 25: Zusammenarbeit mit Kollegen bei Kindern	72
Abbildung 26: Anamnese/ Elterngespräch	73
Abbildung 27: Befundung	73
Abbildung 28: Zielsetzung	74
Abbildung 29: Hilfsmittelberatung/ -versorgung	74
Abbildung 30: Intervention	75
Abbildung 31: Therapieabschluss	75
Abbildung 32: Outcome-Messung/ erneute Befunderhebung.....	76
Abbildung 33: Follow-up/ Nachsorge	76
Abbildung 34: Zusammenarbeit mit dem Arzt in den Therapieteilschritten.....	77
Abbildung 35: Wunsch nach mehr Zusammenarbeit	78
Abbildung 36: Ziel der Zusammenarbeit.....	79
Abbildung 37: Quelle des Fortbildungsangebotes	80
Abbildung 38: Häufigkeit bei der Nutzung von Medien.....	82
Abbildung 39: Aspekte für die Kommunikation mit Kollegen	84
Abbildung 40: Eigenwahrnehmung und Wahrnehmung des Kommunikationspartners	85
Abbildung 41: Nutzung der ICF.....	86
Abbildung 42: Teamsitzungen.....	87

Abbildung 43: Häufigkeit von Teamsitzungen	87
Abbildung 44: Beteiligte Berufsgruppen.....	88
Abbildung 45: Abweichende Angaben zur Zusammenarbeit.....	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Begriffsdefinitionen.....	133
Tabelle 2: Kommunikationsbeispiel.....	3131
Tabelle 3: Informationen zu den Studienteilnehmern	566
Tabelle 4: Bedeutung der Zusammenarbeit.....	577
Tabelle 5: Auffälligkeiten bei Kindern.....	7171
Tabelle 6: Interesse an Fortbildungen	8181
Tabelle 7: Vor- und Nachteile der Kommunikationsarten	83
Tabelle 8: Haben Sie sich zuvor schon so intensiv mit der Zusammenarbeit befasst?	888

Anlagen

Anlage 1: Suchverlauf

Genutzte Online Datenbanken:

- PubMed
- PEDro
- Google Scholar
- Bibliothek Zuyd
 - Schulz Kirchner Verlag (Ergotherapie und Rehabilitation)
 - Thieme (ergopraxis, ergoscience)
 - Canadian Journal of occupational therapy
 - American Journal of occupational therapy
 - British Journal of occupational therapy
- Google
- DVE
- AOTA

Die Schlüsselwörter wurden in verschiedenen Kombinationen und Datenbanken angewendet und werden deshalb nur einzeln aufgeführt. Füllwörter waren hierbei im Deutschen „und, oder, +“ und im Englischen „AND, OR, +“, um zu Filtern wurde im Englischen noch das Füllwort „NOT“ benutzt. Um möglichst aktuelle Literatur zu erhalten, wurde häufig in der Spalte „nicht älter als“ 2000 eingegeben.

Monat	Suchwörter/ Schlüsselwörter	
	Deutsch	Englisch
Nov 17	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit • interdisziplinäre Zusammenarbeit • Methode • quantitatives/ qualitatives Forschungsdesign 	
Dez 17	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit • interdisziplinäre Zusammenarbeit • Methode • quantitatives/ qualitatives Forschungsdesign • WHO • ICF • CMOP • Zusammenarbeit und Neurologie 	<ul style="list-style-type: none"> • teamwork • interdisciplinary collaboration • (mixed) methode • WHO • collaboration
Jan 18	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit • Interdisziplinäre/ interprofessionelle Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • teamwork • interdisciplinary collaboration • occupational therapy • coordination • clinical

	<ul style="list-style-type: none"> • quantitatives/ qualitatives Forschungsdesign • Zusammenarbeit und Pädiatrie • ambulante Ergotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • stationary • together • ambulant
Feb 18	<ul style="list-style-type: none"> • Berufskompetenzen Ergotherapie • Pädiatrie und interdisziplinäre Zusammenarbeit • Entstehung Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • occupational therapy • history of collaboration/ teamwork
Mrz 18	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen • Fragetypen • Forschungsdesign (quantitativ/ qualitativ) • Intra-; Intraprofessionel • Inter-; Interprofessionell; Interdisziplinär • Uni-; Uniprofessionell; Unidisziplinär • Trans-; Transdisziplinär • Multi-; Multidisziplinär • Formen der Zusammenarbeit • Interprofessionelles Lernen • Gesundheit; Gesundheitsberufe 	<ul style="list-style-type: none"> • Transdisciplinary • Multidisciplinary • Uni-; uniprofessional; unidisciplinary • interprofessionel • interdisciplinary • teamwork • collaboration • interprofessional Learning • health care
Apr 18	<ul style="list-style-type: none"> • Bachelorarbeiten (Scriptie Ergo) • WHO • ICF • Team, Gruppe • Teambesprechungen; -sitzungen • Ergotherapie • Zusammenarbeit • Setting • Modelle zur Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • WHO • ICF • team, group • teamwork • team meeting; team discussion • interprofessional Learning • group dynamics • practice
Mai 18	<ul style="list-style-type: none"> • Multimorbidität • Kommunikation • 4-Ohren-Modell • ICF • Pädiatrie • Ergotherapie im Kindergarten/ in der Schule • Kooperationen • 6/ 4 Säulen der Ergotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • model for interdisciplinary collaboration • communication • cooperation • ICF • pediatrics and occupational therapy • pillars of occupational therapy • improve
Jun 18	<ul style="list-style-type: none"> • Multimorbidität im Kindesalter • Gesetze (Hilfsmittel, Krankenkasse; SGB) • ambulante Ergotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • problems and communication • team • team meetings

	<ul style="list-style-type: none"> • 4-Ohren-Modell • Kommunikationsprobleme • (Ablauf) Teambesprechungen; -sitzungen • Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen 	
Jul 18	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationen • SMART-Ziele • Vor- und Nachteile (interdisziplinäre) Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • (Carl) Rogers • pros and cons of (linterdisciplinary) teamwork
Aug 18	<ul style="list-style-type: none"> • Gütekriterien • Quantitatives Forschungsdesign 	
Sep 18	<ul style="list-style-type: none"> • ICF • (Carl) Rogers • Klientenzentrierte Gesprächsführung • Gesetze (ergotherapeutische Ausbildung) • Fußball und Teamarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • (Carl) Rogers • clientcentered therapy
Okt 18	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Kommunikation • Teamarbeit • Experimentelle Studien und Beobachtungsstudien • 6/4 Säulen der Ergotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • interdisciplinary collaboration • communication

Anlage 1.1: Review mit PRISMA-Bewertung

Hier wird eine komplette Literatursuche beispielhaft aufgeführt:

Datenbank	Datum	Schlüsselwörter	Trefferzahl
PubMed	05.05.18	communication	507.403
		Interprofessional communication → limitation: 2000 – 2018 → limitation: free full text	12.316 8.765 1.495
		Interprofessional communication and teamwork → limitation: 2000 – 2018 → limitation: free full text	164
		interprofessional or interdisciplinary communication → limitation: 2000 – 2018 → limitation: free full text	9.057

		interprofessional or interdisciplinary communication and teamwork → limitation: 2000 – 2018 → limitation: free full text → limitation: 2010 - 2018	5.355 3.477
		interprofessional or interdisciplinary communication and health care → limitation: 2010-2018 → limitation: free full text	61.725
		interprofessional communication and health care → limitation: 2010-2018 → limitation: free full text → limitation: 2015-2018	7.325 425
		Improve and interprofessional communication and health care → limitation: free full text → limitation: 2015-2018 → limitation: review	139 17
		Improve and interprofessional communication and health care not chronic → limitation: free full text → limitation: 2015-2018 → limitation: review → Mulvale, G., Embrett, M., & Shaghayegh, D.R. (2016)	12

'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework (Mulvale, Embrett & Shaghayegh, 2016)

Die drei Autoren untersuchten Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit im pädiatrischen Bereich. Sie fanden heraus, dass die Literatur viele Hinweise auf beeinflussende Faktoren liefert. Dazu zählen u.a. persönliche Faktoren, wie Zugehörigkeitsgefühl im Team, sowie politische und organisatorische Einflussfaktoren. Alle weisen darauf hin, dass die Zusammenarbeit verbessert werden könnte. Hierbei kann evidenzbasiertes Arbeiten unterstützend wirken.

