



Hochschule Fresenius
Fachbereich Gesundheit & Soziales
Ergotherapie: Angewandte Therapiewissenschaften (B. Sc.)
Studienort: München

Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
—
**steht die Klientenzentrierung und bedeutungsvolle Betätigung
im Mittelpunkt der Intervention?**

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science

Martina Gisela Lichtenauer
20.05.1985 in Nürnberg
MUGH120185

1. Gutachter/in: Juliane Klingseisen
2. Gutachter/in: Bianca Schirmacher

Abgabetermin: 20.05.2016

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	III
Abstract	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
1 Einleitung	1
2 Aktueller Forschungsstand	2
3 Methodik	5
4 Ergebnisse.....	10
5 Diskussion	22
6 Fazit	31
Literaturverzeichnis	VI
Anhang	XIII
Eidesstattliche Erklärung	XXV

Zusammenfassung

Zielsetzung: Die Forschungsarbeit eruiert den aktuellen Stand der betätigungsorientierten und klientenzentrierten Ergotherapie in den Kinder- und Jugendpsychiatrien (KJPs) in Deutschland. Dabei wurde der Fragestellung nachgegangen, wie Ergotherapeuten¹ in KJPs dieses Handeln umsetzen.

Methodik: Die Datenerhebung wurde mit Hilfe eines teilstrukturierten Onlinefragebogens durchgeführt. Die Auswertung von 55 Fragebögen fand über deskriptive und induktive Statistik statt.

Ergebnisse: Betätigungsorientierte und klientenzentrierte Sichtweisen beeinflussen das Handeln der Ergotherapeuten. Es zeigte sich, dass Ergotherapeuten Schwierigkeiten haben dies für Therapieziele und Therapieverfahren anzuwenden. Dabei spielten intrapersonelle und strukturelle Aspekte eine Rolle.

Diskussion und Fazit: Ergotherapeuten im Bereich der KJPs denken überwiegend klientenzentriert und betätigungsorientiert, arbeiten aber selten danach. Strukturelle Bedingungen der Einrichtungen und Vermittlung von klientenzentrierten und betätigungsorientierten Handlungsempfehlungen, stellten maßgebliche Faktoren dar.

Schlüsselwörter:

Klientenzentrierung, Betätigungsorientierung, bedeutungsvolle Betätigungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Ergotherapie

¹ Um eine gute Lesbarkeit unter Berücksichtigung der Genderaspekte zu erreichen, wird nur die männliche Form der Berufsbezeichnung verwendet. Dennoch werden auch Ergotherapeutinnen unter dem Begriff subsummiert werden.

Abstract

Objective: This study elicited the current state of activity-oriented and client-centered occupational therapy in German child and adolescent psychiatry. The question was, how occupational therapists implement these views in practice.

Methods: Data collection was performed using a semi-structured online questionnaire. The evaluation of 55 questionnaires includes descriptive and inductive statistics.

Results: Activity-oriented and client-centered approaches are common views of occupational therapists. However, the practice showed that occupational therapists hardly formulate concrete treatment goals and apply therapeutic procedures based on these views. In this case intrapersonal and structural reasons were important.

Discussion and Conclusion: Occupational therapists including client-centered and activity-oriented in views, but rare in their work. Structural conditions at work and a stronger focus on client-centered and activity-oriented work in the curricula having strong influence.

Keywords:

client-centered, activity-oriented, meaningful activity, child- and adolescent psychiatry, occupational therapy, pediatrics

Abkürzungsverzeichnis

A	Anhang
ADLs	Aktivitäten des täglichen Lebens
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BA	Bachelorarbeit
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COSA	Children Occupation Self Assessment
DGKJP	Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ET	Ergotherapie
ETs	Ergotherapeuten
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ISB	Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung
KIGGS	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPs	Kinder- und Jugendpsychiatrien
MOHO	Model of Human Occupation
PIA	psychiatrischen Institutsambulanz
RKI	Robert-Koch-Institut
SMARTI	spezifisch, messbar, angemessen, relevant, terminierbar und inspirierend
TK	Tagesklinik
TN	Teilnehmer
UEMF	umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: klientenzentrierte Assessments (Hyp.1)	S. 17
Abbildung 2: Befundung der Teilhabe (Hyp. 1).....	S. 17
Abbildung 3: klientenzentrierte Zielformulierung (Hyp. 1)	S. 18
Abbildung 4: klientenzentrierte Ziele (Hyp.1)	S. 18
Abbildung 5: Anwendung SMARTI (Hyp. 1)	S. 18
Abbildung 6: klientenzentrierte Ziele/Forscher (Hyp. 1)	S. 18
Abbildung 7: Zielfindung (Hyp. 2)	S. 19
Abbildung 8: einschränkende Faktoren (Hyp. 2).....	S. 19
Abbildung 9: Befund Teilhabe, SMARTI und klientenzentrierte Ziele (Hyp. 3)	S. 20
Abbildung 10: klientenzentrierte Assessments (Hyp. 3).....	S. 20
Abbildung 11: klientenzentrierte Verfahren (Hyp. 3).....	S. 20
Abbildung 12: klientenzentrierte Ziele (Hyp. 3)	S. 20
Abbildung 13: Zielüberprüfung (Hyp. 3).....	S. 21
Abbildung 14: ergotherapeutische Modelle (Hyp. 4).....	S. 21
Abbildung 15: klientenzentrierte Assessments (Hyp. 4).....	S. 21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien	S. 6
Tabelle 2: Hypothesenübersicht.....	S. 22

1 Einleitung

Psychische Auffälligkeiten von Kinder und Jugendlichen sind im zunehmenden Maße ein bedeutendes Problem der Gesellschaft (Hölling, Schlack, Petermann, Ravens-Sieberer und Mauz, 2014).

Laut des Gesundheitsmonitorings des Robert-Koch-Instituts (RKI) mit der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) 2006 und 2012, benennt etwa ein Fünftel der befragten Eltern, deutliche bzw. erhebliche Einschränkungen für die Familie durch die Schwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen zu erfahren (Hölling et al., 2014). Als schwere Beeinträchtigungen aufgrund der psychischen Auffälligkeiten werden 9,7 % aller Angaben eingeschätzt (Hölling et al, 2014). Die Ergebnisse von KIGGS stimmen dabei mit vergleichbaren internationalen Studien überein. Hölling et al. (2014) nennen hier unter anderem Untersuchungen aus England (British child and adolescent mental health survey) und den Vereinigten Staaten von Amerika (National comorbidity survey replication – adolescent supplement) die eine Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen von 9 – 22 % angeben (Hölling et al., 2014).

Diese Entwicklungen spiegeln sich auch in der Zunahme von stationären und teilstationären Behandlungszahlen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) wieder. Laut der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) sind seit den 90er Jahren die Behandlungen um ca. 270 % gestiegen (DGKJP, 2015). Den Anstieg der stationären Behandlungen von 2000 auf 2010 belegen zudem die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und Statista (2015) (Anhang (A) 1). Um der steigenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen weiterhin gerecht zu werden, ist der Ausbau von Kinder – und Jugendpsychiatrien (KJPs) geplant (Bayrische Staatsregierung, 2015).

Psychische Auffälligkeiten und Störungen stehen in Verbindung mit erheblichen Beeinträchtigungen der Partizipation. Diese Einschränkungen, welche im schulischen und familiären Kontext und der Freizeit auftreten, sollen über Behandlungen, wie in KJPs gezielt verringert werden (Fegert, Eggers und Resch, 2012).

Innerhalb der therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im stationären und teilstationären Setting, spielt die Ergotherapie (ET) eine wichtige Rolle. So sind Ergotherapeuten (ETs) im multimodalen Behandlungskonzept der KJPs ein fester Bestandteil des interdisziplinären Teams (Remschmidt, 2011).

ET leistet als Spezialist für Handlung, Betätigung und Partizipation einen Beitrag bei der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen beim Finden, Wiedererlangen und der Durchführung von bedeutungsvollen Betätigungen. Zudem sieht die International

Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) die Teilhabe und die Einbindung des Einzelnen, als ein Menschenrecht an (Kubny-Lücke, 2009).

In der Berufsdefinition des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten e.V. (DVE) wird die bedeutungsvolle Betätigung in den Mittelpunkt der ergotherapeutischen Intervention gestellt (DVE, 2007). Voraussetzung für die Arbeit mit bedeutungsvollen Betätigungen sind die Begriffe „Handlung“, „Betätigung“ und „Klientenzentrierung“.

Der Begriff Handlung ist dabei zentral in ergotherapeutischen Modellen verankert. Im „Model of Human Occupation“ (MOHO) wird der Mensch als ein „handelndes Wesen“ (Kielhofner, Marotzki und Mentrue, 2005) bezeichnet, welcher im Rahmen von verschiedenen Rollen, über Handlungen mit der Umwelt interagiert.

Blaser Csontos (2011, S. 28) bezeichnet die Handlung eines Menschen als „bewusst, zielgerichtet, beabsichtigt, sozial gesteuert und sozial kontrolliert“ und Dünnwald (2014, S. 16) sieht die „Handlungsprobleme und deren Untersuchung ... im Mittelpunkt der Ergotherapie“. Neben der Handlung ist die Klientenzentrierung ein Kernaspekt im Berufsverständnis der ET (DVE, 2007), welche den Klienten im Zentrum der Intervention und als Partner bei allen Entscheidungen sieht. Romein (2012, S. 40) sagt dazu: „In einer klientenzentrierten Therapie hat der Patient eine „aktive Rolle“ im Therapieprozess“. Dazu muss der Therapeut die „Macht“ auf den Klienten übertragen, damit in dieser aktiven Rolle die „Ausführung von Betätigung“ (Dehnhardt und Schaefer, 2012, S. 82) stattfinden kann. Neben dem Klienten sollen bei einer klientenzentrierten Haltung die Angehörigen und Bezugspersonen aktiv in den gesamten Therapieprozess einbezogen werden (Dehnhardt und Schaefer, 2012). Kubny-Lücke (2009) sieht in der Einbeziehung des nahen psycho-sozialen Umfelds einen wesentlichen Bestandteil einer effektiven Therapie.

Einen letzten wichtigen Verständnisbegriff bildet „Betätigung“. Mit dem Begriff Betätigungen werden von ETs Grundbedürfnisse, sowie eine Summe von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) bezeichnet, die individuell und kulturell bedingt sind (Miesen, 2004). Die ADLs sind dabei in Tätigkeiten der Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität aufgeteilt (Dehnhardt und Schaefer, 2012). Bedeutungsvoll werden Betätigungen, wenn sie als zielgerichtet, sinnvoll und wertvoll für den einzelnen Menschen empfunden werden (Miesen, 2004).

2 Aktueller Forschungsstand

Klientenzentrierung und bedeutungsvolle Betätigungen beschreiben wichtige Kernbereiche des ergotherapeutischen Handelns. Untersuchungen von Merklein de Freitas (2015) und Kievelitz (2014) unterstrichen dabei vor allem die Relevanz, welche

ETs den bedeutungsvollen Betätigungen als Therapiemedium- und -ziel zuweisen. Zudem wird der Einsatz als positiv erlebt (Kievelitz, 2014). Um zu diesen gemeinsamen, für alle nachvollziehbaren und bedeutungsvollen Zielen zu gelangen wird eine klientenzentrierte Vorgehensweise als Schlüssel gesehen. Klientenzentrierung setzt dabei eine aktive Mitarbeit des Klienten auf allen Ebenen des Therapieprozesses voraus. So ist nur der Klient alleine in der Lage, seine Fähigkeiten und Schwierigkeiten zu beurteilen (Sumsion, 2002). Im Bereich der KJPs wird Klientenzentrierung ebenfalls als positiver Aspekt durch die Mitgestaltung der Kinder und Jugendlichen am Therapieprozess beschrieben (Timmer und Wortkamp, 2009). Selbst formulierte und erreichte Betätigungsziele wird dabei ein positiver Einfluss auf die Selbstwirksamkeit und Motivation des Kindes zugeschrieben (Missiuna, Pollock, Law, Walter und Cavey, 2006; Röse und Seitz, 2008). Zudem wird Klientenzentrierung von den Klienten und ihren Bezugspersonen zunehmend gefordert (Strube und Steger, 2012; Hewitt-Taylor und Bond, 2012).

Eine klientenzentrierte Arbeitsweise auf Basis von bedeutungsvollen Betätigungen kann durch den Einsatz von ergotherapeutischen Modellen wie das „Canadian Model of Occupational Performance and Engagement“ (CMOP-E) ermöglicht werden (Townsend und Polatajko, 2013). Ein großer Vorteil an ergotherapeutischen Modellen ist eine klare und strukturierte Einsicht in die Arbeit für den Therapeuten und für andere mit der Thematik befasste Berufsgruppen (Kranz, 2015b; Eßer, Scholer und Schüttelheim, 2015; zitiert nach Hoyle, 2009). Wird mit Modellen gearbeitet, ist zusätzlich der Einsatz von standardisierten Assessments, wie dem „Canadian Occupational Performance Measure“ (COPM) vom CMOP gewährleistet. Die Erhebung von Eßer et al. (2015) stellt die Nutzung von standardisierten Assessments durch weniger als die Hälfte der befragten ETs fest.

Verwendet der Ergotherapeut ein Assessment, stellt er die Einbeziehung des Klienten in die Therapiegestaltung sicher (Eßer et al., 2015; zitiert nach Hoyle, 2009) und formuliert gemeinsam mit ihm die Ziele (Kranz, 2015a). Im gesamten Therapieprozess ist auf die Unterscheidung von Aktivitäten und Betätigungen zu achten. Humphry (2002) macht es deutlich, Aktivitäten sind erst Betätigungen, wenn sie beabsichtigt sind und die physische und psychische Umwelt wiedergeben. Sind Aktivitäten ohne individuelle Bedeutung versehen, sind es keine Betätigungen (Humphry, 2002).

Dem Einsatz von Modellen, Assessments und der Zielformulierung von bedeutungsvollen Betätigungen steht die Meinung von Kranz (2015a, S. 24) gegenüber, dass „Therapieziele eher pro form“ erhoben werden und die tatsächlichen Ziele der Therapeut selbst formuliert. Diese Feststellung kann mit einer klientenzentrierten ET nicht vereinbart werden. Zudem stellen nach Röse und Seitz

(2008) die meisten ETs in der Praxis Körperfunktionsziele auf und sie merken dazu kritisch an, Körperfunktionsziele können nicht in Betätigungsziele umgeändert werden. Wird in der Praxis auf Basis von Körperfunktionszielen gearbeitet, ist es laut der befragten Expertinnen kaum möglich, Transparenz und Überprüfbarkeit des Therapieprozesses zu schaffen, wie es bei Betätigungszielen der Fall ist (Röse und Seitz, 2008).

