

Evidenzbasierte Praxis in der deutschen Ergotherapie

Bachelorarbeit des Fachbereichs Gesundheitszorg

Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool Heerlen

HS 1

Alexandra Radek 1771418

Arne Tautorat 1770454

November 2019

Begleitende Dozentin: Uta Roentgen

Danksagung

Unser Dank gilt all denen lieben Menschen, die uns in der langen Phase des Konzipierens und Schreibens dieser Bachelorarbeit begleitet und unterstützt haben.

Besonders hervorheben möchten wir unsere Familien, die uns viel Kraft und Motivation geschenkt haben, mit uns durch Höhen und Tiefen gegangen sind und auf so vieles verzichtet haben.

Ein weiterer besonderer Dank gilt unserer begleitenden Dozentin, Uta Roentgen, für ihre kompetente Beratung, fachliche Unterstützung und Flexibilität.

Weiterhin möchten wir uns bei allen Ergotherapie-Dozierenden der Zuyd Hogeschool Heerlen bedanken, die uns das nötige Rüstzeug mit auf den Weg gegeben haben.

Darüber hinaus danken wir den Übersetzern_innen und Korrekturlesern_innen, die mit viel Geduld und Mühe einen wichtigen Beitrag für die Erstellung dieser Arbeit geleistet haben.

Wir bedanken uns ebenfalls bei unseren Kommilitonen für den guten Zusammenhalt, die konstruktive Kritik und die vielen schönen Erlebnisse.

Abschließend danken wir allen Teilnehmenden unserer Forschung und allen Menschen, die den Fragebogen weitergeleitet und somit zum Erfolg beigetragen haben.

Lesehinweise

Die vorliegende Bachelorarbeit wird im Verlauf als „Forschung“ bezeichnet.

Zur besseren Lesbarkeit wird der Begriff „Forschende“ als Synonym für die Autoren_innen verwendet.

In diesem Text wurden überwiegend geschlechtsneutrale Bezeichnungen gewählt, in einigen Fällen kommt eine alternative Schreibweise unter Verwendung des Unterstrichs (zum Beispiel: Klienten_innen) zum Einsatz.

Eine Auslassung in Zitaten wird durch drei Punkte in eckigen Klammern dargestellt.

Direkte Zitate werden original auf Englisch zitiert, um den Inhalt nicht zu verfälschen.

Bei englischer Literatur werden die Texte ins Deutsche übersetzt und in den Worten der Forschenden wiedergegeben.

Die Zitation der verwendeten Literatur erfolgt nach den Richtlinien der American Psychological Association in der Version 6 (2013).

Abkürzungen werden nur bei Erstnennung ausgeschrieben, im weiteren Textverlauf wird lediglich die Abkürzung verwendet. Verwendete Abkürzungen werden im Abkürzungsverzeichnis dargestellt.

Die in der Forschungsarbeit genutzten Tabellen und Abbildungen sind in separaten Verzeichnissen chronologisch aufgeführt.

Allgemein weniger gebräuchliche Begriffe sind im Glossar näher erläutert.

Direkte Bezüge zu Items und Merkmalsausprägungen des Fragebogens werden in Anführungszeichen gesetzt, um diese als solche im Fließtext erkennbar zu machen (zum Beispiel: „Arbeitskollegen/ Team“).

Abkürzungsverzeichnis

AD(H)S	Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung
AJOT	American Journal of Occupational Therapy
AOTA	American Occupational Therapy Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
bzw.	Beziehungsweise
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
DACHS	(D)eutschland / (A)ustria / S(CH)weiz / (S)üdtirol
DMP	Disease-Management-Programme
DNEbM e.V.	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ebd.	Ebenda
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBP	Evidenzbasierte Praxis
et al.	Lat.: et alii (und andere)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MOHO	Model of Human Occupation
n.d.	Nicht datiert
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
PICO	(P)erson / (I)ntervention / (C)omparison / (O)utcome
SGB	Sozialgesetzbuch
SI	Sensorische Integrationstherapie
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

Abstract

Deutsch

Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung der EBP für die Ergotherapie in Deutschland stellt sich die Frage, welche Kompetenzen Ergotherapeuten_innen aufweisen und welche Ressourcen, Rahmenbedingungen und Barrieren im Arbeitskontext existieren. Im August 2019 wurde eine quantitative Querschnittstudie über einen Online-Fragebogen durchgeführt. Hemmende und fördernde Faktoren, die Kompetenzen der Teilnehmenden und investierte zeitliche und monetäre Ressourcen wurden erhoben. Die Analyse basiert auf der Teilnahme von 115 Ergotherapeuten_innen. Die Grundhaltung gegenüber der EBP ist positiv, die Möglichkeit auf verschiedene Medientypen zuzugreifen, wird als Förderfaktor deklariert. Barrieren, wie fehlende Zeit zur Literaturrecherche während der Arbeitszeit und fehlende Kompetenzen werden identifiziert. Die positive Einstellung der Teilnehmenden ist eine solide Grundlage für die weitere Entwicklung der EBP in der deutschen Ergotherapie. Die zunehmende Nutzung digitaler Medien in Verbindung mit knappen zeitlichen Ressourcen erfordert einfache und schnelle Zugänge zu Inhalten. Darüber hinaus ist eine Erweiterung des Kompetenzerwerbs im Rahmen der beruflichen Bildung zu empfehlen.

English

In the context of growing importance of EBP in German occupational therapy the question arises which competencies as well as resources and limiting factors exist. This study was conducted as a quantitative research design using an online survey in August 2019. Limiting and facilitating factors, participants' competencies and invested timely and monetary resources were enquired. Analysis is grounded on response of 115 participants. The main attitude towards EBP is positive. Possibilities to access several types of media is declared as a facilitating factor. Barriers, like the lack of research time during working hours and also missing competencies are identified. Participants' positive attitude is a solid foundation for further development of EBP in German occupational therapy. Increasing use of digital media in relation to decreasing timely resources require a simplified access to content and an extended accomplishment of competencies in vocational training.

Nederlands

Aangezien de groeiende betekenis van EBP voor de ergotherapie in Duitsland komt de vraag op, over welke vaardigheden ergotherapeuten beschikken en welke resources, voorwaarden en barrières in de werkcontext bestaan. In augustus 2019 werd via een online-vragenlijst een kwantitatieve studie doorgevoerd om informatie over remmende en stimulerende factoren, vaardigheden van de deelnemers en geïnvesteerde tijdelijke en financiële resources te verzamelen. De analyse is gebaseerd op de deelname van 115 ergotherapeuten. De basishouding tegenover EBP is positief, de mogelijkheid verschillende media te gebruiken wordt als bevorderende factor beschouwd. Barrières zoals te weinig tijd voor recherche en ontbrekende competenties worden genoemd. De positieve houding van de deelnemers is een solide basis voor de ontwikkeling van EBP in de Duitse ergotherapie. Het toenemende gebruik van digitale media en de beperkte tijdelijke resources maken een vereenvoudigde toegang tot de inhoud noodzakelijk. Een uitbreiding van de competentieverwerving in de beroepsopleiding is aan te raden.

Zusammenfassung

Die Nutzung bereits bestehender externer Evidenz stellt sich als integraler Bestandteil einer hochqualitativen ergotherapeutischen Intervention dar. Dies bedingt vorhandene Kompetenzen und Fertigkeiten bezüglich der evidenzbasierten Praxis (EBP) und nutzbare Ressourcen. Darüber hinaus ist es zusätzlich von Nöten, die Ergotherapeuten_innen dazu zu befähigen, die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zeitnah in ihrer täglichen Praxis anzuwenden und umzusetzen.

Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen dieser Bachelorarbeit die aktuelle EBP in der deutschen Ergotherapie beleuchtet um eben diese Rahmenbedingungen, Kompetenzen und die eingebrachten Kapazitäten deutscher Ergotherapeuten_innen zu erheben. Hieraus ergibt sich die Forschungsfrage: „Wie gestaltet sich die evidenzbasierte Praxis (EBP) in der täglichen Praxis deutscher Ergotherapeuten_innen?“.

Im Rahmen der Datenanalyse hat sich herausgestellt, dass eine deutliche Diskrepanz zwischen den in der Berufsfachschulausbildung erworbenen Kompetenzen und dem nachträglich erworbenen und somit aktuellen Kompetenzstand besteht. Weiterhin wurden der Zugriff auf einen PC, auf Fachzeitschriften und auf Fachbücher als stärkste Förderfaktoren herausgestellt. Mangelnde Zeit zur Suche nach Evidenz am Arbeitsplatz gestaltet sich als der größte hemmende Faktor, wobei zudem herausgestellt wird, dass ein Großteil der Teilnehmenden in ihrer Freizeit nach Evidenz sucht.

Eine augenfällige Feststellung ist, dass der überwiegende Anteil der Teilnehmenden eine überaus positive Einstellung der EBP gegenüber hat und somit eine hohe Motivation ihre tägliche Praxis durch wissenschaftliche Belege zu untermauern. Dies wird unter anderem in der eigeninitiierten Weiterentwicklung der Kompetenzen und den im Verlauf der Berufspraxis kontinuierlich steigenden Fortbildungen ersichtlich.

Auf Grundlage der gewonnenen Daten leitet sich die Empfehlung für die Praxis ab, Evidenz kostengünstig, bestenfalls kostenlos, online zur Verfügung zu stellen. Vorteilhaft zeigt sich hierbei ein schneller unkomplizierter Zugriff auf die Inhalte, die zudem leicht verständlich sein sollten, um im therapeutischen Alltag schnell erfassbar und umsetzbar zu sein. Darüber hinaus würde das Verfassen einer praxisorientierten Studienzusammenfassung, als Erweiterung des bisher üblichen Umfangs einer wissenschaftlichen Arbeit, zu einer Beschleunigung des Wissenstransfers auf verständlicher Basis beitragen. Zur Festigung der Fertigkeiten und Kompetenzen bezüglich der EBP ist zu empfehlen, die Thematik bundeseinheitlich in den Ausbildungscurricula zu regeln.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Zusammenfassung	7
1. Einleitung	9
2. Theoretischer Hintergrund	12
2.1 Geschichtliche Entwicklung	12
2.2 Prozess und Kompetenzen	14
2.3 Rahmenbedingungen der EBP	16
2.4 Internationaler Kontext	19
2.5 Forschungslücke	21
3. Methode	23
3.1 Literaturrecherche	23
3.2 Pretest	24
3.3 Fragebogen	26
3.4 Datenanalyse	29
4. Resultate	31
4.1 Demografische Daten	31
4.2 Einstellung	34
4.3 Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen	37
4.4 Kompetenzen	39
4.5 Suche und Erfahrungen	43
5. Diskussion	46
5.1 Einstellung	46
5.2 Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen	47
5.3 Kompetenzen	49
5.3 Suche und Erfahrungen	51
5.4 Beschränkungen der Forschung und Reflexion	52
6. Schlussfolgerung	55
Literaturverzeichnis	58
Glossar	63
Tabellenverzeichnis	65
Abbildungsverzeichnis	65
Anhang	67
I. Fragebogen Pretest	67
II. Übersicht Skalenniveaus	68
III. Online-Fragebogen	69
IV. Statistische Daten	86

1. Einleitung

„Das machen wir schon immer so.“ Dieser Satz ist uns während unserer ersten praktischen Erfahrungen als Ergotherapeut_in das ein oder andere Mal begegnet. Vor allem als Berufseinsteiger_in ist man auf die interne Evidenz der Kollegen_innen angewiesen und orientiert sich gern an deren Erfahrungen.

Häufig stellt man als Berufseinsteiger_in die Frage nach dem „Was?“, um herauszufinden, welcher Therapieansatz sinnvoll ist. Jedoch kommt auf die Frage nach dem „Warum?“ selten eine fundierte Antwort. Gerade die Frage nach dem „Warum?“ macht einen signifikanten Anteil der Qualität ergotherapeutischer Interventionen aus. Dieses Bewusstsein wurde bereits im Rahmen unserer Berufsausbildung geweckt.

Das Thema evidenzbasierte Praxis (EBP) wurde in der Berufsfachschulausbildung auf theoretischer Ebene behandelt, praktische Anwendungsbeispiele wurden allerdings nicht durchgeführt. Somit war uns grundsätzlich klar, dass das Hinterfragen von therapeutischen Ansätzen eine hohe Priorität hat und evidenzbasiertes Arbeiten unabdingbar ist. Zu diesem Zeitpunkt fehlte allerdings das konkrete Handwerkszeug zur Umsetzung der EBP. Diese Lücke wurde während des Studiums durch die Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten geschlossen und das Bewusstsein der Notwendigkeit evidenzbasierten Arbeitens tiefer verwurzelt. Hierdurch hat sich für uns die Frage nach dem „Was?“ ganz selbstverständlich um die Frage nach dem „Warum?“ erweitert. Unsere Erfahrungen in den Ergo-Praxen zeigen jedoch in einigen Fällen ein anderes Bild.

Die ergotherapeutische Arbeit auf Grundlage von neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ist in Deutschland durch gesetzliche Rahmenbedingungen („§135a SGB 5 - Einzelnorm,“ n.d.) fest verankert und verpflichtend. Um die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen sind in der täglichen Praxis Effektivitätsnachweise zu erbringen. Dies geschieht durch die Nutzung von externer Evidenz, welche die ergotherapeutische Behandlung mit wissenschaftlichen Belegen untermauert. Dieses Vorgehen ist daher ein integraler Bestandteil der Qualitätssicherung in der ergotherapeutischen Behandlung, da hierdurch Interventionen transparent und messbar gemacht werden. Für die Umsetzung der EBP in der Praxis sind allerdings angepasste Arbeitsabläufe, spezifische Kompetenzen und nutzbare zeitliche und monetäre Ressourcen notwendig.

Durch EBP erfüllt der Therapierende nicht nur die Verantwortung dem Gesetzgeber gegenüber, sondern bringt auch eine klientenzentrierte Haltung zum Ausdruck. Klienten_innen sollten darauf vertrauen können, dass ihnen die bestmögliche zur Verfügung stehende Behandlung zukommt.

Im Rahmen des Ethikkodex des Berufsverbandes (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2005) werden diese gesetzlichen Rahmenbedingungen und Verpflichtungen aufgegriffen und umgesetzt. Folglich ist die Evidenzbasierung als Mittel für hochqualitative ergotherapeutische Arbeit unerlässlich. Vor diesem Hintergrund ergibt sich nicht nur ein Bedarf an wissenschaftlichen Studien zu Behandlungsansätzen an sich, sondern auch in der Evaluation der tatsächlichen Nutzung dieser Erkenntnisse durch die Therapierenden. Es ist demnach nicht nur notwendig, wissenschaftliche Erkenntnisse zu generieren, sondern ebenso die Therapierenden zu befähigen, diese Erkenntnisse in ihrer täglichen Praxis umzusetzen. Dies bestätigt die World Federation of Occupational Therapists (WFOT) im Jahre 2017 durch eine Studie, welche internationale Forschungsprioritäten für die Ergotherapie aufzeigt (World Federation of Occupational Therapists et al., 2017). Eine der hierbei festgelegten Prioritäten stellt die Forschung hinsichtlich EBP dar. Inhalte derer werden von der WFOT wie folgt definiert:

„[...] how occupational therapists currently practice with respect to the evidence available, how they could learn to access and understand the evidence base relevant to their practice, what professional and educational interventions are effective in assisting occupational therapists to change their practice, attitudes to evidence-based practice and knowledge translation, development of clinical practice guidelines, and reviews of evidence around specific practice areas“ (World Federation of Occupational Therapists et al., 2017, S. 8).

In der jüngsten Zeit wird EBP in der deutschen Fachliteratur immer häufiger thematisiert, was mit der Entwicklung auf europäischer und internationaler Ebene einhergeht. Hierbei wird international ein breites Spektrum an Forschungsinhalten abgedeckt. Diese beziehen sich sowohl auf die Erhebung aktuell praktizierter EBP (Ritschl et al., 2015) einschließlich Best Practice Beispielen (Behrens, Lange & Nölke, 2019), als auch auf Barrieren, Herausforderungen und Herangehensweisen EBP praktikabler zu machen (Schönthaler, Schwab, Zettel-Tomenendal & Ritschl, 2017). Sowohl international, als auch in Deutschland zeigt sich jedoch aktuell ein Zeitversatz von rund 17 Jahren zwischen der Erstveröffentlichung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Etablierung in der ergotherapeutischen Praxis (Lin, Murphy & Robinson, 2010). Vor diesem Hintergrund und aufgrund der Tatsache, dass wir durch die Berufsfachschulausbildung nicht die nötigen Kenntnisse zur

Umsetzung von EBP erlangt hatten, stellt sich uns die Frage nach der tatsächlichen Verbreitung der EBP in der deutschen Ergotherapie.

Im Rahmen dieser Forschung wird der Prozess der EBP betrachtet. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf den Aspekten der Literaturrecherche und der Qualitätsbewertung der Ergebnisse. Hierbei werden sowohl primär hemmende und fördernde Einflussfaktoren, die Rahmenbedingungen bezüglich der Umsetzung, als auch die vorhandenen Kompetenzen der Teilnehmenden und die eingebrachten zeitlichen und monetären Kapazitäten erhoben. Der Theorie-Praxis-Transfer wird im Rahmen dieser Arbeit nicht tiefgreifend betrachtet, da dies den Umfang dieser Arbeit sprengen würde. Aus der vorhandenen Literatur leitet sich die konkrete Forschungsfrage: „Wie gestaltet sich die evidenzbasierte Praxis (EBP) in der täglichen Praxis deutscher Ergotherapeuten_innen?“ ab. Hierbei interessieren uns insbesondere die Leitfragen:

- „Welche hemmenden und fördernden Faktoren beeinflussen den Prozess der EBP?“
- „Welche EBP spezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten haben deutsche Ergotherapeuten_innen während der Berufsfachschulausbildung erlangt und in welchem Umfang wurden diese in der täglichen Praxis erweitert?“
- „Welche zeitlichen und monetären Kapazitäten bringen deutsche Ergotherapeuten_innen in ihre EBP ein?“

Aus den Ergebnissen werden Empfehlungen zu konkreten Handlungsansätzen zur Förderung der EBP abgeleitet.

Die vorliegende Bachelorarbeit gliedert sich in mehrere Kapitel. Dem theoretischen Hintergrund (Kapitel 2) liegt eine Literatur- und Internetrecherche zugrunde. Dieser Teil der Arbeit befasst sich mit den bereits bestehenden Forschungsinhalten zur Thematik und die Einbettung dieser in gesetzliche und ethische Rahmenbedingungen. Im Methodenteil (Kapitel 3) wird die Vorgehensweise, das gewählte Studiendesign und der Prozess der Datenanalyse im Detail erläutert. Die Ergebnisse der Befragung werden im Kapitel Resultate (Kapitel 4) analog des Fragebogens chronologisch dargestellt. In der darauf folgenden Diskussion (Kapitel 5) werden die Ergebnisse mit der theoretischen Ausgangssituation in Verbindung gebracht und im Bezug auf die Methodik reflektiert. Die abschließenden Schlussfolgerungen (Kapitel 6) beinhalten die gewonnenen Erkenntnisse und daraus abgeleitete Empfehlungen für die Praxis.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Geschichtliche Entwicklung

Der Begriff Evidenz entstammt dem lateinischen Wort „evidentia“ und bezeichnet eine unumstößliche Tatsache oder eine faktische Gegebenheit („Duden | Evidenz | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft,” n.d.). Synonyme zu Evidenz sind Einsichtigkeit, Klarheit, Nachvollziehbarkeit, [...], Unwiderlegbarkeit, [...] (ebd.). Dem Begriff Evidenz kommt im Kontext der Evidenzbasierten Medizin (EbM) eine andere Bedeutung zu. Vom englischen Wort „evidence“ abgeleitet, bezieht sich der Begriff Evidenz auf die Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen. Auf der Website von Cochrane Deutschland wird EbM folgendermaßen definiert:

„[...] der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.“ („Evidenzbasierte Medizin,” n.d., § 1).

Der Grundstein der EbM lässt sich auf die 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts zurückführen. Hier findet sich erstmalig die Bezeichnung in einem 1793 publizierten Artikel „An attempt to improve the Evidence of Medicine“ des schottischen Arztes George Fordyce. Eine der Kernaussagen des Artikels umfasst die Tatsache, dass im Rahmen des medizinischen Wissens hauptsächlich von allgemeinen Aussagen Schlussfolgerungen für den Einzelfall getroffen werden. Dies geschieht ausschließlich durch jeweils eine/n einzelne/n Arzt/Ärztin, welcher seine Schlussfolgerung dementsprechend an die Allgemeinheit kommuniziert. Diese, sich häufig auf extraordinäre Krankheitsbilder spezialisierten Artikel, welche lediglich die Betrachtungsweise einer Person von einem Standpunkt behandeln, stellen jedoch keine Evidenz dar, die ausreichend korrekt ist, um sich auf diese zu stützen („Fordyce G (1793)“, 2010). Somit stellte George Fordyce bereits im 18. Jahrhundert fest, dass Evidenz erst dann anwendbar und als solche zu betiteln ist, wenn diese hinreichend belegt ist.

Bereits 40 Jahre zuvor, im Jahre 1753, wurde in Großbritannien eine der ersten kontrollierten klinischen Studien zur Behandlung von Skorbut mit Orangen und Zitronen durchgeführt. In seiner Publikation beschreibt James Lind sein Experiment und seine Vorgehensweise detailliert und für den Leser nachvollziehbar. Hieraus wird erkennbar, wie viele Patienten_innen er betreut hat, welche Lebensmittel, Getränke und Medikamente diesen über einen bestimmten Zeitraum und einer festgelegten Menge verabreicht wurden, sowie die beobachteten Resultate und der

Gesundheitszustand nach Abschluss der Studie („Lind J (1753)“, 2010). Schon im Jahre 1753 wurde somit deutlich herausgestellt, dass Evidenz transparent für den/die Leser_in sein muss, um nachvollziehbar und reproduzierbar zu sein.

Trotz dieser frühen Erkenntnisse über die belegte Wirksamkeit von Behandlungen kritisierte Archibald L. Cochrane im Jahre 1971 den Mangel an wissenschaftlicher Evidenz von gängigen Behandlungen, die als wirksam eingestuft, jedoch nicht durch wissenschaftliche Studien gestützt wurden. Dies begründet sich auf seine Beobachtung von erkrankten Kriegsgefangenen während des zweiten Weltkriegs. Hierbei stellte er fest, dass diese vollkommen genesen waren, gänzlich ohne einen Zugang zu Gesundheitsfürsorge. Folglich entwickelte sich sein Verdacht, dass einiges, was im Rahmen von Gesundheitsfürsorge durch die Gesundheitsfachberufe zu der Zeit praktiziert wurde, sinnlos oder sogar schädlich war und dass die erfolgreichsten Resultate durch die Kraft des eigenen menschlichen Körpers erzielt wurden. Diese Vermutung Cochranes wurde gepaart mit seiner Einsicht, dass viele Forschungen irreführend seien, da sie einem schwachen Studiendesign unterlägen.

Dies löste eine Neubewertung von vielen bereits etablierten und angeblich wissenschaftlichen Fakten aus und bewirkte, dass Ärzte_innen den Nutzen und die Notwendigkeit von Evidenz in der Medizin erkannten (Cochrane, 1972). Cochranes weitere Arbeiten führten zu einer zunehmenden Akzeptanz von klinisch kontrollierten Studien. Er wurde dadurch gewürdigt, dass ein internationales Netzwerk zur Wirksamkeitsbewertung in der Medizin, die Cochrane Collaboration, nach ihm benannt wurde („Geschichte der EbM,“ n.d.).

Fast 30 Jahre später, im Jahre 2000, wurde in Deutschland das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin DNEbM e.V. gegründet, welches sich auch heute noch als interdisziplinäre Plattform für EbM-Aktivitäten versteht („Evidenzbasierte Medizin,“ n.d.). Weitere mit EbM in Verbindung stehende Institutionen in Deutschland entwickeln sich wenige Jahre später. So setzt sich seit 2004 das unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auf Grundlage der EbM für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland ein. Hierbei ist das IQWiG im wesentlichen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Bundesgesundheitsministeriums tätig, bewertet Operations- und Diagnoseverfahren, Arzneimittel und Behandlungsleitlinien und erarbeitet Grundlagen für neue Disease-Management-Programme (DMP) (ebd.). Eine weitere relevante Institution ist das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), welches eine Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist, und umfassende Ressourcen zur EbM anbietet. Das ÄZQ bietet zudem in Zusammenarbeit mit der

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) Portale für qualitätsbewertete Leitlinien und Patienteninformationen an (ebd.). Vor allem Leitlinien bekommen im Rahmen der ergotherapeutischen Arbeit eine immer höhere Relevanz, da der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) sich aktiv an der Bearbeitung und Erstellung dieser beteiligt, um auch Empfehlungen für ergotherapeutisch evidente Behandlungsansätze mit einfließen zu lassen.

2.2 Prozess und Kompetenzen

An dieser Stelle wird deutlich, dass Evidenz einen Übertrag in die therapeutische Praxis finden muss. Aus wissenschaftlichen Erkenntnissen müssen somit Empfehlungen und Herangehensweisen gebildet werden, wie diese anzuwenden und einzusetzen sind, um diese im Arbeitsalltag der Gesundheitsberufe zu etablieren. Auf Grundlage dessen ergibt sich folglich per Definition die EBP, die im engeren Sinne als eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns verstanden wird, um individuelle Klienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Erkenntnisse zu versorgen („Definitionen,” n.d.).

Differenzierte Definitionen bezüglich der EBP im Rahmen der Ergotherapie geben Aufschluss über den Umfang der vorhandenen Komponenten der EBP. Der Begriff der EBP beinhaltet demnach nicht nur die gesammelte Evidenz aus Wissenschaft und Praxis, sondern ist zudem ein Prozess, der die Expertise des Ergotherapeuten, die Präferenzen des Klienten und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen miteinander vereint (Mangold, 2013; Sackett, 2001).

Somit stellt EBP ein systematisches Konzept dar, Erfahrungen aus dem berufspraktischen Alltag mit den wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen aus der Forschung zu verknüpfen, um so die bestmögliche Behandlung des Klienten zu gewährleisten. Synonyme zu EBP sind beispielsweise Evidence Based Rehabilitation, Evidence Based Health Promotion oder Evidence Based Decision Making (Mangold, 2013).

Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass der Begriff „evidenzbasierte Medizin“ trotz vorangegangener Tatsachen weder geschützt, noch eindeutig einer bestimmten definierten Methodik zugeordnet ist.

Obwohl keine vorgeschriebene Methodik besteht, hat sich zur Umsetzung von EBP ein mehrstufiger Prozess etabliert (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996):

- Ableitung einer relevanten, beantwortbaren Frage aus dem klinischen Fall
- Planung und Durchführung einer Recherche der klinischen Literatur
- Kritische Bewertung der recherchierten Literatur (Evidenz) bezüglich Validität / Brauchbarkeit
- Anwendung der ausgewählten und bewerteten Evidenz beim individuellen Fall
- Bewertung der eigenen Leistung.

Im beschriebenen Prozess wird sich auf die Nutzung von externer Evidenz, also wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen, berufen. Die Ableitung einer relevanten und beantwortbaren Frage aus einem klinischen Fall zur effizienten Gestaltung einer Literaturrecherche geschieht im PICO-Format, in der ein Patient oder ein Problem (P), eine Intervention (I), eine Vergleichsintervention (Comparison) und ein definiertes Ziel (Outcome) festgelegt werden. Hierdurch können Rechercheergebnisse erreicht werden, die konkret auf das Anliegen des Suchenden zugeschnitten sind und praxisrelevante Informationen enthalten (Lin, Murphy & Robinson, 2010). Weiterhin ist es notwendig, durch die Auswahl von geeigneten Medien und Zugangswegen die Suche nach Evidenz effizient zu gestalten (ebd.). Hierbei können verschiedene Wege genutzt werden, wie die Recherche in Datenbanken, das Lesen von Fachbüchern- und Fachzeitschriften, die Nutzung von Leitlinien oder die Suche nach Fachinformationen über Suchmaschinen und ergotherapiespezifische Internet-Foren. Jerosch-Herold (1998) fasst die Nutzung von externer Evidenz auf der Grundlage von Sackett et al. (1996) wie folgt zusammen:

„Evidence based practice has been defined as the integration of current best evidence with individual clinical expertise when making decisions about the care of individual patients [...].“

Somit wird hier nicht lediglich der Inhalt der wissenschaftlichen Publikation an sich verwertet, sondern dieser auch im Vorfeld auf Qualität und Eignung für den eigenen Berufsalltag geprüft. Um Evidenz in die Praxis zu integrieren, muss hier somit die statistische Signifikanz getrennt von der klinischen Relevanz betrachtet werden.

Nach der Überprüfung dieser Kriterien muss ein Theorie-Praxis-Transfer erfolgen, in welchem die theoretischen Informationen auf das individuelle Therapiesetting, angepasst an den/die Klienten_in, umgesetzt oder adaptiert werden. Ergotherapeuten_innen tendieren dazu, klinische

Entscheidungen auf Grundlage von eigenen Erfahrungen und den Ratschlägen von Arbeitskollegen_innen, also interner Evidenz, zu begründen (Lin, Murphy & Robinson, 2010). Die klinische Expertise spielt hier eine wichtige Rolle, da gegebenenfalls keine externe Evidenz bezüglich einer spezifischen Intervention im Rahmen eines Settings oder bezüglich eines Krankheitsbildes vorhanden ist. Weiterhin muss Evidenz im praktischen Berufsalltag adaptiert werden, wenn Ergebnisse der gefundenen Evidenz nicht mit den Vorstellungen des/der Klienten_in überein stimmen. Hierbei hilft die interne Evidenz einen kohärenten Übertrag zwischen der externen Evidenz auf die tatsächliche Therapiesituation zu erreichen und festzulegen, wie die neuen Erkenntnisse eingesetzt werden (ebd.). Somit stellt sich auch die klinische Erfahrung des Praktizierenden als notwendiger und integraler Bestandteil der EBP dar (Sackett, 2001).

Der dritte zu berücksichtigende Aspekt der EBP stellen die Präferenzen des/der Klienten_in dar (ebd.). Durch eine auf die Vorlieben des/der Klienten_in angepasste Behandlung, bezüglich der Vorgehensweise und dem Inhalt, kann seitens des/der Klienten_in sowohl eine gute Mitarbeit stattfinden, als auch eine erfolversprechende Intervention durch vorhandene intrinsische Motivation.

2.3 Rahmenbedingungen der EBP

Aktuell besteht die zunehmende Forderung verschiedener Interessengruppen nach Wirksamkeitsnachweisen therapeutischer Behandlungen (Mangold, 2013). Hier kommen primär die Interessen der Stakeholder bezüglich ergotherapeutischer Interventionen zum Tragen, wie die Klienten_innen und erweiterten Klienten_innen, Arbeitgebenden, Teammitglieder und Kostenträger. Evidenz ist der Hintergrund, der den ergotherapeutischen Prozessplan hierfür untermauern soll (Chisholm & Boyt Schell, 2014). Generell ist das Ziel der EBP, im Rahmen der Ergotherapie das therapeutische Handeln zu optimieren. Durch Verknüpfungen der Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung mit der beruflichen Praxis und der bestehenden internen Evidenz kann ergotherapeutisches Handeln durch wissenschaftliche Belege untermauert werden.

Hierdurch ist die Gewährleistung von qualitativ hochwertiger ergotherapeutischer Arbeit gegeben, wenn sich auf neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit berufen wird.

Somit trägt die evidenzbasierte Arbeit zu professionellem Handeln und langfristig zur Professionalisierung des Berufsbilds bei. Aufgrund dessen ist es wichtig, EBP bereits im Rahmen der Berufsausbildung zu lehren. Sackett, Rosenberg, Richardson und Haynes (1996) stellen fest, dass die Implementierung von EBP nicht nur die Beherrschung spezifischer Fertigkeiten, wie die Bewertung von Forschungsergebnissen erfordert, sondern auch die Entwicklung selbststeuernder Gewohnheiten,

um die regelmäßige Verwendung aktueller Erkenntnisse während der gesamten beruflichen Laufbahn aufrechtzuerhalten (Cohn, Coster & Kramer, 2014).

Um evident zu handeln, sind somit sowohl unterschiedliche Fertigkeiten als auch eine gewisse Routine notwendig. Laut Cohn, Coster & Kramer (ebd.) ist zudem bekannt, dass Übung eine Rolle spielt, um Gewohnheiten zu entwickeln. Um Gewohnheit zu erlangen, und die Schritte von evidenzbasierten Handeln im beruflichen Alltag umzusetzen sollte daher EBP im Rahmen der Ausbildung intensiv behandelt werden (ebd.).

Hierbei verdienen die Ausbildungscurricula für die Berufsfachschulausbildung Ergotherapie besondere Aufmerksamkeit. Lediglich bei fünf der 16 deutschen Bundesländer sind die Lehrpläne und Ausbildungscurricula für die schulische Ausbildung im Internet zugänglich. Hier fällt auf, dass die Lehrpläne uneinheitliche Inhalte zur EBP enthalten, die die Vermittlung tiefgreifender Grundlagen und Kompetenzen umfassen. Das Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport gibt im Rahmen des Lehrplans für die berufsbildende Schule Ergotherapie an, nicht nur die Nutzung von evidenzbasierten Interventionen im beruflichen Alltag zu behandeln, sondern auch statistische Grundlagen, den Umgang mit englischsprachiger Fachliteratur, die Suche nach Evidenz und die Bedeutung der EBP für die Professionalisierung und das Berufsbild zu thematisieren (2015). Im Rahmen des Lehrplans für die Ergotherapieausbildung in Bayern wird beispielsweise das wissenschaftliche Arbeiten lediglich am Rande erwähnt (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2001).

Thomas, Han, Osler, Turnbull & Douglas (2017) fassen in ihrer Studie zur EBP Aussagen von Studierenden aus Kanada zum Thema EBP so zusammen, dass die Studierenden die Anwendung von EBP im klinischen Kontext als sehr wichtig ansehen und dass das akademische Programm die Möglichkeit der Anwendung so oft wie möglich eröffnen sollte. Die Studierenden verstehen, dass EBP eine Grundlage des Berufes ist und als solche sowohl im schulischen als auch im klinischen Umfeld betont werden muss (ebd.). Im Prozess der Akademisierung der Ergotherapie wird sich die EBP somit immer weiter in den Vordergrund rücken, um unter anderem eine Entwicklung hinsichtlich Qualitätsstandards und einer Professionalisierung des Berufsbildes zu erreichen. Erste Schritte in diese Richtung sind bereits erkennbar. So behandelt eine aktuelle Ausgabe der Fachzeitschrift des DVE „Ergotherapie und Rehabilitation“ konkrete Möglichkeiten zum Kompetenzerwerb in Form von Online-Kursen und schriftlichen Anleitungen (Hucke & Meiling, 2019).

Dieser aktuelle Trend zeichnet sich ebenfalls in gesetzlichen Grundlagen ab. Der Gesetzgeber fordert von Leistungserbringern im deutschen Gesundheitssystem eine kontinuierliche Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der erbrachten Leistungen. Dies bezieht sich nicht nur auf die tatsächliche Durchführung, sondern explizit auch auf den jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse („§135a SGB 5 - Einzelnorm,“ n.d.). Hier wird eine gesetzliche Verpflichtung zur evidenzbasierten Praxis für Therapierende ersichtlich. Weiterhin gibt der G-BA Richtlinien heraus, die sowohl die diagnostischen und therapeutischen Leistungen, als auch die verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die Anforderungen an das Qualitätsmanagement behandeln („§136 SGB 5 - Einzelnorm,“ n.d.). Wissenschaftlich fundierte ergotherapeutische Arbeit trägt zur Qualitätssicherung der Behandlung bei, da somit immer der aktuell als am effektivsten eingestufte Therapieansatz gewählt, angewandt und der Behandlungserfolg evaluiert werden kann.

Die Relevanz evidenzbasierter Arbeit findet sich nicht nur in gesetzlichen Rahmenbedingungen wieder, sondern ist auch ein Teil des Berufsbilds der Ergotherapie, welche sich in den „Säulen der Ergotherapie“ wiederfinden. In diesen „Säulen der Ergotherapie“ ist die Evidenzbasierung neben der Klientenzentrierung, der Kontextbasierung, der Betätigungsorientierung, der Populationsbasierung und der Technologiebasierung als eine Säule fest verankert (Granse, Hartingsveldt & Kinebanian, 2019) und stellt somit einen zentralen Bestandteil des Berufsbildes dar.

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. setzt sich unter anderem hinsichtlich des Berufsbildes mit Perspektiven bis zum Jahre 2020 auseinander. Hierbei wird als ein Bestreben angeführt, dass Ergotherapeuten_innen nach dem aktuellen Stand der Kenntnisse (state of the art) arbeiten, und ihre professionellen Kompetenzen kontinuierlich hinsichtlich Professionalität und qualitativ hochwertiger Arbeit weiterentwickeln (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2012). Dieses Ziel wird durch verschiedene Aspekte definiert, worunter die evidenzbasierte Arbeit explizit aufgeführt wird (ebd.). Um diese Entwicklung zu fördern, publizierte der DVE unter anderem Artikel, welche sich mit der Nutzung der EBP-Datenbank des DVE (Meiling & Oltman, 2017) auseinandersetzt mit dem Ziel, über eine Beispielrecherche Kompetenzen und Vorgehensweisen für eine erfolgreiche Literaturrecherche zu vermitteln (George & Meiling, 2013). Ein EBP-Glossar, herausgegeben vom DVE, erläutert hierzu die relevanten wissenschaftlichen Fachbegriffe durch kurze Definitionen (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2010).

2.4 Internationaler Kontext

Für Deutschland hat sich der DVE dem Ethikkodex des Weltverbands der Ergotherapeuten (WFOT) und den Standards zur beruflichen Praxis des europäischen Verbands der Ergotherapeuten (COTEC) angeschlossen, in denen eine Berufsausübung auf der Grundlage bestmöglicher Evidenz auf der Basis bestehender, anerkannter Forschung verankert ist. Hier heißt es:

„Ergotherapeuten entwickeln sich durch lebenslanges Lernen beruflich weiter und wenden ihr erworbenes Wissen und ihre Fertigkeiten bei der Berufsausübung an, die auf der bestmöglichen Evidenz beruht.“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2005, S. 4)

Auf internationaler Ebene wird die Professionalisierung des Berufsbildes durch die EBP nicht nur über den WFOT aufgegriffen und diskutiert. So wird in einem Positionspapier der Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) der Prozess der professionellen Weiterbildung als unabdingbar beschrieben, bezogen sowohl auf die professionelle, als auch die persönliche Entwicklung auch unter dem Aspekt der Professionalisierung der Ergotherapie (Canadian Association of Occupational Therapists, 2011). Weiterhin positioniert sich die CAOT bezüglich der Professionalisierung und Weiterbildung und benennt, dass Zugang zu aktuellem und relevantem evidenzbasiertem Wissen sowie spezifische Fertigkeiten und Verhaltensweisen der Ergotherapeuten_innen der Schlüssel für eine Entwicklung bestmöglicher Praxis in der Ergotherapie sind (ebd.). Hier sind sowohl Fertigkeiten zur Suche und Qualitätsbewertung von Evidenz, als auch der Übertrag in die Praxis von Bedeutung.

In Kanada wurde eine Studie bezüglich der Integration von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis durchgeführt (Vachon, Durand, LeBlanc, 2010). Hierbei wurden Barrieren für evidenzbasierte Praxis erhoben, welche beeinflussen, inwieweit die Studienteilnehmenden in der Lage dazu sind, wissenschaftliche Erkenntnisse in ihren klinischen Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Beschriebene Barrieren umfassen organisatorische, administrative und rechtliche Faktoren, die eine evidenzbasierte Arbeit verhindern. Hieraus ergibt sich, dass wenn physische, organisatorische und soziale Restriktionen als nicht verhandelbar eingestuft werden, sich die verfügbaren Optionen, die ergotherapeutische Intervention individuell zu gestalten, verringern, was das Einbringen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse erschwert oder verhindert. Diese Tatsache wurde im Rahmen der genannten Studie als größte Barriere der evidenzbasierten Praxis observiert (ebd.).

Evidenzbasierung ist darüber hinaus eine Grundlage aktueller und international anerkannter ergotherapeutischer Modelle, wie beispielsweise dem Model of Human Occupation (Taylor & Kielhofner, 2017). So begründet Taylor (2017) in ihrem Buch, welches in einer engen Beziehung mit dem MOHO steht, weshalb Ergotherapeuten_innen Forschung betreiben sollten und evidenzbasiert arbeiten müssen wie folgt:

„Every health profession asks its clients and the public to have a level of confidence in the worth of its services. To justify that confidence, the profession must enable its members to offer high quality services that will benefit clients“ (Taylor, 2017, S. 1).

Somit ergibt sich den Klienten_innen gegenüber eine Verpflichtung, die beste, aufgrund wissenschaftlicher Belege zur Verfügung stehende Intervention anzuwenden, da die Klienten_innen dem therapeutischen Fachpersonal einen Vertrauensvorschuss entgegen bringen.

Ein weiteres ergotherapeutisches Modell, in welchem die EBP fest verankert ist, ist das Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (OTPF). In Anlehnung hieran wird der Prozess der EBP folgendermaßen beschrieben:

„The components of the process are influenced and guided by a collection of evidence that includes theory, research, the therapist's experience, and the client's preferences“ (Chisholm & Boyt Schell, 2014, S.268).

Hier kann sich weiterhin auf den von Sackett et al. beschriebenen und oben bereits genannten mehrstufigen Prozess der EBP bezogen werden (Sackett, Rosenberg, Haynes & Richardson, 1996), welcher unter anderem besagt, dass auch die Bewertung der eigenen therapeutischen Leistung und die Reflexion des Prozesses einen unabdingbaren Bestandteil der EBP darstellt.

Diese ergotherapeutische Kompetenz kann unter dem Begriff des Clinical reasoning zusammengefasst werden (Feiler, 2003), der die Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns auf mehreren Ebenen beschreibt. Ein reflektierter Praktiker verbessert seine Arbeit hinsichtlich der Gewährleistung von Qualität kontinuierlich in einem lebenslangen Lernprozess, was unter anderem durch die regelmäßige Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen sichergestellt wird. Auch dieser Aspekt stellt wieder einen integralen Bestandteil der Professionalisierung der Ergotherapie dar und zeigt Potentiale auf.

2.5 Forschungslücke

Bezüglich des Entwicklungspotenzials der Ergotherapie begannen 2004 die Berufsverbände von Deutschland, Österreich und der Schweiz und Südtirol länderübergreifend zu kooperieren und Überlegungen diesbezüglich anzustellen. Hierüber wurde das DACHS-Projekt zur Weiterentwicklung der Ergotherapie im deutschsprachigen Raum initiiert, um auf die gesellschaftlichen Veränderungen und Perspektiven professionell und zukunftsweisend einzugehen. In der aktuellen Broschüre des DACHS-Projekts werden Visionen hin zu einem konkret realisierbaren, erweiterten Angebot der Ergotherapie beschrieben unter der Nutzung von konkreten Arbeitssettings und Fallbeispielen (Claudiana Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe, n.d.). Im Rahmen der Broschüre wird die Thematik der professionellen Weiterbildung und Evidenzbasierung in der ergotherapeutischen Praxis jedoch nicht erwähnt, somit wird die zunehmende Relevanz der EBP, die auch durch andere Veröffentlichungen immer weiter in den Fokus gerückt wird, außer Acht gelassen.

Im europäischen Ausland wird dem Thema EBP weitaus mehr Beachtung geschenkt. So wurden in Österreich bereits ähnliche Forschungen wie die Forschung im Rahmen dieser Bachelorarbeit durchgeführt (Ritschl et al., 2015). Im Rahmen dieser Studie wurden Einstellungen, Kompetenzen, Barrieren bezüglich EBP und die generelle Arbeitszufriedenheit österreichischer Ergotherapeuten über einen Online-Fragebogen erhoben. Ergebnisse der Forschung zeigen eine positive Einstellung der Teilnehmenden der EBP gegenüber und eine hohe Arbeitszufriedenheit. Als stärkste Barrieren werden Zeitmangel und zu geringe Fertigkeiten in der Beurteilung der Qualität von Evidenzen angegeben. Auf dieser Grundlage konnten in Österreich bereits Maßnahmen in Form eines EBP-Service-Centers zur Förderung von EBP ergriffen, und mit qualitativer Forschung gestützt werden (Schönthaler, Schwab, Zettel-Tomenendal, & Ritschl, 2017). Inhalt des Service-Centers ist unter anderem ein neunstündiger EBP Workshop, der erforderliche Kompetenzen vermittelt (ebd.).

Für die Ergotherapie in Deutschland konnten keine Studien identifiziert werden, die eine ähnliche Forschung dokumentieren, wodurch sich die Forschungslücke aufzeigt. Durch die Erhebung für Deutschland gültiger aktueller Basisdaten soll die Grundlage für weitere Detailforschungen gelegt werden. Hierbei gilt es zudem, die Ergebnisse aus anderen Ländern auf ihre Gültigkeit für Deutschland zu überprüfen. Darüber hinaus wurden unsere persönlichen Erfahrungen und Kompetenzen einbezogen, um das Spektrum der EBP ganzheitlich abzubilden. Hierbei wurde der Schwerpunkt primär auf hemmende und fördernde Faktoren hinsichtlich der EBP, sowie die in der Berufsfachschulausbildung erworbenen und nachträglich erweiterten Kompetenzen gelegt.

Ein weiterer Aspekt beleuchtet die Nutzung verschiedener Zugangswege, die zeitlichen und monetären Kapazitäten, welche hierfür aufgebracht werden, sowie die Einstellung der Teilnehmenden und der Personen im Arbeitsumfeld zur EBP in der Ergotherapie.

Langfristig können aufgrund dieser Basis mit neuen Erkenntnissen aus dieser Arbeit weiterführende Strategien entwickelt und implementiert werden, was zur Professionalisierung und zu einem klarer definierten Berufsbild beiträgt (Mangold, 2013).

3. Methode

Die vorliegende Bachelorarbeit wurde im Zeitraum Februar bis November 2019 erstellt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage „Wie gestaltet sich die evidenzbasierte Praxis (EBP) in der täglichen Praxis deutscher Ergotherapeuten_innen?“ wurde ein quantitatives Forschungsdesign gewählt, um ein möglichst breites und überregionales Bild zu erhalten. Hierzu wurde eine Querschnittstudie auf der Grundlage eines Surveys (Standardisierter Online-Fragebogen) durchgeführt (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016). Eine Prüfung durch eine Ethikkommission entfiel vor dem Hintergrund des Forschungsthemas aus pragmatischen Gründen.

3.1 Literaturrecherche

Im Rahmen des methodischen Vorgehens wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand zu erfassen und die Forschungslücke genau einzugrenzen. Hierzu wurde eine PICO-Fragestellung formuliert um die Suche effizient zu gestalten und relevante Informationen zu erhalten (Lin, Murphy & Robinson, 2010). Da keine Vergleichsintervention vorliegt, entfällt in der gewählten Formulierung der PICO-Frage der Aspekt „Vergleich“ (C für Comparison). Die PICO-Frage lautet: „Welche Barrieren (O) oder Förderfaktoren (O) beeinflussen die EBP (I) von Ergotherapeuten_innen in Deutschland?“ Die hieraus abgeleiteten Suchbegriffe und die verwendeten Datenbanken sind in Tabelle 1 dargestellt.

Der überwiegende Teil der Suchergebnisse behandelte die Bedeutung und Entwicklung der EBP auf nationaler und internationaler Ebene. Weitere Inhalte befassten sich mit den Prozessen und methodischen Vorgehensweisen der EBP. Hierbei kann unterschieden werden zwischen Artikeln, welche die Prozesse von theoretischer Seite erläutern, und solchen, die eher praxisorientierte Herangehensweisen vermitteln bis hin zu konkreten Leitfäden zur Umsetzung. Unter den Suchergebnissen fanden sich darüber hinaus zwei Studien, welche Basisdaten und Rahmenbedingungen bezüglich der aktuell praktizierten EBP in Österreich und Schweden erhoben (Ritschl et al., 2015; Wressle & Samuelsson, 2015).

Tab. 1: Literaturrecherche

Filter	Suchbegriffe	Datenbank	Treffer
full text access, date published 2015 - 2019	occupational therapy OR occupational therapist OR ot AND evidence based practice OR ebp OR evidence based OR best practice AND barriers OR obstacles OR challenges OR difficulties OR issues AND resources OR support	ZUYD Bibliothek	105.805
		Cochrane Library	49
		PubMed	324

Die formulierte PICO-Frage wurde bewusst offen gehalten, da es das Ziel war, zunächst einen umfassenden Überblick über die Thematik zu erhalten. Daraus resultiert unter anderem die hohe Trefferanzahl in der Zuyd Bibliothek. Die Treffer wurden zunächst anhand des Titels und des Abstracts auf eine mögliche Relevanz überprüft. Hierbei auftretende inhaltliche Dopplungen wurden direkt identifiziert und nicht weiter berücksichtigt. Die Inhalte wurden bei der tiefgreifenden Lektüre kategorisiert und Schwerpunkte stichpunktartig festgehalten. Die Schwerpunktthemen waren erforderliche Kompetenzen, hemmende und fördernde Rahmenbedingungen sowie die Einstellung zur EBP. Ergänzend zu dem so gewonnenen Themenüberblick wurden weitere Quellen wie Fachbücher und die Ausbildungscurricula der Bundesländer gezielt herangezogen.

Bei der näheren Betrachtung der Suchergebnisse ist nicht nur die Relevanz in Bezug auf die Forschungsfrage, sondern auch die wissenschaftliche Aussagekraft von Bedeutung. Zur Bewertung der Suchergebnisse wurde die Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2017) herangezogen.

Auf Grundlage der ausgewählten Literatur konnte die Forschungsfrage präzisiert und die zugehörigen Leitfragen entwickelt werden. Im Hinblick auf die geplante Befragung wurden Ein- und Ausschlusskriterien zur Teilnahme festgelegt. Die Teilnehmenden mussten volljährig sein, eine abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeut_in besitzen und derzeit in Deutschland als Ergotherapeut_in oder Lehrkraft für Ergotherapie tätig sein. Diese Kriterien wurden so gewählt, damit jede/-r aktuell in Deutschland praktizierende Ergotherapeut_in teilnehmen konnte. Um das Potential der geringen Zugangsvoraussetzungen zu nutzen, wurde ein über soziale Medien im Schneeballverfahren verbreiteter Online-Fragebogen gewählt. Dieser ermöglicht über eine große Reichweite den Zugriff auf nicht direkt greifbare Populationen in kurzer Zeit und das Erzielen einer möglichst großen Stichprobe (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016).

Die Schwerpunktthemen, welche sich aus der Literaturrecherche ergeben hatten, bildeten die Grundlage für die Konzeption des Fragebogens. Die Fragestellungen wurden hierbei eng an den zuvor formulierten Leitfragen entwickelt, um sicherzustellen, dass die Validität gegeben ist (ebd.).

3.2 Pretest

Als technische Plattform zur Erstellung des Fragebogens wurde Google Formulare gewählt. Der besondere Vorteil dieser Plattform ist die betriebssystemübergreifende Nutzbarkeit, die Kostenfreiheit und der zeitlich unbegrenzte Zugriff auf die Ergebnisse, sowie die Möglichkeit, den Fragebogen visuell ansprechend zu gestalten (ebd.). Ein weiterer Vorteil ist die automatische Anpassung an mobile Endgeräte wie Smartphones und Tablets.

Nach der Konzipierung des Fragebogens wurde ein Pretest durchgeführt. Der Pretest fand im Zeitraum vom 11.07. - 20.07.2019 statt. Hierzu wurde ein Fragebogen ausgearbeitet, den die Pretest-Teilnehmenden parallel zum Ausfüllen des Online-Fragebogens beantworten sollten. Dieser kann im Anhang I eingesehen werden. An dem Pretest haben sieben Personen teilgenommen, von denen fünf aus dem Umfeld der Ergotherapie stammen und zwei Teilnehmer aus anderen Fachbereichen. Hierbei lag der Fokus darauf, eine breite Spanne an Ausbildungsständen abzudecken und somit Repräsentanten der zukünftigen Studienteilnehmenden zu erhalten (ebd.).

