

BACHELORARBEIT DES FACHBEREICHS  
GEZONDHEIDSZORG

# Kleine Klienten ganz groß



---

Ergotherapie mit  
Säuglingen &  
Kleinkindern  
von 0 - 3 Jahren

---

VON ALISA ALTGELD [1728075] | PIA DOLL [1728059] |  
MARIE SIMON [1737031] | MAREN WOBSE [1728067]

Bachelorstudiengang Ergotherapie  
der Zuyd Hogeschool

September 2018

Bachelorbegleitung: Helen Strebel





*„Das habe ich noch nie vorher versucht,  
also bin ich völlig sicher, dass ich es schaffe.“  
-Pippi Langstrumpf-*



Das lizenzfreie Titelbild wurde erstellt mit Canva.com (2018).

### Copyright

© Hogeschool Zuyd

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.



## Danksagung

*„Es ist ein lobenswerter Brauch: Wer was Gutes bekommt, der bedankt sich auch.“*

-Wilhelm Busch-

In diesem Sinne möchten wir uns von Herzen bei **allen** bedanken, die uns in der Bachelorphase unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt unserer Begleiterin und ständigen Unterstützerin Helen Strebel. Du hast uns mit deiner positiven und motivierenden Art durch alle Höhen und Tiefen begleitet. Deine schnellen und kompetenten Antworten auf unsere Fragen, lieferten uns immer neue Denkanstöße und Inspirationen.

Des Weiteren gilt unser Dank den interviewten Experten. Danke für euer Vertrauen in uns und unsere Arbeit, euer Interesse, eure Offenheit, eure Zeit und Mühe. Durch das Teilen eurer bereichernden Erfahrungen habt ihr die Umsetzung dieser Arbeit erst möglich gemacht.

Ebenso bedanken wir uns bei den Eltern, die durch ihre Teilnahme an unserem Online-Fragebogen eine ganz neue und gewinnbringende Perspektive einbrachten.

Darüber hinaus möchten wir uns bei den zahlreichen und fleißigen Korrekturlesern und Übersetzern bedanken. Mit viel Herz und Mühe habt ihr unsere Bachelorarbeit gelesen und abgerundet.

Last but not least gilt ein riesengroßes Dankeschön unseren Familien und Freunden. Ihr habt trotz unserer Stimmungsschwankungen und geistigen Abwesenheit stets Verständnis gezeigt und uns durch Zuspruch und emotionale Unterstützung bestärkt. In dieser intensiven Zeit habt ihr uns den Rücken gestärkt und es immer wieder geschafft uns schöne Auszeiten zu bescheren.

Ohne euch wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen, Danke!



## Kurzzusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist es, den ergotherapeutischen Prozess mit Säuglingen und Kleinkindern von null bis drei Jahren darzustellen und ebenfalls die Perspektiven der Eltern zu beleuchten.

Es wurde eine „Mixed-Methods“ Studie mit 13 leitfadengestützten Experteninterviews durchgeführt und mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) ausgewertet. Zusätzlich wurden 17 Eltern per Online-Fragebogen zu ihren Erfahrungen innerhalb des Therapieprozesses befragt.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Elternarbeit einen großen Stellenwert einnimmt und es spezieller therapeutischer Fort- und Weiterbildungen bedarf. Die Elternbefragung ergab, dass diese aktiv und transparent in den Prozess eingebunden werden und ihn als erfolgreich und zufriedenstellend wahrnehmen.

Das Potenzial dieses Arbeitsfeldes sowie die Notwendigkeit, in diesem Bereich mehr Forschung und Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, wurden deutlich.

## Abstract

This project aims to present the occupational therapy process in the work with children up to age three and to shed light on parents perspectives. A mixed-methods study with 13 guideline-based expert interviews was carried out and evaluated by means of the qualitative content analysis according to Gläser and Laudel (2010). In addition, 17 parents were asked about their experiences within the therapy-process via an online-questionnaire.

The results show that the work of parents plays a major role and requires special further education. The parents' survey indicates a strong involvement in the therapy-process and perceive it as successful. It became clear, that this field of work has a high success potential but the need for more research and public relations remains.

## Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is om het ergotherapeutisch proces met zuigelingen en peuters tussen nul en drie jaar te tonen en het perspectief van de ouders te verduidelijken.

Er werd gebruik gemaakt van een „mixed-methods-studie“, met 13 expertinterviews. Deze werden doormiddel van kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Gläser en Laudel (2010) geanalyseerd. Bovendien werden 17 ouders via een online vragenlijst bevraagd betreffende hun ervaringen.