In der Literatur wird die Tendenz zu funktionsorientierten Methoden zur Zielerreichung dargestellt (Merklein de Freitas, Pott, Weber, Wendel und Zillhardt, 2015a). Um Betätigungsziele zu verfolgen, ist der Einsatz von z.B. Sensorischer Integrationstherapie (SI) kritisch zu sehen (Röse und Seitz, 2008). Aus der Befragung von Nelson, Copley, Flanigan und Underwood (2009) geht hervor, dass ETs ein großes Spektrum von Interventionen nutzen. Am häufigsten verwenden sie sensorisch basierte und kognitive Verfahren und wenden zusätzlich visuelle, biomechanische und psychosoziale Verfahren an.

In der KJP wird auf die klientenzentrierte Arbeit bei den kompetenzzentrierten Methoden eingegangen. Timmer und Wortkamp (2009) beschreiben es wie folgt: „... bei der kompetenzzentrierten Methode werden ausgewählte handwerkliche Techniken, alltags- und freizeitbezogene Tätigkeiten oder Übungen zum motorischen, sozialen oder kognitiven Training eingesetzt, um verlorengegangene oder nicht vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten (wieder) zu erlangen und zu üben.“ (Timmer und Wortkamp, 2009, S. 305). Die Beschreibung der kompetenzzentrierten Methode verdeutlicht die Herangehensweise mit funktionalen Zielstellungen und stimmt mit der Einschätzung von Röse und Seitz (2008) überein, dass selten bedeutungsvolle Betätigungen in der Therapie zum Einsatz kommen. Jedoch steht dem die Forderung der Literatur (z.B. Romein, 2004; Kupitz, Mühlenstrodt, Sievering, und Weber, 2013; Pruschmann, 2015) und beispielweise die Leitlinie für umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF) gegenüber (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), 2011). In der Leitlinie zur UEMF, wird explizit der Einsatz von Assessments und Therapien gefordert, welche auf bedeutungsvolle Betätigung abzielen (AWMF, 2011). Zudem finden sich in der Literatur auch Untersuchungen die sich mit der Evaluation des Therapieprozesses befassen. Merklein de Freitas (2015) stellt dabei eine geringere Bedeutung der Outcomemessung, im Vergleich zum Befund und der Intervention, fest.

In den relevanten Fachbüchern für das Arbeiten von ETs in der Psychiatrie, widmen die jeweiligen Autoren der Thematik KJP, im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie,

nur wenig Aufmerksamkeit (Kubny-Lüke, 2009; Blaser und Csontos, 2014). In der KJP sind im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie die Beschäftigungszahlen der ET niedrig (Destatis, 2014; A 2). Dementsprechend selten werden spezifische Fachartikel in den Zeitschriften „Ergoscience“, „Ergopraxis“ und „Ergotherapie und Rehabilitation“ veröffentlicht.

Das Ziel der BA ist es, der nach PICO (A 3) formulierten Frage nachzugehen:

„Ist die betätigungsorientierte ET in der KJP in Deutschland etabliert? Haben betätigungsorientierte Assessments eine Zielformulierung nach SMARTI (spezifisch, messbar, angemessen, relevant, terminierbar und inspirierend) und eine betätigungsorientierte Therapie, auf Grundlage von ergotherapeutischen Modellen, in der KJP in Deutschland ihren Platz eingenommen? Oder besteht eine Lücke zwischen den Theorien und dem Transfer in den Berufsalltag?“

Aus der Fragestellung sind die folgenden vier Hypothesen, bezogen auf die Arbeit der ETs in den KJPs, formuliert:

1. Je länger die Ausbildung zurückliegt, desto seltener werden Assessments auf der Partizipationsebene eingesetzt, klientenzentrierte Ziele formuliert und SMARTI bei der Zielformulierung verwendet.
2. Die Compliance der Eltern / Bezugspersonen wird von den ETs als einschränkender Faktor für die Klientenzentrierung gesehen und die Zielformulierung findet mehrheitlich im interdisziplinären Team statt.
3. Bei der Befundung und Zielformulierung arbeiten mehr als 30 % der ETs klientenzentriert, im Therapieprozess wenden 90 % Maßnahmen auf der Funktionsebene an und 30 % führen eine Outcomemessung auf Basis der Partizipation durch.
4. Die Modelle werden inhaltlich von nur 60 % (Köller, 2008) der befragten ETs für die Therapiegestaltung und in Form einer Betätigungsanalyse z.B. COPM oder „Children Occupation Self Assessment“ (COSA) angewendet.

3 Methodik

Die vorliegende Arbeit ist als empirische Forschung konzipiert. Grundlage für den Bezugsrahmen ist die durchgeführte Literaturrecherche in deutschen und internationalen Datenbanken. Der Bezugsrahmen ergab sich aus der Fragestellung und den daraus abgeleiteten Hypothesen. Auf der Metaebene ist die Forschungsarbeit dem kritischen Rationalismus zuzuordnen. Beim kritischen Rationalismus dienen wissenschaftliche Forschungen der kritischen Überprüfung von Theorien und

Hypothesen (Flick, 2009).

Die Datenerhebung der quantitativen Studie ist in Form eines Survey gestaltet. Darunter wird die Befragung einer Personengruppe zu einem bestimmten Thema verstanden (Hug und Poschenik, 2015). Hierbei wendete der Forscher die theoretische Stichprobenziehung an, diese ist durch eine gezielte Auswahl von Personen mit bestimmten Merkmalen gekennzeichnet (Koller, 2011). Ziel des Survey ist es, ETs in KJPs aus dem gesamten Bundesgebiet in einer repräsentativen Stichprobe zusammen zu fassen. „Eine Stichprobe gilt als repräsentativ, wenn die Grundgesamtheit hinsichtlich der wichtigsten Merkmale abgebildet wird“ (Hug und Poschenik, 2015, S. 75).

Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer (TN). Die Onlinebefragung richtete sich an ETs aus Deutschland, die in einer KJP arbeiten. Bezüglich Geschlecht, Alter, Berufserfahrung und erworbener Berufsabschluss (Berufsausbildung, Bachelor und ggf. auch Master) der TN wurden keine Einschränkungen formuliert. Ausgeschlossen werden ETs, die nicht explizit in KJPs arbeiten oder anderen Berufsgruppen angehören. Fragebögen, die nur teilweise beantwortet wurden, werden im Sinne eines Drop Outs nicht verwendet. Lediglich die letzte Frage nach Anregungen zum Fragebogen führte zu keinem Drop Out.

Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
ETs in den KJPs	ETs in anderen Fachbereichen
	andere Berufsgruppen in den KJPs
Berufstätigkeit in Deutschland	Berufstätigkeit im Ausland
vollständig ausgefüllte Fragebögen	unvollständig ausgefüllte Fragebögen

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Rekrutierung

Um möglichst viele TN für die Befragung zu akquirieren, kontaktierte der Autor alle im Verzeichnis der DGKJP genannten KJPs. Der erste Versuch die KJPs telefonisch zu kontaktieren und das Forschungsvorhaben persönlich anzubringen, erwies sich als zu zeitaufwendig und ineffektiv. Daher wurden die E-Mailadressen über eine Internetrecherche (221 E-Mailadressen) ergänzt. Oftmals konnten dabei die ETs nicht direkt erreicht werden und die E-Mailadressen waren vorwiegend von allgemeinen Sekretariaten oder übergeordneten Leitungen. Ein allgemeines Anschreiben zu dem Anliegen und der Erklärung des Vorgehens wurde aufgesetzt (A 4). Um die Anonymität bei der Versendung der Nachricht zu wahren, fand die E-Mail Verteilung über Blind-Copy statt.

Fragebogen

Der Fragebogen wurde im Januar 2016 für die Forschungsarbeit vom Autor konzipiert und standardisiert entwickelt. Bei der Erstellung der Teilnehmerinformation wurde nach dem Schema von Mummendey und Grau (2014) vorgegangen. Die TN erhielten Daten zur Forschungsperson, zur Hochschule, zum Forschungsinteresse und allgemeine Verarbeitungsweise. Dabei betonte der Autor explizit die Anonymität der TN und wies auf die Verwendung der erhobenen Daten im Rahmen der Forschungsarbeit hin (Mummendey und Grau, 2014).

Die Fragen sind in ihrer Reihenfolge vollstandardisiert festgelegt und nach den Regeln der Formulierung Edwards gestaltet (Mummendey und Grau, 2014). Für die Bearbeitung sind Multiple-Choice-Antworten, eine vierstufige Likertskala und Freitextantworten gewählt. Die vierstufige Likertskala soll die Tendenz zur Mitte vermeiden (Bortz und Döhring, 2006). Offene Antwortmöglichkeiten werden bei Fragen genutzt, welche einen direkten Bezug zur Tätigkeit haben und damit eine umfassendere Antwortmöglichkeit aufweisen könnten, als der Autor es vorher erahnt. Der Fragebogen (A 7) besteht aus 28 Fragen. Die erste Frage ist als Filterfrage eingefügt, um die Beteiligung anderer Berufsgruppen zu vermeiden. Frage zwei bis zehn erfragen Strukturvariablen, wie Angaben zur Person der ETs (Geschlecht und Alter), aus welchem Bundesland sie antworten, nach der Berufserfahrung insgesamt und speziell in der KJP und in welchen Bereichen der KJP sie tätig sind. Die Fragen elf bis 20 befassen sich mit der Therapieentscheidung, dem Befund und der Zielsetzung, Frage 21 – 23 mit der prozentualen Verteilung der Settings der ETs und mit der Anwendung von Konzepten und Verfahren in der Einzel- und Gruppentherapie. Zur Outcomemessung werden die Fragen 24 – 26 gestellt. Frage 27 befragt die TN zu Faktoren, welche die Klientenzentrierung einschränken. Bei der letzten Frage (28) können die TN, im Freitext Anregungen und Kritik an dem Fragebogen äußern.

Pretest

Der Fragebogen wurde mittels eines Pretests auf Sachdienlichkeit hin überprüft. Bei einem Pretest wird durch eine kleine Stichprobe der Fragebogen ausgefüllt und auf seinen Verständlichkeit und Anwendbarkeit bewertet (Mummendey und Grau, 2014). Ein konventioneller Pretest fragt die Verständlichkeit des Fragebogens ab (Mummendey und Grau, 2014). Bei einem kognitiven Pretest erhält der TN die Aufgabe, den kognitiven Prozess beim Beantworten der Fragen zu verbalisieren (Mummendey und Grau, 2014). Der konventionelle Pretest wurde mit vier ETs und der kognitive Pretest mit zwei ETs durchgeführt. Durch die Ergebnisse der Pretests lag es nahe, die Fragen und Antworten für die endgültige Fassung zu verändern (A 5). Eine

Frage wurde aufgrund der Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten, welche eine Ergebnisverzerrung hervorrufen kann, entfernt (Weichbold, Bacher und Wolf, 2009).

Datenerhebung

Die Datenerhebung fand mittels schriftlicher Befragung in Form eines Onlinefragebogens statt. Die Vorteile liegen in der Möglichkeit, viele Personen in kürzester Zeit zu erreichen. Durch die Wahrung der Anonymität in der Onlinebefragung, kann zudem kein direkt verzerrender Einfluss des Forschers genommen werden (Hug und Poschenik, 2015). Die Daten wurden anonym erfragt und die Teilnahme war freiwillig. Die Arbeit war so konzipiert, dass eine Zuordnung der Fragebögen zu den TN nach Abschluss des Fragebogens, nicht mehr möglich war. Den Fragebogen erstellte der Verfasser bei dem Anbieter „Lamapoll“. Über den Link https://lamapoll.de/Klientenzentrierung_in_der_KJP/ war den TN der Zugang zum Fragebogen möglich. Die Erhebung fand vom 5.02.2016 bis zum 4.03.2016 statt. Innerhalb der ersten zwei Wochen schlossen 38 ETs die Umfrage ab. Anschließend wurde an alle Einrichtungen eine Erinnerungsmail versendet. Nach vier Wochen beendete der Datenerheber die Befragung mit 55 TN.

Deskriptive Statistik

Die Auswertung der quantitativen Daten fand über eine deskriptive Statistik in Microsoft® Excel® für Mac 2011 statt. Die univariate Statistik ist den einzelnen Items zugeordnet und stellt die Ergebnisse anhand von Lagemaßen, Häufigkeitstabellen und Grafiken dar (Holling und Gedinga, 2011). Die Ergebnisse sind dabei einem entsprechenden Skalenniveau zugeordnet (Hug und Poschenik, 2015).

Die Multiple-Choice - und Ja-Nein-Fragen, sowie die offenen Fragen liefern nominal skalierte Daten. Die Antworten der offenen Fragen sind Kategorien und einem Zahlenwert zugeordnet (Flick, 2009). Die je drei Angaben pro TN (165 Nennungen) wurden als Gesamtanzahl in die Kategorien eingeordnet und daraus der prozentuale Anteil errechnet, wodurch auch Angaben < 1 TN entstanden.

1. kategoriale Daten

Zu den nominalen Daten ist das Lagemaß Modus berechnet. Die Daten sind in Häufigkeitstabellen durch die absolute, relative und prozentuelle Häufigkeit dargestellt. Zudem wurden die Ergebnisse durch Grafiken in Form von Balkendiagrammen verbildlicht. Die Ja-Nein-Fragen sind in Kreisdiagrammen dargestellt.

Zu den ordinalen Daten zählen die Fragen, bei denen die Antworten hierarchisch zu ordnen sind, jedoch kein gleicher Abstand zwischen den Gruppen besteht (z.B. Altersspannen) und die Likertskalen. Bei den ordinalen Daten sind Lage- und Streuungsmaße, Häufigkeitstabellen (absolute, relative, prozentuelle und kumulative) und Grafiken angegeben. Bei den Lagemaßen werden Median und Modus bestimmt. Die Streuungsmaße sind durch das erste und dritte Quantil angegeben. Grafisch ist die Darstellung über Balkendiagramme gelöst.

2. Metrische Daten

Intervallskalierte Daten sind nur bei einer Frage erhoben. Als Lagemaße sind Mittelwert, Median und Modus angegeben. Zu den Streuungsmaßen sind das erste und dritte Quantil, Maximum, Minimum, Spannweite, Varianz und Standardabweichung beurteilt. Die grafische Darstellung erfolgte mit einem Balkendiagramm.

Die Frage 22 ist nicht im Ergebnissteil beschrieben, da eine Auswertung, aufgrund von Fehler bei der Beantwortung, nicht möglich war.

Schließende Statistik

Die statistische Analyse wird anhand der Skalenniveaus (Flick, 2009) und der Hypothesen ausgewählt. Die Interpretation der Ergebnisse, bezogen auf die Hypothese, geschieht über gefundene Zusammenhänge und den prozentualen Vergleich. Flick (2009) beschreibt, „dass sich in statistischen Analysen gezeigt hat, dass bestimmte Ereignisse gemeinsam auftreten ...“ (Flick, 2009, S. 68) und diese Gemeinsamkeiten, die Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind, werden vom Verantwortlichen gesucht.