Evidenzlevel:

Es handelt sich um eine systematische Literaturübersicht, die laut Tomlin und Borgetto (2011) in die deskriptive Forschung eingestuft werden. Die Studie liegt auf Level 1, hat somit eine hohe Bedeutung. Für diese Art von Review eignet sich die Analyse nach

Aktualität:

Die Studie ist zwei Jahre alt und ist damit als aktuell einzustufen. Die genutzte Literatur für das Review liegt zwischen 1990 und 2015.

PRISMA: Checkliste zum Bericht einer systematischen Übersicht oder einer Meta-Analyse

Publikationsabschnitt	#	Zusammenfassung	Erwähnt auf Seite
Titel			
Titel	1	Identifikation als Bericht einer systematischen Übersicht, Meta-Analyse oder beidem.	S. 1
Zusammenfassung			
Strukturierte Zusammenfassung	2	Strukturierte Zusammenfassung mit den Stichworten (sofern geeignet): Hintergrund; Ziele; Datenquellen; Auswahlkriterien der Studien, Teilnehmer und Interventionen; Bewertung der Studie und Methoden der Synthese; Ergebnisse; Einschränkungen; Schlussfolgerungen und Implikation der wichtigsten Ergebnisse; Registrierungsnummer der systematischen Übersicht.	Abstract S. 1
Einleitung			
Hintergrund und Rationale	3	Wissenschaftlicher Hintergrund und Begründung der Studie.	S. 2
Ziele	4	Präzise Angabe der Fragestellungen mit Bezug auf Teilnehmer, Interventionen, Vergleiche, Zielkriterien und Studiendesign (engl.: participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design; PICOS)).	Übergang S. 2 / 3
Methoden			
Protokoll und Registrierung	5	Existiert ein Studienprotokoll für die Übersichtsarbeit? Wenn ja, wo kann es gefunden bzw. wie kann es bezogen werden (z.B. Webseite); wenn verfügbar: Informationen zur Registrierung einschließlich Angabe der Registrierungsnummer.	Protokoll erwähnt S. 4 (keine Einsicht möglich)
Auswahlkriterien	6	Merkmale der Studien (z.B., PICOS, Dauer der Nachbeobachtung) und der Berichte (z.B., Zeitraum der Studien, Sprache, Publikationsstatus), die als Auswahlkriterien verwendet wurden, mit Begründung.	S. 4 (Zeitraum)
Informationsquellen	7	Beschreibung aller Informationsquellen (z.B., Datenbanken mit Zeitpunkten der Berichterstattung, Kontakt mit Autoren von	S. 4 (Datenbanken)

		Studien, um zusätzliche Studien zu identifizieren), die bei der Suche verwendet wurden einschließlich des letzten Suchdatums.	
Suche	8	Beschreibung der vollständigen elektronischen Suchstrategie für mindestens eine Datenbank, einschließlich gewählter Limitierungen, so dass die Suche repliziert werden könnte.	/
Auswahl der Studien	9	Beschreibung des Auswahlprozesses von Studien (das heißt Vorauswahl, Eignung, Einschluss in die systematische Übersicht und, falls zutreffend, in die Meta-Analyse).	S.1 und 5
Prozess der Datengewinnung	10	Beschreibung der Methode der Datenextraktion aus Berichten (z.B. Erhebungsbogen, unabhängig, doppelt) und alle Prozesse, um Daten von Untersuchern zu erhalten und zu bestätigen.	S. 5
Datendetails	11	Aufzählung und Definition aller Variablen, nach denen gesucht wurde (z.B., PICOS, Finanzierungsquellen) sowie Annahmen und durchgeführte Vereinfachungen.	Übergang S. 4 / 5 (Aufzählung ohne Definition)
Risiko der Verzerrung in den einzelnen Studien	12	Methoden zur Beurteilung des Risikos von Verzerrungen der einzelnen Studien (einschließlich der Angabe, ob dieses auf der Studienebene oder für das Zielkriterium durchgeführt wurde) und wie diese Information bei der Datensynthese berücksichtigt wurde.	/
Effektschätzer	13	Wichtigste Effektschätzer (z.B. relatives Risiko, Mittelwertsdifferenz).	/
Synthese der Ergebnisse	14	Beschreibung der Methoden zum Umgang mit den Daten und der Kombination der Ergebnisse der Studien; falls diese berechnet wurden, einschließlich Maßzahlen zur Homogenität der Ergebnisse (z.B. I^2) für jede Meta-Analyse.	/
Risiko der Verzerrung über Studien hinweg	15	Beschreibung der Beurteilung des Risikos von Verzerrungen, die die kumulative Evidenz beeinflussen könnten (z.B. Publikationsverzerrung, selektives Berichten innerhalb von Studien).	/
Zusätzliche Analysen	16	Methoden für zusätzliche Analysen (z.B. Sensitivitätsanalysen, Subgruppenanalysen, MetaRegression) mit Beschreibung, welche vorab spezifiziert waren.	/

Ergebnisse			
Auswahl der Studien	17	Anzahl der Studien, die in die Vorauswahl aufgenommen, auf Eignung geprüft und in die Übersicht eingeschlossen wurden, mit Begründung für Ausschluss in jeder Stufe, idealerweise unter Verwendung eines Flussdiagramms.	Flussdiagramm S. 5
Studienmerkmale	18	Für jede Studie Darstellung der Merkmale, nach denen Daten extrahiert wurden (z.B. Fallzahl, PICOS, Nachbeobachtungszeitraum), Literaturstelle der Studie.	tabellarische Übersicht S. 6-8
Risiko der Verzerrung innerhalb der Studien	19	Daten zum Risiko von Verzerrungen innerhalb jeder Studie und, falls verfügbar, eine Beurteilung der Güte der Zielkriterien (siehe Item 12).	/
Ergebnisse der einzelnen Studien	20	Für jede Studie Darstellung aller Endpunkte (Wirksamkeit und Nebenwirkungen): (a) einfache zusammenfassende Daten für jede Interventionsgruppe, (b) Effektschätzer und Konfidenzintervalle, idealerweise mit Forest Plot.	tabellarische Übersicht S. 6-8
Ergebnissynthese	21	Darstellung der Meta-Analyse, einschließlich Konfidenzintervalle und Heterogenitätsmaße.	tabellarische Übersicht S. 6-8
Risiko von Verzerrungen über Studien hinweg	22	Darstellung der Ergebnisse zur Beurteilung des Risikos von Verzerrungen über alle Studien hinweg (siehe Item 15).	tabellarische Übersicht S. 6-8
Zusätzliche Analysen	23	Präsentation der Ergebnisse der zusätzlichen Analysen, falls durchgeführt (z.B. Sensitivitäts- oder Subgruppenanalysen, Meta-Regression [siehe Item 16]).	/
Diskussion			
Zusammenfassung der Evidenz	24	Zusammenfassung der Hauptergebnisse einschließlich der Stärke der Evidenz für jedes Hauptzielkriterium; Relevanz für Zielgruppen (z.B. Gesundheitsdienstleister, Anwender, politische Entscheidungsträger).	S. 11
Einschränkungen	25	Diskutiere Einschränkungen der Studie auf Studienebene und auf Ebene der Zielkriterien (z.B. Risiko von Verzerrungen) sowie auf Ebene der Übersicht (z.B. unvollständiges Auffinden der identifizierten Forschung, Verzerrung des Berichts).	S. 10 + 11

Schlussfolgerungen	26	Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung des Stands der Forschung und Schlussfolgerungen für weitere Forschung.	S. 11
Finanzielle Unterstützung			
Finanzielle Unterstützung	27	Quellen der finanziellen Unterstützung sowie andere Unterstützung (z.B. zur Verfügung stellen von Daten); Funktion der Geldgeber für die systematische Übersicht.	teilweise finanzielle Unterstützung S. 12

Anlage 1.2: Qualitative Studie mit LAW-Kriterien-Bewertung

Datenbank	Datum	Schlüsselwörter	Trefferzahl
Bibliotheek Zuyd	März 2018	Interprofessionelles Lernen	557
		Interprofessionelles Lernen und Gesundheit → limitation: 2008 -2018 → limitation: full text access	317 299 188
		Interprofessionelles Lernen und Gesundheitsberufe → limitation: 2008 -2018 → limitation: full text access → limitation: academic journa → 3. Angabe: Nock, L. (2016)	115 97

Interprofessional teaching and learning in the health care professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program "Operation Team" (Nock, L., 2016)

Interprofessionelles Lernen und Lehren wird immer wichtiger. Die Implementierung von Lehrangeboten wird dementsprechend immer wichtiger. Von acht geförderten Projekten wurden Projektleiter und –mitarbeiter, sowie zur Triangulation wenige Auszubildende, unter Nutzung von semi-strukturierten Interviews zur Nutzung des Lehrangebotes befragt. Die projekthafte Durchführung der interprofessionellen Lehre konnte gut umgesetzt werden. Feinabstimmungen, wie z.B. bessere zeitliche Ansetzung der Veranstaltung, müssen noch gemacht werden. Die curriculare Einbettung der Lehrveranstaltung gestaltet sich jedoch als schwierig.