De resultaten laten zien dat de samenwerking en communicatie met de ouders een belangrijke functie vervult en er behoefte is naar specifieke bijscholing. Het blijkt dat de ouders actief in het proces worden geïntegreerd en het als succesvol ervaren.

Concluderend is te stellen dat het werkveld potentieel heeft en het noodzakelijk is om verder onderzoek uit te voeren en te investeren in publiciteit.



## Informative Zusammenfassung

Die Aufgabe der Ergotherapie ist es, Menschen jeden Alters zu unterstützen und zu begleiten, die in ihrem Alltag eingeschränkt sind (DVE, 2007). Säuglinge und Kleinkinder von null bis drei Jahren und ihre Eltern und Bezugspersonen gehören ebenfalls zu der ergotherapeutischen Klientengruppe. Bereits in diesem frühen Lebensalter kann die Handlungsfähigkeit des Kindes als auch die der Eltern betroffen sein. Setzt der Beginn einer ergotherapeutischen Behandlung früher ein, können größere Erfolge erzielt werden (Valvano & Rapport, 2006). Aus diesem Grund rechtfertigt sich die nachfolgende Betrachtung und Untersuchung dieses Arbeitsfeldes der Ergotherapie. Es stellte sich die Frage: Wie gestaltet sich der ergotherapeutische Behandlungsprozess im ambulanten Setting mit Säuglingen/Kleinkindern (null bis drei Jahre)? Wodurch wird dieser beeinflusst und wie erfahren Eltern mit Kindern, die in der Ergotherapie waren, diesen Prozess?

Innerhalb dieser Forschung wurde ein Mixed Methods Design mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) gewählt. Es wurden 13 Interviews mit Ergotherapeuten geführt, die in dem betreffenden Arbeitsfeld tätig sind. Die Erhebungen wurden mit den Ergebnissen eines Online-Fragebogens für Eltern ergänzt.

Es wurde deutlich, dass Elternarbeit einen großen Teil der ergotherapeutischen Arbeit einnimmt. Ebenfalls sollte das Umfeld der kleinen Klienten ganzheitlich und ressourcenorientiert betrachtet und einbezogen werden. Die Eltern gaben an in den Therapieprozess eingebunden zu sein und erlebten ihn als transparent und zufriedenstellend. Des Weiteren ist es von Bedeutung klientenspezifische Fort- und Weiterbildungen zu absolvieren, um sich zu spezialisieren und eine effiziente Behandlung zu gewährleisten.

Zusammenfassend lässt sich hervorheben, dass mehr Öffentlichkeitsarbeit und Forschung betrieben werden sollte, um das Potenzial des Arbeitsfeldes auszuschöpfen. Diesbezüglich bedarf es mehr spezifischen pädiatrischen Inhalten während der Berufsausbildung.



## Vorwort & Lesehinweise

- Im Folgenden werden Alisa Altgeld, Pia Doll, Marie Simon und Maren Wobser Forscher und Verfasser genannt. Sie waren gleichermaßen an der Erstellung der Arbeit sowie der Durchführung der Forschung beteiligt. Somit sagt die Reihenfolge der Namensaufführung nichts über den Stellenwert dieser Personen für diese Bachelorarbeit aus.
- Diese Arbeit richtet sich an Ergotherapeuten, Ergotherapieschüler und -Studenten sowie all jene, die mit diesem Bereich in Verbindung stehen.
- Zur besseren Lesbarkeit wurden im Text die Personen in der männlichen Form benannt z.B. Ergotherapeuten und Teilnehmer, selbstverständlich beziehen sich alle Aussagen auch auf die weibliche Form.
- Die verwendeten Fachbegriffe werden im Glossar definiert und im Text bei ihrem ersten Auftreten mit dem Symbol (\*) gekennzeichnet.
- Alle abgekürzten Wörter und Begrifflichkeiten können im Abkürzungsverzeichnis nachgelesen werden. Gängige Abkürzungen der deutschen Sprache werden dort nicht aufgeführt (z.B., etc., u.a. und ca.).
- Zahlen werden von null bis zwölf ausgeschrieben. Außer es handelt sich um Prozentzahlen, Nummerierung der Experteninterviews, ein Datum oder statistische Daten.
- Bei den Prozentangaben können Rundungsdifferenzen, zu den sich mathematisch genau ergebenden Werten, auftreten.
- Das Symbol ➤ und die dahinterstehende Zahl verweisen jeweils auf ein entsprechendes Kapitel oder Abbildungen.
- Abbildungen, Tabellen, Literaturverzeichnis und Anlagen werden im Anhang aufgelistet und dargestellt.
- Die verwendeten Quellen werden nach APA 6th (APA, 2010) im Text zitiert und kenntlich gemacht.
- Wörtliche Zitate von Autoren, Experten sowie Eltern werden kursiv und in Anführungszeichen dargestellt.
- Die sprachliche Anpassung von Zitaten an den grammatikalischen Satzbau oder Abkürzungen werden mit „[...]“ kenntlich gemacht.
- Ergotherapeuten, die an der Studie teilgenommen haben werden als Experten oder Teilnehmer beschrieben und mit „TN“ abgekürzt. Die teilnehmenden Eltern des Online-Fragebogens werden ebenfalls als Teilnehmer beschrieben und mit „E“ gekennzeichnet.
- Allen Teilnehmern wurden bei der Auswertung der Datensätze Nummern zugeordnet. Teilweise wurden Aussagen von Teilnehmern zitiert. Um Zitate dem jeweiligen Teilnehmer zuzuordnen wurde nach dem Zitat eine Klammer angefügt mit der Abkürzung „TN“ oder „E“ und der jeweiligen Nummer. Bei den Interviewteilnehmern wurde zusätzlich der entsprechende Absatz angefügt (z.B. TN 1, Absatz 3).
- Bei Fragen und Anregungen zur vorliegenden Arbeit können sie die Verfasser unter folgender E-Mail Adresse kontaktieren: [kleinekunden@mail.de](mailto:kleinekunden@mail.de)



## Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
AOTA	American Occupational Therapy Association
APA	American Psychological Association
AT	Assistive Technologie
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CIMT	Constrained-Induced Movement Therapie
CMCE	Canadian Model of Client-Centred Enablement
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COPMakids	Canadian Occupational Performance Measure für Grundschul Kinder
CPA/GSA	Collaborative Performance Analysis/Gemeinsame Situationsanalyse
CPPF	Canadian Practice Process Framework
Destatis	Statistisches Bundesamt
DVE e.V.	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ErgThAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
et al.	Et alteri (lat.) zu Deutsch: und andere
Hrsg.	Herausgeber
IDEA	Individuals With Disabilities Education Act
IMOD	Interactional Model of Occupational Development
IMP	Infant Motor Profile
KIGGS	Langzeitstudie des Robert-Koch Instituts (RKI 2013)
MFED	Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik
MOHO	Model of Human Occupation
NFB	Neurofeedback
OPC	Occupational Performance Coaching
OSERS	Office of Special Education and Rehabilitative Services
PEDI-D	Pediatric Evaluation of Disability Inventory
PEO	Person-Environment-Occupation Model
RCOT	Royal College of Occupational Therapists
SI	Sensorische Integration
SPZ	Sozialpädiatrische Zentren
TFSI	Test of sensory functions in infants
ToP	Test of Playfulness
TSI	DeGangi-Berk Test of sensory Integration
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)



# Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	III
Abstract.....	IV
Vorwort & Lesehinweise.....	VI
Abkürzungsverzeichnis .....	VII
1.1    EINLEITUNG UND RELEVANZ .....	9
1.2    LITERATURRECHERCHE .....	9
1.3    ÜBERSICHT ZUR VORLIEGENDEN ARBEIT .....	10
2    Theoretischer Hintergrund.....	11
2.1    DEFINITIONEN RELEVANTER TERMINOLOGIE .....	11
2.2    ZIELGRUPPE DER KINDER.....	13
2.3    ZIELGRUPPE DER ELTERN .....	23
2.4    GESELLSCHAFTLICHER WANDEL.....	27
2.5    ERGOTHERAPEUTISCHE BEZUGSRAHMEN.....	33
2.6    BETÄTIGUNGSORIENTIERTE ERGOTHERAPIE BEI KINDERN.....	39
2.7    KONZEPTIONELLE MODELLE .....	50
3    Methodik .....	62
3.1    UNTERSUCHUNGSLEITENDE FRAGESTELLUNGEN .....	62
3.2    STUDIENDESIGN .....	64
3.3    METHODOLOGISCHE PRINZIPIEN.....	64
3.4    FORSCHUNGSDESIGN 1: EXPERTENINTERVIEWS.....	67
3.5    DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	72
3.6    FORSCHUNGSDESIGN 2: ONLINEFRAGEBOGEN .....	90
3.7    DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	93
4    Interpretation der Ergebnisse .....	102
4.1    DISKUSSION DER ERGEBNISSE .....	102
4.2    STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER STUDIE .....	115
5    Schlussfolgerung und Ausblick .....	117
Glossar .....	119
Literaturverzeichnis .....	123
Abbildungsverzeichnis .....	134
Anlagen.....	135