Rückmeldungen von Personen ohne ergotherapeutischen Hintergrund wurden ebenso einbezogen, da diese sich verstärkt auf den Aufbau, die Logik, die Verständlichkeit der Formulierungen und die Handhabbarkeit des Fragebogens konzentrieren sollten. Den begleitenden Fragebogen nutzten die Pretest-Teilnehmenden überwiegend als Leitfaden, die enthaltenen Fragen wurden in der Regel nicht schriftlich beantwortet, sondern mündlich reflektiert. Durch den direkten Austausch konnte gemeinsam nach konkreten Verbesserungsvorschlägen gesucht werden. Diese mündlichen Reflexionen wurden in Form von Gesprächsnotizen schriftlich festgehalten und anschließend nach Fragen und Inhalten strukturiert, um eventuell auftretende Gemeinsamkeiten oder Diskrepanzen aufzudecken. Auf der ersten Seite des Fragebogens wurde das Layout verändert und die grafischen Elemente verkleinert, um dem Text mehr Gewicht zu geben. Weiterhin wurde der Begrüßungstext im ersten Abschnitt inhaltlich überarbeitet und neu strukturiert. Bei den Fragen mit siebenstufiger Likert-Skala als Antwortmöglichkeit wurden die Beschriftungen im Layout präzisiert, was zu einer höheren Handhabbarkeit und Verständlichkeit geführt hat. Einige Fragen wurden um Antwortoptionen ergänzt. Zwei Fragen (Frage 12 und 13) wurden neu aufgenommen beziehungsweise in einen anderen Kontext gesetzt. Abschließend wurde der Fragebogen nochmals auf Funktion getestet und am 31.07.2019 in der finalen Version veröffentlicht. Dieser ist im Anhang III einsehbar.

Der Online-Zeitraum des Fragebogens wurde am 15.08.2019 geschlossen, nachdem in den vorangegangenen Tagen nur noch vereinzelt Teilnehmende hinzu kamen. In den Sozialen Medien wurde kein „friendly reminder“ eingesetzt, da der Beitrag durch Kommentare der Teilnehmenden stets unter den aktuellen Beiträgen zu finden war.

3.3 Fragebogen

Auf Grundlage der umfassenden Literaturrecherche und der daraus resultierenden Leitfragen konnte ein Grundgerüst an Fragen und strukturierenden Kategorien erstellt werden (ebd.). Der Fragebogen gliedert sich in sieben thematisch geordnete Abschnitte.

Der erste Abschnitt diente der Begrüßung der Teilnehmenden, der Eingrenzung des Themas und der Erläuterung der Handhabung.

Im zweiten Abschnitt wurden die Einschlusskriterien in Form einer Filterfrage technisch umgesetzt. Teilnehmende, die nicht derzeit in Deutschland als Ergotherapeut_innen tätig sind, konnten nicht an der Umfrage teilnehmen und wurden direkt zum letzten Abschnitt umgeleitet.

Abschnitt drei befasste sich mit den demografischen Daten der Teilnehmenden. Dieser Abschnitt beinhaltet Fragen, welche die Teilnehmenden persönlich betreffen und von allen Befragten zu beantworten sind. An dieser Stelle platziert, fungieren sie als Einstiegsfragen, die bei den Teilnehmenden das Interesse erwecken, den Fragebogen weiter auszufüllen (ebd.). Die in diesem Abschnitt gestellten Fragen inklusive der Antworttypen, der jeweiligen Skalenniveaus und der Möglichkeiten für Mehrfachnennungen sind im Anhang II gesondert abgebildet, um die nachfolgende Datenanalyse nachvollziehbar zu gestalten. Die Antwortmöglichkeiten können dem kompletten Fragebogen im Anhang III entnommen werden.

Der folgende vierte Abschnitt war mit „Rahmenbedingungen“ überschrieben und erfasste die Themenbereiche der Einstellung zur EBP, die hieraus resultierenden Auswirkungen, die Faktoren Medien, Zeit und monetäre Investitionen. Da sich vor allem der Faktor „Zeitmangel“ bereits in anderen Forschungen als starke Barriere herausgestellt hat (Ritschl et al., 2015) soll dieser auch im Rahmen dieser Forschung betrachtet werden. Weiterhin wurden hier die in der Berufsfachschulausbildung erworbenen Kompetenzen der Teilnehmenden, sowie die nachträglich erworbenen Kompetenzen bezüglich der EBP erhoben. Dies begründet sich auf der Betrachtung der Ausbildungscurricula der Bundesländer (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2001; Freistaat Sachsen Sächsisches Staatsministerium für Kultus, 2004; Niedersächsisches Kultusministerium, 2002; Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, 2003, Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, 2015) und der Tatsache, dass EBP international bereits in der hochschulischen Ausbildung fest verankert ist (Thomas, Han, Osler, Turnbull & Douglas, 2017). Die in diesem Abschnitt gestellten Fragen, Antworttypen, Skalenniveaus und Mehrfachnennungen sind ebenfalls im Anhang II zusammengefasst.

Es wurde ein geschlossener Fragetyp gewählt, da dies sowohl die empfohlene Fragestruktur für quantitative Fragebögen darstellt, als auch dadurch sichergestellt ist, dass die vorangegangene Recherche zur Thematik inhaltlich abgebildet wird (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016). Die verwendeten Likert-Skalen wurden vom niedrigsten zum höchsten Wert von links nach rechts angeordnet, da dies die intuitive Anordnung analog zum Schriftverlauf darstellt und somit die Handhabung und das Verständnis erleichtert (ebd.). Die Likert-Skalen wurden mit sieben Stufen versehen. Durch die ungerade Anzahl der Antwortmöglichkeiten ergibt sich eine neutrale Position in der Mitte der Skala. Diese kann einerseits als „Fluchtkategorie“ bei Unentschlossenheit verwendet werden, andererseits zieht diese eine erhöhte Reliabilität nach sich, da das Phänomen der Akquieszenz weniger gehäuft auftritt. Dieses Phänomen bezeichnet die Tendenz der Teilnehmenden, sich im Zweifel eher für eine positive Antwort zu entscheiden, was Fehlmessungen nach sich zieht (ebd.). Die Meinungen der Fachwelt bezüglich der sinnvollen Anwendung einer geraden oder ungeraden Skalierung differieren allerdings (ebd.). Im Rahmen dieser Forschung sollte das Risiko einer Fehlmessung minimiert werden, daher wurde eine ungerade Skalierung gewählt.

Die Fragen wurden dahingehend überprüft, dass jeweils das höchstmögliche Skalenniveau erreicht wurde, um in der späteren Auswertung eine hohe Aussagekraft zu erzielen. So wurde beispielsweise das Alter und die Berufserfahrung der Teilnehmenden als Zahlenwert erhoben, was dem höchsten Skalenniveau in Form der Verhältnisskala entspricht. Eine vorweggenommene Klassifizierung hätte das Skalenniveau auf eine Intervallskala herabgestuft. Aufgrund dessen, dass die subjektive Einschätzung der Teilnehmenden erfragt wurde ergibt sich für einen Großteil der Fragen das Niveau der Ordinalskala (ebd.).

Durch die Kombination verschiedener Items unter einer Fragestellung konnte der Fragebogen kompakt und übersichtlich gestaltet werden. Dies erhöhte die Handhabbarkeit, da verschiedene Aspekte einer Frage im direkten Zusammenhang betrachtet werden konnten. Hierdurch verringerte sich die Gesamtanzahl der Fragen erheblich. Fragen, die der persönlichen Einschätzungen dienten wurden grundsätzlich als siebenstufige Likert-Skala aufgebaut. Über diese breite Einteilung wurde den Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben, ihre Einschätzung differenziert darzustellen.

Durch die Platzierung des neutralen Werts im Zentrum der Skala ergibt sich links davon ein Bereich, auf welchen ausschließlich negative Merkmalsausprägungen entfallen, rechts des neutralen Werts ergibt sich ein Bereich, auf welchen ausschließlich positive Merkmalsausprägungen entfallen.

Im Kapitel der Resultate wird an geeigneter Stelle Bezug auf diese Bereiche genommen um Tendenzen verständlich darzustellen.

Die Detailwerte bilden hingegen durchgängig die Grundlage für alle weiteren Berechnungen und werden in den Grafiken und Häufigkeitstabellen (Anhang IV) unverändert dargestellt, wodurch die Transparenz und Nachvollziehbarkeit gewährleistet wird.

Je nach Fragestellung wurde die Beschreibung der Merkmalsausprägungen der sieben Stufen der Likert-Skalen sprachlich angepasst. Die gewählten Varianten sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tab. 2: Skalenwerte

Fragen	Skalenwert 1	Skalenwert 2	Skalenwert 3	Skalenwert 4	Skalenwert 5	Skalenwert 6	Skalenwert 7
10, 20	negativ	überwiegend negativ	eher negativ	neutral	eher positiv	überwiegend positiv	positiv
11, 12	stark hemmend	überwiegend hemmend	eher hemmend	neutral	eher fördernd	überwiegend fördernd	stark fördernd
14, 15	trifft überhaupt nicht zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils	trifft eher zu	trifft überwiegend zu	trifft vollständig zu

Der fünfte Abschnitt diente der Platzierung einer weiteren Filterfrage. Diese selektierte diejenigen Teilnehmenden, die aktiv nach Fachinformationen oder wissenschaftlichen Studien suchen. Teilnehmende, die auf diese Frage mit „nein“ antworteten, wurden nicht zum sechsten Abschnitt weitergeleitet.

Der sechste und letzte inhaltliche Abschnitt war mit „Ihre Suche im Detail“ überschrieben und erfasste, wie oft, wie lange und zu welchen Gelegenheiten die Teilnehmenden nach Evidenz suchen. In diesem Abschnitt wurde ebenfalls eine Frage zu bisherigen Erfahrungen der Teilnehmenden mit verschiedenen Quellen gestellt, die wiederum über eine siebenstufige Likert-Skala erhoben wurden. Die in diesem Abschnitt gestellten Fragen inklusive der Antworttypen, der jeweiligen Skalenniveaus und der Möglichkeiten für Mehrfachnennungen sind ebenfalls im Anhang II zusammengefasst.

Der siebte und abschließende Abschnitt diente der Danksagung und Speicherung der Ergebnisse. Zudem wurde in diesem Abschnitt eine Mailadresse als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme seitens der Teilnehmenden hinterlegt.

Durch das Schneeballverfahren kann keine Rücklaufquote berechnet werden, da nicht bekannt ist, wie viele Personen den Link zum Fragebogen tatsächlich erhalten haben. Zur Auswertung wurden nur vollständig ausgefüllte Fragebögen herangezogen. Die erhaltenen Daten von 115

Teilnehmenden wurden als eine Stichprobe betrachtet. Die Objektivität der Forschung ist aufgrund der standardisierten Fragen gegeben, da alle Teilnehmenden die identisch formulierten Fragen online erhalten und eine Beeinflussung durch die Forschenden ausgeschlossen werden kann. Die Reliabilität der Forschung wird durch die Darstellung des Forschungsprozesses und die transparente Darlegung des Fragebogens und der Akquisition der Teilnehmenden so weit wie möglich positiv beeinflusst.

3.4 Datenanalyse

Die gewonnenen Daten wurden mit den Methoden der deskriptiven (beschreibenden) Statistik ausgewertet. Diese hat zum Ziel, empirisch erhobene Daten durch Tabellen, Kennzahlen und grafische Darstellungen anschaulich aufzubereiten (Bortz & Schuster, 2010).

Für alle Fragen wurde eine Häufigkeitstabelle erstellt, die die Merkmalsausprägungen der Antworten jeweils absolut, relativ und kumuliert darstellen. Diese Basistabellen sind dem Anhang IV beigelegt. Zur Auswertung wurden die Tabellenkalkulationsprogramme „Microsoft Excel“ und „Apple Numbers“ verwendet. Beide Programme verwenden eine identische Syntax bei Formeln und Tabellenfunktionen.

Absolute Anzahlen wurden über die Tabellenfunktion „ZÄHLENWENNS“ in Abhängigkeit der jeweiligen Merkmalsausprägung berechnet. Die relativen Werte ergaben sich durch den prozentualen Anteil der absoluten Anzahlen im Verhältnis zur Stichprobe. Die Werte wurden auf Ganzzahlen gerundet, Nachkommastellen von eins bis vier wurden hierbei abgerundet, Werte von fünf bis neun aufgerundet. Die kumulierten Werte wurden durch Addition ermittelt.

In Abhängigkeit des Skalenniveaus wurden bei einigen Fragen zusätzlich die Maße der zentralen Tendenz und der Variabilität ermittelt. Die Betrachtung dieser Werte ist nur für intervall- oder verhältnisskalierte Werte zulässig. Zur Bestimmung des Durchschnittswerts wurde das arithmetische Mittel herangezogen und mit der Tabellenfunktion „MITTELWERT“ berechnet. Da dieser Wert von einzelnen Extremwerten stark beeinflusst wird, wurde der Median mit der Formel „MEDIAN“ hinzugezogen. Im Gegensatz zum arithmetischen Mittel bildet der Median, auch Zentralwert genannt, denjenigen Messwert ab, der genau in der Mitte der nach Größe sortierten Messwerte liegt und ist somit weniger anfällig für Extremwerte. Zur weiteren Veranschaulichung wurde der Modalwert, auch Modus genannt, mit der Formel „MODALWERT“ berechnet. Dieser bildet den am häufigsten in der Stichprobe vorkommenden Wert ab und ist somit ein Indikator für den Spitzenwert. Der jeweils größte und kleinste Wert wurde über die Funktionen „MIN“ und „MAX“ ermittelt, aus der Subtraktion des Minimalwerts vom Maximalwert ergibt sich die Spannweite, auch Variationsbreite oder Range genannt

und gibt Aufschluss über die Streuung der Werte. Zur weiteren Eingrenzung der Streuung wurde die Varianz mit der Formel „VARIANZ“ und die Standardabweichung mit der Formel „STABW“ berechnet.

Die Varianz bildet die quadrierte durchschnittliche Abweichung aller Messwerte vom Mittelwert ab. Da Abweichungen vom Mittelwert positiv und negativ ausfallen können, eliminieren sich diese teilweise in der mathematischen Berechnung. Dieser Effekt wird durch das Quadrieren der Werte aufgehoben, was jedoch zu Ergebnissen führt, die mit den Ursprungswerten schwer vergleichbar sind.

Zur besseren Vergleichbarkeit wurde daher die Standardabweichung berechnet, die mathematisch die Wurzel aus der Varianz darstellt. Die Standardabweichung bildet inhaltlich, ebenso wie die Varianz, die durchschnittliche Abweichung vom Mittelwert ab, ist jedoch in der gleichen Größenordnung wie die Ursprungswerte angesiedelt.

Um Ergebnisse ableiten zu können, ist es nicht ausreichend, ausschließlich mit absoluten oder relativen Häufigkeiten zu arbeiten. Die Maße der zentralen Tendenz und der Variabilität geben Aufschluss über die Verteilung und die Schwerpunkte der Daten und eröffnen somit erweiterte Erkenntnisse und Möglichkeiten für weitere Berechnungen und mathematische Beweise, wie zum Beispiel Beziehungen zwischen Werten, auch Korrelation genannt, oder Kausalitäten, die Ursachen und Wirkung beschreiben. Im Rahmen dieser Auswertung werden aufgrund der Maße der zentralen Tendenz und Variabilität logische Beziehungen zwischen Werten hergestellt, jedoch nicht weiterführend mit statistischen Tests untermauert, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Zur grafischen Darstellung der Werte bieten sich in Abhängigkeit zum Skalenniveau verschiedene Darstellungsformen an. Da der überwiegende Teil der Fragen dem nominalen oder ordinalen Skalenniveau zuzuordnen ist, wurden die Ergebnisse als Balkendiagramm oder Streifendiagramm dargestellt. Diese Darstellungsform bildet insbesondere die Bandbreite der Likert-Skalen und die Verteilung der Daten auf die einzelnen Merkmalsausprägungen anschaulich ab (Mittag, 2017).

4. Resultate

Insgesamt konnten von 117 eingegangenen Fragebögen 115 für die Auswertung herangezogen werden. Zwei Teilnehmende erfüllten nicht die definierten Einschlusskriterien zur Teilnahme an der Umfrage. Aufgrund des zur Verteilung gewählten Schneeballverfahrens ist nicht bekannt wie viele Personen den Fragebogen erhalten haben, daher kann eine Rücklaufquote nicht berechnet werden (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016).

4.1 Demografische Daten

In Tabelle 3 werden die demografischen Daten der Teilnehmenden dargestellt. Da Ergotherapeuten_innen häufig in verschiedenen Settings und Fachbereichen tätig sind, waren bei der Frage nach den Fachbereichen und dem Arbeitssetting Mehrfachnennungen möglich. Die kumulierten Häufigkeiten übersteigen somit 100% beziehungsweise die Gesamtanzahl der Teilnehmenden. Neben den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten bestand die Option einer individuellen Eingabe. Aufgrund der geringen Anzahl wurden diese Ergebnisse inhaltlich unter „Sonstige Antworten“ zusammengefasst.

Die erhobenen Daten zum Alter und zur Berufserfahrung waren als Eingabe eines Zahlenwerts vorgesehen und wurden anhand der Minimal- und Maximalwerte im Nachhinein in Klassen eingeteilt um die gegebene Altersstruktur anschaulich darzustellen und eine Vergleichbarkeit zur Berufserfahrung zu erreichen. Diese Werte sind in Abbildung 1 in direktem Zusammenhang dargestellt.

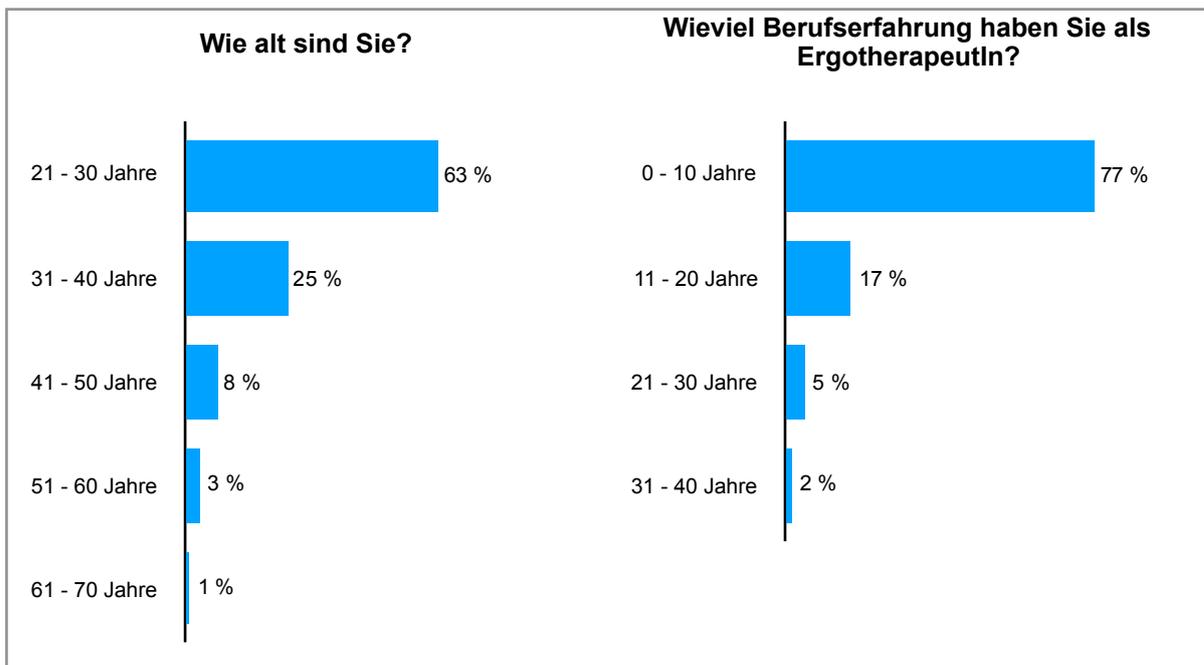


Abb. 1: Altersstruktur und Berufserfahrung

Tab.3: Demografische Daten

Geschlecht	n (%)	Fachbereiche	n (%)
weiblich	107 (93 %)	Arbeitstherapie	5 (4 %)
männlich	8 (7 %)	Geriatric	52 (45 %)
divers	0 (0%)	Neurologie / Orthopädie	68 (59 %)
Alter		Pädiatrie	63 (55 %)
Mittelwert: 30,7 Jahre		Psychiatrie	40 (35 %)
Standardabweichung: 8,1 Jahre		Sonstige Antworten	8 (7 %)
Min: 21 Jahre		Arbeitssetting	
Max: 62 Jahre		Krankenhaus / Klinik	18 (16 %)
Berufserfahrung		Rehabilitationseinrichtung	10 (9 %)
Mittelwert: 7,3 Jahre		Werkstatt für Menschen mit Behinderungen	4 (3 %)
Standardabweichung: 7,4 Jahre		Pflegeeinrichtung	8 (7 %)
Min: 1 Jahr		Praxis für Ergotherapie (angestellt)	64 (56 %)
Max: 38 Jahre		Praxis für Ergotherapie (selbständig)	12 (10 %)
Bundesländer		Lehrkraft / DozentIn an einer ET-Berufsfachschule	8 (7 %)
Baden-Württemberg	5 (4 %)	Sonstige Antworten	12 (10 %)
Bayern	11 (10 %)	Höchster Abschluss	
Berlin	5 (4 %)	Berufsfachschule für Ergotherapie	65 (57 %)
Brandenburg	6 (5 %)	Studiengang Ergotherapie (Bachelor)	40 (35 %)
Bremen	1 (1 %)	Studiengang Ergotherapie (Master)	1 (1 %)
Hamburg	3 (3 %)	Andere Studiengänge (Bachelor)	4 (3 %)
Hessen	9 (8 %)	Andere Studiengänge (Master)	5 (4 %)
Mecklenburg-Vorpommern	1 (1 %)	Andere Studiengänge (Promotion)	0 (0 %)
Niedersachsen	25 (22 %)	Fortbildungen	
Nordrhein-Westfalen	37 (32 %)	Ja	87 (76 %)
Rheinland-Pfalz	5 (4 %)	Nein	28 (24 %)
Saarland	0 (0 %)	bis 3	46 (53 %)
Sachsen	2 (2 %)	bis 6	25 (29 %)
Sachsen-Anhalt	1 (1 %)	bis 9	12 (14 %)
Schleswig-Holstein	3 (3 %)	bis 12	4 (5 %)
Thüringen	1 (1 %)		
n = Anzahl der Teilnehmenden			

Die Altersstruktur umfasst eine Spannweite von 41 Jahren (Min.: 21, Max.: 62) mit einem Mittelwert von 30,7 Jahren und einem Median von 28 Jahren. Die Standardabweichung beträgt 8,1 Jahre. In der untersten Altersklasse (21 - 30 Jahre) zeigt sich bereits eine relative kumulierte Häufigkeit von 63%, wodurch der Schwerpunkt in dieser Klasse deutlich zu Tage tritt.

Für die Berufserfahrung ergibt sich eine Spannweite von 37 Jahren (Min.: 1, Max.: 38) mit einem Mittelwert von 7,3 Jahren. Die Standardabweichung beträgt 7,4 Jahre. Weiterhin ist hier zu benennen, dass 77% der Teilnehmenden weniger als 10 Jahre Berufserfahrung haben.

Die wenigen Teilnehmenden in höheren Alters- und Berufserfahrungsklassen führen zu einer Verschiebung des Mittelwerts nach oben, im Vergleich zum Median, welcher bei 5 Jahren liegt.

Bei der Frage nach der Berufsausbildung und weiterführenden Qualifikationen waren wiederum Mehrfachnennungen möglich. Die hier dargestellten Ergebnisse wurden anhand des höchsten Bildungsabschlusses im Nachhinein zusammengefasst.

Von 115 Teilnehmenden gaben 76% (87 TN) an, bereits eine oder mehrere Fortbildungen absolviert zu haben. Die in der Tabelle 1 unter „Fortbildungen“ angegebenen Häufigkeitsklassen beziehen sich ausschließlich auf diese Teilnehmenden. Die weiteren 24% (28 TN) gaben an, keinerlei Fortbildungen absolviert zu haben. Die erfragten Fortbildungen konnten individuell eingegeben werden. Aufgrund der Vielzahl der Eingaben und dem breiten Spektrum der Fortbildungen werden in Tabelle 4 die zehn am häufigsten angegebenen Kategorien von Fortbildungen aufgelistet. Die hier angegebenen prozentualen Häufigkeiten beziehen sich ebenso auf die 76% (87 TN), welche angegeben haben, dass sie bereits eine oder mehrere Fortbildungen absolviert haben.

Tab. 4: Fortbildungen (häufigste Kategorien)

Fortbildung	Anzahl (%)
SI	25 (7,6 %)
Modelle / Assessments	23 (7,0 %)
Bobath	22 (6,7 %)
CO-OP	18 (5,5 %)
Handtherapie	15 (4,6 %)
Aufmerksamkeit / AD(H)S	14 (4,3 %)
Demenz / Validation	12 (3,6 %)
Grafomotorik / Händigkeit	12 (3,6 %)
Manuelle Therapie	11 (3,3 %)
Apoplex / Folgeerkrankungen	11 (3,3 %)

4.2 Einstellung

Zur vereinfachten Darstellung der Resultate wurden die positiven und negativen Merkmalsausprägungen der siebenstufigen Likert-Skala zu einem positiven und einem negativen Bereich zusammengefasst. Durch diese Betrachtung werden Mehrheitsverhältnisse besonders deutlich.

Die erste Frage des zweiten Abschnitts (Frage 10) behandelt die Einschätzung der Einstellung zur EBP sowohl der Teilnehmenden selbst, als auch der Personen in ihrem Umfeld (Abb.2). Hierbei zeigt sich, dass die Teilnehmenden selbst eine überwiegend positive Einstellung der EBP gegenüber haben. Die Merkmalsausprägung „neutral“ zeigt sich hier mit 4% (5 TN) als wenig ausgeprägt. Die relative kumulierte Häufigkeit im negativen Bereich beträgt hier lediglich 1% (1 TN). Demnach stufen 95% (109 TN) ihre Einstellung im positiven Bereich ein, wobei ein besonderer Schwerpunkt in der Merkmalsausprägung „positiv“ mit 45% (52 TN) augenfällig heraussticht.