Evidenzlevel:

Bei dieser Studie handelt es sich um ein mixed methods designs, die quantitative Datenanalyse war allerdings bis zur Veröffentlichung des Artikels nicht fertiggestellt. die nach Tomlin und Borgetto (2011) in 3 der Evidenzpyramide in der Seite der qualitativen Studien eingeordnet wird. Diese Studie hat somit eine mittlere Aussagekraft. Die Studie wurde unter Nutzung der LAW-Kriterien genauer untersucht.

Aktualität:

Die Studie wurde 2016 veröffentlicht und ist damit als aktuell einzustufen.

Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998
McMaster-Universität

Titel: Nock, L. (2016). Interprofessional teaching and learning in the health care professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program "Operation Team". *GMS Journal for Medical Education*, 33(2). Doi: 10.3205/zma001015

Kommentare

Zweck der Studie Wurde der Zweck klar angegeben? <ul style="list-style-type: none">• ja• nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie Erfolgskritische Faktoren für die Implementierung von interprofessionellen Lehrformaten herausfinden
Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet? <ul style="list-style-type: none">• ja• nein	Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde. <ul style="list-style-type: none">• organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen müssen stimmen• internationale Literatur sagt interprofessionelles Lernen sei effektiv• Kommunikationsschwierigkeiten durch Globalisierung steigen

<p>Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstversorgung (self care) • Produktivität • Freizeit • Komponenten der Performanz • Komponenten des Umfelds • Betätigung (occupation) 	<p>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Im Rahmen der Bachelorarbeit sammeln wir Informationen über die Zusammenarbeit. Diese kann durch die Lehrform "interprofessionelles Lernen" vielleicht verbessert werden.</p>
<p>Studiendesign</p> <p>Welches Design hatte die Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ethnographie • Grounded Theory (gegenstands-verankerte Theoriebildung) • Partizipative Handlungsforschung • Phänomenologie • andere <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>	<p>Welches Design hatte die Studie? Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauptaugenmerk liegt auf der Prozessebene der Projektdurchführung
<p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ja • nein 	<p>Beschreiben Sie die theoretische Perspektive dieser Studie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine interdisziplinäre Ausbildung kann vermehrt in Deutschland etabliert werden.

<p>Verwendete Methode(n):</p> <ul style="list-style-type: none"> • teilnehmende Beobachtung • Interviews • historische Forschung • Fokusgruppen • andere <hr/>	<p>Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwandt wurde(n).</p> <ul style="list-style-type: none"> • bischen mixed-method-design → Dokumentenanalyse (S. 9) • semi-strukturierte Interviews (Abstract) • Leitfadengestützte Interviews bei Projektleiter und -mitarbeiter (n=43) • Hauptaugenmerk: Prozessebene der Projektdurchführung • parallel leitfadengestützte Interviews bei Kursteilnehmer (n=7)
<p>Stichprobenauswahl</p> <p>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ja • nein <p>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ja • nein • nicht angegeben <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ja • nein • nicht angegeben 	<p>Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</p> <p>Leitfadengestützte Experteninterviews (n=43) wurden mit den Projektverantwortlichen und -mitarbeitenden der geförderten Lerneinheiten geführt. Währenddessen zusätzlich teilstrukturierte Interviews mit angehenden Mediziner/innen, Pflegekräften und Therapeut/innen</p> <p>Beschreiben Sie das Ethik-Verfahren. Diese sind von den Autoren nicht beschrieben</p>
<p>Datenerhebung</p> <p>Deskriptive Klarheit klare und vollständige Beschreibung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ort <ul style="list-style-type: none"> – ja – nein • Teilnehmern <ul style="list-style-type: none"> – ja geringfügig 	<p>Beschreiben Sie den Kontext der Studie. Genügte er, um das "Gesamtbild" zu verstehen?</p> <p>Es genügte nicht ein Gesamtbild der des Kontextes zu verstehen. Es wurde dies bzgl. keine Details von den Autoren wiedergegeben</p> <p>Beschreiben Sie, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</p> <p>Es fehlte die genaue qualitative Inhaltsanalyse und wie diese durchgeführt wurde. Es wurde auch nicht deutlich warum die Interviews nur teilweise transkribiert wurden. Ebenso wurde die gesamte Datenerhebung nicht eindeutig beschrieben. Es fehlten u.a. die Ausschlusskriterien.</p>

<ul style="list-style-type: none"> – nein • Referenzen des Forschers <ul style="list-style-type: none"> – ja – nein • Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern <ul style="list-style-type: none"> – ja – nein • Angabe der Annahmen des Forschers "in Klammern" ("bracketing") <ul style="list-style-type: none"> – ja – nein <p>Prozedurale Strenge</p> <p>Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ja • nein • nicht angegeben 	<p>Beschreiben Sie die Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das "Gesamtbild"? Beschreiben Sie jegliche Flexibilität bei Design und Methoden der Datenerhebung. Die Studie wurde veröffentlicht, obwohl die quantitativen Anteile dieser nicht fertig gestellt waren.</p>
<p>Datenanalyse</p> <p>Analytische Genauigkeit</p> <p>War die Datenanalyse induktiv?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ja • nein • nicht angegeben 	<p>Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle Interviews wurden digital aufgenommen und streng protokolliert • eine Transkribierung fand nur teilweise statt Daten wurden mit qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet <p>Ob die Methode geeignet war, lässt sich schwer beschreiben, da die Autoren hierüber wenig Informationen geben.</p>

<p>Wird Triangulierung angegeben, nach</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quellen/Daten <ul style="list-style-type: none"> – ja – nein • Methoden <ul style="list-style-type: none"> – ja – nein • Forscher <ul style="list-style-type: none"> – ja – nein • Theorien <ul style="list-style-type: none"> – ja – nein <p>Wurde "Member checking" (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ja • nein • nicht angegeben 	
<p>Schlussfolgerungen und Implikationen</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ja • nein 	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichen Begrenzungen der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • es gibt strukturelle, institutionelle und rechtliche Barrieren in der Umsetzung • insbesondere curriculare Einbettung schwierig • Strukturen müssen aufgebaut werden und Zuständigkeiten geklärt werden • Engliederung von interprofessionellen Lerninhalten auch von übergeordneten Trägern und Gremien abhängig <p>Der Autor erklärt, dass er keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit dem veröffentlichten Artikel hat.</p>

Anlage 1.3: Quantitative Studie mit LAW-Kriterien-Bewertung

Datenbank	Datum	Schlüsselwörter	Trefferzahl
Zuyd Bibliothek	15.10.2018	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	9.688
	15.10.2018	Interdisziplinäre Zusammenarbeit → Limitation: 2018	562
	15.10.2018	interdisciplinary collaboration → Limitation: 2018	14.012
	15.10.2018	interdisciplinary collaboration in healthcare → Limitation: 2018, Fulltext	3.945

Inter- and intra-disciplinary collaboration and patient safety outcomes in U.S. acute care hospital units: A cross-sectional study (Ma, Park & Shang, 2018)

Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienstleistern gilt als vielversprechende Strategie zur Verbesserung der Pflegequalität und der Patientenergebnisse. Trotz zunehmender Beweise, die die Auswirkungen der Zusammenarbeit auf die Ergebnisse von Gesundheitsdienstleistern belegen, gibt es wenig empirische Belege für die Beziehung zwischen der Zusammenarbeit und den Ergebnissen der Patientensicherheit, insbesondere auf der Ebene der Patientenversorgung. Ziel dieser Studie ist es zu ermitteln, inwieweit die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten und die intradisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften in Patientenversorgungseinheiten mit den Ergebnissen der Patientensicherheit verbunden sind. Sowohl die Zusammenarbeit zwischen Krankenschwester und Arzt als auch die Zusammenarbeit zwischen Krankenschwester und Krankenschwester waren signifikant mit den Ergebnissen der Patientensicherheit verbunden. Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienstleistern als eine wichtige Strategie zur Förderung der Patientensicherheit betrachtet werden sollte. Sowohl interdisziplinäre als auch intradisziplinäre Zusammenarbeit sind entscheidend, um bessere Patientenergebnisse zu erzielen.