Es gibt statistische Tests, die intervallskalierte Daten mit nominalen Daten vergleichen. Der Autor entschied sich aufgrund der kleinen Stichprobengröße ($N = 55$) für die Zusammenfassung der Datensätze in je zwei Kategorien. Es wird die Zusammenführung von Kategorien empfohlen, wenn in den Zellen der Kreuztabelle die erwarteten Häufigkeiten kleiner oder gleich dem Wert 5 sind (Koller, 2014). Mit der Zusammenführung der Daten war ein Unabhängigkeitstest, der Chi-Quadrat-Test, möglich.

Die TN sind nach dem Jahr ihres Abschlusses zusammengestellt: Berufsabschluss bis 2001 und ab 2002. Die Kategorien beinhalten zusammengefasst die genannten Häufigkeiten nie / selten und häufig / sehr häufig. Somit wurden zu der ersten Hypothese Vierfeldertafeln erstellt.

Um die Berechnung des Chi-Quadrats durchzuführen, wurden zu jeder Frage Kontingenztabelle erstellt und die Merkmalsausprägungen sind in vier Gruppen

aufgeteilt (siehe A 6). Mit den Daten, beobachtete Häufigkeit und erwartete Häufigkeit, wurde das empirische Ergebnis (x^2) ermittelt und über das Einsetzen in die Formel (1) der Phi-Wert bestimmt.

$$\text{phi} = \sqrt{\frac{x^2}{n}} \quad (1)$$

Um eine endgültige Aussage treffen zu können, wurde der Phi Wert einem Unabhängigkeitstest unterzogen. Dazu nutzte der Autor die Formel ChiQu.inv in Excel. Für die Berechnung wurden der Freiheitsgrad von 1 und die Wahrscheinlichkeit von 0,95 verwendet. Das Ergebnis bildet den theoretischen Chi² Wert. Liegt der Phi Wert unter dem theoretischen Chi² (3,84) Wert, ist die H0-Hypothese bestätigt. Liegt er darüber, bestätigt sich die H1-Hypothese.

Bei den Hypothesen zwei bis vier fand keine Durchführung von statistischen Tests statt. Hierfür wurden die Ergebnisse der Fragen 13, 14, 16, 17, 20, 21, 23, 24, 26 und 27 ausgewertet. Die Hypothesen werden über den Vergleich der Ergebnisse mit der zur Verfügung stehenden Literatur beurteilt. Die Fragen 20, 23, 24 sind sowohl inhaltlich als auch bezogen auf die Klientenzentrierung bewertet. Bei Frage 24 konnten die Angaben nicht auf Klientenzentrierung überprüft werden.

Für die vierte Hypothese wurden die Antworten der Frage 13 und 21 qualitativ beurteilt und die Häufigkeit der Teilnehmerantworten gezählt. Das heißt, es wurden die einzelnen TN herausgezogen, die entweder eine Assessment / Modell, bzw. mehrere Assessments / Modelle gleichzeitig angaben und der prozentuale Anteil berechnet.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse sind zuerst auf die Fragen bezogen beschrieben. Darauf aufbauend wird die Fragestellung mit den Hypothesen aufgeführt.

Deskriptive Statistik – allgemeine Daten

Von insgesamt 89 TN haben 55 den Fragebogen vollständig beantwortet, der Rest nur teilweise. Alle 55 TN, deren Angaben schließlich für die Befragung ausgewertet wurden, sind ETs, hiervon 13 Männer (23,6 %) und 42 Frauen (76,4 %).

96,4 % (53 TN) der ETs sind zwischen 25 und 59 Jahre alt. Je eine Person (1,8 %) ist unter 25 Jahren bzw. mindestens 60 Jahre alt. 50,9 % (28 TN) der Befragten geben beim Alter 25 – 39 Jahre und 45,5 % (25 TN) 40 – 59 Jahre an. Der Modus, Median und das erste Quantil liegen bei einem Alter von 25 - 39 Jahren, das dritte Quantil von 40 – 59 Jahren.

Bei der Auswertung der 55 Fragebögen finden sich 14 der 16 Bundesländer wieder. Die Verteilung zeigte sich wie folgt: Aus Nordrhein-Westfalen antworteten 23,6 % (13 TN), 21,8 % (12 TN) aus Hessen und 20 % (11 TN) aus Bayern. Weniger als 10 % antworten aus Rheinland-Pfalz mit 7,3 % (4 TN), aus Niedersachsen mit 5,5 % (3 TN) und aus Hamburg, Schleswig-Holstein und dem Saarland mit je 3,6 % (2 TN). Mit 1,8 %, das entspricht je einem TN, nahmen ETs aus Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen teil. Aus Berlin und Mecklenburg Vorpommern gab es keine Beteiligung. Der Modus liegt bei Nordrhein-Westfalen.

Als höchsten Abschluss geben 80 % (44 TN) die Ergotherapieausbildung an. Die restlichen 20 % verteilen sich mit je 9,1 % (5 TN) auf den Bachelorabschluss sowie das Diplom und zu 1,8 % (1 TN) auf den Master. Der Modus, Median, das erste und dritte Quantil liegen bei der Berufsausbildung.

Aus dem Abschlussjahr 2000 antworteten 10,9 % (6 TN). In den Jahren 2001, 2006 und 2012 absolvierten 7,3 % (4 TN) das Examen. Je 5,5 % (3 TN) beendeten 1998, 2005, 2009 und 2010 die Berufsausbildung. 1993, 1996, 2003, 2007, 2008 und 2011 absolvierten je 3,6 % (2 TN) der befragten ETs ihre Ausbildung. Je 1,8 % (1 TN) geben beim Abschluss die Jahre 1975, 1985, 1988, 1989, 1990, 1992, 1994, 1995, 1997, 1999, 2002, 2013 und 2014 an. Der Mittelwert und Median liegen bei 2002 und der Modus bei 2000. Das erste Quantil ist bei 1998 zu finden und das dritte Quantil bei 2008. Der Min. steht bei 1975 und der Max. bei 2014. Es ergibt sich eine Spannweite von 39. Die Varianz liegt bei 64,17 und die Standardabweichung bei 8,01.

Die Dauer der Berufstätigkeit der TN im gesamten Spektrum der ET setzt sich wie folgt zusammen: Als gesamte Berufserfahrung geben 1,8 % (1 TN) aller Befragten 0 – 2 Jahre an, 14,6 % (8 TN) sind 3 – 5 Jahre berufstätig, 6 – 10 Jahre arbeiten 29,1 % (16 TN) der Befragten als ETs und 54,5 % (30 TN) mehr als 10 Jahre. Der Modus, Median und das dritte Quantil liegen bei mehr als 10 Jahren. Das erste Quantil liegt bei 6 – 10 Jahren.

Speziell in der KJP arbeiten 5,5 % (3 TN) der Befragten 0 – 2 Jahre, 3 – 5 Jahre Berufserfahrung in der KJP weisen 29,1 % (16 TN) auf. 23,6 % (13 TN) sind 6 – 10 Jahre und 41,8 % (23 TN) mehr als 10 Jahre in der KJP beschäftigt. Der Modus und das dritte Quantil liegen bei mehr als 10 Jahren. Der Median bei 6 – 10 Jahren und das erste Quantil bei 3 – 5 Jahren.

Als angestellte Mitarbeiter arbeiten 81,8 % (45 TN) der Befragten, 18,2 % (10 TN) als leitende ETs und 0 % sind freiberuflich beschäftigt.

Der Schwerpunkt des Arbeitseinsatzes liegt mit 30,9 % (17 TN) in der stationären KJP. In der Tagesklinik (TK) sind 29,1 % (16 TN) tätig. Auf die stationäre KJP und TK ist die Arbeit von 14,6 % (8 TN) der Befragten aufgeteilt. In der stationären KJP, der TK und psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) arbeiten 12,7 % (7 TN) der ETs. Die Befragten geben mit 7,3 % (4 TN) TK und PIA als Einsatzort an. In der PIA sind 3,6 % (2 TN) beschäftigt. Die Tätigkeit von 1,8 % (1 TN) erstreckt sich auf die stationären KJP und die PIA. Der Modus liegt bei der stationären KJP.

Deskriptive Statistik - Therapieprozess

Die Entscheidung zur ergotherapeutischen Intervention wird in den KJPs bei 76,4 % (42 TN) im interdisziplinären Team getroffen. Bei 60 % (33 TN) trifft der Arzt und bei 45,5 % (25 TN) der Befragten der Ergotherapeut die Entscheidung. 23,6 % (13 TN) geben „Sonstige“ als Entscheidungsgeber an. Der Pflege- und Erziehungsdienst (PED) ist an der Therapieentscheidung bei 18,2 % (10 TN) der Befragten beteiligt. 1,8 % (1 TN) geben die zuständigen Lehrer an. Damit liegt der Modus beim interdisziplinären Team.

Unter „Sonstige“ nennen 30,8 % (4 TN) der ETs den Fallführer, 23,1 % (3 TN) den ETs und 7,7 % (1 TN) den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als entscheidende Instanz. 38,6 % (5 TN) erklären, dass jedes/r Kind / Jugendliche ET in der KJP erhält.

Die Häufigkeit der Befunderhebung wird von 16,4 % (9 TN) mit „nie“ angegeben. Selten befunden 29,1 % (16 TN) der ETs. Ein ergotherapeutischer Befund wird bei 23,6 % (13 TN) häufig und bei 30,9 % (17 TN) sehr häufig durchgeführt. Der Modus liegt bei sehr häufig und der Median bei häufig. Das erste Quantil steht bei selten und das dritte Quantil bei sehr häufig.

Bei den Assessments verwenden 41,8 % (23 TN) die Movement Assessment Battery for Children - 2, 36, 4 % (20 TN) nutzen Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung - 2 und 34,6 % (19 TN) geben den Developmental Test of Visual Perception - 2 an. Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung - Jugendliche und Erwachsene gebrauchen 23,6 % (13 TN) der Befragten und 16,4 % setzen COSA ein. Je 12,7 % (7 TN) nutzen den COPM und den Bruininks-Oseretzky Test of Motor Proficiency Second Edition und 10,9 % (6 TN) das COPM a kids. Das Pediatric Volitional Questionnaire, Pädiatrische Ergotherapeutische Assessment und Prozessinstrument und der Allensbacher Feinmotoriktest wird von keinem (0 %) verwendet. 49,1 % (27 TN) wählten „Sonstige“ aus. Unter „Sonstige“ geben 16,2 %

(6 TN) Beobachtungsbögen, 13,5 % (5 TN) den Körperkoordinationstest für Kinder und je 5,4 % (2 TN) eigene Befundinstrumente, den Hand-Dominanz-Test und den Mann-Zeichen-Test an. 2,7 % (1 TN) nutzen zum Befunden den Mottier, das Erziehungsstil-Inventar, die Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen, Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen Version 4.0, Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder, das Lübecker Fähigkeitenprofil, die Intelligence and Development Scales, das Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten, den YSR - Fragebogen für Jugendliche, Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit, Salzburger Rechtschreib- und Lesetest, Hamburger Rechtschreibtest, projektive Verfahren, die Interessenscheckliste, Lincoln-Oseretzky-Skala Kurzform und den Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder. 8,1 % (3 TN) betonen, dass sie keine Testverfahren anwenden. Der Modus liegt bei „Sonstige“.

Der Befund auf der Teilhabeebene wird von 45,5 % (25 TN) nie erhoben. Selten befunden 30,9 % (17 TN) die Teilhabe. Mit „häufig“ geben 18,2 % (10 TN) und „sehr häufig“ 5,5 % (3 TN) den Befund der Teilhabeebene an. Der Modus liegt bei nie und der Median bei selten. Das erste Quantil steht bei nie und das dritte bei selten.

Ein Befund auf der Funktionsebene wird von 34,5 % (19) nie eruiert. 18,2 % (10 TN) erheben ihn selten. Die Testung der Funktionsebene wird mit je 23,6 % (13 TN) häufig und sehr häufig angegeben. Der Modus liegt bei nie und der Median bei selten. Das erste Quantil steht bei nie und das dritte bei häufig.

Mit 78,2 % (43 TN) legen die Befragten die Ziele im interdisziplinären Team fest. Die Zielsetzung wird im Austausch mit dem Klienten von 67,3 % (37 TN) und mit dem Arzt von 45,5 % (25 TN) festgelegt. Anhand von Befundergebnissen stellen 40 % (22 TN) die Ziele auf. Bei 29,1 % (16 TN) findet dies im Austausch mit dem Klienten und Bezugspersonen und bei 14,6 % (8 TN) durch Akteneinsicht statt. 10,9 % (6 TN) legen Ziele im ergotherapeutischen oder therapeutischen Team fest. „Sonstige“ wählt keiner (0 %) aus. Der Modus liegt beim interdisziplinären Team.

1,8 % (1 TN) stellen nie und 16,4 % (9 TN) selten klientenzentrierte Ziele auf. Häufig binden 43,6 % (24 TN) und sehr häufig 38,2 % (21 TN) den Klienten in die Zielsetzung ein. Der Modus, Median und das erste Quantil erreichen häufig. Das dritte Quantil liegt bei sehr häufig.

SMARTI ist 49,1 % (27 TN) der Befragten bekannt. Die restlichen 50,9 % (28 TN) geben „nein“ an und kennen SMARTI nicht. Der Modus liegt bei nein.

SMARTI setzten 61,8 % (34 TN) nie und 21,8 % (12 TN) selten bei der Zielformulierung ein. Häufig ist SMARTI bei 14,6 % (8 TN) und sehr häufig bei 1,8 % (1 TN) im Einsatz. Der Modus, Median und das erste Quantil liegen bei nie und das dritte Quantil bei selten.

Als Ziele nennen 27,5 % (16 TN), die emotionale Entlastung und Belastbarkeit „*Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit*“ zu fördern. 14 % (8 TN) sehen ihre Ziele bei den sozialen Kompetenzen, „*T. soll in einer gleichaltrigen Gruppe zurecht kommen*“. Die Aufmerksamkeitssteigerung nennen 13,4 % (8 TN) „*XY lässt sich nicht mehr so leicht von äußeren Reizen ablenken, um dem Unterricht besser folgen zu können*“. 11,7 % (7 TN) sehen den Schwerpunkt bei der motorischen Förderung, „*Verbesserung der Körperwahrnehmung -> Der Klient schafft es über einen Wackelparcours zu balancieren*“. Die ADLs verfolgen 10,5 % (6 TN), wie z. B. „*Kind X schafft es sicher und selbstständig mit dem Besteck umzugehen*“. 7 % (4 TN) nennen Ziele, welche die Beurteilungs- und Reflexionsfähigkeit bestimmen, wie z.B. „*Einschätzung und Kennenlernen der eigenen Fähigkeiten*“. Die Handlungsfähigkeit wird von 6,4 % (4 TN) der ETs gefördert, „*Verbesserung der eigenaktiven Tagesstrukturierung*“. 1,8 % (1 TN) zielen auf die Ressourcenstärkung, „*emotionale Stabilisierung durch ressourcenorientiertes Arbeiten, um den Selbstwert zu steigern und Erfolgserlebnisse zu sichern*“. Die Verringerung der Unruhe verfolgen 1,2 % (< 1 TN) der Befragten als Ziel: „*Sich Zuhause besser bei Stress regulieren zu können*“. 1,2 % (< 1 TN) zielen auf die Förderung der Regeleinhaltung: „*Erlernen adäquater Emotionsregulation / Erhöhung der Frustrationstoleranz / Akzeptanz von Regeln und Grenzen*“. 5,3 % (3 TN) legen keine Ziele fest und verwenden Füllzeichen. Der Modus liegt bei der emotionalen Entlastung und Belastbarkeit. Von allen Zielen sind 22,4 % (12 TN) klientenzentriert formuliert.