Die von den Teilnehmenden eingeschätzte Einstellung des Arbeitgebers fällt mit 23% (27 TN) in der Merkmalsausprägung „neutral“ deutlich höher aus. Die relative kumulierte Häufigkeit des negativen Bereichs liegt bei 15% (17 TN). Folglich haben 62% (71 TN) eine Merkmalsausprägung im positiven Bereich gewählt. Den höchsten Wert erreicht die Merkmalsausprägung „überwiegend positiv“ mit 26% (30 TN). Somit wird deutlich, dass sich auch die eingeschätzte Einstellung des Arbeitgebers als eher positiv darstellt. Das Item „Vorgesetzter/Teamleitung“ zeigt in Relation zum Arbeitgeber ein nahezu identisches Bild mit einer positiven Grundtendenz. Die Merkmalsausprägung „neutral“ wurde von 21% (24 TN) der Teilnehmenden ausgewählt. Die relative kumulierte Häufigkeit im negativen Bereich liegt bei 17% (19 TN). Im positiven Bereich ordnen sich 63% (72 TN) der Teilnehmenden ein. Den höchsten Wert zeigt auch hier die Merkmalsausprägung „überwiegend positiv“ mit 26% (30 TN).

Bei dem Item „Arbeitskollegen/Team“ zeichnet sich eine leichte Verschiebung der Einschätzung der Teilnehmenden in Richtung des negativen Bereichs ab. Die Merkmalsausprägung „neutral“ ist mit 22% (25 TN) relativ identisch zu den vorherigen Items. Der negative Bereich umfasst hier 22% (25 TN), auf den positiven Bereich entfallen 57% (65 TN). Auch hier liegt der höchste Wert mit 25% (29 TN) in der Merkmalsausprägung „überwiegend positiv“.

Die Einschätzung der Teilnehmenden bezüglich der Einstellung der „Kollegen im interdisziplinären Team“ zeigt eine Verschiebung in Richtung der Merkmalsausprägung „neutral“ mit 37% (43 TN), welche auch den höchsten Wert ausmacht. Der negative Bereich umfasst 14% (16 TN), der positive Bereich umfasst 49% (56 TN).

Das Item der „Einstellung der Klienten/Patienten“ wurde von 47% (54 TN) mit der Merkmalsausprägung „neutral“ eingestuft. Der negative Bereich wurde von 7% (8 TN) der Teilnehmenden deutlich seltener ausgewählt als der positive Bereich mit 46% (53 TN).

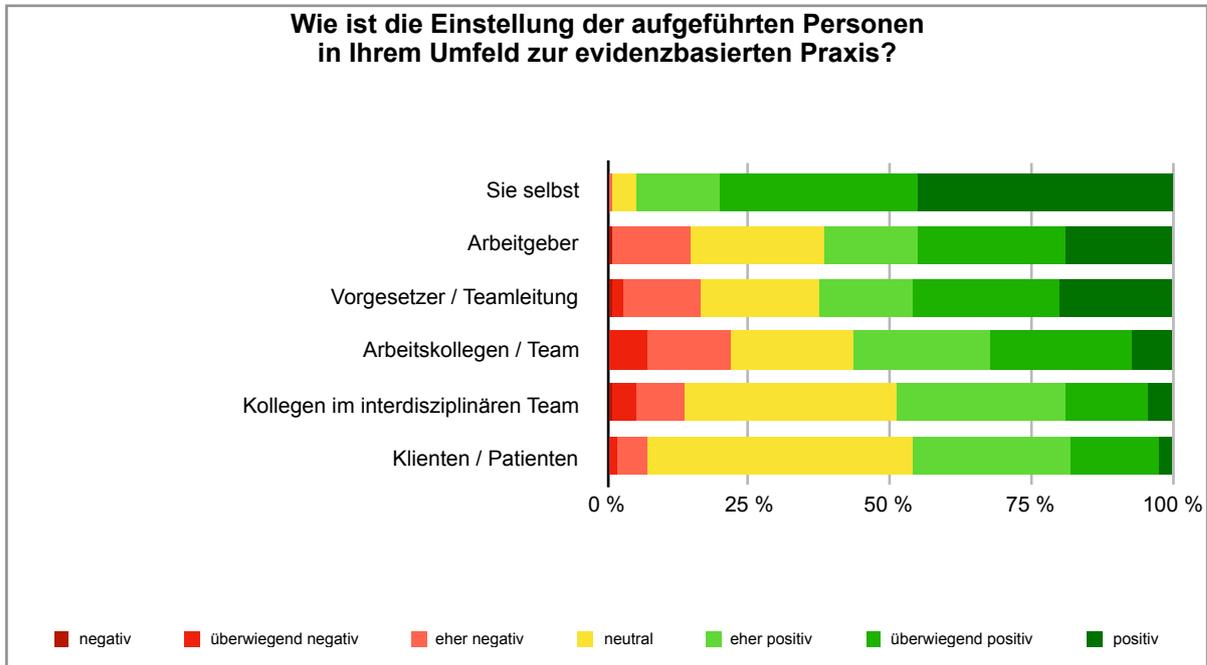


Abb. 2: Einstellung zur EBP (Frage 10)

Die Frage 11 betrachtet die identischen Items und beleuchtet die Auswirkungen der Einstellung der Personengruppen auf die EBP (Abb. 3). Über alle Items hinweg zeigt sich eine überwiegende Einschätzung der Teilnehmenden im fördernden Bereich, wobei die größte Ausprägung das Item der eigenen Person aufweist.

Das Item „Sie selbst“ weist mit 10% (11 TN) eine geringe neutrale Merkmalsausprägung auf. Der fördernde Bereich wurde mit 80% (92 TN) gegenüber dem hemmenden Bereich mit 10% (12 TN) von den Teilnehmenden als deutlicher Förderfaktor bewertet.

Die Einstellung des Arbeitgebers zur EBP wirkt sich im Gegensatz hierzu differenzierter aus. Die Merkmalsausprägung „neutral“ umfasst 24% (28 TN) als höchsten Wert, der hemmende Bereich wird im Vergleich zum vorherigen Item mit 23% (26 TN) häufiger ausgewählt, der überwiegende Teil der Teilnehmenden bewertet dieses Item jedoch auch im fördernden Bereich mit 53% (61 TN).

Die Auswirkung der Einstellung der „Vorgesetzten/Teamleitung“ ist im hemmenden Bereich mit 22% (25 TN) nahezu identisch mit dem vorherigen Item der Arbeitgeber.

Für die Merkmalsausprägung „neutral“ entscheiden sich 19% (22 TN) der Teilnehmenden, was sich in einer leichten Erhöhung des fördernden Bereichs mit 59% (68 TN) niederschlägt. Die höchste Ausprägung findet sich mit 23% (27 TN) in der Merkmalsausprägung „überwiegend fördernd“.

Die Auswirkung der Einstellung der/des „Arbeitskollegen/Teams“ zeigt im hemmenden Bereich mit 23% (27 TN) nahezu identische Werte auf, die Merkmalsausprägung „neutral“ ist mit 23% (27 TN) etwas stärker ausgeprägt, was sich zu Lasten des fördernden Bereichs mit 53% (61 TN) bemerkbar macht. Innerhalb des fördernden Bereichs zeigt sich ein Abfallen der Werte zum oberen Skalenende hin. Die Merkmalsausprägung „eher fördernd“ ist mit 23% (26 TN) deutlich größer als die Merkmalsausprägung „stark fördernd“ mit 12% (14 TN). Die Merkmalsausprägung „neutral“ nimmt mit 23% (27 TN) den höchsten Wert ein.

Die Merkmalsausprägung „neutral“ wird beim Item Auswirkung der Einstellung der „Kollegen im interdisziplinären Team“ mit 38% (44 TN) am häufigsten ausgewählt. Der fördernde Bereich überwiegt mit 42% (48 TN) gegenüber dem hemmenden Bereich mit 20% (23 TN) deutlich.

Auch bei dem Item Auswirkung der Einstellung der „Klienten/Patienten“ ist die Merkmalsausprägung „neutral“ mit 35% (40 TN) wie bei dem vorherigen Item stark ausgeprägt. Hier ordnen sich 51% (58 TN) der Teilnehmenden im fördernden Bereich gegenüber dem hemmenden Bereich mit 15% (17 TN) ein.

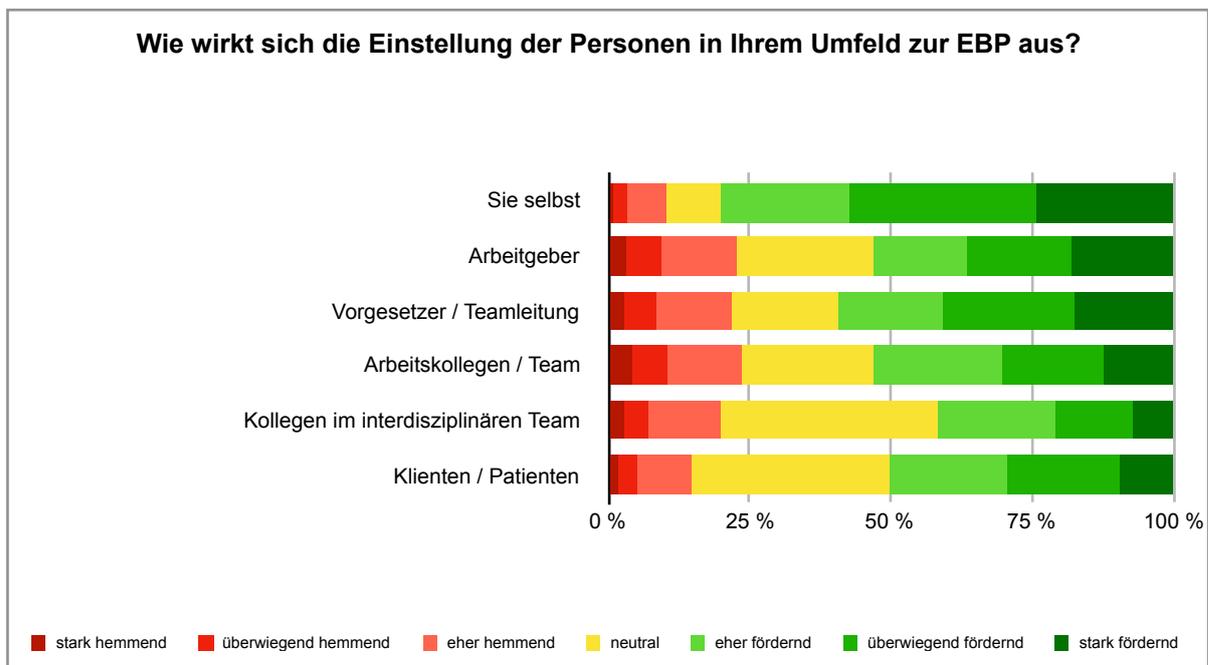


Abb. 3: Auswirkung der Einstellung zur EBP (Frage 11)

4.3 Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen

Frage 12 behandelt die Auswirkung verschiedener weiterer Faktoren auf die EBP (Abb.4).

Das erste Item „Zugriffsmöglichkeit auf Fachzeitschriften“ bewerten 13% (15 TN) der Teilnehmenden als hemmend. Die Merkmalsausprägung „neutral“ zeigt sich mit 9% (10 TN) wenig ausgeprägt, durch die Anzahl des fördernden Bereichs stellt sich das Item durch die Bewertung der Teilnehmenden mit 78% (90 TN) als starker Förderfaktor dar. Der Spitzenwert liegt mit 30% (34 TN) bei der Merkmalsausprägung „stark fördernd“.

Die Zugriffsmöglichkeit auf „Fachbücher“ zeigt in ihren Daten ein ähnliches Bild. Hier beläuft sich der hemmende Bereich auf 11% (13 TN), die Merkmalsausprägung „neutral“ auf 5% (6 TN) und der fördernde Bereich auf 83% (96 TN). Somit wird auch dieses Item von den Teilnehmenden als Förderfaktor eingestuft.

Weiterhin stellt auch die „Zugriffsmöglichkeit auf einen PC“ einen Förderfaktor dar. Der fördernde Bereich umfasst hier 87% (100 TN), die Merkmalsausprägung „neutral“ wählten lediglich 5% (6 TN) der Teilnehmenden aus, auf den hemmende Bereich entfallen 8% (9 TN). Der hemmende Bereich orientiert sich zum Skalenende hin. Auffällig ist, dass kein Teilnehmender das Item mit der Merkmalsausprägung „eher hemmend“ bewertet hat.

Die „Zugriffsmöglichkeit auf Datenbanken“ zeigt eine höhere Ausprägung des hemmenden Bereichs mit 19% (22 TN) und einen höheren Wert in der Merkmalsausprägung „neutral“ mit 17% (19 TN). Der fördernde Bereich umfasst hier 64% (74 TN) und zeigt die am stärksten gewertete Merkmalsausprägung im Bereich „stark fördernd“ mit 26% (30 TN).

Das Item „Zeit zur Recherche am Arbeitsplatz“ zeigt im Vergleich zu den anderen Items eine deutliche Abweichung mit höheren Ausschlägen an den Skalenenden. Dieses Item wurde von 15% (17 TN) als „stark hemmender“ Faktor bewertet, wohingegen 29% (33 TN) dieses als „stark fördernd“ eingestuft haben. Die Merkmalsausprägung „neutral“ liegt bei 10% (12 TN), daraus ergeben sich kumulierte Werte für den hemmenden Bereich von 29% (33 TN) und für den fördernden Bereich von 61% (70 TN).

Das Item „Zeit zum Austausch mit Kollegen“ wird mit einem stark ausgeprägten fördernden Bereich von 74% (85 TN) von den Teilnehmenden als Förderfaktor bewertet. Die Merkmalsausprägung „neutral“ wählen hier 5% (6 TN) der Teilnehmenden, der hemmende Bereich umfasst 21% (24 TN).

Das Item „Zeit und Gelegenheit zum Ausprobieren neuer Ansätze“ zeigt einen ähnlich stark ausgeprägten fördernden Bereich mit 76% (87 TN) wobei die am häufigsten ausgewählte Merkmalsausprägung „stark fördernd“ mit 29% (33 TN) ist. Die Merkmalsausprägung „neutral“ mit 6% (7 TN) und der hemmende Bereich mit 18% (21 TN) zeigt ein analoges Bild zu den Einschätzungen des vorherigen Items.

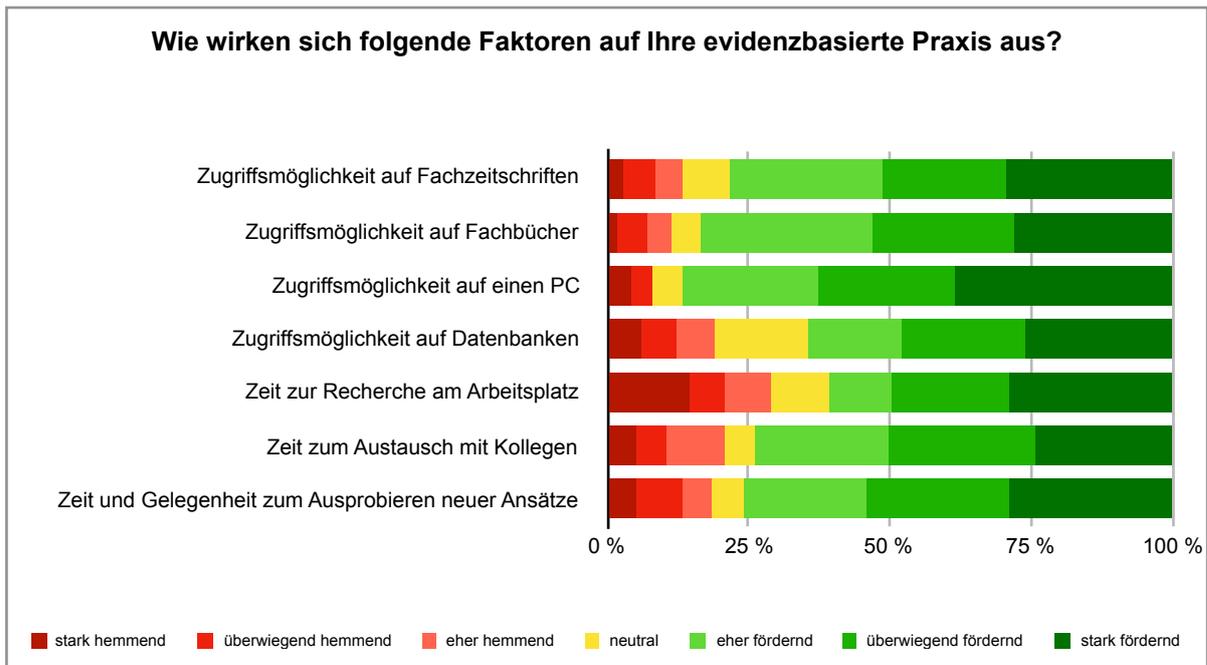


Abb. 4: Auswirkungen weiterer Faktoren (Frage 12)

Die Frage 13 beinhaltet die aktuellen Investitionen bezüglich der EBP. Derzeit geben 70% (80 TN) der Teilnehmenden Geld für Fachbücher aus, 56% (64 TN) für Fachzeitschriften, 52% (60 TN) für anzuschaffendes Material, 48% (55 TN) für Mitgliedschaften, 8% (9 TN) für Sonstiges, 6% (7 TN) für kostenpflichtige Datenbanken und 10% (11 TN) geben an, kein Geld bezüglich EBP zu investieren. Die sonstigen Antworten beinhalten Fortbildungen (5 TN), Messen (2 TN), Geräte (1 TN) und Therapiematerial (1 TN).

4.4 Kompetenzen

Frage 14 behandelt die derzeitigen zur Ausübung der EBP bestehenden Kompetenzen der Teilnehmenden (Abb. 5). Im Gegensatz zu den vorherigen Fragen ergeben die Daten der einzelnen Items untereinander ein weniger homogenes Bild, da zwei Items besonders hohe Ausschläge bei der Merkmalsausprägung „trifft überhaupt nicht zu“ aufweisen. Grundsätzlich werden aber auch bei dieser Fragestellung die Items im zutreffenden Bereich bewertet.

Das erste Item „Ich verstehe Literatur in englischer Sprache“ wird durch die Teilnehmenden überwiegend als zutreffend bewertet. Auf den zutreffenden Bereich entfallen 60% (69 TN), in der neutralen Merkmalsausprägung „teils-teils“ finden sich 19% (22 TN), der nicht zutreffenden Bereich ist weniger stark ausgeprägt mit 21% (24 TN).

Das Item „Ich verstehe Fachsprache/wissenschaftliche Sprache“ zeigt sich deutlich ausgeprägter im zutreffenden Bereich mit 89% (102 TN), wobei „trifft überwiegend zu“ mit 39% (45 TN) den höchsten Ausschlag aufzeigt. Die Merkmalsausprägung „teils-teils“ wählen 6% (7 TN) der Teilnehmenden aus, somit entfallen auf den nicht zutreffenden Bereich lediglich 5% (6 TN). Daher wird deutlich, dass die Mehrzahl der Teilnehmenden angibt, besser Fachsprache/wissenschaftliche Sprache zu verstehen als englische Sprache.

Bei dem Item „Ich weiß wo ich wissenschaftliche Literatur suchen und finden kann“ wählt niemand die Merkmalsausprägung „trifft überhaupt nicht zu“ aus. Trotzdem ergibt sich im nicht zutreffenden Bereich ein Wert von 9% (10 TN). Die Merkmalsausprägung „teils-teils“ liegt bei 13% (15 TN), der zutreffende Bereich umfasst 78% (90 TN).

Die qualitative Bewertung der Inhalte wird von 74% (85 TN) Teilnehmenden ebenfalls überwiegend im zutreffenden Bereich eingestuft. Die Merkmalsausprägung „teils-teils“ umfasst 15% (17 TN), der nicht zutreffende Bereich zeigt sich mit 11% (13 TN).

Von den bisherigen Ergebnissen aus dem Bereich der vorhandenen Kompetenzen deutlich abweichend gestalten sich die Daten zu der Fragestellung nach PICO. Hier geben 30% (35 TN) an, diese Kompetenz überhaupt nicht erworben zu haben. Auf den nicht zutreffenden Bereich entfallen 52% (60 TN). Die Merkmalsausprägung „teils-teils“ ist mit 10% (12 TN) ähnlich zu den anderen Items, demzufolge entfallen auf den zutreffenden Bereich lediglich 37% (43 TN).

Bei dem Item „Ich kann Suchergebnisse eingrenzen und filtern“ zeigt sich das bisher gewohnte Bild mit einer überwiegenden Auswahl durch die Teilnehmenden im zutreffenden Bereich

mit 74% (85 TN), einer Merkmalsausprägung „teils-teils“ von 11% (13 TN) und eines nicht zutreffenden Bereichs mit 15% (17 TN).

Die Fähigkeit zum Übertrag von Ergebnissen auf eine aktuelle Situation/auf die/den Klienten_innen zeigt erneut die Besonderheit, dass keiner der Teilnehmenden die Merkmalsausprägung „trifft überhaupt nicht zu“ gewählt hat. Somit zeigt sich im nicht zutreffenden Bereich ein Wert von 6% (7 TN), die Merkmalsausprägung „teils-teils“ mit einem Wert von 14% (16 TN) und der zutreffende Bereich mit 80% (92 TN), wobei die Merkmalsausprägung „trifft überwiegend zu“ mit 39% (45 TN) am häufigsten gewählt wurde.

Das Item „Ich kann neue therapeutische Ansätze und Behandlungen anwenden und umsetzen“ zeigt sich nahezu identisch mit dem vorherigen Item. Der nicht zutreffende Bereich umfasst 7% (8 TN) wobei auch hier erneut niemand die Merkmalsausprägung „trifft überhaupt nicht zu“ ausgewählt hat. Die Merkmalsausprägung „teils-teils“ umfasst 12% (14 TN), der zutreffende Bereich umfasst 81% (93 TN), wobei die Merkmalsausprägung „trifft überwiegend zu“ mit 37% (42 TN) am häufigsten gewählt wurde.

Das letzte Item „Ich nutze das Clinical reasoning“ zeigt in der Merkmalsausprägung „trifft überhaupt nicht zu“ eine Häufigkeit von 11% (13 TN), was zu einer Erhöhung des nicht zutreffenden Bereichs auf 23% (27 TN) führt. Die Merkmalsausprägung „teils-teils“ ist mit 13% (15 TN) im Vergleich zu den vorherigen Items ähnlich. Der zutreffende Bereich fällt etwas schwächer aus mit 63% (73 TN). Hier wird deutlich, dass die Teilnehmenden sich zu den Skalenenden orientieren, da die Merkmalsausprägung „trifft vollständig zu“ mit 27% (31 TN) den höchsten Ausschlag hat.

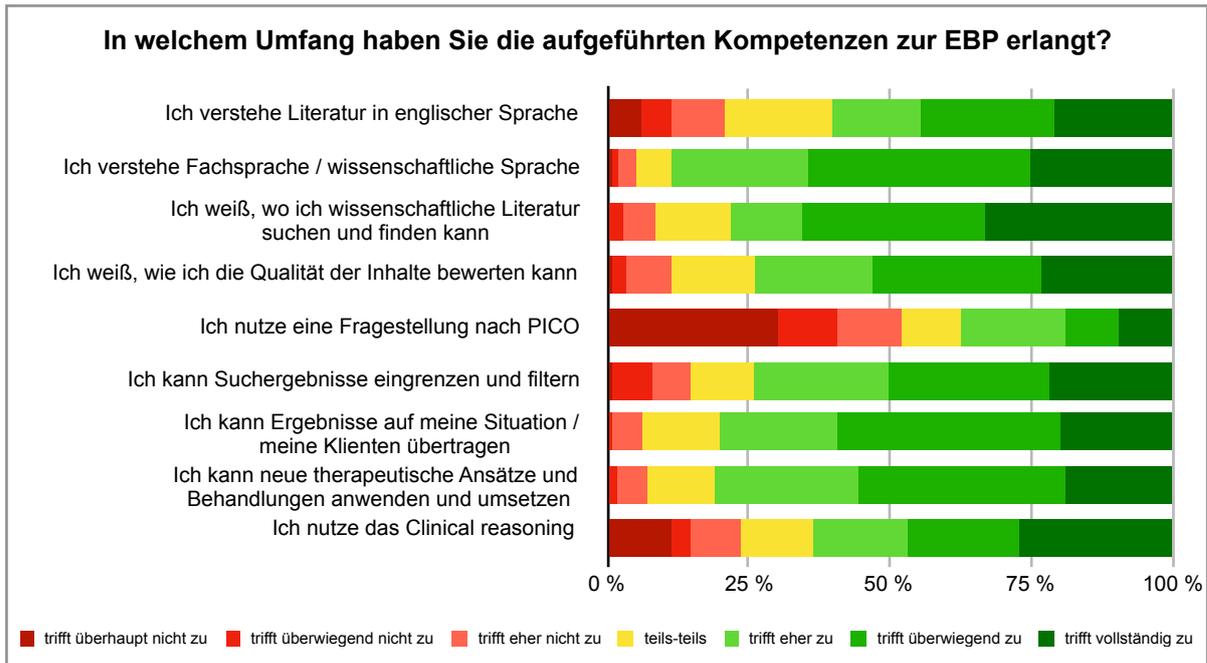


Abb. 5: Kompetenzen zur EBP (Frage 14)

Frage 15 betrachtet den Kompetenzerwerb der vorangegangenen Items im Rahmen der Berufsausbildung an der Berufsfachschule (Abb. 6). Wie bei der vorherigen Frage weisen hier die einzelnen Items sehr unterschiedliche Ausprägungen auf, sodass keine generelle Tendenz über alle Items hinweg festgestellt werden kann.

Das erste Item „Ich verstehe Literatur in englischer Sprache“ wurde von 32% (37 TN) der Teilnehmenden in der Merkmalsausprägung „trifft überhaupt nicht zu“ bewertet. Somit entfallen auf den nicht zutreffenden Bereich insgesamt 58% (67 TN). Die Merkmalsausprägung „teils-teils“ umfasst 14% (16 TN), damit liegt dieser Wert über den Einzelwerten des zutreffenden Bereichs (11% (13 TN), 7% (8 TN), 10% (11 TN)), welcher kumuliert 28% (32 TN) ausmacht.