Evidenzlevel:

Es handelt sich bei dieser Studie, um eine Querschnittstudie, diese wird in der Evidenzpyramide in die Stufe zwei der quantitativen Forschung eingeordnet. (Tomlin & Borgetto, 2011). Sie weist somit eine hohe Evidenz auf

Aktualität:

Diese Studie wird als aktuell eingestuft, da sie im Jahr 2018 veröffentlicht wurde.

Formular zur kritischen Besprechung von quantitativen Studien

Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998
McMaster-Universität

Titel:

Ma, C., Park, S. H., & Shang, J. (2018). Inter- and intra-disciplinary collaboration and patient safety outcomes in U.S. acute care hospital units: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.001>

Kommentar

<p>Zweck der Studie</p> <p>Wurde der Zweck der Studie klar angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein 	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Es wurde eine Studie zur Identifizierung durchgeführt die das Ausmaß, in dem die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzte und intradisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Krankenschwestern sind verbunden mit Patientensicherheitsergebnissen (d. h. im Krankenhaus erworbene Druckgeschwüre und Patientenstürzen) in Akutkliniken in den USA durch Verwendung von Daten der nationalen Ebene auf Einheitenebene Datenbank der Nursing Quality Indicators® (NDNQI®) in den USA</p> <p>Diese Studie hat einen Einfluss auf unsere Forschungsfrage, da es hier u.a. auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit geht.</p>
---	---

<p>Literatur</p> <p>Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein 	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Es gab noch keine Beweise für die Auswirkungen der intradisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Patienten Ergebnissen.</p> <p>Es gibt viel Literatur über die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Kliniken. Die Literaturrecherche der Autoren ergab, dass bis heute nur ein kleiner Anteil der Studien die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die daraus resultierenden Patientenergebnisse empirisch untersucht. Die wenigen Studie, die eine empirische Forschung durchführten sind sehr unterschiedlich.</p> <p>Die meiste genutzte Literatur ist nicht älter als 2010 und somit wurde ein aktueller theoretischer Hintergrund erstellt.</p>
<p>Design</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) • Kohortenstudie • Einzelfall-Design • Fall-Kontroll-Studie • Querschnittsstudie • Fallstudie 	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissenstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Es handelt sich um eine Querschnittstudie, dieses Design eignet sich, da bereits im theoretischen Hintergrund erwähnt wurde, es wenig empirische Forschung zu diesem Thema gibt. Sondern bisher hauptsächlich ein qualitatives Studiendesign genutzt wurde. Die Forschungsfrage konnte bis diesem Studiendesign beantwortet werden. Mit diesem Design konnten ebenso die ethischen Aspekte eingehalten werden, da die Ergebnisse den Teilnehmern nicht zugeordnet werden konnten.</p>
	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Keine</p>
<p>Stichprobe n = 23.078 Krankenschwestern pro Einheit 1000 befragte Patienten</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Krankenschwestern waren für die RN-Umfrage berechtigt, wenn sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 50% ihrer Arbeitszeit für die direkte Patientenversorgung benötigen; • ein Minimum von 3 Beschäftigungsmonate in der aktuellen Einrichtung waren • keine Vertragsschwester waren oder über eine Agentur angestellt waren.

<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Entfällt 	<p>Es wurden Ergebnisse der Patientenversorgung untersucht im Krankenhaus erworbene Druckgeschwüre und Stürze der Patienten.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt? Die Studie wurde von der Institutional Review als freigestellte Studie genehmigt</p> <p>Die NDNQI®-Patientensturzmaßnahme wurde auch von der National befürwortet Qualitätsforum als nationale Standardmaßnahme genehmigt (NQF, 2018).</p>
<p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Nicht angegeben 	<p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post-, follow-up)).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine <p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</p> <p>Produktivität, da es um die Zusammenarbeit geht.</p> <p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf Registered Nurse (RN) – Umfrage (Web- Survey)</p> <p>Daten zur Dekubitus Prävalenz und im Krankenhaus erworbene Druckgeschwüre wurden vierteljährlich von Pflegekräften gesammelt und an NDNQI® berichtet.</p> <p>Daten zu monatlichen Stürzen von Patienten in NDNQI®- Mitglieds-krankenhäusern wurden vierteljährlich an NDNQI® berichtet.</p>

<p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Nicht angegeben 		
<p>Maßnahmen</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Nicht angegeben <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Nicht angegeben • entfällt <p>Wurden gleichzeitig weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Nicht angegeben • entfällt 	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Die NDNQI® RN-Umfrage wurde 2004 gestartet mit dem Ziel, die Arbeit der Krankenschwester in den USA zu bewerten, zu verstehen und zu verbessern. Die Umfrage ist webbasiert und wird jährlich durchgeführt, um Daten zu den Arbeitsbedingungen der Krankenschwester, zu den Arbeitsinhalten zu sammeln.</p> <p>Diese Maßnahme könnte in einer ergotherapeutischen Praxis mit anderen Berufsgruppen ähnlich gestaltet werden.</p>	

<p>Ergebnisse</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Entfällt • Nicht angegeben <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Nicht angegeben <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Nicht angegeben 	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Unterschiede zwischen Intensivstation und Stationstypen bei erworbenen Dekubiti • Signifikante Unterschiede in den Patientensturzraten zwischen Intensivstation und anderen Stationen <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationen zwischen Krankenschwester und Mediziner, als auch zwischen Krankenschwestern waren signifikant für die Patientensicherheit. • Zusammenarbeit zwischen dem Pflegepersonal ist wichtig für die Patientensicherheit • Zusammenarbeit hat einen direkten Einfluss auf Dekubiti und Stürze der Patienten
<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein 	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>nicht angegeben</p>

Anlage 2: Fragebogen

Zusammenarbeit in der Pädiatrie

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Danke, dass Sie sich für die Teilnahme an unserer Studie entschieden haben.

Ihre Antworten werden anonym und nur im Rahmen unserer Bachelorarbeit genutzt, aus den Beschreibungen sind keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich.

Nach Beendigung unseres Studiums werden sämtliche Rohdaten vernichtet.
Bevor Sie den Fragebogen ausfüllen, geben wir Ihnen vorab noch einige Informationen:

In unserem Fragebogen verwenden wir zur besseren Übersichtlichkeit nur die männlichen Berufsbezeichnungen, obwohl uns bewusst ist, dass im Umgang mit Kindern die Mehrzahl der von uns angesprochenen Personen weiblich ist.

Bitte nehmen Sie sich ca. 45-60 Minuten Zeit, um die Fragen zu beantworten.

Sie können das Beantworten des Fragebogens nach jeder Frage unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt mit der nächsten Frage fortsetzen, dafür müssen Sie sich den Code in der Kopfzeile notieren. Sie finden den Button "Teilnahme fortsetzen" in der Kopfzeile. Wenn Sie diesen auswählen, können Sie den Code eintragen. Bitte achten Sie darauf das Enddatum 28.08.2018 einzuhalten.

An der Prozentleiste in der Kopfzeile können Sie erkennen, wie weit Sie den Fragebogen bereits beantwortet haben. Des Weiteren gibt jede Überschrift zur besseren Übersicht an, wie viele Fragen Sie aus dem Bereich beantwortet haben z.B. 3.4/17 - Sie sind an der vierten Frage von 17 angekommen. Es ist von Ihren Antworten abhängig, ob Sie bestimmte Seiten überspringen.