Keine ergotherapeutischen Modelle verwenden 61,8 % (34 TN) der Befragten. Das CMOP-E und MOHO nutzen jeweils 21,8 % (12 TN). 7,3 % (4 TN) wenden das KAWA Modell an und 5,5 % (3 TN) das Bieler Modell. „Sonstige“ geben 12,7 % (7 TN) an. Unter „Sonstige“ sind 50 % (3 TN) Konzepte d. h. es sind keine Modelle genannt („*CO-OP*“). Jeweils 16,7 % (1 TN) mischen Modelle bzw. verwenden Modelle andere Berufsgruppen. Das Absehen von Modellen betonen 16,7 % (1 TN). Der Modus steht bei der Angabe: keine Modelle werden verwendet.

Die Therapieverfahren / Konzepte / Methoden für die Einzeltherapie sind zu 19,7 % (12 TN) der kompetenzzentrierten Methode, z.B. „*Handwerk*“ zuzuordnen. 17 % (11

TN) nutzen in der Therapie körper- und wahrnehmungsorientierte Verfahren wie „SI“. Die ETs nennen zu 12,3 % (7 TN) die Kategorie „ausdruckszentrierte Methoden“ mit z.B. „*Kunsttherapeutischen Methoden*“. Bei der Therapiegestaltung der Einzeltherapie verwenden 7,4 % (4 TN) Therapiemanuale, z.B.: „*Marburger Konzentrationstraining*“. Bei 6,6 % (4 TN) der Angaben spielen Gespräche und systemische Ansätze eine Rolle, beispielsweise „*systemische Familienberatung*“. Dem verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Bereich sind 6,2 % (4 TN) der Nennungen zuzuordnen, z.B. „*DBT-Konzept*“. Interaktionelle Verfahren / soziales Kompetenztraining wenden 4,8 % (3 TN) an, „*Gruppensozialisation*“. 4,4 % (3 TN) nennen Befundinstrumente als Therapieverfahren, „*Cosa*“. Tiergestützt arbeiten 2,9 % (2 TN) der ETs. Die übrigen 18,9 % (11 TN) gehören der Kategorie „nichts“ (= kein Therapieverfahren) an. Sie verwenden Füllzeichen oder beantworten die Fragen unzureichend, „*Eigene individuelle Therapiemethoden, die sich in den 10 Jahren Berufserfahrung besonders bewährt haben*“. Der Modus liegt bei den kompetenzzentrierten Verfahren. Den vorliegenden Forschungsergebnissen zufolge sind 6,1 % (3 TN) der Kategorie „*klientenzentrierte Verfahren*“ zuzuordnen.

Bei den Gruppentherapien sind Therapieverfahren / Methoden / Konzepte zu 18,2 % (10 TN) den kompetenzzentrierten Verfahren, wie „*Projektgruppen*“ zugeordnet. Weitere 18,2 % (10 TN) wenden körper- und wahrnehmungsorientierte Verfahren, beispielsweise „*Entspannungsverfahren*“ an. 12 % (7 TN) arbeiten auf der interaktionellen Ebene mit „*Sozialen-Kompetenz-Gruppen*“. Therapiemanuale setzen 10,3 % (6 TN) ein („*Allert*“). Bei der Gruppentherapie wenden 9 % (5 TN) ausdruckszentrierte Verfahren wie „*kunsttherapeutische Verfahren*“ an. Durch Gespräche und systemische Ansätze wird die Arbeit von 4,2 % (3 TN) der Befragten bestimmt, wie „*Mehrfamilientherapie*“. Die ETs wenden zu 2,4 % (2 TN) verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Verfahren, beispielsweise „*Skills aus der Traumapädagogik*“ an. Tiergestützte Therapien kommen bei 1,8 % (1 TN) zum Einsatz. 0,6 % (< 1 TN) nennen Befundinstrumente „*Lübecker Fähigkeitenprofil*“ als Mittel der Wahl bei Gruppentherapien.

23 % (13 TN) enthalten sich der Angabe durch Füllzeichen oder Kommentare („*kaum irgendein Konzept, wozu die Kinder halt auch Lust haben*“). Der Modus liegt bei kompetenzzentrierten und körper- und wahrnehmungsorientierten Verfahren.

Die Häufigkeit der Outcomemessung ist von 12,7 % (7 TN) mit „nie“ und von 38,2 % (21 TN) mit „selten“ benannt. 34,6 % (19 TN) führen häufig und 14,6 % (8 TN) sehr häufig eine Outcomemessung durch. Der Modus, Median und erste Quantil liegen bei selten. Das dritte Quantil bei häufig.

Die Ziele werden bei 87,3 % (48 TN) im interdisziplinären Team überprüft. 80 % (44 TN) reflektieren die Therapie gemeinsam mit dem Kind und 60 % (33 TN) kontrollieren für sich die Einheiten. Eine Betätigungsanalyse wird von 23,6 % (13 TN) erhoben. Im Austausch mit den Bezugspersonen überprüfen 23,6 % (13 TN) die Zielerreichung. 14,6 % (8 TN) nutzen Tests / Assessments auf der Funktionsebene. „Sonstige“ geben 3,6 % (2 TN) an. Ein TN führt eine Erklärung zu „sonstige“ an: *„Reflexion mit dem Kind, vor und nach jeder Stunde und in zusätzlichen Gesprächen“*. Der Modus liegt beim Austausch im interdisziplinären Team.

Die einschränkenden Faktoren bei der klientenzentrierten Therapie sind wie folgt verteilt. Durch die Vorgaben der Leitung sehen sich 54,6 % (30 TN) nie, 23,6 % (13 TN) selten und je 10,9 % (6 TN) häufig und sehr häufig eingeschränkt. Der Modus, Median und das erste Quantil liegen bei nie. Das dritte Quantil bei selten.

Das interdisziplinäre Team schränkt 43,6 % (24 TN) nie, 41,8 % (23 TN) selten, 12,7 % (7 TN) häufig und 1,8 % (1 TN) sehr häufig ein. Der Modus und das erste Quantil stehen bei nie. Der Median und das dritte Quantil bei selten.

Durch die Compliance der Bezugspersonen fühlen sich 30,9 % (17 TN) nie, 34,5 % (19 TN) selten, 30,9 % (17 TN) häufig und 3,6 % (2 TN) sehr häufig in der klientenzentrierten Therapie eingeengt. Der Modus, Median und erstes Quantil ist bei selten zu finden. Das dritte Quantil bei häufig.

In der Settinggestaltung sehen 30,9 % (17 TN) nie, 32,7 % (18 TN) selten, 27,3 % (15 TN) häufig und 9,1 % (5 TN) sehr häufig den einschränkenden Faktor. Der Median und der Modus liegen bei selten. Das erste Quantil bei nie und das dritte Quantil bei häufig.

Die Verweildauer wirkt sich für 20 % (11 TN) nie, 40 % (22 TN) selten, 18,2 % (10 TN) häufig und 21,8 % (12 TN) sehr häufig auf die Klientenzentrierung aus. Der Modus, Median und das erste Quantil verweilen bei selten. Das dritte Quantil bei häufig.

Nie fühlen sich 43,6 % (24 TN), selten 27,3 % (15 TN), häufig 18,2 % (10 TN) und sehr häufig 10,9 % (6 TN) durch den Stellenwert der ET eingeschränkt. Der Modus und das erste Quantil ist bei nie zu finden. Der Median steht bei selten und das dritte Quantil bei häufig.

Durch den Zeitmangel ist die klientenzentrierte ET für 14,6 % (8 TN) nie, selten für 43,6 % (24 TN), häufig für 27,3 % (15 TN) und für 14,6 % sehr häufig (8 TN) erschwert. Der Modus, Median und das erste Quantil liegen bei selten. Das dritte Quantil bei häufig.

Die Compliance der Kinder / Jugendlichen wirkt sich zu 16,4 % (9 TN) nie, zu 49,1 % (27 TN) selten, zu 29,1 % (16 TN) häufig und sehr häufig zu 5,5 % (3 TN) auf die Klientenzentrierung aus. Der Modus, Median und erstes Quantil stehen bei selten. Das dritte Quantil bei häufig.

Gruppentherapien empfinden 47,3 % (26 TN) nie, 36,4 % (20 TN) selten, 10,9 % (6 TN) häufig und 5,5 % (3 TN) sehr häufig als einschränkenden Faktor. Der Modus und das erste Quantil verweilen bei nie. Der Median und das dritte Quantil bei selten.

Sonstige Faktoren stören zu 63,6 % (35 TN) nie, 27,3 % (15 TN) selten, 7,3 % (4 TN) häufig und 1,8 % (1 TN) sehr häufig die klientenzentrierte Arbeit. Der Modus, Median und erstes Quantil befinden sich bei nie. Das dritte Quantil bei selten.

20 % (11 TN) der Befragten geben eine Rückmeldung zum Fragebogen. Von den elf TN geben 45,5 % (5 TN) Rückmeldungen zum Fragebogen: „Nicht alle Rubriken waren richtig zu beurteilen“. 9,1 % (1 TN) benennen die Wirtschaftlichkeit als hemmenden Faktor der Klientenzentrierung („Der wirtschaftliche Gedanke macht es kaum mehr möglich klientenzentriert zu arbeiten ...“). 18,2 % (2 TN) berufen sich auf ihr eigenes Konzept, welches sich in der Arbeit bewährt hat, z.B. „ ... meine Kollegen mit langer Berufserfahrung adaptieren aus allen möglichen Methoden, Modellen, Konzepten ... Keiner arbeitet stur nach einem Konzept. Die Anfänger halten sich noch eine ganze Zeit enger daran, bis auch sie ihren eigenen Stil entwickeln. Vielleicht sollte das in der nächsten Studie mehr berücksichtigt werden?“. Von den elf TN wünschen 27,3 % (3 TN) dem Verfasser viel Erfolg bei der BA. Der Modus liegt bei der Rückmeldung zum Fragebogen.

Schließende Statistik

Erste Hypothese

Von den TN die, ihren Abschluss bis 2001 absolvierten, nutzen 33,3 % (9 TN) und 28,6 % (8 TN) der Absolventen ab 2002 klientenzentrierte Assessments. Der Phi-Koeffizient liegt bei $\chi^2_{(.05,3,8, N=55)} = 0.049$.

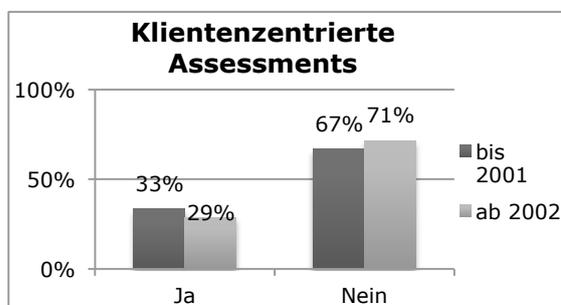


Abbildung 1: klientenzentrierte Assessments (Hyp.1)

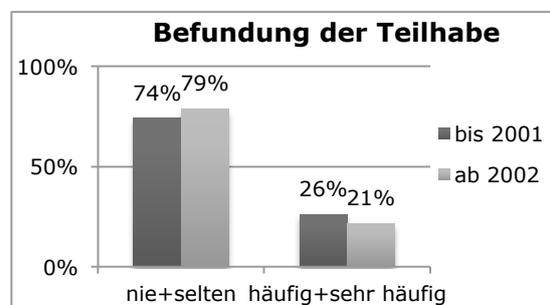
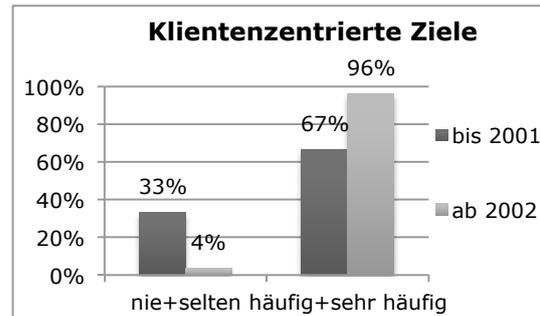
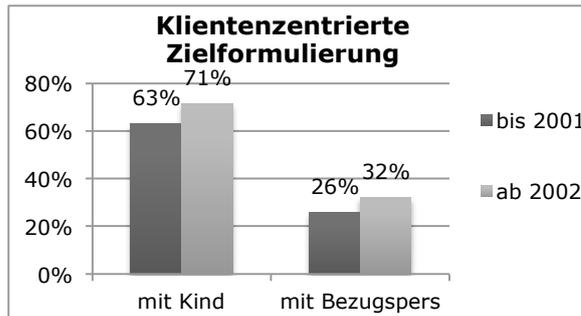


Abbildung 2: Befundung der Teilhabe (Hyp. 1)

Häufig bzw. sehr häufig führen 25,9 % (7 TN) der ETs mit Abschluss bis 2001 und 21,4 % (6 TN) der ETs mit dem Abschluss ab 2002 einen Befund auf der Teilhabeebene durch. Damit steht der Phi Koeffizient bei $\chi^2_{(.05,3,8, N=55)} = 0,053$.

63 % (17 TN) der Absolventen bis 2001 legen Ziele gemeinsam mit dem Klienten und 25,9 % (7 TN) mit den Bezugspersonen fest. Die TN mit dem Abschluss ab 2002 formulieren zu 71,4 % (20 TN) Ziele mit dem Klienten und 32,1 % (9 TN) gemeinsam mit den Bezugspersonen. Der Phi-Koeffizient erzielt den Wert $\chi^2_{(.05,3,8, N=55)} = 0,021$.



S.Abbildung 3: klientenzentrierte Zielformulierung (Hyp. 1) Abbildung 4: klientenzentrierte Ziele (Hyp.1)

Bei der Zielformulierung geben 66,7 % (18 Z) der Befragten mit dem Examen bis 2001 an, klientenzentrierte Ziele zu bilden. 96,4 % (27 TN) der ETs mit dem Abschluss ab 2002 verwenden klientenzentrierte Ziele. Der Phi Koeffizient liegt bei $\chi^2_{(.05,3,8, N=55)} = 0,386$.

7,4 % (2 TN) der Absolventen bis 2001 verwenden SMARTI und 25 % (7 TN) der ETs mit dem Abschluss ab 2002. Der Phi-Koeffizient steht bei $\chi^2_{(.05,3,8, N=55)} = 0,238$.