Im Gegensatz dazu zeigt sich im Item „Ich verstehe Fachsprache/wissenschaftliche Sprache“ ein höherer Wert sowohl in der Merkmalsausprägung „teils-teils“ mit 19% (22 TN), als auch im zutreffenden Bereich mit 54% (62 TN). Der nicht zutreffende Bereich wurde hier von 27% (31 TN) der Teilnehmenden ausgewählt.

Der Kompetenzerwerb in Bezug auf das Suchen und Finden wissenschaftlicher Literatur wird in den Einzelwerten von den Teilnehmenden sehr ausgewogen bewertet. Alle Merkmalsausprägungen weisen ähnliche Werte auf. Der nicht zutreffende Bereich umfasst 48% (55 TN), die Merkmalsausprägung „teils-teils“ zeigt 14% (16 TN) und der zutreffende Bereich 38% (44 TN).

Ähnlich ausgewogen zeigt sich der Kompetenzerwerb in Bezug auf die qualitative Bewertung von Inhalten, wobei sich bei der Merkmalsausprägung „trifft überwiegend nicht zu“ eine Häufung von 21% (24 TN) zeigt. Dementsprechend kumuliert sich der nicht zutreffende Bereich zu 50% (58 TN), die Merkmalsausprägung „teils-teils“ zu 16% (18 TN), und der zutreffende Bereich zu 34% (39 TN).

Stark abweichend zu den vorherigen Daten stellen sich die Daten des Items „Ich nutze eine Fragestellung nach PICO“ dar. Diese Kompetenz wurde von 60% (69 TN) der Teilnehmenden mit der Merkmalsausprägung „trifft überhaupt nicht zu“ bewertet. Die verbleibenden 40% verteilen sich auf die verbleibenden Merkmalsausprägungen, wobei die Werte zum oberen Skalenende hin abfallen. Somit ergibt sich für den nicht zutreffenden Bereich ein kumulierter Wert von 77% (89 TN), die Merkmalsausprägung „teils-teils“ wurde von 10% (11 TN) der Teilnehmenden ausgewählt und liegt somit oberhalb der Einzelwerte des zutreffenden Bereichs, welcher kumuliert 13% (15 TN) der Antworten ausmacht.

Auch bei dem Item „Ich kann Suchergebnisse eingrenzen und filtern“ befindet sich der überwiegende Teil der Antworten im nicht zutreffenden Bereich mit 50% (58 TN). Die Merkmalsausprägung „teils-teils“ umfasst 14% (16 TN), der zutreffende Bereich wurde von 36% (41 TN) der Teilnehmenden ausgewählt.

Im Gegensatz hierzu zeigt sich im Item „Ich kann Ergebnisse auf meine Situation/meine Klienten übertragen“ eine leichte Tendenz zum zutreffenden Bereich mit 45% (52 TN). Im nicht zutreffenden Bereich verbleiben 36% (41 TN) und die Merkmalsausprägung „teils-teils“ zeigt sich mit 19% (22 TN).

Bei dem Item „Ich kann neue therapeutische Ansätze und Behandlungen anwenden“ und umsetzen verstärkt sich diese Tendenz. Somit umfasst der zutreffende Bereich 52% (60 TN), in der Merkmalsausprägung „teils-teils“ finden sich 13% (15 TN) der Teilnehmenden und im nicht zutreffenden Bereich 35% (40 TN), wobei die Merkmalsausprägung „trifft eher zu“ mit 27% (31 TN) am häufigsten ausgewählt wurde.

Gegensätzlich dazu zeigt sich bei dem Item „Ich nutze das Clinical reasoning“ erneut ein starker Ausschlag in der Merkmalsausprägung „trifft überhaupt nicht zu“ mit 23% (26 TN). Somit umfasst der nicht zutreffende Bereich 39% (45 TN). Die Merkmalsausprägung „teils-teils“ zeigt 10% (12 TN) und der zutreffende Bereich 50% (58 TN).

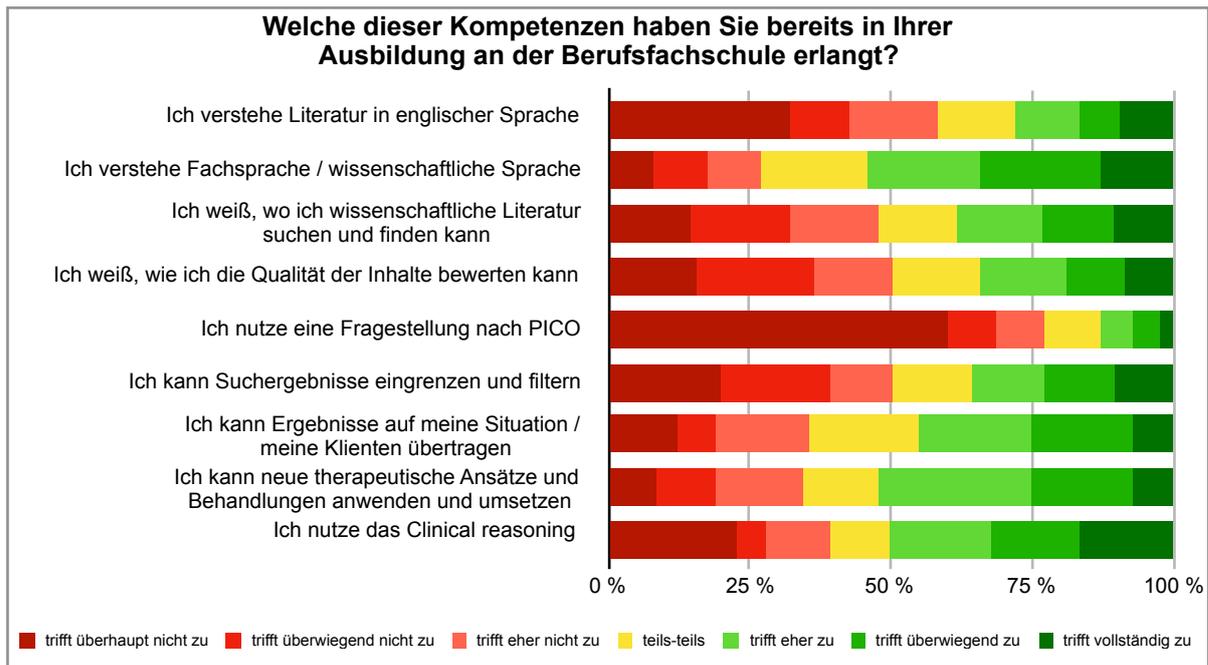


Abb. 6: Kompetenzerwerb (Frage15)

4.5 Suche und Erfahrungen

Frage 17 behandelt, wie oft die Teilnehmenden durchschnittlich nach Evidenz suchen. Hierbei gaben 20% (20 TN) der Teilnehmenden an „wöchentlich oder öfter“ zu suchen, 59% (59 TN) „monatlich oder öfter“, 18% (18 TN) „quartalsweise oder öfter“, 2% (2 TN) „jährlich oder öfter“ und 1% (1 TN) „seltener als jährlich“. Bei dem Zeitraum „monatlich oder öfter“ war bereits eine relative kumulierte Häufigkeit von 79% erreicht.

Die Einschätzung der Teilnehmenden wie viel Zeit sie durchschnittlich pro Suche investieren wurde in Frage 18 erhoben. Bereits 82% (82 TN) der Teilnehmenden geben an pro Suche bis zu einer Stunde Zeit zu investieren. Bis zu zwei Stunden investieren 11% (11 TN), 6% (6 TN) investieren bis zu drei Stunden Zeit pro Suche und 1% (1 TN) investiert bis zu 4 Stunden. Aus diesen Daten ergibt sich ein Mittelwert von 56,4 Minuten, ein Median von 45 Minuten und ein Modalwert von 30 Minuten. Die Standardabweichung beträgt 45,1 Minuten.

Die Frage 19 behandelt die Thematik, wann und zu welchen Anlässen die Teilnehmenden überwiegend nach Evidenz suchen. „In der Freizeit“ suchen 79% (79 TN) nach Evidenz, 57% (57 TN) suchen „während der Arbeitszeit“. „Anlassbezogen aufgrund der Therapiesituation“ suchen 72% (72 TN), 28% (28 TN) suchen „kontinuierlich zu bestimmten Themen“, 17% (17 TN) suchen „kontinuierlich zu diversen Themen“. Als „sonstige Antworten“ 5% (5 TN) wurden die Freitext-Eingaben „Studienbegleitend“ (3 TN) und „zur Vorbereitung von Fortbildungen“ (2 TN) zusammengefasst.

Frage 20 behandelt die Erfahrungen, die von den Teilnehmenden bereits mit verschiedenen Quellen gemacht wurden (Abb. 7). Über alle Items hinweg zeigt sich eine überwiegend positive Ausprägung, einzelne Veränderungen des positiven Bereichs spiegeln sich zugunsten der Merkmalsausprägung „neutral“ wieder.

Beim ersten Item „Fachbücher“ zeigt sich ein ausgeprägter positiver Bereich mit 85% (85 TN), wobei die Merkmalsausprägung „überwiegend positiv“ von 41% (41 TN) der Teilnehmenden ausgewählt wurde. Die Merkmalsausprägung „neutral“ zeigt sich mit 8% (8 TN), der negative Bereich umfasst 7% (7 TN).

Bei dem Item „Fachzeitschriften“ zeigt sich ein ähnliches Bild. Hier haben 40% (40 TN) die Merkmalsausprägung „überwiegend positiv“ ausgewählt. Somit ergibt sich ein Wert von 87% (87 TN) im positiven Bereich, die Merkmalsausprägung „neutral“ zeigt 9% (9 TN). Dem negativen Bereich entfallen lediglich 4% (4 TN), wobei auffällt, dass kein Teilnehmender die Merkmalsausprägungen „negativ“ oder „überwiegend negativ“ ausgewählt hat.

Auch bei dem Item der „Leitlinien“ zeigt sich eine Häufung im positiven Bereich mit 74% (74 TN), jedoch ein höherer Wert in der neutralen Merkmalsausprägung mit 22% (22 TN). Der negative Bereich umfasst lediglich kumuliert 4% (4 TN).

Bei dem Item „ergotherapiespezifische Foren“ zeigt sich eine Tendenz zur Mitte der Skala und weg von den Skalenenden. Somit wurde die Merkmalsausprägung „neutral“ von 36% (36 TN) der Teilnehmenden ausgewählt. An den Skalenenden zeigen sich 2% (2 TN) bei der Merkmalsausprägung „negativ“, und 4% (4 TN) bei der Merkmalsausprägung „positiv“. Der negative Bereich umfasst insgesamt 26% (26 TN), der positive Bereich 38% (38 TN).

Die Betrachtung der „Datenbanken“ zeigt erneut eine Verschiebung in den positiven Bereich, welcher 62% (62 TN) ausmacht. Die neutrale Merkmalsausprägung wurde von 31% (31 TN) der Teilnehmenden ausgewählt und übersteigt die Einzelwerte der positiven Merkmalsausprägungen (26% (26 TN), 23% (23 TN), 13% (13 TN)). Im negativen Bereich fällt auf, dass erneut niemand die Merkmalsausprägungen „negativ“ und „überwiegend negativ“ ausgewählt hat, trotzdem ergibt sich im negativen Bereich ein Wert von 7% (7 TN).

Das Item „Google“ zeigt eine klare Tendenz der Teilnehmenden in den positiven Bereich. Hier beläuft sich die häufigste Auswahl auf 33% (33 TN) in der Merkmalsausprägung „eher positiv“. Der kumulierte Wert des positiven Bereichs beträgt 66% (66 TN). Die neutrale Merkmalsausprägung umfasst 19% (19 TN). Auch bei diesem Item fällt wie bei vorangegangenen Items auf, dass die

Merkmalsausprägung „negativ“ von keinem der Teilnehmenden ausgewählt wurde. Trotzdem beläuft sich der Gesamtwert des negativen Bereiches auf 15% (15 TN). Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit sind alle Häufigkeitstabellen im Anhang IV einsehbar.

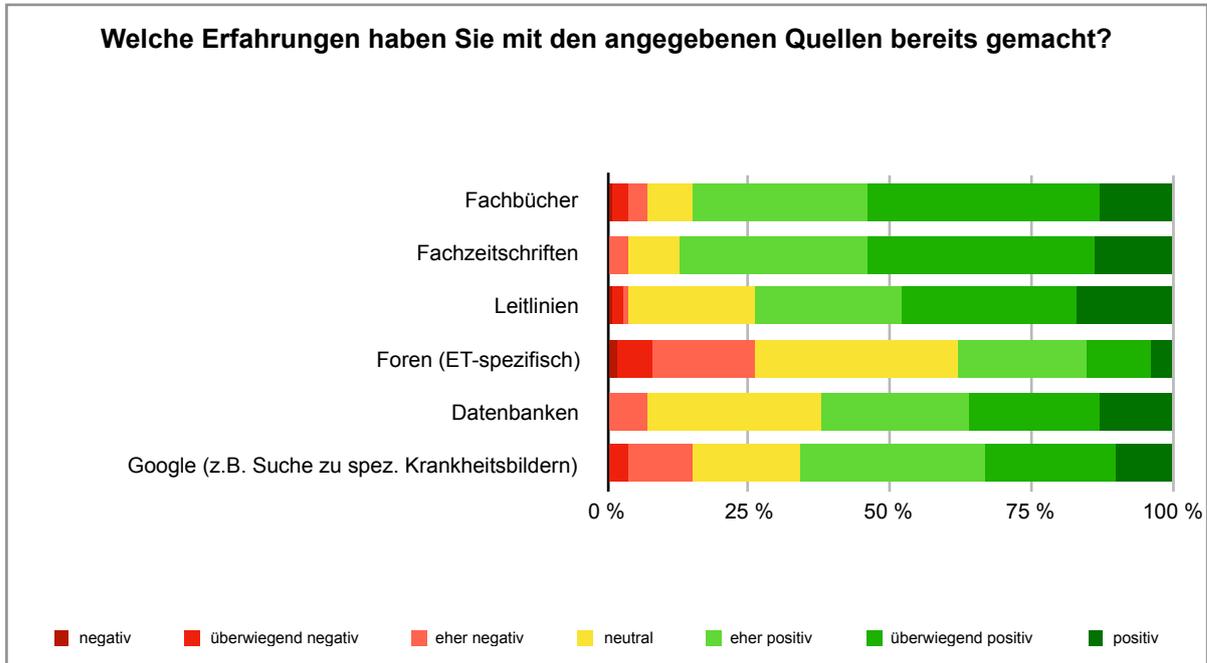


Abb. 7: Erfahrungen mit Quellen (Frage 20)

5. Diskussion

Die Ergebnisse der Studie sind in besonderem Maße von der Altersstruktur, der Berufserfahrung und dem Fortbildungsstand der Teilnehmenden geprägt. Durch das gewählte Verbreitungsverfahren über Onlinedienste und soziale Medien war aus der Sicht der Forschenden ein eher junger und technikaffiner Kreis an teilnehmenden Personen zu erwarten, was sich bestätigt hat. Daher können die Ergebnisse nicht als repräsentativ für die Gesamtheit der Ergotherapeuten_innen in Deutschland angesehen werden, zeichnen jedoch ein deutliches Bild derjenigen Zielgruppe, die einen in Zukunft weiter wachsenden Anteil des Berufsstands der Ergotherapeuten_innen in Deutschland ausmachen wird. Demnach lassen sich die Ergebnisse dieser Studie als Tendenz für die Zukunft interpretieren.

5.1 Einstellung

Die grundsätzliche Einstellung der Teilnehmenden zeigt sich über alle Items hinweg überwiegend im positiven oder neutralen Bereich. Dieses Ergebnis zeigt eine Parallele zu der österreichischen Studie von Ritschl et al. (2015), die ebenfalls eine überwiegend positive Einstellung der Teilnehmenden zur EBP herausstellt. Die im Rahmen dieser Forschung zusätzlich erhobenen Auswirkungen der Einstellung stellen sich jedoch im direkten Vergleich tendenziell schlechter dar.

Ein prägnantes Beispiel ergibt sich aus der Tatsache, dass keiner der Teilnehmenden die eigene Einstellung als „negativ“ (Stufe 1) klassifiziert hat, in der Auswirkung jedoch die Stufe 1 „stark hemmend“ vertreten ist. Somit lässt sich ableiten, dass allein die positive Einstellung der an der EBP beteiligten Personen nicht ausreichend ist, um diese zu fördern. Die Verschiebung der Antworttendenz in den negativen Bereich lässt vermuten, dass eine positive Einstellung ohne die Verfügung über andere fördernde Ressourcen einen umkehrenden Effekt hat und somit als Hemmnis fungiert.

Im Rahmen der Auswertung fällt weiterhin auf, dass die Einstellung der „Arbeitskollegen/ Team“ und die Auswirkung hieraus nicht nur der höchste hemmende Faktor ist, sondern auch im engen Zusammenhang mit den Items „Vorgesetzter/Teamleitung“ und „Arbeitgeber“ gesehen werden kann. Im Zusammenhang mit der gegebenen Altersstruktur der Teilnehmenden ist zu vermuten, dass hierbei das größere Erfahrungswissen der/des „Arbeitskollegen/Teams“ eine Rolle spielt, was zu Diskrepanzen bezüglich der Umsetzung von EBP führen kann. Einen ähnlichen Effekt beschreiben Vachon, Durand und LeBlanc (2010) in ihrer Studie, nach der Therapierende, die vorrangig auf der Basis des eigenen Erfahrungswissens agieren somit eine Barriere für die Umsetzung von EBP schaffen.

Diese Vermutung lässt sich gleichermaßen auf das interdisziplinäre Team übertragen, wobei hier weiterhin der Bezug der anderen Professionen zur ergotherapeutischen Arbeit berücksichtigt werden muss. Im Rahmen der Datenerhebung wird nicht klar herausgestellt, in welchem Umfang sich die Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team gestaltet. Jedoch lässt sich die Bewertung des Items als Hemmnis mutmaßlich darauf begründen, dass die anderen Professionen wenig Einblick in die fachliche Arbeit der Ergotherapie haben, was sich auch mit den persönlichen Erfahrungen der Forschenden deckt. Ein weiterer zu berücksichtigender Faktor ist hierbei die Eventualität eines nicht vorhandenen oder wenig ausgeprägten interdisziplinären Austauschs, was eine nicht förderliche Grundhaltung zur Folge haben könnte. Hier lässt sich die Tendenz erkennen, dass die Auswirkung der Einstellung weniger relevant wird, je weiter sich der betrachtete Personenkreis fachlich von der eigenen Person entfernt. So wirkt sich die Einstellung der/des „Arbeitskollegen/Teams“ als nahestehender Personenkreis als größtes Hemmnis aus, die Einstellung der „Klienten/Patienten“ und „Kollegen im interdisziplinären Team“ als Personenkreis mit weniger inhaltlichem Basisbezug zur ergotherapeutischen Arbeit als geringstes Hemmnis. Insbesondere im Bezug auf den Personenkreis der „Klienten/Patienten“ muss bei der Betrachtung der Daten aufgrund des großen neutralen Bereichs kritisch hinterfragt werden, inwieweit wissenschaftlich fundierte Behandlungsverfahren mit den Klienten_innen konkret thematisiert werden. Weiterhin muss hier berücksichtigt werden, in welchem Umfang die Klienten_innen bereits Vorwissen oder Therapieerfahrungen aufweisen. In diesem Zusammenhang ist klar zu benennen, dass diese Aspekte im Rahmen der Datenerhebung nicht näher beleuchtet wurden. Hierdurch hätte die Forschung an dieser Stelle durch eine Erweiterung des Fragebogens an Prägnanz gewinnen können.

5.2 Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen

Die überwiegend junge Altersstruktur und damit mutmaßlich einhergehende Technikaffinität spiegelt sich in den überwiegend genutzten Medien und Zugangswegen wieder. Dies zeigt sich besonders in der Beurteilung der „Zugriffsmöglichkeit auf einen PC“ als starker Förderfaktor.

Die „Zeit zur Recherche am Arbeitsplatz“ wird als stärkstes Hemmnis bewertet, wobei auffällt, dass lediglich 57 Teilnehmende überhaupt am Arbeitsplatz nach Evidenz suchen, was weniger als die Hälfte der Gesamtteilnehmenden ausmacht. Der überwiegende Teil der Recherchearbeit entfällt auf die Freizeit, was auf die begrenzten zeitlichen Kapazitäten am Arbeitsplatz zurückzuführen ist. Auch in diesem Aspekt decken sich die Ergebnisse dieser Forschung mit den Erkenntnissen von Ritschl et al. (2015), die den Mangel an Zeit ebenfalls als Hemmnis identifizieren.

Die Erfahrungen zu genutzten Medien fallen zu Gunsten der Fachzeitschriften und Fachbücher besonders positiv aus. Diese Medien zeichnen sich nach Ansicht der Forschenden insbesondere dadurch aus, dass die Inhalte bereits zusammengefasst, aufbereitet und gegebenenfalls interpretiert sind. Ein Großteil der Teilnehmenden gibt weiterhin an, dass sie konkret anlassbezogen nach Evidenz suchen, was eine inhaltlich eingegrenzte, zielgerichtete Suche nach Evidenz nach sich zieht. Das Anliegen, fokussiert Evidenz zu spezifischen Themen zu erhalten, lässt sich über diese Medien somit besonders leicht umsetzen.

Ein weiterer zu beleuchtender Aspekt stellt die Tatsache dar, dass Fachzeitschriften unter anderem online erhältlich sind und auch viele Fachbücher auszugsweise im Internet einsehbar sind. Damit ergibt sich ein plausibles Bild zu dem als hoch fördernd bewerteten „Zugriff auf einen PC“ und der mutmaßlich technikaffinen Zielgruppe. Ein großer Vorteil in zeitlicher und monetärer Hinsicht ist hierbei, dass einzelne Artikel aus Fachzeitschriften und einzelne Kapitel aus Büchern separat abrufbar sind und somit gesondert gelesen werden können. Die Notwendigkeit, eine Zeitschrift oder ein Fachbuch papierhaft zu erwerben und vollständig zu lesen erübrigt sich zunehmend. Dies zeigt sich nach Einschätzung der Forschenden als Folge der Verlagerung der Suche nach Evidenz in die Freizeit, da hier der Aufwand so gering wie möglich gehalten werden soll und durch den Mangel an zeitlichen Ressourcen am Arbeitsplatz.

Die knappen zeitlichen Ressourcen in Kombination mit der sich auswirkenden Einstellung der Kollegen_innen begünstigt vermutlich eine Verlagerung der Recherche in den Freizeitbereich und eine zunehmende Fokussierung der Teilnehmenden auf externe Evidenz. Hieraus lässt sich ableiten, dass die Teilnehmenden den Anspruch haben, ihre berufliche Praxis wissenschaftlich fundiert zu gestalten und sich eher sekundär auf interne Evidenz aus dem Team zu stützen. Dementsprechend gestaltet sich die Erfahrung hinsichtlich ergotherapiespezifischen Internet-Foren als negativ, vermutlich, da diese größtenteils über die interne Evidenz der jeweiligen Beitragsverfassenden gespeist werden und der Evidenzgrad somit unbekannt ist.

Als ähnlich hoch bewertetes Hemmnis stellt sich die Nutzung von Datenbanken dar. Dies ist nach Ansicht der Forschenden insbesondere darauf zurückzuführen, dass Informationen hieraus häufig nicht ausreichend zusammengefasst und hinsichtlich der praktischen Umsetzung interpretiert sind. Darüber hinaus erfordert die Datenbankrecherche erweiterte Fähigkeiten und Kompetenzen zur Suchstrategie, Auswahl und Bewertung der Ergebnisse. Für das Erreichen von Rechercheergebnissen, welche konkret auf das Anliegen des Suchenden zugeschnitten sind und praxisrelevante

Informationen enthalten, beschreiben Lin, Murphy und Robinson (2010) in diesem Kontext die Notwendigkeit der Formulierung einer PICO-Frage.

Die vorangegangene Vermutung bestätigt sich in der näheren Betrachtung der aktuell vorhandenen Kompetenzen der Teilnehmenden. Hier wird klar, dass ein großer Anteil der Teilnehmenden nicht die erforderlichen Kompetenzen besitzt, um eine Literaturrecherche in Datenbanken durchzuführen. Somit liegt die Annahme nahe, dass diese Personen primär Fachbücher, Fachzeitschriften, Leitlinien und Ergebnisse aus Suchmaschinen nutzen.

Die insgesamt knappen zeitlichen Ressourcen am Arbeitsplatz spiegeln sich auch in dem Item „Zeit und Gelegenheit zum ausprobieren neuer Ansätze“ wieder. Hier vereinen sich zudem die eigene Einstellung und Initiative mit den Rahmenbedingungen und zur Verfügung stehenden Ressourcen, die zu einem gelungenen Transfer in die Praxis ganzheitlich betrachtet werden müssen. Deutlich zeigen sich hier die Wechselwirkungen und Abhängigkeiten der vorangegangenen Faktoren. Die Tatsache, dass eine positive Einstellung zur EBP vorhanden ist, garantiert nach Auffassung der Forschenden nicht, dass die EBP umgesetzt werden kann wenn die notwendigen Rahmenbedingungen und Ressourcen nicht zu einem Mindestmaß gegeben sind. Diese These wird durch die Ergebnisse einer kanadischen Studie (Vachon, Durand & LeBlanc, 2010) gestützt, welche darlegt, dass wissenschaftliche Erkenntnisse erschwert in die Praxis eingebracht werden können, wenn die Therapierenden die physischen, organisatorischen und sozialen Restriktionen als nicht verhandelbar einstufen. Der sich hieraus ergebende Mangel an Gestaltungsspielraum wird in der genannten Studie als größte Barriere der evidenzbasierten Praxis identifiziert. Nach dem Dafürhalten der Forschenden bedeutet dies im Umkehrschluss, dass im ausreichenden oder übermäßigem Maß vorhandene Ressourcen nicht automatisch zu positiven Ergebnissen in der Umsetzung der EBP führen. Zusätzlich sind spezifische Kompetenzen und eine positive Grundhaltung gegenüber der EBP erforderlich. Somit wird deutlich, dass alle Faktoren sich gegenseitig stark bedingen.