Sollte es Ihnen passieren, dass die Seite zusammenbricht und Sie vergessen haben, sich den Code in der Kopfzeile aufzuschreiben, dann Öffnen Sie bitte erneut den Link für die Umfrage. Sie werden zu Ihrer aktuellen Frage zurückgeführt.

Beantworten Sie die Fragen bitte nach Ihrer ganz individuellen Einschätzung und Erfahrung - denn besonders diese ist uns wichtig. Die Pflichtfragen sind mit einem roten * markiert. Bitte achten Sie darauf, bei der Antwortmöglichkeit "Sonstige" kein Häkchen zu setzen, wenn dies nicht auf Sie zutrifft. Das gesetzte Häkchen kann aufgrund des Programmes leider nicht wieder entfernt werden. Wenn Ihnen dies aus Versehen passiert, setzen Sie bitte einen Punkt in die Antwortmöglichkeit.

Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage unsicher sind, wählen Sie bitte trotzdem diejenige Antwort, die Ihrer Meinung am nächsten kommt.

Der Fragebogen ist untergliedert in folgende Abschnitte:

1. Personenbezogene Fragen
 2. Berufsbezogene Fragen
 3. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
 4. Klientel und Therapieteilschritte
 5. Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit
 6. Art und Häufigkeit der Zusammenarbeit
 7. Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit
- Diese Abschnitte sind für Sie jederzeit klar ersichtlich.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns herzlich.
Viel Erfolg

Voraussetzungen

Hier noch einmal die Voraussetzungen für die Teilnahme an unserer Umfrage:

Abgeschlossene Ausbildung / Studium als Ergotherapeut_in

Mindestens 5 Stunden die Woche im pädiatrischen, ambulanten Setting tätig

Mindestens ein halbes Jahr Berufserfahrung

Arbeitsort:
Mecklenburg-Vorpommern oder Schleswig-Holstein

Interessiert an interdisziplinärer Zusammenarbeit und ergotherapeutischer Forschungsarbeit

Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne unter folgender E-Mail Adresse zur Verfügung:
ergo-zusammenarbeit@gmx.de

1. Personenbezogene Fragen

1. In welchem Bundesland arbeiten Sie? *

Schleswig-Holstein
Mecklenburg-Vorpommern

2. Wie alt sind Sie? *
(1.1/8 Personenbezogene Fragen)

3. Sind Sie *
(1.2/8 Personenbezogene Fragen)

weiblich
männlich

4. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? *
(1.3/8 Personenbezogene Fragen)

- Ergotherapeutische Berufsausbildung
 Bachelor
 Master

5. Worin haben Sie den Bachelor gemacht? *
(1.4/8 Personenbezogene Fragen)

6. Worin haben Sie den Master gemacht? *
(1.5/8 Personenbezogene Fragen)

7. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie? *
(1.6/8 Personenbezogene Fragen)

Wenn Sie ein 3/4 Jahr arbeiten, müssen Sie es so angeben: 0,75

 Jahre

8. **Wie lange arbeiten Sie bereits im pädiatrischen Bereich? ***
(1.7/8 Personenbezogene Fragen)

 Jahre

9. **Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche im pädiatrischen Bereich? ***
(1.8/8 Personenbezogene Fragen)
Bitte beachten Sie, dass Sie mindestens 5 Stunden pro Woche in dem Bereich arbeiten sollten.

 Stunden pro Woche

2. Berufsbezogene Fragen

10. **Sind Sie? ***

- Selbstständig
 Angestellten Verhältnis

11. **In was für einer Einrichtung sind Sie angestellt? ***
(2.1/2 Berufsbezogene Daten)

- Kindergarten/-Tagesstätte
 Kinderheim
 Mutter-Kind-Einrichtung
 Öffentliche Schule
 Private Schule
 Ergotherapeutische Praxis
 Gemeinschaftspraxis
 Therapiezentrum
 Sozial Pädagogisches Zentrum
 Ambulante Rehabilitationseinrichtung
 Sonstige

12. In welchen Einrichtungen sind Sie pädiatrisch tätig?

Bewerten Sie bitte möglichst genau, wie häufig Sie in Prozent in den folgenden Einrichtungen tätig sind. Beurteilen Sie dies anhand einer für Sie typischen Arbeitswoche. *

(2.2/2 Berufsbezogene Daten)

Bitte beachten Sie, wenn Sie bei "Sonstige" ein Häkchen setzen, müssen Sie auch eine Einrichtung eintragen.

Eine Arbeitswoche entspricht 100%.

	0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Kindergarten/-tagesstätte	<input type="radio"/>										
Kinderheim	<input type="radio"/>										
Mutter-Kind-Einrichtungen	<input type="radio"/>										
Öffentliche Schule	<input type="radio"/>										
Private Schule	<input type="radio"/>										
Ergotherapeutische Praxis	<input type="radio"/>										
Gemeinschaftspraxis	<input type="radio"/>										
Therapiezentrum mit anderen Berufsgruppen	<input type="radio"/>										
Sozial Pädagogisches Zentrum	<input type="radio"/>										
Ambulantes Rehabilitationszentrum	<input type="radio"/>										
Sonstige	<input type="radio"/>										
<input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/>										

3. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

13. In der Literatur werden verschiedene Eigenschaften beschrieben, die Einfluss auf die Zusammenarbeit mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen haben.

Bitte geben Sie zu jeder Aussage an, wie wichtig Sie diese für die Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen finden. *

	sehr wichtig	wichtig	eher wichtig	neutral	eher unwichtig	unwichtig
Ein klares Berufsbild nach außen vertreten.	<input type="radio"/>					
Ein gemeinsames Ziel mit den anderen Berufsgruppen in der Behandlung des Klienten haben.	<input type="radio"/>					
Auf die Behandlung eines Kollegen aus einer anderen Berufsgruppe aufbauen können.	<input type="radio"/>					
Kompromissbereitschaft in Diskussionen mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen zeigen.	<input type="radio"/>					
Flexibilität in zeitlichen Absprachen zeigen.	<input type="radio"/>					
Anregen von neuen Strukturen oder Angeboten.	<input type="radio"/>					
Reflektieren der eigenen geleisteten Arbeit.	<input type="radio"/>					

14. Haben die folgenden Aspekte Ihrer Meinung nach einen Einfluss auf Ihre positive Zusammenarbeit mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen? *
(3.1/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

	stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Mein Charakter hat Einfluss auf die Zusammenarbeit.	<input type="radio"/>					
Die Charaktereigenschaften meines Kommunikationspartners haben Einfluss auf die Zusammenarbeit.	<input type="radio"/>					
Die eigenen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Kollegen aus anderen Berufsgruppen.	<input type="radio"/>					
Die Entwicklung der Zusammenarbeit aus historischer Entwicklung.	<input type="radio"/>					
Meine Einstellung gegenüber den Kollegen der anderen Berufsgruppe.	<input type="radio"/>					
Mein persönliches Engagement in Bezug auf die Zusammenarbeit.	<input type="radio"/>					
Es gibt die räumliche Möglichkeit, sich gut mit anderen Kollegen auszutauschen.	<input type="radio"/>					
Ich habe einen zeitlichen Rahmen, mit andern Kollegen gut zusammenzuarbeiten.	<input type="radio"/>					
Ich fühle mich als Teil des Teams.	<input type="radio"/>					

15. Wie wichtig empfinden Sie die Zusammenarbeit mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen? *
(3.2/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

gar nicht wichtig sehr wichtig

16. Bitte wählen Sie aus, mit welchen Berufsgruppen Sie zusammenarbeiten. *
(3.3/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

Bitte beachten Sie, wenn Sie bei "Sonstige" ein Häkchen setzen, müssen Sie auch einen Beruf eintragen.

Wenn Sie mit mehr als 5 Berufsgruppen zusammenarbeiten, wählen Sie bitte diejenigen aus, mit denen Sie am Häufigsten zusammenarbeiten.

	ja	nein
Ärzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frühförderer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialpädagogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erzieher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulbegleiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiotherapeuten, Sporttherapeuten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopäden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masseure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegfachkräfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. **Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Ärzten zusammen? ***
(3.4/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

18. **Mit welchen Ärzten arbeiten Sie in der Pädiatrie zusammen? Bitte erstellen Sie eine Rangfolge. Erwähnen Sie als erstes das Fachgebiet des Arztes, mit dem Sie am meisten zusammenarbeiten.**

1.