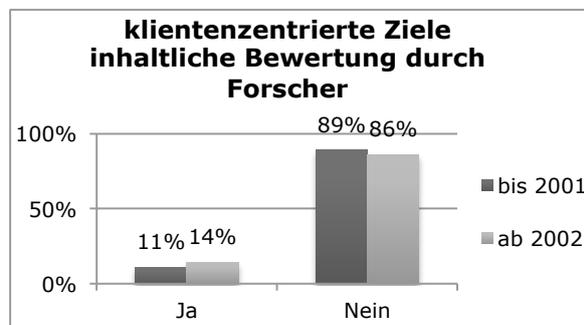
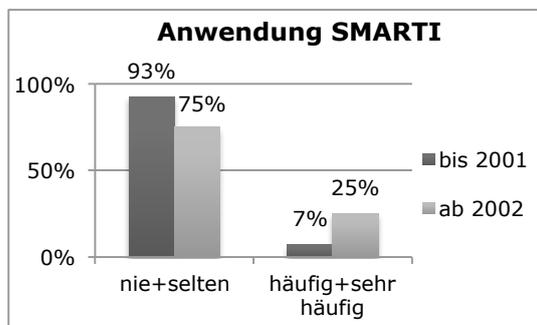


Abbildung 5: Anwendung SMARTI (Hyp. 1)

Abbildung 6: klientenzentrierte Ziele/Forscher (Hyp. 1)

11,1 % (3 TN) nennen bei der offenen Frage (Abschluss bis 2001) klientenzentrierte Ziele und 14,3 % (4 TN) der Befragten mit Abschluss ab 2002. Der Phi-Koeffizient erreicht einen Wert von $\chi^2_{(.05,3,8, N=55)} = 0,048$.

Bei fünf von sechs Fragen wurde die H0-Hypothese bestätigt, welche keinen Zusammenhang in der Grundgesamtheit zwischen dem Abschlussjahr und der Klientenzentrierung feststellt. Bei der subjektiven Einschätzung über die klientenzentrierten Ziele ist ein mittlerer Zusammenhang zwischen dem Abschlussjahr

und den klientenzentrierten Zielen zu erkennen. Dies bestätigt die H1-Hypothese: „Es gibt in der Grundgesamtheit einen Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Examensprüfung (vor oder nach 2002) und der Formulierung von klientenzentrierten Zielen“.

Zweite Hypothese:

78,2 % der Befragten führen die Zielfindung im interdisziplinären Team durch. Im Austausch gemeinsam mit dem Kind oder Jugendlichen 67,3 % geben, mit dem Klienten und den Bezugspersonen 29,1 % an. 45,5 % legen Ziele im Austausch mit dem Arzt fest sowie 40 % durch Befundergebnisse. Die restlichen 25,5 % verteilen sich auf Akteneinsicht (14,6 %) und ergotherapeutisches / therapeutisches Team (10,9 %).

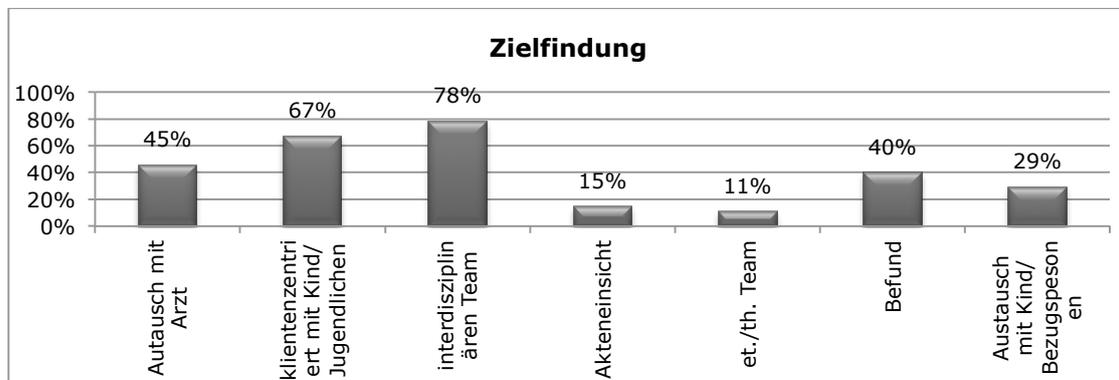


Abbildung 7: Zielfindung (Hyp. 2)

Zu den Faktoren die eine Klientenzentrierung einschränken, geben 34,6 % die Compliance der Bezugspersonen an. Weitere Faktoren, die von ungefähr einem Drittel der TN angegeben werden, sind mit 29,1 % der Stellenwert der ET, mit 34,6 % die Compliance der Kinder und Jugendlichen, mit 36,4 % die Settinggestaltung. 40 % beziehen sich auf die Verweildauer der Kinder und Jugendlichen in der KJP.

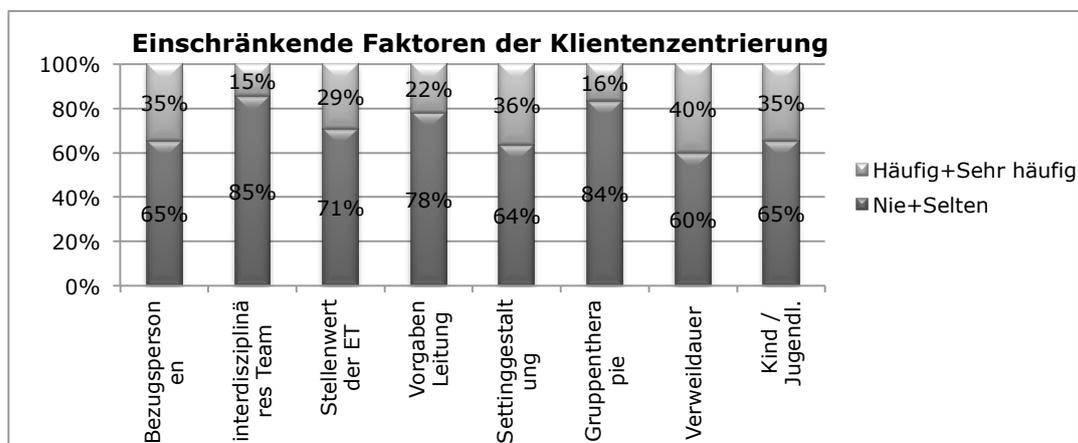


Abbildung 8: einschränkende Faktoren (Hyp. 2)

Hypothese drei:

Von den teilnehmenden KJP Mitarbeitern befunden 23,6 % auf der Teilhabeebene. Die TN nutzen zu 16,4 % häufig bzw. sehr häufig SMARTI bei der Zielformulierung. 81,8 % der befragten ETs berichten von einer klientenzentrierten Zielformulierung.

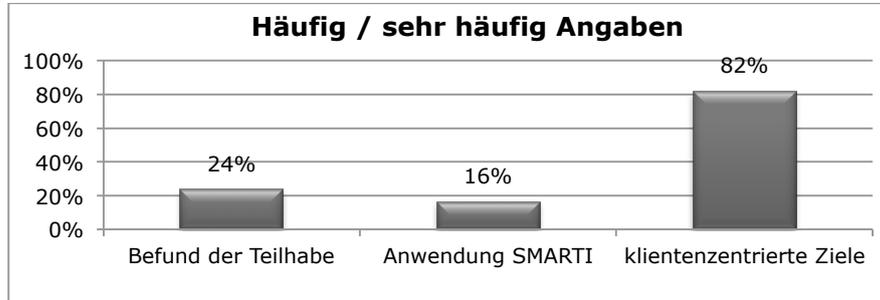


Abbildung 9: Befund Teilhabe, SMARTI und klientenzentrierte Ziele (Hyp. 3)

Die Assessments auf der Teilhabeebene werden von 36,4 % der TN verwendet. Dies verteilt sich mit 12,7 % auf das COPM, mit 16,4 % auf das COSA, mit 10,9 % auf das COPM a kids und mit 1,8 % auf die Interessenscheckliste.

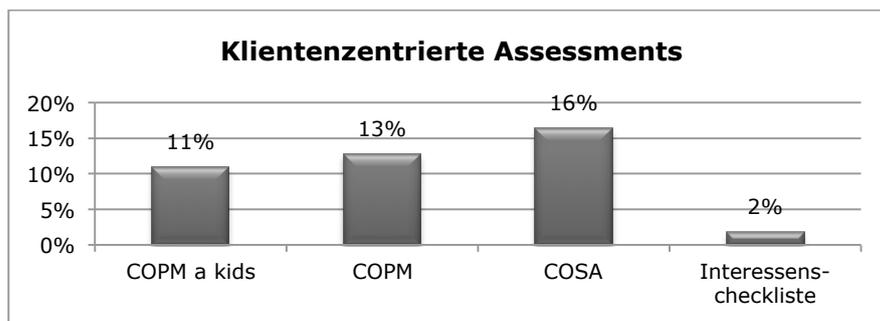


Abbildung 10: klientenzentrierte Assessments (Hyp. 3)

Bei 22,4 % der genannten Ziele (Frage 20) ist Klientenzentrierung erkennbar. Zu den Therapieverfahren in der Einzeltherapie werden von 6,1 % klientenzentrierte Verfahren genannt.

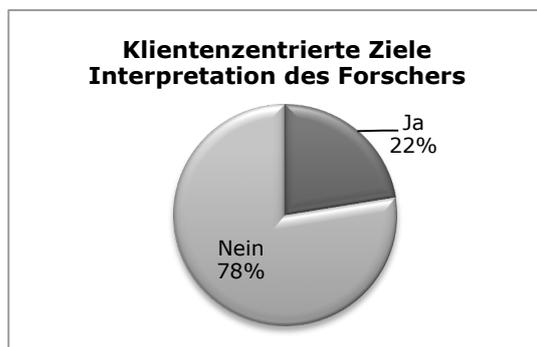


Abbildung 11: klientenzentrierte Verfahren (Hyp. 3)

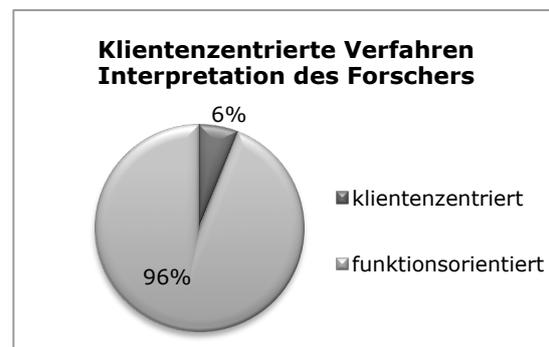


Abbildung 12: klientenzentrierte Ziele (Hyp. 3)

Bei der Zielüberprüfung kommen bei 23,6 % der Befragten Betätigungsanalysen zum Einsatz. 80% berichten, dass sie die Ziele mit dem Kind reflektieren und 23,6 % mit den Bezugspersonen.

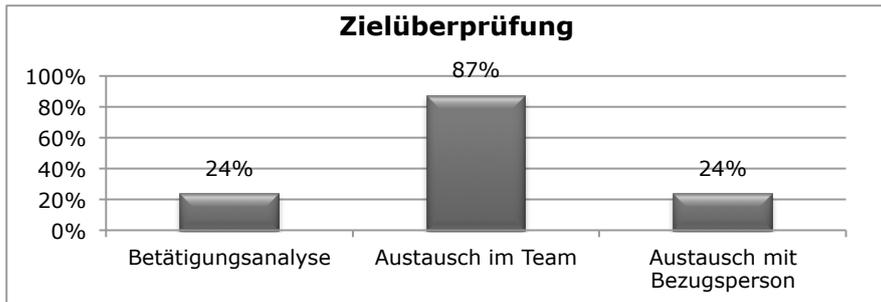


Abbildung 13: Zielüberprüfung (Hyp. 3)

Hypothese vier:

Inhaltlich betrachtet wenden 30,9 % der Befragten ergotherapeutische Modelle an. Von diesen TN nutzen 10,9 % CMOP-E und MOHO gemeinsam. 5,5 % MOHO und 3,6 % ausschließlich das CMOP-E. Als einziges Modell nutzen je 1,8 % das Bieler-Modell und KAWA. Alle vier Modelle nutzen 1,8 % und 5,5 % verwenden drei von vier Modellen gemischt.

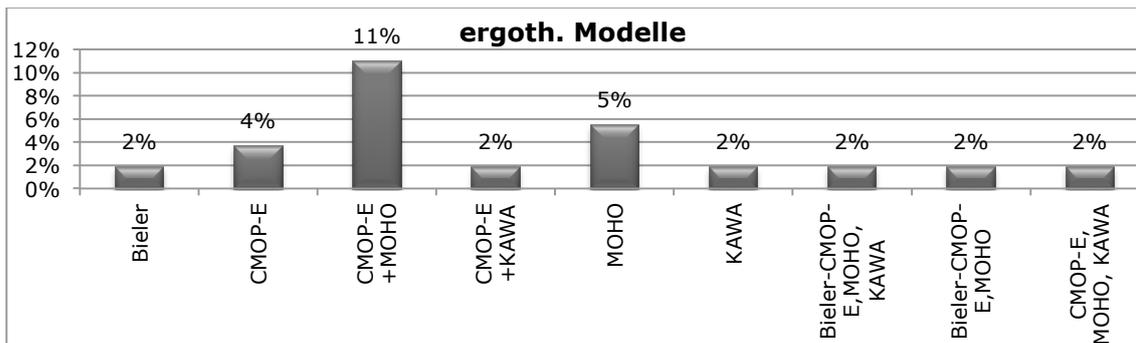


Abbildung 14: ergotherapeutische Modelle (Hyp. 4)

Die Assessments auf der Partizipationsebene werden von 36,4 % verwendet. Das COPM wird von 7,3 % , COPM a kids von 5,5 % und das COSA von 12,7 % genutzt. Mit dem COPM + COPM a kids befunden 3,6 %, ebenso viele verwenden das COPM + COSA und 1,8 % das COPM a kids + COSA und die Interessenscheckliste.

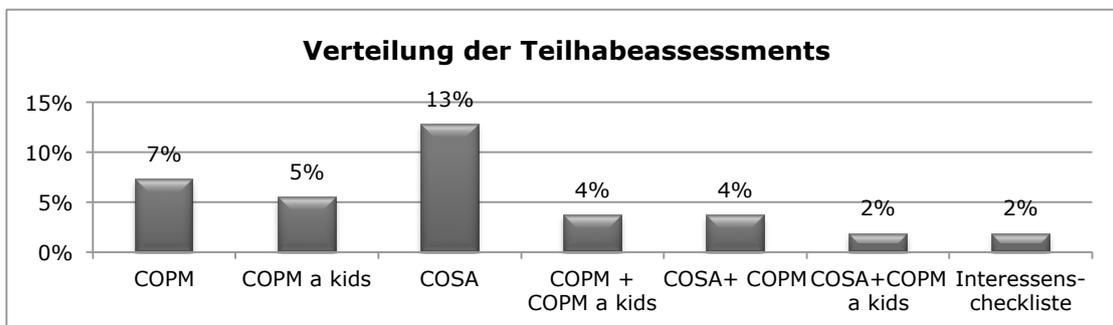


Abbildung 15: klientenzentrierte Assessments (Hyp. 4)

Die Ziele werden von 23,6 % mit einer Betätigungsanalyse überprüft (siehe Abb. 10).