5.3 Kompetenzen

Die Betrachtung der Kompetenzen insgesamt zeigt mit kontinuierlichen Fortbildungen und der überwiegend positiven Einschätzung des aktuellen Kompetenzniveaus ein positives Bild für die Zukunft. Die erhobenen Daten zeigen, dass die Notwendigkeit des lebenslangen Lernens auch in dieser teils jungen und wenig berufserfahrenen Zielgruppe bereits verankert ist. Der Aspekt des lebenslangen Lernens und der beruflichen Weiterentwicklung manifestiert sich im Ethikkodex des DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2005). Wie Goode (1972) im Bezug auf die Merkmale

einer Profession dargestellt hat, ist das Vorhandensein einer gemeinsamen Wertvorstellung und einer gemeinsamen beruflichen Identität eine Grundvoraussetzung zur Professionalisierung eines Berufsstands. Ebenso führt Goode an, dass wissenschaftliches Arbeiten eine elementare Strategie zur Entwicklung einer Profession darstellt (ebd.).

Trotz des jungen Altersdurchschnitts und der überwiegend geringen Berufserfahrung der Teilnehmenden ist die Quote derjenigen die bereits Fortbildungen absolviert haben mit 76% hoch. Die Entwicklung der Fortbildungen verläuft parallel zur fortschreitenden Berufserfahrung, sodass die Anzahl der Personen je Altersgruppe im Verhältnis nahezu deckungsgleich mit der Anzahl an Fortbildungen pro Berufserfahrungsklasse ist.

Von dieser positiven Tendenz muss die aktuelle Situation des Kompetenzerwerbs im Rahmen der Berufsfachschulausbildung klar abgegrenzt werden, die in Teilbereichen von den Teilnehmenden als nicht ausreichend eingeschätzt wird. Besonders deutlich wird dies anhand des Items der „Nutzung einer PICO-Frage“, die sowohl im aktuellen Kompetenzstand als auch im schulischen Kompetenzerwerb stark negativ bewertet wurde. Im Prozess der EBP stellt die Formulierung einer PICO-Frage einen bedeutsamen zentralen Aspekt dar, da sich hieraus einerseits die weitere Suchstrategie ableitet und sich weiterhin in der Fragestellung auch das Clinical reasoning widerspiegelt (Sackett, Rosenberg, Haynes & Richardson, 1996). Auch dieses Element des EBP Prozesses wird im Kompetenzerwerb an der Berufsfachschule hoch negativ bewertet. Besonders auffällig ist, dass die nachträgliche Weiterentwicklung dieser Kompetenzen im Vergleich eher gering ausfällt.

Im Gegensatz hierzu wird der aktuelle Stand der restlichen erhobenen Kompetenzen durch die Teilnehmenden als überwiegend positiv eingestuft. Besonders stechen hierbei das „Verstehen von Fachsprache/wissenschaftlicher Sprache“ und die „Fähigkeiten zum Transfer in die Praxis“ heraus. In Kombination mit den hierzu erhobenen Werten des Kompetenzerwerbs an der Berufsfachschule eröffnet sich die Schlussfolgerung, dass die Ausbildung derzeit stark praxisorientiert ist, jedoch bereits auch an wissenschaftliche Sprache heranzuführt, was sich in den vorliegenden Ausbildungscurricula der Bundesländer bestätigt (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2001; Freistaat Sachsen Sächsisches Staatsministerium für Kultus, 2004; Niedersächsisches Kultusministerium, 2002; Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, 2003, Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, 2015).

Ein weiteres notwendiges Handlungsfeld in der Weiterentwicklung der Berufsausbildung ist aus Sicht der Forschenden das Verständnis der englischen Sprache. Der überwiegende Teil der Befragten bewertete diesen Aspekt in der Berufsausbildung als nicht ausreichend. Der aktuelle Kompetenzstand zeigt jedoch ein deutlich positiveres Bild, was wiederum auf intrinsisch motiviertes und kontinuierliches Lernen hindeutet. Da das Verständnis der englischen Sprache vor allem bei der Nutzung von Originaltexten oft unabdingbar ist, sollten hierzu bereits in der Berufsausbildung Grundlagen gelegt und die Schüler_innen an diese Art von Texten herangeführt werden.

Ein frühes und regelmäßiges Heranführen an Fachtexte in Fremdsprachen unterstützt den Prozess der Entwicklung von Gewohnheiten, da hierfür Übung eine wichtige Rolle spielt (Cohn, Coster & Kramer, 2014). Die Anwendung der EBP erfordert nicht nur Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern auch Routine in der Umsetzung (ebd.) der jeweiligen Teilschritten des EBP Prozesses (Sackett, Rosenberg, Haynes & Richardson, 1996).

Die überwiegende Nutzung deutschsprachiger Fachbücher und Fachliteratur durch die Befragten zeigt hierzu aus Sicht der Forschenden ein stimmiges Bild, woraus sich schließen lässt, dass ein erweiterter sprachlicher Kompetenzerwerb zur vermehrten Nutzung von originärer Literatur führen würde.

5.3 Suche und Erfahrungen

Die nähere Betrachtung der im Kreis der Teilnehmenden tatsächlich durchgeführten EBP-Prozesse zeigt einen zeitlichen Schwerpunkt in der Freizeit auf und einen inhaltlichen Schwerpunkt in den konkret anlassbezogenen Suchen zu therapierelevanten Situationen. Die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen der Teilnehmenden lässt sich demnach eher nicht auf ein breit gefächertes Themenspektrum übertragen, da sich wenige Teilnehmende kontinuierlich zu diversen Themen informieren. Diese Tendenz ist aus Sicht der Forschenden in engem Zusammenhang mit der Spezialisierung der Therapierenden auf ein Fachgebiet und den knappen zeitlichen Ressourcen zu sehen.

Das grundsätzliche Engagement, im Rahmen der Freizeit berufsspezifische Informationen zu sammeln, spiegelt wiederum die positive Grundhaltung und Motivation der Teilnehmenden wieder. Untermuert wird dies zusätzlich durch die überwiegend kurzen Suchintervalle von kumuliert 79% im Bereich „monatlich oder öfter“, wodurch sich die Kontinuität positiv darstellt. Der zeitliche Umfang der einzelnen Suchen beläuft sich mit 82% in der Klasse „bis zu einer Stunde“. Dies ist nach Auffassung der Forschenden ein klares Indiz für die beschränkten zeitlichen Ressourcen in der Freizeit und am

Arbeitsplatz. Die hieraus resultierende Fokussierung auf für die Therapie akut relevante Informationen lässt sich hierdurch bestätigen.

Der Einsatz von Geld konzentriert sich auf die Anschaffung von „Fachbüchern“ und „Fachzeitschriften“. Dieser Schwerpunkt ist im Hinblick auf die zuvor diskutierten Aspekte der Verfügbarkeit und Verstehbarkeit plausibel. Ergänzend dazu wird an dritter Stelle am häufigsten Geld für die Anschaffung von „Materialien/Assessments“ aufgewendet, was auf die bereits aufgezeigte hohe praktische Ausrichtung zurückzuführen ist und somit ebenfalls plausibel erscheint.

Obwohl 62% der Teilnehmenden angeben, positive Erfahrungen mit „Datenbanken“ gemacht zu haben, geben lediglich 6% an, Geld hierfür zu investieren. Eine mögliche Erklärung ist einerseits die ausschließliche Nutzung kostenloser Datenbanken, andererseits ein vom Arbeitgeber subventionierter Zugang zu kostenpflichtigen Datenbanken. Dies erscheint vor allem in gemeinsamer Betrachtung mit den dargestellten Kompetenzen schlüssig, da nach Meinung der Forschenden bei dem privaten Einsatz von Geld ein entsprechender Nutzen erwartet wird, der sich bei nicht sachgemäßem Umgang mit der Datenbank nicht einstellt.

5.4 Beschränkungen der Forschung und Reflexion

Der Prozess der evidenzbasierten Praxis in seiner Gesamtheit beinhaltet die Umsetzung von Resultaten und Erkenntnissen einer Literaturrecherche in die therapeutische Praxis (Sackett, Rosenberg, Haynes & Richardson, 1996). Im Rahmen dieser Arbeit wurde der Schwerpunkt auf den vorgelagerten Prozess der Recherche und Bewertung gelegt, da der Theorie-Praxis-Transfer nach der Auffassung der Forschenden von einer Vielzahl weiterer Faktoren beeinflusst wird. So unterscheiden sich Herangehensweisen und Umsetzung zum Beispiel durch die Nutzung unterschiedlicher ergotherapeutischer Modelle und deren zugrunde liegenden Denkrichtungen. Darüber hinaus gelingt ein erfolgreicher Praxisübertrag in verschiedenen Fachbereichen und Arbeitssettings nach Erfahrung der Forschenden unterschiedlich gut. Zum Beispiel kann eine funktionelle Methode relativ schnell erlernt und umgesetzt werden, eine Veränderung von Gewohnheiten im Klientenkontakt stellt sich im Gegensatz dazu als ein vergleichsweise langwieriger Prozess dar. Daher beschränkt diese Arbeit sich auf die vorgelagerten Prozessschritte und die grundlegende methodische Vorgehensweise der Teilnehmenden.

Weiterhin wurde im Rahmen dieser Arbeit die Perspektive der therapeutisch Tätigen betrachtet und dargestellt und nicht explizit die Perspektive der Arbeitgebenden.

Aufgrund der gewählten Befragung per Online-Fragebogen und der Verbreitung über soziale Netzwerke wurde eine Stichprobe erzielt, die nicht für Gesamtheit der Ergotherapeuten_innen in Deutschland repräsentativ ist. Dies ist insbesondere an der aufgezeigten Altersstruktur ersichtlich, hinzu kommt, dass die Geschlechter nicht ausgewogen repräsentiert sind.

Weiterhin verteilen sich die Teilnehmenden nicht gleichmäßig auf alle Bundesländer, was sich explizit durch unterschiedliche Ausbildungscurricula auf die Daten der bewerteten Kompetenzen der Teilnehmenden auswirkt.

Neben den unterschiedlichen Ausbildungsinhalten führen auch die Aspekte Berufserfahrung und weiterführende akademische Ausbildungen zu einer Diversität des Kompetenzgefüges. Der Umfang dieser Arbeit ließ eine gesonderte Betrachtung einzelner Teilgruppen nicht zu, wie beispielsweise eine Gegenüberstellung der Daten von Berufsfachschulabsolventen_innen im Vergleich zu studierten Teilnehmenden.

Um eine hohe Reichweite und damit eine möglichst große Stichprobe zu erzielen, wurde ein über soziale Medien im Schneeballverfahren verbreiteter Online-Fragebogen gewählt. Diese Vorgehensweise birgt den Nachteil einer nicht vorhandenen Reliabilität, da bei erneuter Durchführung nicht gewährleistet werden kann, dass eine ähnliche Zielgruppe und damit vergleichbare Ergebnisse erzielt werden. Die Auswahl der verwendeten Verfahren war jedoch erforderlich und sinnvoll, da die Wahrscheinlichkeit die Forschungsfrage umfassend zu beantworten durch eine große Stichprobe erhöht wurde. Neben dem Vorteil der Reichweite bietet die gewählte Methode eine hohe Unabhängigkeit von den Untersuchenden, wodurch Objektivität erreicht wurde.

Die Ergebnisse spiegeln die aktuelle Situation in Deutschland wieder, die Validität ist demnach gegeben. Für Deutschland liegen keine statistischen Vergleichswerte vor, daher ist eine Normierung nicht gegeben. Die Forschungsfrage „Wie gestaltet sich die evidenzbasierte Praxis (EBP) in der täglichen Praxis deutscher Ergotherapeuten_innen?“ und die zugehörigen Leitfragen:

- „Welche hemmenden und fördernden Faktoren beeinflussen den Prozess der evidenzbasierten Praxis?“
- „Welche EBP spezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten haben deutsche Ergotherapeuten_innen während der Berufsfachschulausbildung erlangt und in welchem Umfang wurden diese in der täglichen Praxis erweitert?“
- „Welche zeitlichen und monetären Kapazitäten bringen deutsche Ergotherapeuten_innen in ihre evidenzbasierte Praxis ein?“

konnten aus Sicht der Forschenden ausreichend beantwortet werden.

Eine Verzerrung der Daten in Form von sozial erwünschten Antworten ist nicht auszuschließen (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016), ebenso wie eventuell auftretende Urteilsfehler aufgrund einer beispielsweise zeitlich weit zurückliegenden Berufsfachschulausbildung. Darüber hinaus beschränkte der gewählte Online-Fragebogen als Erhebungsmethode die mögliche Zielgruppe, da Menschen ohne Internetanschluss nicht partizipieren konnten.

Der Datenerhebungszeitraum lag innerhalb der Sommerferien. Daher ist davon auszugehen, dass bei einer Wiederholung außerhalb der Ferienzeiten eine noch höhere Anzahl an Teilnahmen zu erreichen wäre.

Bei erneuter Durchführung wäre anzuraten, mehrere Ausgangspunkte zur Verbreitung des Fragebogens in verschiedenen Bundesländern zu akquirieren, wie beispielsweise Berufsfachschulen, Hochschulen oder Landesverbände. Durch die ausschließliche Verbreitung des Fragebogens über soziale Medien ergibt sich das Risiko einer Konzentration in bestimmten Regionen. So zeigt sich die Anwendung dieser Methodik im Rahmen dieser Studie in einer Häufung von Antworten aus Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen.

Das Ziel dieser Forschung war es, einen Überblick über die aktuell praktizierte EBP in der Ergotherapie in Deutschland zu erhalten. Durch die Komplexität des Themas war von vornherein einkalkuliert, dass nicht alle relevanten Aspekte mit einer hohen Detailtiefe abgedeckt werden konnten. Das primäre Augenmerk lag hierbei darauf, Ansätze für konkrete Veränderungen herauszufiltern. Dieses Ziel wurde aus Sicht der Forschenden durch die erhaltenen Ergebnisse erreicht. Zur weiteren Ausarbeitung und Konzeption sind weitere Forschungen nötig und wünschenswert.

6. Schlussfolgerung

Von der stetig wachsenden Bedeutung des Themas EBP ausgehend ergab sich die Frage, inwieweit die bereits insbesondere im europäischen Ausland erhobenen Forschungsergebnisse auch für Deutschland Gültigkeit haben. Vor diesem Hintergrund war von Interesse, wie sich aktuell die EBP in der täglichen Praxis deutscher Ergotherapeuten_innen gestaltet.

Durch die Standardisierung des Fragebogens und die damit einhergehenden geschlossenen Fragen blieb wenig Raum für Teilnehmende, sich über die vorgegebenen Antworten hinweg zu äußern. Die vorliegende Forschung bietet neben dem primären Forschungsergebnis eine Vielzahl von Ansatzpunkten zur weiteren Forschung.

Der individuelle Theorie-Praxis-Transfer ist nach subjektiver Auffassung der Forschenden geprägt von der Persönlichkeit der Therapierenden und wird durch das Arbeitssetting und dem jeweiligen Fachbereich zusätzlich beeinflusst. Daher empfiehlt sich zur detaillierteren Betrachtung dieses Teils des EBP-Prozesses ein qualitatives Forschungsdesign. Hierbei können einzelne einwirkende Faktoren tiefgreifender betrachtet werden, um eventuelle Zusammenhänge differenziert zu erheben.

Weiterhin sind weitere Unterteilungen der Stichprobe zur Analyse verschiedener Teilgruppen, beispielsweise nach dem Ausbildungsstand oder nach Bundesländern, von Interesse, um insbesondere den Prozess des Kompetenzerwerbs näher zu beleuchten. Der hier aufgezeigte derzeitige Stand spiegelt die Notwendigkeit einer Detailanalyse der Ausbildungscurricula der Bundesländer in direktem Zusammenhang mit der tatsächlichen Umsetzung der EBP wieder.

Ebenso könnte das derzeitige Fortbildungsangebot zur EBP in Bezug auf Inhalt und Verfügbarkeit überprüft werden, um die Ursachen zu erheben, warum in diesem Bereich wenig Fortbildungen in Anspruch genommen werden.

Im Hinblick auf die dargestellten Rahmenbedingungen ist die Sichtweise der Arbeitgebenden von besonderer Bedeutung, da für diese der Wert und Nutzen der EBP transparent sein muss, um entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Um diese Transparenz zu erreichen, ist einerseits die Erhebung des aktuellen Wissensstands der Therapierenden erforderlich, als auch die kontinuierliche Evaluation qualitativer Ergebnisverbesserungen in der Therapie durch EBP. Dies sollte unter Berücksichtigung eines modernen Qualitätsmanagements geschehen, um letztlich zudem die Klientenzufriedenheit zu erhöhen. Durch einen derartig strukturierten EBP-Prozess kann nach

Auffassung der Forschenden gewährleistet werden, dass alle involvierten Parteien von der EBP profitieren.

Diese Bachelorarbeit hat sich im wesentlichen mit den Rahmenbedingungen, hemmenden und fördernden Faktoren, Kenntnissen und Fertigkeiten deutscher Ergotherapeuten_innen beschäftigt.

In den aufgezeigten Resultaten zeichnet sich das deutliche Bild ab, dass die Teilnehmenden den Fokus auf den eigenen Wissenszuwachs legen mit dem Anspruch, ihre berufliche Praxis wissenschaftlich fundiert zu gestalten. Dieses hohe Maß an Motivation transferiert sich derzeit noch nicht in gleicher Weise in das Team hinein, da hier unterschiedliche Ausbildungsstände/Kompetenzen und Motivationen aufeinander treffen.

Im Hinblick auf den Kompetenzerwerb wurden einige Lücken in der Berufsfachschul-ausbildung aufgezeigt. In diesem Zusammenhang ist zunächst ein einheitlicher Ausbildungsstandard anzustreben um wiederum den intra- und interdisziplinären Austausch zu ermöglichen, bzw. zu fördern. Daraus leitet sich die Notwendigkeit ab, die EBP bereits in der Berufsschul-ausbildung stärker zu verankern.

Auch die überwiegend positive Grundeinstellung von Arbeitgebenden und Vorgesetzten könnte auf einer homogenen Wissensbasis genutzt werden, um Zeit und die erforderlichen technischen Ressourcen im Rahmen der Arbeitszeit zur Verfügung zu stellen. Dieses in Kombination mit dem meist genutzten Zugangsweg, dem PC, und den überwiegend guten Erfahrungen mit den Medien Fachbüchern und Fachzeitschriften lässt die Schlussfolgerung zu, dass schnell verfügbare, verständliche und kontextbezogene Evidenz möglichst kostengünstig/kostenlos online zur Verfügung gestellt werden sollte. In dieser Art aufbereitete Inhalte würden neben einheitlichen Kompetenzen den intra- und interdisziplinären Austausch ebenfalls begünstigen und darüber hinaus auch als adressatengerechte Kernbotschaften in Richtung der Klienten_innen im Sinne des Empowerments herangezogen werden können.

Da die grundsätzlichen Schritte im EBP Prozess notwendig und nicht abzukürzen sind, ergibt sich eine verminderte Praktikabilität im ergotherapeutischen Berufsalltag, primär aufgrund von mangelnder Zeit. Aufgrund dessen ist zu empfehlen, wissenschaftliche Erkenntnisse noch stärker an den Bedürfnissen der praktisch tätigen Therapeuten_innen auszurichten. Ein Beispiel hierfür wäre die Formulierung einer konkreten Praxisempfehlung als Ergänzung zum Abstract eines wissenschaftlichen Artikels. Dieser sollte so ausgestaltet sein, dass die Anwendbarkeit auf die Zielgruppe, die Methodik und der Nutzen schnell zu erfassen sind um somit eine weite Verbreitung in

kurzer Zeit zu gewährleisten. Der Übertrag in die berufliche Praxis würde somit in der Effizienz und der Effektivität gesteigert werden. Durch die Erweiterung einer wissenschaftlichen Ausarbeitung um eine solche Studienzusammenfassung würde sich zudem ein neuer Standard etablieren, der eine nachträgliche Zusammenfassung durch nicht primär beteiligte dritte Personen erübrigt und langfristig wissenschaftliche Ergebnisse einer breiteren Zielgruppe in kürzerer Zeit zugänglich machen würde. Ein solcher Hinweis zur Anwendung („application“) würde ebenfalls die Lehrenden in ihrem Ausbildungsprozess unterstützen.

Literaturverzeichnis

- § 135a SGB 5—Einzelnorm. (n.d.). Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___135a.html
- § 136 SGB 5—Einzelnorm. (n.d.). Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___136.html
- Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0. (2018). Duden—Wissensnetz deutsche Sprache Copyright © 2011, 2013 Bibliographisches Institut GmbH (Version 2.3.0 (203.16.12)).
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. (2001). *Lehrpläne für die Berufsfachschule für Ergotherapie*. Abgerufen 20. August 2019, von <https://www.isb.bayern.de/schulartspezifisches/lehrplan/>
- Behrens, E., Lange, H., & Nölke, K. (2019). *Forschungsergebnisse im Praxisalltag umsetzen – Evidenzbasiert (Be-)Handeln*. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2019-51020190501>
- Borgetto, B., Tomlin, G., & Max, S. (2017). *Die Forschungspyramide – Teil 3: Grundlagen der Anwendung für die kritische Evidenzbewertung*. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-54020170401>
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2011). *CAOT Position Statement Continuing Professional Education*. Abgerufen 22. Mai 2019, von <https://caot.ca>
- Chisholm, D., & Boyt Schell, B. A. (2014). Overview of the Occupational Therapy Process and Outcomes. In B. A. B. Schell, G. Gillen, M. E. Scaffa, E. S. Cohn, & H. S. Willard (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (Twelfth edition, International edition). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Claudiana Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe. (n.d.). Ergotherapie-Was bietet sie heute und in Zukunft? Abgerufen 21. Mai 2019, von <http://www.dachs.it/>
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Cohn, E. S., Coster, W. J., & Kramer, J. M. (2014). Facilitated Learning Model to Teach Habits of Evidence-Based Reasoning Across an Integrated Master of Science in Occupational Therapy

- Curriculum. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Supplement_2), S73. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.685S05>
- Definitionen. (n.d.). Abgerufen 30. Mai 2019, von <https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2005). *Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie*. Abgerufen 21. Mai 2019, von <https://dve.info/ergotherapie/ethik>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2010). *EBP-Glossar*. Abgerufen 15. November 2018, von <https://dve.info//ergotherapie/ebp-datenbank/ebp-glossar>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2012). *Perspektiven DVE/Ergotherapie 2020*. Abgerufen 01. Oktober 2017, von <https://dve.info/resources/pdf/dve/ziele/305-fo-perspektiven2020-web/file>
- Disease-Management-Programme Gemeinsamer Bundesausschuss. (n.d.). Abgerufen 30. Oktober 2019, von <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/>
- Duden | Evidenz | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft. (n.d.). Abgerufen 23. Mai 2019, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Evidenz>
- Evidenzbasierte Medizin. (n.d.). Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.cochrane.de/de/ebm>
- Feiler, M. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <http://link.springer.com/openurl?genre=book&isbn=978-3-540-67698-0>
- Fordyce G (1793). (2010). Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.jameslindlibrary.org/fordyce-g-1793/>
- Freistaat Sachsen Sächsisches Staatsministerium für Kultus. (2004). Lehrpläne für die Berufsfachschule Ergotherapeut/Ergotherapeutin. Abgerufen 21. April 2019, von https://www.schule.sachsen.de/lpdb/web/downloads/lp_bfs_ergotherapeut_2004_2012.pdf?v2
- George, S., & Meiling, C. (2013). Studien finden leicht gemacht. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 52(12), 26–33. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2013-51020131204>
- Geschichte der EbM. (n.d.). Abgerufen 14. Februar 2019, von <https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/geschichte/geschichte>
- Goode, W.J (1972). Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen. In Luckmann, T., & Sprondel, W. M. (Hrsg) (1972). *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

- Granse, M. le, Hartingsveldt, M. van, & Kinebanian, A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie*. Stuttgart, Thieme.
- Hucke, B., & Meiling, C. (2019). Evidenzbasierte Praxis im Arbeitsalltag. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 58(1), 34–36. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2019-51020190105>
- Jerosch-Herold, C. (1998). Evidence Based Practice - How to Do a Literature Search. *The British Journal of Hand Therapy*, 3(1), 21–23. <https://doi.org/10.1177/175899839800300111>
- Leitlinien. (n.d.). Abgerufen 30. Oktober 2019, von <https://www.cochrane.de/de/leitlinien>
- Lin, S. H., Murphy, S. L., & Robinson, J. C. (2010). Facilitating Evidence-Based Practice: Process, Strategies, and Resources. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(1), 164–171. <https://doi.org/10.5014/ajot.64.1.164>
- Lind J (1753). (2010). Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.jameslindlibrary.org/lind-j-1753/>
- Mangold, S. (2013). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie: Reflektiert - systematisch - wissenschaftlich fundiert* (2. aktualisierte Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.
- Mathe, T. (2005). *Medizinische Soziologie und Sozialmedizin* (2. Aufl.; J. Tesak, Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Meiling, C., & Oltman, R. (2017). Upgrade für Ihre Studienrecherche: EBP-Datenbank 2.0. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 56(11), 36–40. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-51020171105>
- Mittag, H.-J. (2017). *Statistik: Eine Einführung mit interaktiven Elementen* (5., wesentlich überarbeitete Auflage). Berlin: Springer Spektrum.
- Niedersächsisches Kultusministerium. (2002). Rahmenrichtlinien für das Fach Berufsbezogener Unterricht der Berufsfachschule - Ergotherapie. Abgerufen 21. April 2019, von <https://www.nibis.de/nli1/bbs/archiv/rahmenrichtlinien/ergo.pdf>
- Pschyrembel Online | ADHS. (n.d.). Abgerufen 30. Oktober 2019, von <https://www.pschyrembel.de/ADHS/K036X/doc/>
- Pschyrembel Online | Apoplex. (n.d.). Abgerufen 30. Oktober 2019, von <https://www.pschyrembel.de/Apoplex/K0PSS/doc/>
- Pschyrembel Online | Demenz. (n.d.). Abgerufen 30. Oktober 2019, von <https://www.pschyrembel.de/Demenz/K05MH/doc/>
- Pschyrembel Online | intrinsische Motivation. (n.d.). Abgerufen 30. Oktober 2019, von <https://www.pschyrembel.de/intrinsische%20Motivation/P0286/doc/>