2.

3.

19. **Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Ärzten überein? ***

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

20. **Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild des Arztes informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: ***

- sehr gut
 gut
 befriedigend
 ausreichend
 mangelhaft
 ungenügend

21. **Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Psychologen zusammen? ***
(3.5/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

22. Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Psychologen überein? *

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

23. Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild des Psychologen informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: *

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

24. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Hebammen zusammen? *

(3.6/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

25. Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Hebammen überein? *

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

26. **Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild der Hebammen informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: ***

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

27. **Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Frühförderern zusammen? ***

(3.7/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

28. **Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Frühförderern überein? ***

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

29. **Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild der Frühförderer informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: ***

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

30. **Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Sozialpädagogen zusammen? ***

(3.8/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

31. Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Sozialpädagogen überein? *

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

32. Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild der Sozialpädagogen informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: *

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

33. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Erziehern zusammen? *
(3.9/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

34. Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Erziehern überein? *

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

35. **Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild der Erzieher informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: ***

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

36. **Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Lehrern zusammen? ***
(3.10/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

37. **Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Lehrern überein? ***

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

38. **Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild der Lehrer informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: ***

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

39. **Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Schulbegleitern zusammen? ***

(3.11/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

40. Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Schulbegleitern überein? *

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

41. Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild der Schulbegleiter informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: *

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

42. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Physiotherapeuten, Sporttherapeuten zusammen? *

(3.12/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

43. Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, Sporttherapeuten überein? *

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

44. **Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild der Physiotherapeuten/ Sporttherapeuten informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: ***

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

45. **Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Logopäden zusammen? ***

(3.13/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

46. **Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Logopäden überein? ***

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

47. **Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild der Logopäden informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: ***

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

48. **Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Masseuren zusammen? ***
* (3.14/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

49. Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Masseuren überein? *

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

50. Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild der Masseure informiert? Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: *

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

51. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich im Monat mit Pflegefachkräften zusammen? *

(3.15/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

 Stunden

52. Wie sehr stimmen Sie mit den folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften überein? *

	Stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ist bereichernd für mich.	<input type="radio"/>					
Empfinde ich als sinnvoll für das pädiatrische Klientel.	<input type="radio"/>					
Ist für mich lehrreich.	<input type="radio"/>					
Schaffe ich zeitlich gut.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit fachlich gestaltet.	<input type="radio"/>					

**53. Wie gut fühlen Sie sich über das Berufsbild der Pflegefachkräfte informiert?
Bewerten Sie Ihren Informationsstand auf folgender Skala: ***

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

54. Nennen Sie die Gründe, die zu Ihrer Einschätzung (ausreichend - ungenügend) des Berufsbildes geführt haben?

(3.16/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

Bitte beachten Sie, wenn Sie bei "Sonstige" ein Häkchen setzen, müssen Sie auch ein Beispiel eintragen.

	stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Fehlender Austausch zwischen den Berufsgruppen über deren Berufsbild.	<input type="radio"/>					
Ich habe keine Zeit, mich mit den anderen Berufsbildern auseinander zu setzen.	<input type="radio"/>					
Ich habe keine Teamsitzungen mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen.	<input type="radio"/>					
In meiner Ausbildung fehlte die Auseinandersetzung mit den anderen Berufsbildern.	<input type="radio"/>					
Ich habe kein / wenig Interesse, mich damit auseinander zu setzen.	<input type="radio"/>					
Ich bemerke ein mangelndes Interesse an einer Zusammenarbeit bei Kollegen aus anderen Berufsgruppen.	<input type="radio"/>					
Sonstiges <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/>					

55. Was würde Ihnen Ihrer Meinung nach helfen, den Informationsbedarf zu decken?

Bitte beachten Sie, wenn Sie bei "Sonstige" ein Häkchen setzen, müssen Sie auch ein Beispiel eintragen.

	stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Fortbildungen	<input type="radio"/>					
Kongresse	<input type="radio"/>					
Fachtagungen	<input type="radio"/>					
Austausch mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen	<input type="radio"/>					
Interdisziplinäre Teamsitzungen	<input type="radio"/>					
Fachliteratur	<input type="radio"/>					
Internet	<input type="radio"/>					
Sonstiges <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/>					

56. Was hat Ihrer Meinung nach dazu beigetragen, dass Sie sich gut über die anderen Berufsbilder informiert fühlen?

(3.17/17 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen)

Bitte beachten Sie, wenn Sie bei "Sonstige" ein Häkchen setzen, müssen Sie auch ein Beispiel eintragen.

	stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Ausbildung	<input type="radio"/>					
Studium	<input type="radio"/>					
Fortbildungen	<input type="radio"/>					
Kongresse	<input type="radio"/>					
Fachtagungen	<input type="radio"/>					
Austausch mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen	<input type="radio"/>					
Interdisziplinäre Teamsitzungen	<input type="radio"/>					
Fachliteratur	<input type="radio"/>					
Internet	<input type="radio"/>					
Sonstiges <input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/>					

4. Klientel und Therapieteilschritte

57. Schreiben Sie bitte möglichst genau auf, wie viele pädiatrische Klienten Sie wöchentlich mit den folgenden Hauptauffälligkeiten behandeln?

	Anzahl
Kinder mit geistiger Behinderung	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
Kinder mit körperlichen Einschränkungen	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
Kinder mit Problemen in der Fein- und Graphomotorik	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
Kinder mit Konzentrations-/ Hyperaktivitätsstörungen	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
Kinder mit psychischen und sozialen Auffälligkeiten	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
Kinder mit Auffälligkeiten in der sensorischen Integration	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
Sonstige	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>

58. Wie intensiv arbeiten Sie mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen bei den folgenden Auffälligkeiten zusammen? *

Bitte beachten Sie, wenn Sie bei "Kinder mit z.B." ein Häkchen setzen, müssen Sie auch eine Erkrankung eintragen.

	immer	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Kinder mit geistiger Behinderung	<input type="radio"/>					
Kinder mit körperlichen Einschränkungen	<input type="radio"/>					
Kinder mit Problemen in der Fein- und Graphomotorik	<input type="radio"/>					
Kinder mit Konzentrations-/ Hyperaktivitätsstörungen	<input type="radio"/>					
Kinder mit psychischen und sozialen Auffälligkeiten	<input type="radio"/>					
Kinder mit Auffälligkeiten in der sensorischen Integration	<input type="radio"/>					
Kinder mit z.B. <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

59. In welchen Teilschritten des Therapieprozesses arbeiten Sie mit den nachfolgend genannten Berufsgruppen zusammen? *
(4.1/3 Klientel und Therapieteilschritte)

Bitte beachten Sie, wenn Sie bei "Sonstige" ein Häkchen setzen, müssen Sie auch einen Beruf eintragen.

	Anamnese/ Eltern- gespräch	Befun- dung	Ziel- setzung	Hilfsmittel- beratung/ -versorgung	Inter- vention	Therapie- abschluss	Outcome- Messung / erneute Befund- erhebung	Follow-up / Nachsorge	gar nicht
Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühförderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpädagogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erzieher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulbegleiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physio-, Sporttherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegefachkräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. **Wie arbeiten Sie in den von Ihnen gewählten Teilschritten des Therapieprozesses mit den Kollegen aus anderen Berufsgruppen konkret zusammen? ***

61. **Gibt es Teilschritte des Therapieprozesses, in denen Sie sich wünschen, mehr mit den Kollegen aus anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten? ***
(4.2/3 Klientel und Therapieteilschritte)

	immer	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Anamnese / Elterngespräch	<input type="radio"/>					
Befundung	<input type="radio"/>					
Zielsetzung	<input type="radio"/>					
Hilfsmittelberatung / -versorgung	<input type="radio"/>					
Intervention	<input type="radio"/>					
Therapieabschluss	<input type="radio"/>					
Outcome-Messung / erneute Befunderhebung	<input type="radio"/>					
Follow-up / Nachsorge	<input type="radio"/>					

62. **Was ist Ihr Ziel bei der Zusammenarbeit mit den Kollegen aus anderen Berufsgruppen? ***
(4.3/3 Klientel und Therapieteilschritte)

Bitte beachten Sie, wenn Sie bei "Sonstige" ein Häkchen setzen, müssen Sie auch ein weiteres Ziel eintragen.

	stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Mehr Klientenzentrierung	<input type="radio"/>					
Bessere Behandlung	<input type="radio"/>					
Einstimmigere Zielsetzung	<input type="radio"/>					
Schnelleres Behandlungsergebnis	<input type="radio"/>					
Größere Individualität	<input type="radio"/>					
Stärkere Betätigungsorientierung	<input type="radio"/>					
Mehr Professionalität	<input type="radio"/>					
Stärkere Kontexteinbeziehung	<input type="radio"/>					
Wissenschaftlich fundiertere Behandlung	<input type="radio"/>					
Sonstiges	<input type="radio"/>					
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 15px;"></div>						

5. Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit

63. Mit welchen Fragen bezüglich des Klientels wenden sich die Kollegen aus anderen Berufsgruppen an Sie als Ergotherapeuten?