5 Diskussion

Die Diskussion teilt sich in die methodische und die inhaltliche Diskussion auf. Innerhalb der methodischen Diskussion werden Stärken und Schwächen in der Akquise der TN, der Forschungsmethode und des Fragebogens dargestellt. Anschließend werden in einer inhaltlichen Diskussion die Ergebnisse zur Forschungsfrage und den Hypothesen (Hyp.), in Bezug zur Literatur, kritisch dargelegt.

Hyp. 1	Je länger die Ausbildung zurückliegt, desto seltener werden Assessments auf der Partizipationsebene eingesetzt, klientenzentrierte Ziele formuliert und SMARTI bei der Zielformulierung verwendet.
Hyp. 2	Die Compliance der Eltern / Bezugspersonen wird von den ETs als einschränkender Faktor für die Klientenzentrierung gesehen und die Zielformulierung findet mehrheitlich im interdisziplinären Team statt (interne Evidenz).
Hyp. 3	Bei der Befundung und Zielformulierung arbeiten mehr als 30 % der ETs klientenzentriert, im Therapieprozess wenden 90 % Maßnahmen auf der Funktionsebene an und 30 % führen eine Outcomemessung auf Basis der Partizipation durch.
Hyp. 4	Die Modelle werden inhaltlich von nur 60 % (Köller, 2008) der befragten ETs für die Therapiegestaltung und in Form einer Betätigungsanalyse z.B. COPM oder „Children Occupation Self Assessment“ (COSA) angewendet.

Tabelle 2: Hypothesenübersicht

Methodendiskussion

Eine wesentliche Beschränkung der Validität der Ergebnisse liegt im Fehlen eines klaren Instrumentariums zur Erhebung des Forschungsgegenstandes. Es existiert derzeit kein Fragebogen in der Literatur, mit dem der Forschungsfrage nachgegangen werden konnte, so dass im Rahmen der BA ein eigener Fragebogen entwickelt wurde. Bei der Entwicklung des Fragebogens traten neben dem limitierenden Faktor der Zeit, auch inhaltliche Schwierigkeiten in der Fragenformulierung auf.

Sichtbar wird dies an den Antworten der TN innerhalb des Fragebogens. Diese ergeben ein zum Teil uneinheitliches Bild, beispielsweise zwischen den Angaben zur Häufigkeit der Befundung der Teilhabe und dem Formulieren von klientenzentrierten Zielen. Hier wäre eine inhaltliche Konsistenz im Antwortverhalten zu erwarten gewesen. Da dies nicht der Fall war, lässt es auf methodische Mängel des Fragebogens schließen.

Des Weiteren ließen sich inhaltliche Fehler in der Fragenformulierung durch das Abbruchverhalten der TN feststellen. Einige Mängel am Informationsfluss und einer

fehlerhaften Instruktion führten zu einer geringen Teilnahmerate, sowie einer hohen Abbruchrate (38,2 %). An der Befragung beteiligten sich 24,9 % aller angeschriebenen Einrichtungen, wohingegen in der Literatur eine Teilnahme von 35 % bei Onlinebefragungen beschrieben wird (Zerback, Jakob, Schoen und Schlereth, o. E.; zitiert nach Maclas et al., 2008). Bei einer erneuten Erhebung sollte der Fragebogen deshalb anhand bereits entwickelter Instrumente gestaltet werden, um eine höhere Validität und Reliabilität der Fragen zu ermöglichen. Die Ergebnisse der Datenerhebung sind wegen dieser Aspekte nicht umfänglich repräsentativ und generalisierbar.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die geringe Stichprobengröße ($N = 55$). Nur rund 25 % der angeschriebenen KJPs sich an der Befragung beteiligten, demzufolge wird zusätzlich die Repräsentativität und die Generalisierbarkeit eingeschränkt. Eine ausführlichere Anleitung und Beschreibung des Forschungsinteresses, hätte ebenso wie eine persönliche Kontaktaufnahme, die Teilnehmerrate erhöhen können.

Lediglich acht ETs kontaktierte der Autor direkt während die restlichen Kontaktadressen aus Sekretariaten und Leitungen des Hauses stammten. Der ungünstige Informationsfluss ist durch die Hürden der Bearbeitung durch das Sekretariat und der etwaigen Einholung der Zustimmung der Leitung gekennzeichnet. Neben diesen strukturellen Schwierigkeiten, kamen noch intrapersonelle Gründe der ETs, welche die Teilnahme bedingten, dazu. Die zeitliche Ungebundenheit war ein Vorteil des Onlinefragebogens und ließ dem TN die Wahl, ob er in der Arbeitszeit oder Freizeit den Fragebogen bearbeitete. Um die Stichprobe zu vergrößern, sollte insbesondere den Leitungen der jeweiligen Einrichtung die Möglichkeit der Einsichtnahme gegeben werde. Die Einsicht wäre bei einer erneuten Befragung über die Weiterleitung zu einer Gesamtübersicht aller Fragen zu gewährleisten.

Eine Fehleinschätzung des Zeitrahmens bewirkte eine fehlerhafte Instruktion. Die vorgegebene Antwortzeit von 10 Minuten wurde von den meisten TN überschritten. Dies kann mitunter die hohe Abbruchrate (38,2 %) begründen. Insgesamt starteten 89 ETs den Fragebogen und 55 beendeten ihn. Aufgrund der variablen Antwortzeit, kann nur eine ungefähre Antwortzeit von 20 Minuten vermutet werden. Inhaltlich betrachtet, brechen die meisten TN (50 %) die Befragung bei den offenen Fragen ab. Dies lässt sich mit einem erhöhten kognitiven Anspruch und damit verbunden Entmutigung erklären (Leidlmair, Schönberger und Störmer, 2012).

Bei der Gestaltung des Fragebogens fand eine unzureichende Betrachtung der Fragen bezogen auf die Hypothesen und Skalenniveaus statt. Der Zusammenhang von beispielsweise Berufsabschluss und Assessments, konnte aufgrund unterschiedlicher Skalenniveaus, nicht wie geplant erhoben werden. Bei der bivariaten deskriptiven

Statistik wird empfohlen, gleiche Skalenniveaus zu untersuchen. Koller (2014, S. 40) beschreibt es wie folgt: „Das Messniveau entscheidet ... welches statistische Verfahren mit einem Item gerechnet werden darf und welches nicht“. In der vorliegenden Arbeit wurde über die Zusammenführung von Kategorien ein gleiches Skalenniveau erreicht. Die Veränderung war zuvor nicht beabsichtigt und sollte bei einer erneuten Erhebung mehr Beachtung erhalten.

Weiterhin wurden die Hypothesen im Verlauf der Fragebogenentwicklung modifiziert, da nicht alle Fragen die Hypothesen gleichermaßen abfragten. Dies wäre ebenfalls in einer erneuten Fragebogengestaltung zu berücksichtigen. Zudem ergaben sich einige problematische Festlegungen in den Fragen und den Antwortvorgaben. Die Abfrage des Alters mittels Spannen, war falsch gewählt. Bei der Auswertung war es dadurch nicht möglich eine wahre Aussage über das Alter der TN zu treffen, da die Spannen zu weit gefasst waren. Dies stellte sich ebenso bei der Darstellung der Berufserfahrung heraus. Zwischen 40 % und 55 % der TN gaben mehr als 10 Jahre Berufserfahrung an. Bei einer erneuten Befragung würden deshalb zusätzliche Zeitintervalle angegeben, um die genauen Jahre der Berufserfahrung weiter zu spezifizieren.

Fragen, die Häufigkeiten mit Likertskalen erhoben haben, müssen in der Reihenfolge neu gestaltet werden. Ein optimierter Aufbau der Fragen hätte dabei zu einer zeitlichen Entlastung der TN führen können.

Dies betrifft vor allem Fragen bei denen die TN, aufgrund des Antwortverhaltens, einige Fragen überspringen könnten. Dies betrifft vor allem TN die „nie“ auswählten, wie beispielsweise bei Frage 12, eine Weiterleitung zu Frage 16 würde sich anbieten. Bei der Angabe „selten“, „häufig“ und „sehr häufig“, sollten weiterhin die Assessments abgefragt werden. Zudem verspricht sich der Autor durch die Weiterleitung differenziertere Antworten.

Der Übergang von Frage 16 (Festlegung von Zielen) auf 17 (Häufigkeit klientenzentrierter Ziele) stellt sich nun fehlerhaft dar. Der Forscher ist sich aufgrund, der hohen Zustimmung zu Frage 17 nicht sicher, ob die TN die Fragen aufeinander bezogen und das Wort „klientenzentriert“ richtig interpretiert haben. Eine Abfragung was Klientenzentrierung für die TN kennzeichnet, wäre deshalb in einer erneuten Erhebung einzubauen, auch wenn diese Frage durch den kognitiven Pretest ausgeschlossen wurde.

Eine Frage des Fragebogens erwies sich zudem als unnötig. Frage 22 befasste sich mit der wöchentlichen Verteilung von verschiedenen Therapiekonstellationen (Setting). Einige TN gaben hier höchstwahrscheinlich die wöchentliche Stückzahl der Einzeltherapien bzw. Gruppentherapien an und nicht wie gewünscht den prozentualen

Anteil. Zudem erwies sich die Aussagekraft von Frage 22 für die Beantwortung der Forschungsfrage als irrelevant.

Eine Verringerung der Antwortzeit wäre zudem über die Zusammenfassung von Frage 23 und 24 (Therapieverfahren Einzeltherapie / Gruppentherapie) möglich gewesen damit die hohe Abbruchrate senken könnte.

Für die Beantwortung der vierten Hypothese erscheint es nun folgerichtig, die einzelnen Möglichkeiten der Outcomemessung mit Angaben zur Wertigkeit zu verbinden, um die Häufigkeit der Items zur Therapieevaluation darzustellen.

Aus der prozentualen Verteilung von „Sonstige“ (Frage 27) kann kein Informationsgehalt gezogen werden, ein Freitext zur Erklärung der Angaben ist nötig.

Inhaltsdiskussion

Die *erste Hypothese* impliziert, dass es einen Zusammenhang von klientenzentrierter Arbeitsweise und dem Jahr des Berufsabschlusses gibt. Zu berücksichtigen sind hierbei Entwicklungen im Curriculum der ET. In den Jahren 2001 – 2003 kam es zu Änderungen der Lehrpläne für die Berufsausbildung der ET (Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung (ISB); 2001 und Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2003). Erst ab der aktuellen Fassung des bayrischen Lehrplans für ET von 2001 wurden das CMOP, welches bis 1997 in Kanada entwickelt wurde (Scheepers, Steding-Albrecht und Jehn, 2011) und weitere ergotherapeutische Modelle und Assessments in den Lehrplan implementiert (ISB, 2001). In Berlin zeigt sich die aktuellere, handlungsorientierte Auslegung und Betrachtung von Betätigung noch genauer. Die Ausbildung wurde in Lernfeldern neu unterteilt. Beispielsweise wird bei dem Lernfeld „Ergotherapeutische Befunde erheben“ die Körperfunktion in Bezug zur Auswirkung auf den Alltag betrachtet und unter „Handlungsanalysen erstellen“ die Modelle in das berufsspezifische Denken einbezogen (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2003).

Zudem ist die ICF im Jahr 2001 von der Weltgesundheitsorganisation erschienen. Die ICF stärkt dabei eine Sichtweise auf Partizipation und Aktivität und die Heilmittelrichtlinien orientieren sich an dem biopsychosozialen Denkmodell der ICF (Kübny-Lüke, 2009). Ein weiterer Grund liegt in dem Paradigmenwechsel der letzten 15 Jahre, innerhalb der ET. Eine kontextorientierte und handlungsbezogene Therapie wurde professionsübergreifend auch in der ET stark proklamiert, wodurch eine rein funktionelle und körperbezogene Sichtweise von Gesundheit in den Hintergrund trat (Romein, Kraus und Weise, 2015). Auch die World Federation of Occupational Therapists erklärte dazu im Jahr 2010, dass eine moderne ET unabänderlich mit einer starken Klientenzentrierung verbunden ist. Diese genannten Entwicklungen folgten

allesamt erst nach der Berufsausbildung der TN mit Examen bis 2001. Dabei ist von einer gewissen zeitlichen Verzögerung in das ergotherapeutische Berufsverständnis auszugehen. Aufgrund dieser Entwicklungen kam die erste formulierte Hypothese, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Abschlussjahr der ETs und dem Nutzen von klientenzentrierten Assessments, setzen von Betätigungszielen und der Anwendung von SMARTI gibt, zustande.

Jedoch zeigt die Auswertung, dass bei fünf von sechs Punkten die Nullhypothese belegt ist und kein Zusammenhang besteht. Die H0-Hypothese wurde beim Befund und den Assessment der Teilhabe, der Anwendung von SMARTI, dem Einbezug von Klient und Bezugspersonen bei der Zielformulierung und den formulierten Zielen (Freitextantwort) bestätigt. Lediglich die subjektive Angabe, über die Häufigkeit von klientenzentrierten Zielen, bestätigt die H1-Hypothese mit einem mittleren Zusammenhang. Dabei setzten ETs mit einem Examen ab 2002 häufiger klientenzentrierte Ziele ein. Dennoch wurde die erste Hypothese mit fünf bestätigten H0-Hypothesen und nur einer H1-Hypothese falsifiziert.

Gründe für die widerlegte Hypothese können im vermehrten Literaturstudium und der Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsangeboten durch die ETs mit Examen bis 2001 liegen. In der Literatur wird seit 2002 / 2003 vermehrt über Klientenzentrierung berichtet (z.B. Sumison, 2002; Romein, 2004). Betätigungsorientiertes Arbeiten ist außerdem jährlich auf dem Ergotherapie-Kongress Thema (DVE, 2016).

Die Hypothese wird zusätzlich angesichts der Ergebnisse von Weber (2012) widerlegt. Sie zeigt auf, dass ETs mit über 20 Jahren Berufserfahrung eine „hohe Bereitschaft... „ haben „ ... vorhandene – im Berufsalltag entwickelte – Kompetenzen weiterzuentwickeln und auch weiterzugeben“ (Weber, 2012, S.109). Die Untersuchung sagt zudem, dass die TN nach langer Berufserfahrung weiterhin motiviert und innovationsbereit sind (Weber, 2012).

Die *zweite Hypothese* ist auf Grundlage von internen Evidenzen entstanden. Die mehrheitliche Zielformulierung im interdisziplinären Team und die Einschränkungen der Klientenzentrierung durch die Compliance der Bezugspersonen, ist in diesem Maße nicht in der Literatur beschrieben.

Bei der Befragung sehen über ein Drittel der TN Einschränkungen durch die Compliance der Bezugspersonen. Dabei wurde an vielen Stellen der Literatur betont, dass in der Zusammenarbeit mit den Eltern ein wichtiger Einflussfaktor für eine erfolgreiche ET liegt (Kupitz, et al. 2013; zitiert nach Chapparo und Lowe, 2012). Dies bestätigen auch Hammer und Graf (2013; zitiert nach Meise et al., 1992). Die soziale Umwelt hat einen bedeutenden Einfluss auf die Compliance. Ist diese gegen eine

Mitverantwortung und Mitbeteiligung an der Therapie, kann dies eine Therapieverweigerung oder gar einen Abbruch nach sich ziehen.