- Pschyrembel Online | Skorbut. (n.d.). Abgerufen 30. Oktober 2019, von <https://www.pschyrembel.de/Skorbut/K0L42/doc/>
- Ritschl, V., Schönthaler, E., Schwab, P., Strohmmer, K., Wilfing, N., & Zettel-Tomenendal, M. (2015). Evidenzbasierte Praxis: Einstellungen, Kompetenzen, Barrieren und Arbeitszufriedenheit österreichischer Ergotherapeuten – eine Umfrage. *Ergoscience*, 10(3), 97–107. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-54020150302>
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. A. (Hrsg.). (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Sackett (Hrsg.). (2001). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed., reprinted). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schönthaler, E., Schwab, P., Zettel-Tomenendal, M., & Ritschl, V. (2017). Supporting evidence-based practice: Changes in service provision and practitioners' attitudes following EBP Service Centre consultation – a qualitative study / Evidenzbasierte Praxis unterstützen: Veränderungen der Arbeitsweise und der Einstellungen von Ergotherapeuten/-innen durch die Nutzung eines EBP Service Centers - eine qualitative Studie. *International Journal of Health Professions*, 4(1), 66–78. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2017-0007>
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin. (2003). Berliner Lehrplan für die Ergotherapie-Ausbildung. Abgerufen 21. April 2019, von https://www.berlin.de/sen/gesundheits/_assets/themen/gesundheitsberufe/lehrplan_ergotherapie.pdf
- Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Research in Occupational Therapy: Methods of Inquiry for Enhancing Practice*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Taylor, R. R., & Kielhofner, G. (Eds.). (2017). *Kielhofner's model of human occupation: Theory and application* (Fifth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Thomas, A., Han, L., Osler, B. P., Turnbull, E. A., & Douglas, E. (2017). Students' attitudes and perceptions of teaching and assessment of evidence-based practice in an occupational therapy professional Master's curriculum: A mixed methods study. *BMC Medical Education*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0895-2>

- Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport. (2015). *Thüringer Lehrplan für die berufsbildende Schule Höhere Berufsfachschule dreijähriger Bildungsgang Ergotherapie*. Abgerufen 21. April 2019, von <https://www.schulportal-thueringen.de/media/detail?tspi=1786>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Eds.). (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation ; 9th Canadian occupational therapy guidelines ; official practice guidelines for the Canadian Association of Occupational Therapists* (2. ed). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Vachon, B., Durand, M.-J., & LeBlanc, J. (2010). Empowering occupational therapists to become evidence-based work rehabilitation practitioners. *Work*, (2), 119–134. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-1063>
- World Federation of Occupational Therapists, Mackenzie, L., Coppola, S., Alvarez, L., Cibule, L., Maltsev, S., ... Ledgerd, R. (2017). International Occupational Therapy Research Priorities: A Delphi Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(2), 72–81. <https://doi.org/10.1177/1539449216687528>
- Wressle, E., & Samuelsson, K. (2015). The self-reported use of research in clinical practice: A survey of occupational therapists in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(3), 226–234. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.992951>

Glossar

AD(H)S	Psychische Störung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter mit Leitsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, die in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt („Pschyrembel Online ADHS,” n.d.).
Apoplex	Akut einsetzendes fokal-neurologisches Defizit bei zerebraler Durchblutungsstörung [...] oder intrazerebraler Blutung [...] („Pschyrembel Online Apoplex,” n.d.).
Assessment	Bewertung, Einschätzung (Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0, 2018).
Best Practice	(besonders in Wirtschaft und Politik) bestmögliche (bereits erprobte) Methode, Maßnahme o. Ä. zur Durchführung, Umsetzung von etwas (Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0, 2018).
Clinical reasoning	„All die Gedanken und Strategien, der gesamte mentale Prozess, der den ergotherapeutischen Prozess begleitet, wird als Klinisches Reasoning bezeichnet“ (Feiler, 2003).
Curriculum	auf einer Theorie des Lehrens und Lernens aufbauender Lehrplan (Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0, 2018).
Delphi-Studie	Die Delphi-Methode ist eine spezielle Form der schriftlichen Befragung, [...]. Es handelt sich hierbei um eine hochstrukturierte Gruppenkommunikation, deren Ziel es ist, aus den Einzelbeiträgen der an der Kommunikation beteiligten Personen Lösungen für komplexe Probleme [...] zu erarbeiten. Der Name dieser Methode nimmt auf das berühmte griechische Orakel Bezug, das besonders »weise« Ratschläge gegeben haben soll (Bortz & Döring, 2006).
Demenz	Erworbene, zumeist chronisch-progrediente Störung der kognitiven, sozialen und emotionalen Gehirnfunktionen die über mindestens 6 Monate besteht („Pschyrembel Online Demenz,” n.d.).
Disease Management Programme	Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen („Disease-Management-Programme-Gemeinsamer Bundesausschuss,” n.d.).
Empowerment	Refers to “personal and social processes that transform visible and invisible relationships so that power is shared more equally”(Townsend & Polatajko, 2013).
Evaluation / evaluieren	Sach- und fachgerecht beurteilen, bewerten Lehrpläne, Unterrichtsprogramme, Forschungsprojekte evaluieren (Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0, 2018).
Grafomotorik	Bereich der Feinmotorik, der die Produktion grafischer Zeichen mit der Hand und einem Schreibgerät umfasst (Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0, 2018).
Intervention	„Therapeutische Maßnahme (z.B. Beratung, Schulung/Edukation, Training), deren Wirksamkeit untersucht werden soll [...]“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2010).
Intra- / interdisziplinär	Eine / mehrere Disziplinen umfassend; die Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen betreffend (Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0, 2018).
intrinsische Motivation	Form der Motivation, die Antrieb für eine Handlung bieten kann,[...]. Eigenmotivation wird gleichbedeutend mit einer (positiven) tätigkeitszentrierten Motivation benutzt [...] („Pschyrembel Online intrinsische Motivation,” n.d.).
Item	etwas einzeln Aufgeführtes; Einzelangabe, Posten, Bestandteil, Element, Einheit (Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0, 2018).

Kontrollierte klinische Studie	„Der Begriff wird häufig als Oberbegriff für Studien verwendet, in denen eine Intervention an einer Gruppe von Patienten untersucht wird [...]“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2010).
Leitlinien	Leitlinien (guidelines) sind systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderen im Gesundheitssystem tätigen Personen und Patienten. Das Ziel ist eine angemessene gesundheitsbezogene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen („Leitlinien,“ n.d.).
Objektivität	„Sie zeigt an, wie unabhängig die Testergebnisse vom Interviewer oder Auswerter sind“ (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016).
Professionalisierung	„Professionalisierung dient und beruht auf der Entstehung umfassender Kompetenzen auch zu interprofessioneller Kommunikation und Dialogfähigkeit. Dies setzt eigene Identität voraus, autonomes Handeln wird vollzogen. Basis ist eine berufsspezifische paradigmatische Fundierung auf dem Boden anerkannter wissenschaftlicher Regeln“ (Mathe, 2005).
Qualitative Forschung	„Im Zentrum der qualitativen Forschung steht die Untersuchung des menschlichen Erlebens. Ihr Anspruch ist es, lebensweltliche Erfahrungen aus der Perspektive der Betroffenen zu verstehen, um daraus auf allgemeine Abläufe, Struktur- und Deutungsmuster zu schließen“ (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016).
Quantitative Forschung	„Die quantitative empirische Forschung hat ihren Ursprung im naturwissenschaftlichen Bereich und [...] prüft Theorie bzw. Hypothesen. Ihr Anspruch ist es, (am besten) über standardisierte Methoden eine Fragestellung mittels „harter Daten“ (Zahlen) zu klären“ (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016).
Reliabilität	„Sie zeigt an, ob wiederholte Messungen eines Gegenstands, einer Substanz oder eines Vorgangs mit einem Messinstrument immer dieselben Werte liefern“ (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016).
Setting	Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, erlebt wird (Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0, 2018).
Signifikanz	lat. significantia = Deutlichkeit, [...] Bedeutsamkeit; Grad, in dem etwas signifikant ist (Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0, 2018).
Skorbut	Durch schweren Mangel an Ascorbinsäure [...] verursachte Erkrankung („Pschyrembel Online Skorbut,“ n.d.).
Stakeholder	Person, für die es aufgrund ihrer Interessenlage von Belang ist, wie ein bestimmtes Unternehmen sich verhält (Apple Inc. Lexikon Version 2.3.0, 2018).
Stichprobe	„Eine Stichprobe stellt eine Teilmenge aller Untersuchungsobjekte dar, die die untersuchungsrelevanten Eigenschaften der Grundgesamtheit möglichst genau abbilden soll“ (Bortz & Schuster, 2010).
Validität	„Dieses Kriterium, auch Gültigkeit genannt, gibt an, ob das verwendete Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll [...]“ (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016).

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Litraturrecherche	Seite 23
Tab. 2	Skalenwerte	Seite 28
Tab. 3	Demografische Daten	Seite 32
Tab. 4	Fortbildungen (häufigste Kategorien)	Seite 33

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Altersstruktur und Berufserfahrung	Seite 31
Abb. 2	Einstellung zur EBP (Frage 10)	Seite 35
Abb. 3	Auswirkung der Einstellung zur EBP (Frage 11)	Seite 36
Abb. 4	Auswirkungen weiterer Faktoren (Frage 12)	Seite 38
Abb. 5	Kompetenzen zur EBP (Frage 14)	Seite 41
Abb. 6	Kompetenzerwerb (Frage15)	Seite 43
Abb. 7	Erfahrungen mit Quellen (Frage 20)	Seite 45

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern wir, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht haben.

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

Heerlen, den 12.11.2019



Alexandra Radek



Arne Tautorat

Anhang

I. Fragebogen Pretest

Pretest zur Umfrage zur evidenzbasierten Praxis in der Ergotherapie

Vielen Dank, dass Sie sich für die Teilnahme am Pretest entschieden haben.

Um Ihnen einen Überblick zu geben, welche Bereiche des Fragebogens Sie kritisch beleuchten sollen, haben wir Ihnen einige Leitfragen zur Verfügung gestellt.

Nutzen Sie während der Durchführung des Fragebogens bitte dieses Formular um sich währenddessen Notizen zu machen und stoppen Sie bitte die Zeit, die Sie benötigen um den Fragebogen auszufüllen. Wir freuen uns über positive Anmerkungen, als auch über konstruktive Kritik. Der Sinn des Pretests ist es, negative Punkte und tatsächliche Kritik zu äußern, um durch Anpassungen einen optimalen Fragebogen zu erhalten, welcher verständlich formuliert, inhaltlich vollständig und intuitiv ausfüllbar ist. Somit sind wir besonders an ihrer Kritik und ihren Anregungen bezüglich interessiert, da Sie als Pretest-Teilnehmer und somit Anwender diese am besten aufdecken können. Nach Abschluss des Pretests werden Ihre Anregungen umgesetzt und der Fragebogen dahingehend überarbeitet. Hierfür freuen wir uns, wenn Sie einen konkreten Verbesserungsvorschlag anführen, um ihre Anregungen so exakt wie möglich umzusetzen.

Wenn Sie selbst nach Evidenz suchen, erläutern Sie bitte ausgehend von Ihren persönlichen Erfahrungen ob alle relevanten Aspekte abgefragt werden oder ob Schritte / Elemente fehlen.

[...] (Zeilen zur Beantwortung hier gekürzt)

Welche Inhalte haben Ihnen bezüglich der Einleitung und Anweisungen gefehlt bzw. Sollten noch ergänzt werden?

[...] (Zeilen zur Beantwortung hier gekürzt)

Gibt es schwer verständliche Fragen? Wenn ja, warum / wodurch sind diese schwer verständlich und wie könnten diese besser formuliert werden? Gibt es sprachliche Überforderungen, Brüche oder unklare Formulierungen?

[...] (Zeilen zur Beantwortung hier gekürzt)

Doppeln sich Fragen? Wenn ja, inwiefern doppel sie sich?

[...] (Zeilen zur Beantwortung hier gekürzt)

Hatten Sie das Gefühl alle Fragen ehrlich beantworten zu können und zu wollen? Wodurch entstand ein Gefühl, eine falsche Angabe machen zu müssen / zu wollen?

[...] (Zeilen zur Beantwortung hier gekürzt)

Bieten die Skalierungen genügend Differenzierung, und sind sie auch nicht zu weit aufgefächert?

[...] (Zeilen zur Beantwortung hier gekürzt)

Ist im Aufbau ein roter Faden erkennbar? Macht die Reihenfolge der Fragen Sinn? Welche Aspekte müssten anders sortiert werden um sinnvoller zu sein?

[...] (Zeilen zur Beantwortung hier gekürzt)

Bleibt der Spannungsbogen beim Ausfüllen erhalten?

[...] (Zeilen zur Beantwortung hier gekürzt)

Wie lange wurde für die Durchführung des Fragebogens benötigt? War der zeitliche Umfang zu groß?

[...] (Zeilen zur Beantwortung hier gekürzt)

Weitere Kritik / Anmerkungen:

[...] (Zeilen zur Beantwortung hier gekürzt)

Vielen Dank für Ihre Zeit, ihre Anregungen und ihr Interesse!

Alexandra Radek und Arne Tautorat

II. Übersicht Skalenniveaus

Frage	Antworttyp	Skalenniveau	Mehrfachnennungen
1 Sind Sie derzeit in Deutschland als ErgotherapeutIn tätig?	Multiple Choice	Nominal	nein
2 Wie alt sind Sie?	Zahlenwert	Verhältnis	nein
3 Welches Geschlecht haben Sie?	Multiple Choice	Nominal	nein
4 In welchem Bundesland arbeiten Sie?	Multiple Choice	Nominal	nein
5 In welchem Fachbereich arbeiten Sie?	Multiple Choice	Nominal	ja
6 In welchem Setting arbeiten Sie?	Multiple Choice	Nominal	ja
7 Wieviel Berufserfahrung haben Sie als ErgotherapeutIn?	Zahlenwert	Verhältnis	nein
8 Welche Ausbildung(en) haben Sie absolviert oder absolvieren Sie derzeit?	Multiple Choice	Nominal	ja
9 Haben Sie Fortbildungen absolviert?	Freitext	Nominal	ja
10 Wie ist die Einstellung der aufgeführten Personen in Ihrem Umfeld zur evidenzbasierten Praxis?	Likert-Skala	Ordinal	nein
11 Wie wirkt sich die Einstellung der Personen in Ihrem Umfeld zur EBP aus?	Likert-Skala	Ordinal	nein
12 Wie wirken sich folgende Faktoren auf Ihre evidenzbasierte Praxis aus?	Likert-Skala	Ordinal	nein
13 Wofür investieren Sie derzeit Geld bzgl. EBP?	Multiple Choice	Nominal	ja
14 In welchem Umfang haben Sie die aufgeführten Kompetenzen zur EBP erlangt?	Likert-Skala	Ordinal	nein
15 Welche dieser Kompetenzen haben Sie bereits in Ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule erlangt?	Likert-Skala	Ordinal	nein
17 Wie oft suchen Sie durchschnittlich nach Evidenz?	Multiple Choice	Ordinal	nein
18 Wieviel Zeit investieren Sie durchschnittlich pro Suche?	Zahlenwert	Verhältnis	nein
19 Wann suchen Sie überwiegend nach Evidenz?	Multiple Choice	Nominal	ja
20 Welche Erfahrungen haben Sie mit den angegebenen Quellen bereits gemacht?	Likert-Skala	Ordinal	nein

III. Online-Fragebogen

III.A: Abschnitt 1

Evidenzbasierte Praxis (EBP) in der deutschen Ergotherapie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Online-Umfrage im Rahmen unserer Bachelorarbeit an der Zuyd Hogeschool Heerlen (NL).

Unsere Umfrage richtet sich an alle ErgotherapeutInnen, die derzeit in Deutschland praktizieren.

Mit dieser Studie wollen wir, Alexandra Radek und Arne Tautorat, erheben, in welchem Umfang die evidenzbasierte Praxis in Deutschland bereits Anwendung findet und welche Einflussfaktoren eine evidenzbasierte Arbeitsweise begünstigen oder hemmen. Der Prozess der evidenzbasierten Praxis beinhaltet u.a. die Suche, Bewertung und Anwendung der Ergebnisse wissenschaftlicher Studien als eine Basis für therapeutische Entscheidungen und zur Erweiterung der persönlichen Expertise. Diese Erhebung bildet die Grundlage, um zukünftig konkrete Handlungsansätze zur Erhöhung der Handhabbarkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse zu entwickeln.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Ihre Antworten werden anonym und ausschließlich im Rahmen unserer Bachelorarbeit behandelt. Rückschlüsse auf Ihre Identität sind nicht möglich. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich mit der elektronischen Speicherung und Auswertung Ihrer Antworten einverstanden. Bei Fragen und technischen Problemen können Sie sich jederzeit über die E-Mail-Adresse: EBP_Ergotherapie_Umfrage@web.de an uns wenden.

Zum vollständigen Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie ca. 15 Minuten.

Wir bitten Sie, die Fragen ehrlich und vollständig zu beantworten. Es besteht keine Notwendigkeit, lange über die Antworten nachzudenken. Bitte wählen Sie möglichst spontan die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Wenn Sie Ihr Smartphone nutzen, werden die Inhalte im Querformat optimal dargestellt. Solange Sie das Browserfenster nicht schließen, gehen Ihre Eingaben nicht verloren. Ihre Antworten werden erst am Ende des Fragebogens durch die Schaltfläche "Senden" übertragen.

Wir danken Ihnen für die Teilnahme und wünschen viel Spaß beim Ausfüllen.

Alexandra Radek und Arne Tautorat



WEITER

Seite 1 von 7

III.B: Abschnitt 2

Evidenzbasierte Praxis (EBP) in der deutschen Ergotherapie

* Erforderlich

Einschlusskriterien

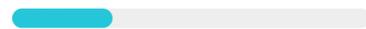
Frage 1

Sind Sie derzeit in Deutschland als ErgotherapeutIn tätig? *

- Ja
- Nein

ZURÜCK

WEITER

 Seite 2 von 7

III.C: Abschnitt 3

Evidenzbasierte Praxis (EBP) in der deutschen Ergotherapie

* Erforderlich

Demografische Daten

Frage 2

Wie alt sind Sie? *

Bitte geben Sie Ihr Alter in Jahren ein.

Meine Antwort

Frage 3

Welches Geschlecht haben Sie? *

- männlich
- weiblich
- divers

Frage 4

In welchem Bundesland arbeiten Sie? *

Auswählen



Frage 5

In welchem Fachbereich arbeiten Sie? *

Mehrfachnennungen möglich.

- Arbeitstherapie
- Geriatrie
- Neurologie / Orthopädie
- Pädiatrie
- Psychiatrie
- Sonstiges: _____

Frage 6

In welchem Setting arbeiten Sie? *

Mehrfachnennungen möglich.

- Krankenhaus / Klinik
- Rehabilitationseinrichtung
- Werkstatt für Menschen mit Behinderungen
- Pflegeeinrichtung
- Praxis für Ergotherapie (angestellt)
- Praxis für Ergotherapie (selbständig)
- Lehrkraft / DozentIn an einer ET-Berufsfachschule
- Sonstiges: _____

Frage 7

Wieviel Berufserfahrung haben Sie als ErgotherapeutIn? *

Bitte geben Sie ihre Antwort in Jahren ein. Runden Sie ggf. bitte auf oder ab.

Meine Antwort _____

Frage 8

Welche Ausbildung(en) haben Sie absolviert oder absolvieren Sie derzeit? *

Mehrfachnennungen möglich.

- Berufsfachschule für Ergotherapie
- Studiengang Ergotherapie (Bachelor)
- Studiengang Ergotherapie (Master)
- Andere Studiengänge (Bachelor) *Bitte geben Sie Ihren Studiengang unter "Sonstiges" an.
- Andere Studiengänge (Master) *Bitte geben Sie Ihren Studiengang unter "Sonstiges" an.
- Andere Studiengänge (Promotion) *Bitte geben Sie Ihren Studiengang unter "Sonstiges" an.
- Sonstiges: _____

Frage 9

Haben Sie Fortbildungen absolviert? *

Bitte tragen Sie Ihre Fortbildungen ein (z.B. CO-OP, SI-Therapeut, etc.). Tragen Sie ggf. bitte "keine" ein.

Meine Antwort

ZURÜCK

WEITER

Seite 3 von 7

Frage 13

Wofür investieren Sie derzeit Geld bzgl. EBP? *

Mehrfachnennungen möglich.

- Für Fachbücher
- Für Fachzeitschriften
- Für Mitgliedschaften (z.B. DVE)
- Für kostenpflichtige Datenbanken
- Für anzuschaffendes Material (z.B. Assessments)
- Keine Investition
- Sonstiges: _____

III.E: Abschnitt 5

Evidenzbasierte Praxis (EBP) in der deutschen Ergotherapie

* Erforderlich

Ihre Suche nach Evidenz

Frage 16

Suchen Sie aktiv in Büchern, Zeitschriften oder im Internet nach Fachinformationen oder wissenschaftlichen Studien? *

- Ja
- Nein

ZURÜCK

WEITER

Seite 5 von 7

III.F: Abschnitt 6

Evidenzbasierte Praxis (EBP) in der deutschen Ergotherapie

* Erforderlich

Ihre Suche im Detail

Frage 17

Wie oft suchen Sie durchschnittlich nach Evidenz? *

- wöchentlich oder öfter
- monatlich oder öfter
- quartalsweise oder öfter
- jährlich oder öfter
- seltener als jährlich

Frage 18

Wieviel Zeit investieren Sie durchschnittlich pro Suche? *

Bitte geben Sie die Zeit in Minuten an.

Meine Antwort

Frage 19

Wann suchen Sie überwiegend nach Evidenz? *

Mehrfachnennungen möglich.

- In der Freizeit
- Während der Arbeitszeit
- Kontinuierlich zu bestimmten Themen
- Kontinuierlich zu diversen Themen
- Anlassbezogen aufgrund der Therapiesituation
- Sonstiges: _____

Frage 20

Welche Erfahrungen haben Sie mit den angegebenen Quellen bereits gemacht? *

Erläuterung der Skala:

	1	2	3	4	5	6	7
	negativ	überwiegend negativ	eher negativ	neutral	eher positiv	überwiegend positiv	positiv
	1	2	3	4	5	6	7
Fachbücher	<input type="radio"/>						
Fachzeitschriften	<input type="radio"/>						
Leitlinien	<input type="radio"/>						
Foren (ET-spezifisch)	<input type="radio"/>						
Datenbanken	<input type="radio"/>						
Google (z.B. Suche zu spez. Krankheitsbildern)	<input type="radio"/>						

ZURÜCK

WEITER



III.G: Abschnitt 7

Evidenzbasierte Praxis (EBP) in der deutschen Ergotherapie

Dankeschön

Sie haben das Ende des Fragebogens erreicht.

Bitte klicken Sie auf "Senden", um Ihre Antworten zu speichern.
Nach der Bestätigung können Sie das Browserfenster schließen.