64. Mit welchen Fragen bezüglich des Klientels wenden Sie sich an Ihre Kollegen aus anderen Berufsgruppen?

65. Welche Medien und Möglichkeiten nutzen Sie wie häufig für den Kontakt mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen? *

(5.1/8 Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit)

Bitte beachten Sie, wenn Sie bei "Sonstige" ein Häkchen setzen, müssen Sie auch ein Medium eintragen

	immer	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Persönlicher Kontakt	<input type="radio"/>					
Schriftliches Dokument	<input type="radio"/>					
Telefon	<input type="radio"/>					
Intranet	<input type="radio"/>					
E-Mail	<input type="radio"/>					
WhatsApp oder andere App	<input type="radio"/>					
Sonstiges	<input type="radio"/>					
<input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/>						

66. Geben Sie für die 3 von Ihnen am häufigsten genutzten Kommunikationsarten je 2 Vorteile bezüglich des Informationsaustausches an.

Art der Kommunikation	1. Vorteil	2. Vorteil
Kommunikationsart 1:	<input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/>
Kommunikationsart 2:	<input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/>
Kommunikationsart 3:	<input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/>

67. Geben Sie für die 3 von Ihnen am häufigsten genutzten Kommunikationsarten je 2 Nachteile bezüglich des Informationsaustausches an.

	Art der Kommunikation	1. Vorteil	2. Vorteil
Kommunikationsart 1:			
Kommunikationsart 2:			
Kommunikationsart 3:			

68. Wenn Sie mit dem heutigen Stand der Kommunikation unzufrieden sind, erläutern Sie bitte, wie eine bessere Kommunikation mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen erreicht werden könnte?

(5.2/8 Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit)

69. Als wie wichtig bewerten Sie die nachstehenden Aspekte für die Kommunikation mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen? *

(5.3/8 Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit)

	sehr wichtig	wichtig	eher wichtig	neutral	eher unwichtig	unwichtig
Ich habe ein klares Berufsbild der anderen Berufsgruppen.	<input type="radio"/>					
Eine eindeutige Kommunikation	<input type="radio"/>					
Ein gemeinsames Ziel zu haben	<input type="radio"/>					
Flexibel zu sein	<input type="radio"/>					
Ich kann meine Arbeit reflektieren.	<input type="radio"/>					
Ein strukturierter Ablauf in der Kommunikation	<input type="radio"/>					
Meine Charaktereigenschaften	<input type="radio"/>					
Charaktereigenschaften des Kommunikationspartners	<input type="radio"/>					
Zeitlicher Rahmen für Absprachen / Reflexionsgespräche	<input type="radio"/>					
Zeitlicher Rahmen für die Teambesprechung	<input type="radio"/>					
Meine Erfahrungen aus der bisherigen Zusammenarbeit	<input type="radio"/>					
Persönliches Engagement	<input type="radio"/>					
Örtlichkeit / Raum	<input type="radio"/>					
Selbstorganisation	<input type="radio"/>					
Fremdorganisation	<input type="radio"/>					

70. Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Ich gestalte die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen, indem ich ... *
(5.4/8 Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit)

	stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
die wichtigsten Informationen weiter gebe.	<input type="radio"/>					
meinem Gegenüber Wertschätzung für die von ihm geleistete Arbeit zeige.	<input type="radio"/>					
mich auf die wichtigsten Informationen beschränke.	<input type="radio"/>					
das Gespräch auf Augenhöhe führe.	<input type="radio"/>					
kompromissbereit bin.	<input type="radio"/>					
in Gesprächen einen klaren Standpunkt vertrete.	<input type="radio"/>					

71. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? Die Kollegen aus anderen Berufsgruppen gestalten die Kommunikation vom Gefühl her mit mir, indem sie ... *
(5.5/8 Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit)

	stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
die wichtigsten Informationen an mich weitergegeben.	<input type="radio"/>					
in Gesprächen Wertschätzung für die von mir erbrachte Arbeit zeigen.	<input type="radio"/>					
sich auf die wichtigsten Informationen beschränken.	<input type="radio"/>					
mit mir auf Augenhöhe sprechen.	<input type="radio"/>					
Kompromissbereitschaft zeigen.	<input type="radio"/>					
einen klaren Standpunkt vertreten.	<input type="radio"/>					

72. Nutzen Sie die "International Classification of Functioning" (ICF) bei der Zusammenarbeit? *
(5.6/8 Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit)

- Immer
- Sehr häufig
- Häufig
- Manchmal
- Selten
- Nie
- Kenne ich nicht

73. Beschreiben Sie wann, wie und mit wem Sie mit der ICF arbeiten! *
(5.7/8 Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit)

74. **Warum wenden Sie die ICF nicht an? ***
(5.8/8 Kommunikation innerhalb der Zusammenarbeit)

6. Art und Häufigkeit der Zusammenarbeit

75. **Gibt es bei Ihnen folgende Teamsitzungen? ***

- Intraprofessionell (nur eine Berufsgruppe)
- Interprofessionell (mit anderen medizinischen Berufsgruppen)
- Multiprofessionell (mit anderen medizinischen Berufsgruppen und Disziplinen z.B. Lehrer)
- Gar keine

76. **Wie häufig finden Teamsitzungen mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen statt? ***
(6.1/2 Art und Häufigkeit der Zusammenarbeit)

- Mehrmals die Woche
- Einmal wöchentlich
- Alle 2 Wochen
- Einmal im Monat
- Vierteljährlich
- Halbjährlich
- Jährlich
- Individuell

77. **Welche Berufsgruppen sind in einer Teamsitzung in Ihrem Arbeitskontext vertreten?**

78. **Wer organisiert die Teamsitzung mit den Kollegen aus anderen Berufsgruppen?**

Meine Eigeninitiative

Einrichtung

Andere Berufsgruppe

Sonstige

79. **Wie sollte sich die Zusammenarbeit mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen Ihrer Meinung nach im Idealfall gestalten? Was wäre Ihrer Meinung nach dafür notwendig?**

* (6.2/2 Art und Häufigkeit der Zusammenarbeit)

7. Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit

80. **Haben Sie das Thema „Zusammenarbeit mit Kollegen aus anderen Berufsgruppen“ bereits in der Ausbildung behandelt? ***

Ja

Teilweise

Nein

81. **Kennen Sie ein Modell zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen? ***

(7.1/8 Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit)

Nein

Ja, folgendes

82. **Woher kennen Sie das Modell? ***

(7.2/8 Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit)

Ausbildung

Literatur

Fortbildung

Praktische Erfahrung

Sonstiges

83. Ist Ihnen eine Fortbildung zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bekannt?

* (7.3/8 Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit)

Nein

Ja, folgende

84. Woher ist Ihnen das Fortbildungsangebot bekannt? *

(7.4/8 Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit)

Kollegen

Arbeitgeber

Fachzeitschriften

Kongresse

Berufsorganisation

Internet

Sonstiges

85. Haben Sie bereits eine Fortbildung zum Thema "Zusammenarbeit" mit anderen Berufsgruppen besucht? *

(7.5/8 Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit)

Nein

Ja, folgende

86. Hat sich der Kosten-Nutzen Aufwand für die Fortbildung Ihrer Meinung nach rentiert?

(7.6/8 Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit)

Nein, weil

Ja, weil

87. Hätten Sie Interesse, an einer Fortbildung mit dem Schwerpunkt "Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen" teilzunehmen?