Bis zu ein Drittel der befragten ETs fühlen sich von folgenden Faktoren in der Klientenzentrierung eingeschränkt: der Compliance der Klienten, dem Stellenwert der ET, der Settinggestaltung und der Verweildauer.

Die Compliance der Kinder und Jugendlichen bildet für die Befragten eine bedeutende Einschränkung. Nach einer bundesweiten Untersuchung beeinflussen vor allem psychosoziale und kommunikative Kompetenzen die Bewertung der Therapie durch die Klienten (Dehn-Hindenberg, 2008). Forscher fanden heraus, dass vor allem Jugendliche und ältere Menschen von Non-Compliance betroffen sind. Gerade in der Adoleszenz können soziale Fehlorientierungen kaum Regeleinhaltung und Mitarbeit in der Therapie bewirken (Hammer und Graf, 2013). Weitere Faktoren für Non-Compliance, sind Armut, geringer Bildungsstand, instabile Lebensverhältnisse sowie familiäre und soziale Dysfunktionen (Hammer, 2013; zitiert nach Sabaté, 2003).

Eine Non-Compliance kann nach Graf und Hammer (2013) auch in der Person der Therapeuten liegen, so z.B. fehlendes oder überarbeitetes Personal, Zeitmangel in der Versorgung und / oder fehlende Langzeit- oder Kontrollversorgung.

Aus ergotherapeutischer Sicht ist die Mitarbeit der Klienten durch Betätigungsziele beeinflussbar. Eine generelle Verordnung, „*Jedes Kind erhält automatisch Ergotherapie*“, kann dies nicht gewährleisten. Es fehlt die Kontrolle der Therapiesinnhaftigkeit, welche die Compliance nach Graf und Hammer (2013) beeinflusst. Daher ist sehr genau darüber zu entscheiden, wann ergotherapeutische Interventionen zu verordnen sind. ET sollte dabei nur bei einer bestehenden Problematik eingesetzt werden. Anschließend sollten mithilfe einer Betätigungsanalyse die Ziele eruiert und in der Intervention verfolgt werden.

Mit einer klientenzentrierten Haltung ist die Motivation und die Selbstwirksamkeit der Kinder beeinflussbar (Röse und Seitz, 2008; Missiuna et al., 2006). Internationale Forschungen zum Thema belegen die Auswirkung von Klientenzentrierung auf die Zusammenarbeit, Klientenzufriedenheit und das Outcome (Gijs, Verkerk, Louwers, Meester-Delver und Nollet, 2006). Zusätzlich ist anzumerken, dass die Effektivität einer Behandlung nicht nur über die ergotherapeutische Intervention entscheidet, sondern vor allem auch, wie die Auswahl getroffen und die Beziehung zum Klienten gestaltet wird (Haracz und Ennals, 2015).

Einen Grund für die geringe Compliance bzw. Non-Compliance zeigt Kranz (2015a) mit der Behauptung, dass „ ... Therapieziele eher pro form ...“ (Kranz, 2015a, S. 24) erhoben werden und die ETs die eigentliche Ziele formulieren. Wenn einem Kind /

Jugendlichen unklar ist, welcher Sinn hinter der Behandlung steht, kann er von sich aus nur schwer intrinsisch motiviert sein. Um die Compliance des Kindes / Jugendlichen aufrecht zu erhalten, sollte eine konstante Einbeziehung in den Therapieprozess stattfinden. In der Studie von Merklein de Freitas et al. (2015a) zeigte sich ein größerer Stellenwert von Befunderhebung und Intervention im Vergleich zur Outcomemessung (Merklein de Freitas et al., 2015a). Dem sollte entgegen gewirkt werden und mehr Wert auf die Outcomemessung gesetzt werden, um den Klienten am Ende der Therapie den Nutzen zu verdeutlichen und die Zufriedenheit der Intervention zu erfassen. Dem stimmen 98 % der Befragten von Merklein de Freitas et al. (2015b) zu.

Der Vergleich zu weiteren Faktoren belegt, dass die Compliance nicht die bedeutendste Einschränkung darstellt. Die Verweildauer der Klienten in den KJPs sehen 40 % der Befragten kritisch. Um die Antworten interpretieren zu können, wären Angaben zum Therapieintervall nötig. Die durchschnittliche Verweildauer in den KJP ist im Zeitraum 1991 bis 2011 von 126 auf 38 Tage gesunken (DGKJP, 2015). Erhält der Klient einmal wöchentlich ET, ergeben sich bei 38 Tagen fünf Behandlungseinheiten. Dies erscheint sehr wenig und kann nicht mit der Verordnungsmenge in den ambulanten Praxen für ET verglichen werden. Erhält ein Kind aufgrund psychischer Störungen ein ET-Rezept, liegt die Verordnungsmenge bei mindestens zehn Einheiten. In der Regel kann bis zu 40 Einheiten therapiert werden ohne weitere, spezifischere Diagnostik (Heilmittelkatalog, 2011). Die Verweildauer ist auf einer Akutstation noch geringer. Hierbei begleiten die ETs die Klienten durchschnittlich 13 Tage (Rüth, Beer und Freisleder, 2005). Dies erschwert ein klientenzentriertes und partizipatives Vorgehen in der Ziel- und Therapieplanung erheblich.

Die Einschränkung der Klientenzentrierung und den geringeren Einsatz von bedeutungsvollen Betätigungen beschreibt Kievelitz (2014, S. 25) durch „... die begrenzte Anerkennung der Ergotherapie in Deutschland“. Die geringe Wertschätzung für die geleistete Arbeit benennt auch Weber (2012) als beeinflussenden Faktor.

Bei Kranz (2015b) wird die Steigerung der Anerkennung, durch den Einsatz von Modellen beschrieben. Durch Modelle kann die Arbeit der ETs klarer und verständlicher für andere Berufsgruppen gestaltet werden. Dem ist anzumerken, dass durch das formulieren von Betätigungszielen ein Potenzial zur Abgrenzung von anderen Professionen liegt (Röse und Seitz, 2008; Romein und Espei, 2006). Weitere Lösungsansätze um Betätigung und Klientenzentrierung in der ET zu etablieren und damit den Stellenwert zu erhöhen, sind nach Kievelitz (2014) eine fundierte

Ausbildung, Weiterbildung, Erforschung der Thematik Betätigung und die Nutzung von ergotherapeutischen Modellen (Kievelitz, 2014).

Um die Einschränkung durch die Settinggestaltung zu verstehen, muss der Begriff Setting geklärt werden. Unter Setting (Anordnung / Setzen) wird von Wirtz (2014) das Milieu, die Umgebung, die Situation oder das Anordnung gesehen. In der Sozialwissenschaft wird dies auf den Kontext der Therapie bezogen, wie z.B. Einzel- oder Gruppentherapie, Gestaltung vom Therapieraum, die Therapeutenrolle, Techniken, Interventionen und Methoden (Wirtz, 2014). Durch die Definition werden die vielen Faktoren das Settings klar und die geringe Erklärbarkeit der Bedingungen des Begriffs durch die vorliegende Arbeit.

Einerseits kann das Setting durch fehlende Mitbestimmung der ETs negativ beeinflusst werden, etwa indem hierarchische Strukturen die Zuteilung der Kinder und Jugendlichen durch den Fallverantwortlichen veranlassen. Andererseits können institutionelle Vorgaben Auswirkungen auf das Setting haben. Ist der Ergotherapeut häufig von Hierarchien und starren Regeln gehemmt, fördert dies nur die Abhängigkeit und schränkt seine Autonomie ein (Frieler, Kubata, Wendel und le Granse, 2010; zitiert nach Le Granse, Kinébanian und Josephsson, 2006). Den ETs fehlt es grundsätzlich an Zeit, um auf den Klienten flexibel und individuell reagieren zu können (Frieler et al., 2010). Die Institutionen sind nach Frieler et al. (2010) durch eine geringe Normalität, feste Zeiten der Therapien und den verbindlichen Wochenplan gekennzeichnet, die wenig Flexibilität ermöglichen.

Der Faktor Setting und die Auswirkung auf die Klientenzentrierung können mit dieser Arbeit nicht vollständig geklärt werden. Hierzu müssten weitere inhaltliche Fragen geklärt werden, wie beispielsweise das Settingverständnis der ETs, welche konkreten Einschränkungen des Settings gibt es und inwiefern sind institutionelle Bedingungen, internen Teamentscheidungen dabei maßgebend.

Die *dritte Hypothese* wurde auf der Aussage der Autoren Haracz und Ennals (2015) ausgelegt. Diese sprechen für eine betätigungsorientierte und klientenzentrierte ET und für interdisziplinäre Absprachen bei der Intervention. Eine zielorientierte Therapie wirkt sich positiv auf die Motivation des Kindes und auf das Ergebnis aus (Hessenauer, Adler und Berweck, 2013). Bei der Hypothesenformulierung wurde die Aussage von Röse und Seitz (2008) über die geringe Sinnhaftigkeit von Betätigungszielen im klinischen Bereich eingeschlossen.

Unter den befragten ETs befanden weniger als 30 % auf der Teilhabeebene. Dem gegenüber stehen die Angaben der Beteiligten, dass 36,4 % aller Befragten (20 TN)

Assessments auf der Teilhabeebene nutzen. Die Diskrepanz kann mit einer unklaren Formulierung der Frage, einem mangelnden Begriffsverständnis der TN, oder auch der Tendenz zur sozialen erwünschten Verhalten erklärt werden.

Weiterhin nannten 22,4 % aller Befragten klientenzentrierte Ziele. Dieses Ergebnis ist nicht mit der Feststellung von Merklein de Freitas et al. (2015a) vereinbar, die herausfanden, dass die meisten ETs Ziele auf der Partizipationsebene festlegen.

Die Angabe der ETs zur Häufigkeit von klientenzentrierten Zielen (81,8 %), spiegelt viel mehr die Ergebnisse von Merklein de Freitas et al. (2015a) wieder. In einer Befragung erhielt das Forscherteam eine Zustimmung von 96,5 % zur Aussage, dass der Therapieprozess klientenzentriert gestaltet werden soll (Merklein de Freitas et al., 2015b).

Der Autor hätte bei der Befragung die Ausarbeitung von konkreten ergotherapeutischer Ziele begrüßt. Zielangaben wie „Verbesserung des Selbstwertes“ ließen keine Rückschlüsse auf geplante Interventionen und eine Klientenzentrierung zu. Nur selten waren Angaben so konkret formuliert, wie „F (7J.) will ein Geschenk für seine Mutter einpacken und möchte dafür (jetzt) die Schleife binden lernen“.

Die Interventionen waren nur schwach auf Klientenzentrierung und bedeutungsvolle Betätigungen beurteilbar. Häufig wurden allgemeine Begrifflichkeiten, wie „kompetenzzentriert“ verwendet. Die ETs bestimmten noch seltener, als bei den Zielen klientenzentrierte Therapieverfahren, wie „CO-OP“. In der Literatur wird dieses Phänomen von Röse und Seitz (2008) beschrieben, in der Praxis werden meist Körperfunktionsziele formuliert und funktionelle Konzepte angewendet. Bei der Analyse aller Angaben fällt eine große Bandbreite an Behandlungsmethoden auf, welche mit der Aussage eines TN übereinstimmt: „Mein eigenes Konzept, erstellt in vielen Jahren Erfahrung aus verschiedenen Systemen / Fortbildungen, z.B. SI, graphomotorisches Training, viel Selbstsicherheitstraining“.

Die ETs sind also der Meinung, durch den eigenen Erfahrungshintergrund mit eigenen multimodal kreierte Behandlungsmethoden, den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen am gerechteten zu werden (Nelson et al., 2009). Wie von Nelson et al. (2009) beschrieben, wird auch von den ETs der Befragung am häufigsten das sensorisch basierte Verfahren genutzt. Die 6,1 % klientenzentrierten Therapieverfahren liegen unter den vermuteten 10 %. Die Outcomemessung wird von 26,4 % aller Befragten mit einer Betätigungsanalyse erhoben. Diese liegt ebenfalls unter den vermuteten 30 %. Durch die gesamten Ergebnisse wurde die dritte Hypothese falsifiziert.

Die Ergebnisse der Untersuchung decken sich dabei mit den der Arbeit von Merklein de Freitas et al. (2015a), die ebenfalls als Resultat festhielt, dass mehr ETs Befund und

Zielformulierung auf der Partizipationsebene durchführen und bei den Interventionen zu funktionsorientierten Methoden wechseln (Merklein de Freitas et al., 2015a).

Die *vierte Hypothese* baute auf den Untersuchungen von Kievelitz (2014) und Köller (2008) auf. Diese empfehlen den Einsatz von ergotherapeutischen Modellen um Betätigung in der ET zu etablieren. Die Tendenz der vorliegenden Arbeit ist, dass lediglich 30,9 % der Befragten aus den KJPs ergotherapeutische Modelle verwenden. Der Rest nutzt entweder keine Modelle, verwendet Modelle anderer Berufsgruppen oder benennt die ICF bzw. Konzepte als Modelle. Dem gegenüber steht die Forschung von Köller (2008) bei der 74,3 % CMOP-E und 45,7 % MOHO der Befragten nutzen. Einige ETs wählten in der aktuellen Untersuchung zudem drei bis vier Modelle aus. Daraus erkennt der Forscher keine eindeutige Richtung bei der Verwendung von Modellen. Eine anders gestaltete Fragestellung hätte hier zu eindeutigeren Ergebnissen führen können.

Für die vierte Hypothese wurden nur Betätigungsanalysen qualitativ beurteilt. 36,4 % der TN nutzen Assessments auf der Partizipationsebene. Die Ergebnisse entsprechen vielmehr dem Bild von Eßer et al. (2015), als dem von Köller (2008). Bei Eßer et al. (2015) verwenden 42,2 % standardisierte Assessments und am häufigsten wird das COPM genannt. In der Befragung für die vorliegende Arbeit verwenden die TN am häufigsten das COPM und das COSA. Weit weniger als 60 %, nämlich 23,6 % verwenden zur Outcomemessung Betätigungsanalysen wie das COPM.

Generell kann der rare Einsatz von ergotherapeutischen Modellen und deren Assessments mit der Lücke zwischen der Theorie und der Umsetzung in den therapeutischen Alltag erklärt werden (Merklein de Freitas, 2015). Zudem sind laut Reed und Hocking (2013) ETs durch die geringe Unterstützung bei der Umsetzung von Theorien entmutigt. Jedoch sollte dabei nicht vergessen werden, dass durch die Nutzung von Assessments und Modellen der Klient in die Therapiegestaltung einbezogen wird und Transparenz und Dokumentation erhöht werden (Eßer et al., 2015; zitiert nach Hoyle, 2009; Kranz, 2015b).