Wenn Sie an den Ergebnissen dieser Umfrage interessiert sind, schreiben Sie uns gerne eine E-Mail:

EBP_Ergotherapie_Umfrage@web.de

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Alexandra Radek und Arne Tautorat



ZURÜCK

SENDEN

Seite 7 von 7

IV. Statistische Daten

Frage 1:		Sind Sie derzeit in Deutschland als ErgotherapeutIn tätig?			
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
Ja		115	98 %	115	98 %
Nein		2	2 %	117	100 %

Frage 2:		Wie alt sind Sie?			
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
21 - 30 Jahre		72	63 %	72	63 %
31 - 40 Jahre		29	25 %	101	88 %
41 - 50 Jahre		9	8 %	110	96 %
51 - 60 Jahre		4	3 %	114	99 %
61 - 70 Jahre		1	1 %	115	100 %

Frage 2: Wie alt sind Sie?	
Mittelwert	30,7
Median	28
Modalwert	23
Min	21
Max	62
Spannweite	41
Varianz	65,7
Standardabweichung	8,1

Frage 3:		Welches Geschlecht haben Sie?			
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
weiblich		107	93 %	107	93 %
männlich		8	7 %	115	100 %
divers		0	0 %	115	100 %

Frage 4:		In welchem Bundesland arbeiten Sie?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
Baden-Württemberg	5	4 %	5	4 %	
Bayern	11	10 %	16	14 %	
Berlin	5	4 %	21	18 %	
Brandenburg	6	5 %	27	23 %	
Bremen	1	1 %	28	24 %	
Hamburg	3	3 %	31	27 %	
Hessen	9	8 %	40	35 %	
Mecklenburg-Vorpommern	1	1 %	41	36 %	
Niedersachsen	25	22 %	66	57 %	
Nordrhein-Westfalen	37	32 %	103	90 %	
Rheinland-Pfalz	5	4 %	108	94 %	
Saarland	0	0 %	108	94 %	
Sachsen	2	2 %	110	96 %	
Sachsen-Anhalt	1	1 %	111	97 %	
Schleswig-Holstein	3	3 %	114	99 %	
Thüringen	1	1 %	115	100 %	
Frage 5:		In welchem Fachbereich arbeiten Sie?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
Arbeitstherapie	5	4 %	5	4 %	
Geriatric	52	45 %	57	50 %	
Neurologie / Orthopädie	68	59 %	125	109 %	
Pädiatrie	63	55 %	188	163 %	
Psychiatrie	40	35 %	228	198 %	
Sonstige Antworten	8	7 %	236	205 %	

Frage 6:	In welchem Setting arbeiten Sie?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
Krankenhaus / Klinik	18	16 %	18	16 %
Rehabilitationseinrichtung	10	9 %	28	24 %
Werkstatt für Menschen mit Behinderungen	4	3 %	32	28 %
Pflegeeinrichtung	8	7 %	40	35 %
Praxis für Ergotherapie (angestellt)	64	56 %	104	90 %
Praxis für Ergotherapie (selbständig)	12	10 %	116	101 %
Lehrkraft / DozentIn an einer ET-Berufsfachschule	8	7 %	124	108 %
Sonstige Antworten	12	10 %	136	118 %

Frage 7:	Wieviel Berufserfahrung haben Sie als ErgotherapeutIn?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
0 - 10 Jahre	88	77 %	88	77 %
11 - 20 Jahre	19	17 %	107	93 %
21 - 30 Jahre	6	5 %	113	98 %
31 - 40 Jahre	2	2 %	115	100 %

Frage 7: Wieviel Berufserfahrung haben Sie als ErgotherapeutIn?	
Mittelwert	7,3
Median	5
Modalwert	1
Min	1
Max	38
Spannweite	37
Varianz	54,6
Standardabweichung	7,4

Frage 8:		Welche Ausbildung(en) haben Sie absolviert oder absolvieren Sie derzeit?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
Berufsfachschule für Ergotherapie	65	57 %	65	57 %	
Studiengang Ergotherapie (Bachelor)	40	35 %	105	91 %	
Studiengang Ergotherapie (Master)	1	1 %	106	92 %	
Andere Studiengänge (Bachelor)	4	3 %	110	96 %	
Andere Studiengänge (Master)	5	4 %	115	100 %	
Andere Studiengänge (Promotion)	0	0 %	115	100 %	
Frage 9:		Haben Sie Fortbildungen absolviert?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
Ja	87	76 %	87	76 %	
Nein	28	24 %	115	100 %	
bis 3	46	53 %	46	53 %	
bis 6	25	29 %	71	82 %	
bis 9	12	14 %	83	95 %	
bis 12	4	5 %	87	100 %	
Frage 10:		Wie ist die Einstellung der aufgeführten Personen in Ihrem Umfeld zur evidenzbasierten Praxis?			
Item:	Sie selbst				
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
negativ	0	0 %	0	0 %	
überwiegend negativ	0	0 %	0	0 %	
eher negativ	1	1 %	1	1 %	
neutral	5	4 %	6	5 %	
eher positiv	17	15 %	23	20 %	
überwiegend positiv	40	35 %	63	55 %	
positiv	52	45 %	115	100 %	

Frage 10:		Wie ist die Einstellung der aufgeführten Personen in Ihrem Umfeld zur evidenzbasierten Praxis?			
Item:		Arbeitgeber			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
negativ	1	1 %	1	1 %	
überwiegend negativ	0	0 %	1	1 %	
eher negativ	16	14 %	17	15 %	
neutral	27	23 %	44	38 %	
eher positiv	19	17 %	63	55 %	
überwiegend positiv	30	26 %	93	81 %	
positiv	22	19 %	115	100 %	

Frage 10:		Wie ist die Einstellung der aufgeführten Personen in Ihrem Umfeld zur evidenzbasierten Praxis?			
Item:		Vorgesetzer / Teamleitung			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
negativ	1	1 %	1	1 %	
überwiegend negativ	2	2 %	3	3 %	
eher negativ	16	14 %	19	17 %	
neutral	24	21 %	43	37 %	
eher positiv	19	17 %	62	54 %	
überwiegend positiv	30	26 %	92	80 %	
positiv	23	20 %	115	100 %	

Frage 10:		Wie ist die Einstellung der aufgeführten Personen in Ihrem Umfeld zur evidenzbasierten Praxis?			
Item:		Arbeitskollegen / Team			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
negativ	0	0 %	0	0 %	
überwiegend negativ	8	7 %	8	7 %	
eher negativ	17	15 %	25	22 %	
neutral	25	22 %	50	43 %	
eher positiv	28	24 %	78	68 %	
überwiegend positiv	29	25 %	107	93 %	
positiv	8	7 %	115	100 %	

Frage 10:		Wie ist die Einstellung der aufgeführten Personen in Ihrem Umfeld zur evidenzbasierten Praxis?			
Item:		Kollegen im interdisziplinären Team			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
negativ	1	1 %	1	1 %	
überwiegend negativ	5	4 %	6	5 %	
eher negativ	10	9 %	16	14 %	
neutral	43	37 %	59	51 %	
eher positiv	34	30 %	93	81 %	
überwiegend positiv	17	15 %	110	96 %	
positiv	5	4 %	115	100 %	

Frage 10:		Wie ist die Einstellung der aufgeführten Personen in Ihrem Umfeld zur evidenzbasierten Praxis?			
Item:		Klienten / Patienten			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
negativ	0	0 %	0	0 %	
überwiegend negativ	2	2 %	2	2 %	
eher negativ	6	5 %	8	7 %	
neutral	54	47 %	62	54 %	
eher positiv	32	28 %	94	82 %	
überwiegend positiv	18	16 %	112	97 %	
positiv	3	3 %	115	100 %	

Frage 11:		Wie wirkt sich die Einstellung der Personen in Ihrem Umfeld zur EBP aus?			
Item:		Sie selbst			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	1	1 %	1	1 %	
überwiegend hemmend	3	3 %	4	3 %	
eher hemmend	8	7 %	12	10 %	
neutral	11	10 %	23	20 %	
eher fördernd	26	23 %	49	43 %	
überwiegend fördernd	38	33 %	87	76 %	
stark fördernd	28	24 %	115	100 %	

Frage 11:		Wie wirkt sich die Einstellung der Personen in Ihrem Umfeld zur EBP aus?			
Item:		Arbeitgeber			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	4	3 %	4	3 %	
überwiegend hemmend	7	6 %	11	10 %	
eher hemmend	15	13 %	26	23 %	
neutral	28	24 %	54	47 %	
eher fördernd	19	17 %	73	63 %	
überwiegend fördernd	21	18 %	94	82 %	
stark fördernd	21	18 %	115	100 %	

Frage 11:		Wie wirkt sich die Einstellung der Personen in Ihrem Umfeld zur EBP aus?			
Item:		Vorgesetzer / Teamleitung			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	3	3 %	3	3 %	
überwiegend hemmend	7	6 %	10	9 %	
eher hemmend	15	13 %	25	22 %	
neutral	22	19 %	47	41 %	
eher fördernd	21	18 %	68	59 %	
überwiegend fördernd	27	23 %	95	83 %	
stark fördernd	20	17 %	115	100 %	

Frage 11:		Wie wirkt sich die Einstellung der Personen in Ihrem Umfeld zur EBP aus?			
Item:		Arbeitskollegen / Team			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	5	4 %	5	4 %	
überwiegend hemmend	7	6 %	12	10 %	
eher hemmend	15	13 %	27	23 %	
neutral	27	23 %	54	47 %	
eher fördernd	26	23 %	80	70 %	
überwiegend fördernd	21	18 %	101	88 %	
stark fördernd	14	12 %	115	100 %	

Frage 11:		Wie wirkt sich die Einstellung der Personen in Ihrem Umfeld zur EBP aus?			
Item:		Kollegen im interdisziplinären Team			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	3	3 %	3	3 %	
überwiegend hemmend	5	4 %	8	7 %	
eher hemmend	15	13 %	23	20 %	
neutral	44	38 %	67	58 %	
eher fördernd	24	21 %	91	79 %	
überwiegend fördernd	16	14 %	107	93 %	
stark fördernd	8	7 %	115	100 %	

Frage 11:		Wie wirkt sich die Einstellung der Personen in Ihrem Umfeld zur EBP aus?			
Item:		Klienten / Patienten			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	2	2 %	2	2 %	
überwiegend hemmend	4	3 %	6	5 %	
eher hemmend	11	10 %	17	15 %	
neutral	40	35 %	57	50 %	
eher fördernd	24	21 %	81	70 %	
überwiegend fördernd	23	20 %	104	90 %	
stark fördernd	11	10 %	115	100 %	

Frage 12:		Wie wirken sich folgende Faktoren auf Ihre evidenzbasierte Praxis aus?			
Item:		Zugriffsmöglichkeit auf Fachzeitschriften			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	3	3 %	3	3 %	
überwiegend hemmend	7	6 %	10	9 %	
eher hemmend	5	4 %	15	13 %	
neutral	10	9 %	25	22 %	
eher fördernd	31	27 %	56	49 %	
überwiegend fördernd	25	22 %	81	70 %	
stark fördernd	34	30 %	115	100 %	

Frage 12:		Wie wirken sich folgende Faktoren auf Ihre evidenzbasierte Praxis aus?			
Item:		Zugriffsmöglichkeit auf Fachbücher			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	2	2 %	2	2 %	
überwiegend hemmend	6	5 %	8	7 %	
eher hemmend	5	4 %	13	11 %	
neutral	6	5 %	19	17 %	
eher fördernd	35	30 %	54	47 %	
überwiegend fördernd	29	25 %	83	72 %	
stark fördernd	32	28 %	115	100 %	

Frage 12:		Wie wirken sich folgende Faktoren auf Ihre evidenzbasierte Praxis aus?			
Item:		Zugriffsmöglichkeit auf einen PC			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	5	4 %	5	4 %	
überwiegend hemmend	4	3 %	9	8 %	
eher hemmend	0	0 %	9	8 %	
neutral	6	5 %	15	13 %	
eher fördernd	28	24 %	43	37 %	
überwiegend fördernd	28	24 %	71	62 %	
stark fördernd	44	38 %	115	100 %	

Frage 12:		Wie wirken sich folgende Faktoren auf Ihre evidenzbasierte Praxis aus?			
Item:		Zugriffsmöglichkeit auf Datenbanken			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	7	6 %	7	6 %	
überwiegend hemmend	7	6 %	14	12 %	
eher hemmend	8	7 %	22	19 %	
neutral	19	17 %	41	36 %	
eher fördernd	19	17 %	60	52 %	
überwiegend fördernd	25	22 %	85	74 %	
stark fördernd	30	26 %	115	100 %	

Frage 12:		Wie wirken sich folgende Faktoren auf Ihre evidenzbasierte Praxis aus?			
Item:		Zeit zur Recherche am Arbeitsplatz			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	17	15 %	17	15 %	
überwiegend hemmend	7	6 %	24	21 %	
eher hemmend	9	8 %	33	29 %	
neutral	12	10 %	45	39 %	
eher fördernd	13	11 %	58	50 %	
überwiegend fördernd	24	21 %	82	71 %	
stark fördernd	33	29 %	115	100 %	

Frage 12:		Wie wirken sich folgende Faktoren auf Ihre evidenzbasierte Praxis aus?			
Item:		Zeit zum Austausch mit Kollegen			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	6	5 %	6	5 %	
überwiegend hemmend	6	5 %	12	10 %	
eher hemmend	12	10 %	24	21 %	
neutral	6	5 %	30	26 %	
eher fördernd	27	23 %	57	50 %	
überwiegend fördernd	30	26 %	87	76 %	
stark fördernd	28	24 %	115	100 %	

Frage 12:		Wie wirken sich folgende Faktoren auf Ihre evidenzbasierte Praxis aus?			
Item:		Zeit und Gelegenheit zum Ausprobieren neuer Ansätze			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
stark hemmend	6	5 %	6	5 %	
überwiegend hemmend	9	8 %	15	13 %	
eher hemmend	6	5 %	21	18 %	
neutral	7	6 %	28	24 %	
eher fördernd	25	22 %	53	46 %	
überwiegend fördernd	29	25 %	82	71 %	
stark fördernd	33	29 %	115	100 %	

Frage 13:		Wofür investieren Sie derzeit Geld bzgl. EBP?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
Für Fachbücher	80	70 %	80	70 %	
Für Fachzeitschriften	64	56 %	144	125 %	
Für Mitgliedschaften (z.B. DVE)	55	48 %	199	173 %	
Für kostenpflichtige Datenbanken	7	6 %	206	179 %	
Für anzuschaffendes Material (z.B. Assessments)	60	52 %	266	231 %	
Keine Investition	11	10 %	277	241 %	
Sonstige Antworten	9	8 %	286	249 %	

Frage 14:		In welchem Umfang haben Sie die aufgeführten Kompetenzen zur EBP erlangt?			
Item:	Ich verstehe Literatur in englischer Sprache				
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	7	6 %	7	6 %	
trifft überwiegend nicht zu	6	5 %	13	11 %	
trifft eher nicht zu	11	10 %	24	21 %	
teils-teils	22	19 %	46	40 %	
trifft eher zu	18	16 %	64	56 %	
trifft überwiegend zu	27	23 %	91	79 %	
trifft vollständig zu	24	21 %	115	100 %	

Frage 14:		In welchem Umfang haben Sie die aufgeführten Kompetenzen zur EBP erlangt?			
Item:		Ich verstehe Fachsprache / wissenschaftliche Sprache			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	1	1 %	1	1 %	
trifft überwiegend nicht zu	1	1 %	2	2 %	
trifft eher nicht zu	4	3 %	6	5 %	
teils-teils	7	6 %	13	11 %	
trifft eher zu	28	24 %	41	36 %	
trifft überwiegend zu	45	39 %	86	75 %	
trifft vollständig zu	29	25 %	115	100 %	

Frage 14:		In welchem Umfang haben Sie die aufgeführten Kompetenzen zur EBP erlangt?			
Item:		Ich weiß, wo ich wissenschaftliche Literatur suchen und finden kann			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	0	0 %	0	0 %	
trifft überwiegend nicht zu	3	3 %	3	3 %	
trifft eher nicht zu	7	6 %	10	9 %	
teils-teils	15	13 %	25	22 %	
trifft eher zu	15	13 %	40	35 %	
trifft überwiegend zu	37	32 %	77	67 %	
trifft vollständig zu	38	33 %	115	100 %	

Frage 14:	In welchem Umfang haben Sie die aufgeführten Kompetenzen zur EBP erlangt?			
Item:	Ich weiß, wie ich die Qualität der Inhalte bewerten kann			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
trifft überhaupt nicht zu	1	1 %	1	1 %
trifft überwiegend nicht zu	3	3 %	4	3 %
trifft eher nicht zu	9	8 %	13	11 %
teils-teils	17	15 %	30	26 %
trifft eher zu	24	21 %	54	47 %
trifft überwiegend zu	34	30 %	88	77 %
trifft vollständig zu	27	23 %	115	100 %

Frage 14:	In welchem Umfang haben Sie die aufgeführten Kompetenzen zur EBP erlangt?			
Item:	Ich nutze eine Fragestellung nach PICO			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
trifft überhaupt nicht zu	35	30 %	35	30 %
trifft überwiegend nicht zu	12	10 %	47	41 %
trifft eher nicht zu	13	11 %	60	52 %
teils-teils	12	10 %	72	63 %
trifft eher zu	21	18 %	93	81 %
trifft überwiegend zu	11	10 %	104	90 %
trifft vollständig zu	11	10 %	115	100 %

Frage 14:		In welchem Umfang haben Sie die aufgeführten Kompetenzen zur EBP erlangt?			
Item:		Ich kann Suchergebnisse eingrenzen und filtern			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	1	1 %	1	1 %	
trifft überwiegend nicht zu	8	7 %	9	8 %	
trifft eher nicht zu	8	7 %	17	15 %	
teils-teils	13	11 %	30	26 %	
trifft eher zu	27	23 %	57	50 %	
trifft überwiegend zu	33	29 %	90	78 %	
trifft vollständig zu	25	22 %	115	100 %	

Frage 14:		In welchem Umfang haben Sie die aufgeführten Kompetenzen zur EBP erlangt?			
Item:		Ich kann Ergebnisse auf meine Situation / meine Klienten übertragen			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	0	0 %	0	0 %	
trifft überwiegend nicht zu	1	1 %	1	1 %	
trifft eher nicht zu	6	5 %	7	6 %	
teils-teils	16	14 %	23	20 %	
trifft eher zu	24	21 %	47	41 %	
trifft überwiegend zu	45	39 %	92	80 %	
trifft vollständig zu	23	20 %	115	100 %	

Frage 14:	In welchem Umfang haben Sie die aufgeführten Kompetenzen zur EBP erlangt?			
Item:	Ich kann neue therapeutische Ansätze und Behandlungen anwenden und umsetzen			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
trifft überhaupt nicht zu	0	0 %	0	0 %
trifft überwiegend nicht zu	2	2 %	2	2 %
trifft eher nicht zu	6	5 %	8	7 %
teils-teils	14	12 %	22	19 %
trifft eher zu	29	25 %	51	44 %
trifft überwiegend zu	42	37 %	93	81 %
trifft vollständig zu	22	19 %	115	100 %

Frage 14:	In welchem Umfang haben Sie die aufgeführten Kompetenzen zur EBP erlangt?			
Item:	Ich nutze das Clinical reasoning			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
trifft überhaupt nicht zu	13	11 %	13	11 %
trifft überwiegend nicht zu	4	3 %	17	15 %
trifft eher nicht zu	10	9 %	27	23 %
teils-teils	15	13 %	42	37 %
trifft eher zu	19	17 %	61	53 %
trifft überwiegend zu	23	20 %	84	73 %
trifft vollständig zu	31	27 %	115	100 %

Frage 15:		Welche dieser Kompetenzen haben Sie bereits in Ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule erlangt?			
Item:		Ich verstehe Literatur in englischer Sprache			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	37	32 %	37	32 %	
trifft überwiegend nicht zu	12	10 %	49	43 %	
trifft eher nicht zu	18	16 %	67	58 %	
teils-teils	16	14 %	83	72 %	
trifft eher zu	13	11 %	96	83 %	
trifft überwiegend zu	8	7 %	104	90 %	
trifft vollständig zu	11	10 %	115	100 %	

Frage 15:		Welche dieser Kompetenzen haben Sie bereits in Ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule erlangt?			
Item:		Ich verstehe Fachsprache / wissenschaftliche Sprache			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	9	8 %	9	8 %	
trifft überwiegend nicht zu	11	10 %	20	17 %	
trifft eher nicht zu	11	10 %	31	27 %	
teils-teils	22	19 %	53	46 %	
trifft eher zu	23	20 %	76	66 %	
trifft überwiegend zu	24	21 %	100	87 %	
trifft vollständig zu	15	13 %	115	100 %	

Frage 15:		Welche dieser Kompetenzen haben Sie bereits in Ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule erlangt?			
Item:		Ich weiß, wo ich wissenschaftliche Literatur suchen und finden kann			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	17	15 %	17	15 %	
trifft überwiegend nicht zu	20	17 %	37	32 %	
trifft eher nicht zu	18	16 %	55	48 %	
teils-teils	16	14 %	71	62 %	
trifft eher zu	17	15 %	88	77 %	
trifft überwiegend zu	15	13 %	103	90 %	
trifft vollständig zu	12	10 %	115	100 %	

Frage 15:		Welche dieser Kompetenzen haben Sie bereits in Ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule erlangt?			
Item:		Ich weiß, wie ich die Qualität der Inhalte bewerten kann			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	18	16 %	18	16 %	
trifft überwiegend nicht zu	24	21 %	42	37 %	
trifft eher nicht zu	16	14 %	58	50 %	
teils-teils	18	16 %	76	66 %	
trifft eher zu	17	15 %	93	81 %	
trifft überwiegend zu	12	10 %	105	91 %	
trifft vollständig zu	10	9 %	115	100 %	

Frage 15:		Welche dieser Kompetenzen haben Sie bereits in Ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule erlangt?			
Item:		Ich nutze eine Fragestellung nach PICO			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	69	60 %	69	60 %	
trifft überwiegend nicht zu	10	9 %	79	69 %	
trifft eher nicht zu	10	9 %	89	77 %	
teils-teils	11	10 %	100	87 %	
trifft eher zu	7	6 %	107	93 %	
trifft überwiegend zu	5	4 %	112	97 %	
trifft vollständig zu	3	3 %	115	100 %	

Frage 15:		Welche dieser Kompetenzen haben Sie bereits in Ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule erlangt?			
Item:		Ich kann Suchergebnisse eingrenzen und filtern			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	23	20 %	23	20 %	
trifft überwiegend nicht zu	22	19 %	45	39 %	
trifft eher nicht zu	13	11 %	58	50 %	
teils-teils	16	14 %	74	64 %	
trifft eher zu	15	13 %	89	77 %	
trifft überwiegend zu	14	12 %	103	90 %	
trifft vollständig zu	12	10 %	115	100 %	

Frage 15:	Welche dieser Kompetenzen haben Sie bereits in Ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule erlangt?			
Item:	Ich kann Ergebnisse auf meine Situation / meine Klienten übertragen			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
trifft überhaupt nicht zu	14	12 %	14	12 %
trifft überwiegend nicht zu	8	7 %	22	19 %
trifft eher nicht zu	19	17 %	41	36 %
teils-teils	22	19 %	63	55 %
trifft eher zu	23	20 %	86	75 %
trifft überwiegend zu	21	18 %	107	93 %
trifft vollständig zu	8	7 %	115	100 %

Frage 15:	Welche dieser Kompetenzen haben Sie bereits in Ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule erlangt?			
Item:	Ich kann neue therapeutische Ansätze und Behandlungen anwenden und umsetzen			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
trifft überhaupt nicht zu	10	9 %	10	9 %
trifft überwiegend nicht zu	12	10 %	22	19 %
trifft eher nicht zu	18	16 %	40	35 %
teils-teils	15	13 %	55	48 %
trifft eher zu	31	27 %	86	75 %
trifft überwiegend zu	21	18 %	107	93 %
trifft vollständig zu	8	7 %	115	100 %

Frage 15:		Welche dieser Kompetenzen haben Sie bereits in Ihrer Ausbildung an der Berufsfachschule erlangt?			
Item:		Ich nutze das Clinical reasoning			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
trifft überhaupt nicht zu	26	23 %	26	23 %	
trifft überwiegend nicht zu	6	5 %	32	28 %	
trifft eher nicht zu	13	11 %	45	39 %	
teils-teils	12	10 %	57	50 %	
trifft eher zu	21	18 %	78	68 %	
trifft überwiegend zu	18	16 %	96	83 %	
trifft vollständig zu	19	17 %	115	100 %	

Frage 16:		Suchen Sie aktiv in Büchern, Zeitschriften oder im Internet nach Fachinformationen oder wissenschaftlichen Studien?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
Ja	100	87 %	100	87 %	
Nein	15	13 %	115	100 %	

Frage 17:		Wie oft suchen Sie durchschnittlich nach Evidenz?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
wöchentlich oder öfter	20	20 %	20	20 %	
monatlich oder öfter	59	59 %	79	79 %	
quartalsweise oder öfter	18	18 %	97	97 %	
jährlich oder öfter	2	2 %	99	99 %	
seltener als jährlich	1	1 %	100	100 %	

Frage 18:	Wieviel Zeit investieren Sie durchschnittlich pro Suche?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
bis zu 1 Stunde	82	82 %	82	82 %
bis zu 2 Stunden	11	11 %	93	93 %
bis zu 3 Stunden	6	6 %	99	99 %
bis zu 4 Stunden	1	1 %	100	100 %

Frage 18: Wieviel Zeit investieren Sie durchschnittlich pro Suche?	
Mittelwert	56,43
Median	45
Modalwert	30
Min	1
Max	240
Spannweite	239
Varianz	2031,40
Standardabweichung	45,07

Frage 19:	Wann suchen Sie überwiegend nach Evidenz?			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
In der Freizeit	79	79 %	79	79 %
Während der Arbeitszeit	57	57 %	136	136 %
Kontinuierlich zu bestimmten Themen	28	28 %	164	164 %
Kontinuierlich zu diversen Themen	17	17 %	181	181 %
Anlassbezogen aufgrund der Therapiesituation	72	72 %	253	253 %
Sonstige Antworten	5	5 %	258	258 %

Frage 20:		Welche Erfahrungen haben Sie mit den angegebenen Quellen bereits gemacht?			
Item:		Fachbücher			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
negativ	1	1 %	1	1 %	
überwiegend negativ	3	3 %	4	4 %	
eher negativ	3	3 %	7	7 %	
neutral	8	8 %	15	15 %	
eher positiv	31	31 %	46	46 %	
überwiegend positiv	41	41 %	87	87 %	
positiv	13	13 %	100	100 %	

Frage 20:		Welche Erfahrungen haben Sie mit den angegebenen Quellen bereits gemacht?			
Item:		Fachzeitschriften			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
negativ	0	0 %	0	0 %	
überwiegend negativ	0	0 %	0	0 %	
eher negativ	4	4 %	4	4 %	
neutral	9	9 %	13	13 %	
eher positiv	33	33 %	46	46 %	
überwiegend positiv	40	40 %	86	86 %	
positiv	14	14 %	100	100 %	

Frage 20:		Welche Erfahrungen haben Sie mit den angegebenen Quellen bereits gemacht?			
Item:		Leitlinien			
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
negativ		1	1 %	1	1 %
überwiegend negativ		2	2 %	3	3 %
eher negativ		1	1 %	4	4 %
neutral		22	22 %	26	26 %
eher positiv		26	26 %	52	52 %
überwiegend positiv		31	31 %	83	83 %
positiv		17	17 %	100	100 %

Frage 20:		Welche Erfahrungen haben Sie mit den angegebenen Quellen bereits gemacht?			
Item:		Foren (ET-spezifisch)			
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)
negativ		2	2 %	2	2 %
überwiegend negativ		6	6 %	8	8 %
eher negativ		18	18 %	26	26 %
neutral		36	36 %	62	62 %
eher positiv		23	23 %	85	85 %
überwiegend positiv		11	11 %	96	96 %
positiv		4	4 %	100	100 %

Frage 20:		Welche Erfahrungen haben Sie mit den angegebenen Quellen bereits gemacht?			
Item:		Datenbanken			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
negativ	0	0 %	0	0 %	
überwiegend negativ	0	0 %	0	0 %	
eher negativ	7	7 %	7	7 %	
neutral	31	31 %	38	38 %	
eher positiv	26	26 %	64	64 %	
überwiegend positiv	23	23 %	87	87 %	
positiv	13	13 %	100	100 %	

Frage 20:		Welche Erfahrungen haben Sie mit den angegebenen Quellen bereits gemacht?			
Item:		Google (z.B. Suche zu spez. Krankheitsbildern)			
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulierte Häufigkeit (abs.)	Kumulierte Häufigkeit (rel.)	
negativ	0	0 %	0	0 %	
überwiegend negativ	4	4 %	4	4 %	
eher negativ	11	11 %	15	15 %	
neutral	19	19 %	34	34 %	
eher positiv	33	33 %	67	67 %	
überwiegend positiv	23	23 %	90	90 %	
positiv	10	10 %	100	100 %	