(7.7/8 Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit)

Nein, weil

Ja, weil

88. Haben Sie sich zuvor schon einmal so viele Gedanken zu Ihrer Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen aus anderen Berufsgruppen gemacht?

(7.8/8 Spezifische Fragen zur Zusammenarbeit)

Bitte schreiben Sie bei "Nein" einfach ein "X" ein, wenn diese Antwort auf Sie zutrifft.

Nein	<input type="text"/>
Gelegentlich, wenn	<input type="text"/>
Ja, als	<input type="text"/>

Vielen Dank. Mit Ihrer Unterstützung können wir an unserer Bachelorarbeit weiter arbeiten.



Bei Interesse am Ergebnis senden Sie bitte Ihre E-Mailadresse mit dem Betreff „Ergebnis“ an ergo-zusammenarbeit@gmx.de

Wir schicken Ihnen unsere Bachelorarbeit gerne digital zu.

Wiebke Fiedler und Bianca Schmidt

Hinweis: Wenn Sie auf den Button "Fertig" drücken, haben Sie auch mit Ihrem Code keinen Zugriff mehr auf die von Ihnen ausgefüllte Online-Befragung. Bitte benutzen Sie diesen Button nur, wenn Sie die Bearbeitung unserer Online-Befragung abgeschlossen haben.

Anlage 3: Anschreiben Pretest

Pretest des Fragebogens

Liebe/r ...,

Vorab erst einmal ein „**Danke**“, dass du unseren Fragebogen testest, bevor wir ihn für die Datenerhebung unserer Bachelorarbeit veröffentlichen.

Thema: Interdisziplinäre Zusammenarbeit in dem pädiatrisch ambulanten Sektor

Wichtig wäre uns, dass du den Fragebogen wirklich kritisch bewertest und lieber einmal mehr eine Anmerkung schreibst als zu wenig. Nur so können wir im Verlauf die Daten ausreichend und gut erheben. Beantworte den Fragebogen bitte so realistisch wie möglich und halte ein Papier und einen Stift bereit, damit du undeutlich formulierte Fragestellungen direkt aufschreiben kannst.

Link: https://www.umfrageonline.com/s/pretest_interdisziplinaer

Hier gibt es noch ein paar Fragen, die du uns bitte beantworten solltest.

- **Wie viele Minuten benötigst du zur kompletten Beantwortung des Fragebogens? (Wenn du etwas notiert z.B. Fragen die undeutlich formuliert sind, bitte die Zeit stoppen und danach weiter laufen lassen)**
- **Findest du es ausreichend, wie das Vorgehen in der Einleitung beschrieben wird?**
- **Sind die Fragen verständlich gestellt oder gibt es bei gewissen Fragen Probleme im Verständnis? Schreibe bitte die Nummer des Themenschwerpunktes und die Frage auf.**
- **Ist die Reihenfolge und Struktur der Fragen angemessen?**
- **Hast du den Eindruck das Fragen doppelt gestellt werden?**
- **Hast du den Eindruck, dass alle zu dem Thema relevanten Fragen gestellt sind?**
- **Sind teilweise zu viele Fragen zu einem Thema gestellt?**
- **Sonstiges?**

Vielen Dank für deine Unterstützung 😊

Wiebke und Bianca

Anlage 4: Anschreiben für die Teilnehmer

E-Mail:

Sehr geehrtes Praxisteam,

wir, Wiebke Fiedler und Bianca Schmidt, absolvieren gerade an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (Niederlande) unseren Bachelor of Science in der Ergotherapie.

Momentan schreiben wir an unserer Bachelorarbeit zum Thema "Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im pädiatrischen ambulanten Sektor". Wir erheben dazu den IST-Zustand in den beiden Bundesländern Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern.

Wir würden uns freuen, wenn Sie als Ergotherapeuten_Innen an dieser Umfrage teilnähmen.

Im Anschreiben finden Sie alle notwendigen Informationen, um unsere Forschungsarbeit zu unterstützen. Gerne können Sie auch direkt dem Link folgen:

https://www.umfrageonline.com/s/ET_ZidP

Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit und geben Sie diesen Link an andere Ergotherapeuten_Innen aus Schleswig-Holstein oder Mecklenburg-Vorpommern, die im pädiatrischen Bereich arbeiten.

Vielen Dank und freundliche Grüße,
Wiebke Fiedler und Bianca Schmidt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
Im Rahmen unserer Bachelorarbeit beschäftigen wir uns mit dem
Thema:

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im pädiatrischen, ambulanten Setting

Interdisziplinäre Zusammenarbeit beschreibt die Kommunikation und Kooperation mit allen anderen Berufsgruppen.
Anhand eines anonymisierten Fragebogens bitten wir Sie für unser Forschungsthema um ihre Expertise und Erfahrungen zu diesem Thema. Schwerpunkt unserer Arbeit liegt darin, einen IST-Zustand für die Gestaltung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im ambulanten pädiatrischen Sektor der beiden Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein zu erheben.

Link: https://www.umfrageonline.com/s/ET_ZidP

Wir, Wiebke Fiedler und Bianca Schmidt, sind ausgebildete Ergotherapeutinnen und absolvieren seit März 2016 berufsbegleitend den Studiengang „Bachelor of Science in Occupational Therapy“ an der Zuyd Hogeschool in Heerlen, Niederlande.

Haben wir ihr Interesse geweckt? JA!?

Über eine rege Teilnahme von Kolleginnen und Kollegen an unserer quantitativen Studie aus Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein würden wir uns sehr freuen. Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit und reichen Sie dieses Anschreiben an andere Ergotherapeuten weiter. Vielen Dank!

Gerne stellen wir Ihnen unsere Bachelorarbeit im Nachhinein digital zur Verfügung. Bitte wenden sie sich dafür an unsere angegebene E-Mail Adresse.



Mit freundlichen
Grüßen

Wiebke Fiedler
und

Bianca Schmidt

Voraussetzungen:

- abgeschlossene Ausbildung / Studium als Ergotherapeut_in
- mind. 5 Stunden die Woche im pädiatrischen, ambulanten Setting tätig
- mind. ein halbes Jahr Berufserfahrung
- Arbeitsort: Mecklenburg-Vorpommern oder Schleswig-Holstein
- interessiert an interdisziplinärer Zusammenarbeit und ergotherapeutischer Forschungsarbeit

Fragebogen:

Dauer: ca. 45-60 Minuten

Link:

https://www.umfrageonline.com/s/ET_ZidP

Deadline: 28.08.2018

Kontaktdaten:

Bianca Schmidt &

Wiebke Fiedler

E-Mail: ergo-
zusammenarbeit@gmx.de

Erste Erinnerungs-E-Mail:

Liebe Kolleginnen und Kollegen der Ergotherapie,

wir, Wiebke Fiedler und Bianca Schmidt, haben am 15.07.2018 um Ihre Unterstützung für unsere Umfrage zur Bachelorarbeit „Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im pädiatrischen ambulanten Sektor“ gebeten. Leider haben wir nur einen geringen Rücklauf bekommen, daher bitten wir Sie erneut um Ihre Unterstützung für unsere Forschungsarbeit. Bitte beachten Sie, die Umfrage endet am 28.08.2018.

Bei Interesse folgen Sie bitte dem Link:

https://www.umfrageonline.com/s/ET_ZidP

Vielen Dank

Wiebke Fiedler und Bianca Schmidt

Zweite Erinnerungs-E-Mail:

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten uns herzlich bedanken bei allen, die an unserer Umfrage zur Bachelorarbeit „Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im pädiatrischen ambulanten Sektor“ bereits teilgenommen haben. Am 16.08.2018 haben wir Sie erneut um Mithilfe gebeten.

Daraufhin haben ein paar Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten angefangen den Fragebogen zu bearbeiten und diesen nicht beendet. Wir möchten Ihnen die Möglichkeit dazu geben, deswegen verlängern wir die Umfrage bis zum 07.09.18 um 24 Uhr.

Natürlich freuen wir uns auch über alle die die Umfrage noch machen möchten.

Bei Interesse folgen Sie gerne diesem Link:

https://www.umfrageonline.com/s/ET_ZidP

Vielen Dank

Wiebke Fiedler und Bianca Schmidt

Ehrenwörtliche Erklärung

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 haben. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Kiel, den 03.11.2018



Wiebke Gerda Fiedler



Bianca Schmidt