6 Fazit

Durch die Ausgestaltung des erhobenen Fragebogens und dessen Ergebnisse ist insgesamt schwer zu beurteilen, inwiefern mit Sicherheit bedeutungsvolle Betätigungen in den klientenzentrierten, ergotherapeutischen Therapieprozess der KJPs integriert werden.

Sehr deutlich ist aufgefallen, dass für ETs in der subjektiven Berufsidentifikation sowohl bedeutsame Betätigungen, als auch eine klientenzentrierte Sichtweise, eine

gewichtige Rolle bei der Therapie spielen. Werden die genannten Ziele auf Klientenzentrierung mittels SMARTI beurteilt, erfüllen nur wenige diese Kriterien. Dieses Ergebnis war zudem unabhängig von der Berufserfahrung der ETs in den KJPs.

Die ergotherapeutischen Modelle werden nach dieser Untersuchung viel seltener verwendet als in anderen Tätigkeitsfeldern. Hinsichtlich der speziellen Klientengruppe in KJPs können die Ergebnisse in keinen unmittelbaren Bezug, mit Forschungen aus anderen Tätigkeitsbereichen, gebracht werden. Der Autor konnte angesichts der Fragestellung im Fragebogen die Interventionen nur bedingt auf die Klientenzentrierung einschätzen. Die Hälfte der TN gab eine Outcomemessung an, wobei ein Viertel der TN dazu Betätigungsanalysen nutzt.

Aufgrund der unklaren Lage zwischen dem subjektiven Einsatz von klientenzentrierten Zielen und der Bewertung der formulierten Ziele der TN ist ein deutlicher Klärungsbedarf erkennbar. Es müssen Debatten über die Möglichkeiten der Umsetzung von Klientenzentrierung in der KJP geführt werden.

Dazu bedarf es zum einen einer stärkeren Fokussierung auf die zentralen Begrifflichkeiten der Klientenzentrierung und der bedeutungsvollen Betätigungen in der Berufsausbildung. Hierbei sollten auch Besonderheiten einzelner Fachbereiche und eine Abgrenzung zu übergreifenden Reha-Zielen klar vermittelt werden. Zum anderen sind auch in der Literatur deutliche Lücken bezüglich der Beschreibung ergotherapeutischen Handelns im speziellen Bereich der KJPs deutlich geworden. Die Literaturhinweise sind oft noch zu allgemein und geben den ETs wenig konkrete Handlungsempfehlungen. Konkrete Fallbeispiele in relevanten Fachbüchern und einschlägigen Fachzeitschriften könnten helfen eine Sensibilisierung für diesen Mangel an Theorie und Praxis Transfer zu erreichen.

Es sollten institutionelle Bedingungen dabei berücksichtigt werden, jedoch das zentrale Handeln und Denken der ET deutlich erkennbar sein. Diese Forschungsarbeit unterstrich zudem die Bedeutung der Compliance von Klienten und Bezugspersonen im Therapieprozess. Die Einbindung beider Parteien in den gesamten Therapieprozess sollten, soweit es die institutionellen Bedingungen zulassen, umgesetzt werden. Wollen die ETs vermehrt an der Therapieentscheidung, in einem partizipativen Sinne, beteiligt sein, muss das berufsspezifische Handeln klarer und strukturierter dargestellt werden.

Aufbauend auf dieser Arbeit sollte die konkrete Umsetzung von Klientenzentrierung erarbeitet werden. So könnten beispielsweise Hypothesen über einen möglichen Zusammenhang von der Anwendung von SMARTI bei der Zielformulierung, zu

bedeutungsvollen Betätigungen auf der Zielebene, überprüft werden.

Der Dialog mit allen ETs in den KJPs sollte gesucht werden um einen gemeinsamen Weg zu beschreiten. Würde dies verfolgt werden, kann nur von einer Aufwertung der ergotherapeutischen Arbeit in der KJP ausgegangen werden.

Literaturverzeichnis

Bücher:

Blaser M. & Csontos I. (Hrsg.). (2014). *Ergotherapie in der Psychiatrie - Handlungsfähigkeit und Psychodynamik in der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Hans Huber Verlag.

Bortz, J. & Döhring, N. (Hrsg.). (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.

Dehnhardt, D. & Schaefer, C. (Hrsg.). (2012.) *Ich werde Ergotherapeutin*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Wirtz, M. (2014). *Lexikon der Psychologie*. (17. Auflage). Bern: Huber Verlag.

Fegert, J., Eggers, C. & Resch, F. (Hrsg.). (2012) *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Flick U. (2009). *Sozialforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Hammer, S. & Graf, F. (2013). *Mein Patient macht nicht mit – was nun? Compliance als Schlüssel zum Therapieerfolg*. Hammer, S. (Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Holling, H. & Gediga, G. (Hrsg.). (2011). *Statistik - Deskriptive Verfahren*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hug T. & Poscheschnik G. (Hrsg.). (2015). *Empirisch forschen*. (2.Auflage). Konstanz, München: utb Verlag.

Kielhofner, G., Marotzki, U. & Mentrueo, C. (Hrsg.). (2005). *Model of Human Occupation (MOHO)*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Koller, M. (2014). *Statistik für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels.

Martina Lichtenauer, ET in der KJP, Bachelorarbeit, 20.05.2016 (8. Semester).

Kubny-Lüke, B. (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Miesen, M. (2004). *Berufsprofil Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.

Mummendey, H. D. & Grau, I. (Hrsg.). (2014). *Die Fragebogen - Methode*. (6. Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Remschmidt, H. (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. (6. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Romein, E. & Espei, A. (Hrsg.). (2006) Diagnostik und Befundaufnahme. In: Becker, H. & Steding-Albrecht, U. (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*. (S. 108 – 119). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Romein, E. (2012). Kernthemen der Ergotherapie. In B. Dehnhardt & C. Schaefer (Hrsg.), *Ich werde Ergotherapeutin*. (S. 40). Stuttgart: Thieme Verlag.

Scheepers, C., Steding-Albrecht U. & Jehn P. (Hrsg.). (2011) *Ergotherapie – vom Behandeln zum Handeln*. (4. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag.

Sumison, T. (2002) *Klientenzentrierte Ergotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Timmer A. & Wortkamp S. (Hrsg.). (2009). *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld der Psychiatrie*. (2. Auflage). (S. 268 - 337). Stuttgart: Thieme Verlag.

Townsend, E. & Polatajko, H. (2013). *Enabling occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists Publications.

Weichbold, M., Bacher, J. & Wolf, C. (Hrsg.). (2009). *Umfrageforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft.

Artikel:

Blaser Csontos, M. (2011). *Die Handlung im Mittelpunkt*. *Ergopraxis*, 2, 28 – 29.

Dehn-Hindenbergh, A. (2008). *Qualität aus Patientensicht: Kommunikation, Vertrauen und die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel zum Therapieerfolg* Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement. 13, 298 – 303.

Dünnwald, U. (2014). *Das Profil der Ergotherapie stärken*. Ergotherapie und Rehabilitation, 4, 16 - 18.

Eßer, P., Scholer, B. & Schüttenhelm, A. (2015). *Deutschlandweiter Survey zur Erfassung der eingesetzten Assessments im Fachbereich Psychiatrie sowie der Art und Weise ihrer Nutzung*. Ergoscience, 4, 148 – 155.

Frieler, B., Kubata, A., Wendel, E. & le Grasse, M. (2010). *Klientenzentrierung in tagesstrukturierenden Angeboten für längerfristig psychisch erkrankte Menschen*. Ergoscience, 5, 148 – 159.

Gijs, J., Verkerk, M., Louwers, A., Meester-Delver, A. & Nollet, F. (2006). *The reproducibility and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in parents of children with disabilities*. Clinical Rehabilitation, 20, 980 – 988.

Haracz, K. & Ennals, P. (2015). *Occupational therapy intervention in mental health should be individualised, occupation focussed, promote inclusion and occur in the context of an authentic relationship*. Australian Occupational Therapy Journal, 62, 365 – 368.

Hessenauer, M., Adler, C. & Berweck, S., (2013). *Kinder arbeiten hochmotiviert an ihren Zielen*. Ergopraxis, 1, 22 – 25.

Hewitt-Taylor, J. & Bond, C. (2012). *What E-patients want from the doctor-patient relationship: content analysis of posts on discussion boards*. Journal of Medical, 6, 155.

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., U. Ravens-Sieberer, U. & Mauz, E. (2014). *Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012)*. Bundesgesundheitsblatt, 57, 807 – 819.

Martina Lichtenauer, ET in der KJP, Bachelorarbeit, 20.05.2016 (8. Semester).

Humphry, R. (2002). *Young Children's Occupations: Explicating the Dynamics of Developmental Processes*. The American Journal of Occupational Therapy, 2, 171–179.

Kievelitz, M. (2014). *Sinnvolle Betätigung in der täglichen Praxis einsetzen*. Ergotherapie und Rehabilitation, 6, 24 - 26.

Köller, B. (2008). *Anwendbarkeit ergotherapeutischer Modelle bei Klienten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund: Eine Befragung von Ergotherapeuten in Deutschland und in der Schweiz*. Ergoscience, 3, 156 - 165.

Kranz, F. (2015a). *Klientenzentrierung – eine abgehobene Idee?* Ergopraxis, 4, 24 - 26.

Kranz, F. (2015b). *Durch die professionelle Brille sehen*. Ergopraxis, 8, 12 - 13.

Kupitz, A., Mühlenstrod, L., Sievering, J. & Weber B. (2013). *Betätigungsfelder von 7- und 8-jährigen Kindern*. Ergoscience, 4, 134 - 141.

Merklein de Freitas, C., (2015). *Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten*. Ergoscience, 4, 148 - 155.

Merklein de Freitas, C., Zillhardt, C., Wendel, E., Pott, U. & Weber, B. (2015a). *Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten*. Ergotherapie und Rehabilitation, 11, 23 - 26.

Merklein de Freitas, C., Pott, U., Weber, B., Wendel E. & Zillhardt, C. (2015b). *Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten - Teil 2*. Ergotherapie und Rehabilitation, 12, 24 - 28.

Missiuna, C., Pollock, N., Law, M., Walter, S. & Cavey, N. (2006). *Examination of the Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS)*. The American Journal of Occupational Therapy, 2, 204 - 214.

Nelson, A., Copley, J., Flanigan, K. & Underwood, K. (2009). *Occupational therapists prefer combining multiple intervention approaches for children with learning difficulties*. Australian Occupational Therapy Journal, 56, 51 - 62.

Martina Lichtenauer, ET in der KJP, Bachelorarbeit, 20.05.2016 (8. Semester).

Pruschmann, T. (2015). *Den Alltag in die Praxis holen*. Ergopraxis, 9, 48 – 49.

Reed, K. & Hocking, C. (2013). *Re-visioning practice through action research*. Australian Occupational Therapy Journal, 3, 181 - 188.

Romein, E. (2004). *Ist die Verbesserung von Feinmotorik ein ergotherapeutisches Therapieziel?*. Ergotherapie & Rehabilitation, 6, 5 – 13.

Romein, E., Kraus, E. & Weise, U. (2015) *Den Betätigungsstatus bei Kindern standardisiert erfassen – PEAP*. Ergotherapie und Rehabilitation, 54/4, 26 – 31.

Röse, K. & Seitz, C. (2008). *Ergotherapeutische Betätigungsziele in der Pädiatrie – welche Faktoren beeinflussen deren Vereinbarung in Deutschland?*. Ergoscience, 3, 47 – 56.

Rüth, U., Beer, F. & Freisleder, F. (2005). *Ein Patientenjahrgang einer geschlossenen kinder- und jugendpsychiatrischen Akutstation*. Krankenhauspsychiatrie, 2, 69 – 74.

Strube, W. & Steger, F. (2012). *Patient autonomy and informed consent – individual preferences of senior study participants in Germany*. Wiener klinische Wochenschrift, 124, 384 – 390.

Weber, B. (2012). *Arbeitsmotivation und Innovationsbereitschaft langjährig berufstätiger Ergotherapeutinnen im Angestelltenverhältnis*. Ergoscience, 3, 101 – 112.

Internetseiten:

AWMF. (2011). *Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen*. Zugriff am 4.11.2015 unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-017l_S3_Umschriebene_Entwicklungsstörungen_motorischer_Funktionen_2011-08.pdf

AWMF. (2013). *Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Zugriff am 4.11.2015 unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-043l_S3_Depressive_Störungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf

Bayrische Staatsregierung. (2015). *Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern*. Zugriff am 27.04.2016 unter: <http://www.bayern.de/ausbau-der-kinder-und->

jugendpsychiatrie-in-bayern-gesundheitsministerin-huml-fruehzeitige-behandlung-kann-lange-leidenswege-vermeiden/

Gesundheitsberichterstattung des Bundes & Statista. (2015). *Anzahl der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen in der Psychiatrie und der Psychotherapie in Deutschland in den Jahren 2000 und 2010*. Zugriff am: 01.05.2016 unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/239950/umfrage/behandlungen-von-kindern-und-jugendlichen-mit-psychischen-stoerungen-2010/>

Destatis. (2014). *Krankenhäuser nach Fachabteilungen*. Zugriff am 13.05.2016 unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserFA.html>

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (2015). *Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher des Bundesministeriums für Familien, Frauen, Senioren und Jugend*. Zugriff am 29.04.2016 unter: <http://www.dgkjp.de/aktuelles1?start=12>

DVE. (2007). *Berufsdefinition Ergotherapie*. Zugriff am 18.10.2015 unter: <https://www.dve.info/ergotherapie/definition.html>

DVE. (2016). Programm Ergotherapie-Kongress 2016. Zugriff am: 7.05.2016 unter: <http://www.professionalabstracts.com/ergo2016/Iplanner/>

Heilmittelkatalog. (2011). PS1 Geistige und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Zugriff am 10.05.2016 unter: <http://www.heilmittelkatalog.de/files/hmk/ergo/ps1.htm>

Leidlmaier, K., Schönberger, L. & Störmer, J. (2012) *Erstellung eines Online-Fragebogens*. Zugriff am 13.05.2016 unter: <https://www.uibk.ac.at/psychologie/mitarbeiter/leidlmaier/referat-erstellung-eines-online-fragebogens-1.pdf>

Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung. (2001). *Lehrpläne für die Berufsfachschule für Ergotherapie*. Zugriff am 1.05.2016 unter: <https://www.isb.bayern.de/download/8697/lp-bfs-ergotherapie.pdf>

Martina Lichtenauer, ET in der KJP, Bachelorarbeit, 20.05.2016 (8. Semester).

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. (2003). *Berliner Lehrplan für die Ergotherapie- Ausbildung*. Zugriff am 1.05.2016 unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/gesundheitsberufe/ergotherapeuten/>

Zerback, T., Jakob, N., Schoen, H. & Schlereth S., (o. E.). *Anwendungsmodalitäten von Online-Befragungen in der Kommunikationswissenschaft*. Zugriff am: 7.05.2016 unter: https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/sowi_lehrstuehle/politikwissenschaften_2/Sonstiges/Das_Internet_als_Forschungsinstrument_p.50-67.pdf