## 1.1 Einleitung und Relevanz

Erste Berührungspunkte im Fachbereich Pädiatrie sammelten die Verfasser in ihrer schulischen Ausbildung. Innerhalb dieser stellten sie fest, dass überwiegend Kinder ab drei Jahren ergotherapeutische Behandlungen erhielten. Kinder und ihre Umwelt können ab ihrer Geburt und im Verlauf der frühkindlichen Entwicklung bereits vor die Herausforderung von Handlungsproblemen oder einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit gestellt werden. Nach dem Wissensstand der Verfasser und einer Literaturrecherche stellte sich die Frage, weshalb eine Therapie erst ab drei Jahren durchgeführt wird. Die Recherche ergab, dass für die ambulante Ergotherapie tendenziell weniger Literaturnachweise existieren, als für das stationäre Setting. Aus diesem Grund entschieden sich die Forscher für die Arbeitsfeldbeschreibung des ambulanten Settings.

Während im Jahr 2016 14,3% der Ergotherapieklanten zwischen fünf bis neun Jahre alt waren, waren nur 1,4% der Klienten zwischen null bis vier Jahren (Waltersbacher, 2016). Die häufigste Diagnose, mit der die jungen Klienten Ergotherapie verordnet bekommen, ist mit 7,6% die Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (F82) (Waltersbacher, 2016). Je früher die Therapie bei einer solchen Diagnose beginnt, desto größere Erfolge können erzielt werden (Valvano & Rapport, 2006). Auch Espei (2015) befürwortet, dass die ergotherapeutische Behandlung früher beginnt. In einem Interview erklärt sie, dass Gehirnzellen nicht in der Lage seien sich zu erneuern und je früher man mit der Ergotherapie beginnen würde, desto besser seien die Aussichten, dass andere Hirnzellen Funktionen zum Teil übernehmen würden (DVE, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2015).

Aus diesen Erfahrungen und einem gemeinsamen Austausch entwickelten die Forscher ein gemeinsames Interesse und die Motivation für die vorliegende Bachelorarbeit mit der folgenden Forschungsfrage: **Wie gestaltet sich der ergotherapeutische Behandlungsprozess im ambulanten Setting mit Säuglingen/Kleinkindern (null bis drei Jahre)? Wodurch wird dieser beeinflusst und wie erfahren Eltern mit Kindern, die in der Ergotherapie waren, diesen Prozess?**

Im weiteren Verlauf sollen klientenzentrierte\* und betätigungsorientierte Elemente\* definiert und herausgefiltert werden, die sich in einen methodischen Rahmen einbetten lassen und einen Beitrag zur weiteren Professionalisierung in diesem Arbeitsfeld leisten. Im Zuge dessen können sowohl Kolleginnen und Kollegen der Profession, als auch Außenstehende, wie z.B. Ärzte, Angehörige und Instanzen des Gesundheitssystems, Einblicke in die Arbeit mit den jüngsten Mitgliedern der Gesellschaft gewinnen.

## 1.2 Literaturrecherche

Die Basis der vorliegenden Forschungsarbeit bildete eine ausführliche Literaturrecherche. Die Verfasser haben sich anhand der Forschungsfrage und der detaillierteren Leitfragen mit fachlicher und wissenschaftlicher Literatur des Fachbereichs auseinandergesetzt, um die entwickelte Fragestellung zu beantworten (Perkhofer, et al., 2016).



Durch die vorangegangene Literaturrecherche, die Bearbeitung und Bewertung der Literatur wurde ein ausführlicher Kenntnisstand über das Fachgebiet *Ergotherapie mit Säuglingen und Kleinkindern von null bis drei Jahren* erreicht. Im Zuge dessen wurden ergotherapeutische, pädagogische, soziologische, psychologische und gesundheitswissenschaftliche Quellen genutzt und bezüglich ihrer Evidenz bewertet. Ziele der Literaturrecherche waren: Beantwortung der Fragestellung, Untersuchung der Relevanz der Forschungsfrage, Erhebung des aktuellen Wissensstandes, Identifikation der relevanten Problemstellungen sowie die Erarbeitung einer wissenschaftlichen Grundlage.

Des Weiteren erfolgte eine Auseinandersetzung mit bereits entwickelten Forschungsarbeiten mit vergleichbaren Fragestellungen und deren Einschätzung von Stärken und Schwächen.

Die Literaturrecherche der vorliegenden Arbeit stützte sich vor allem auf wissenschaftliche Bücher und Fachliteratur, die im Schnitt nicht älter als zehn Jahre sind. Zusätzlich wurde der Zugang der Zuyd Hogeschool Bibliothek genutzt, um auf aktuelle Veröffentlichungen und Artikel der Datenbank zuzugreifen, die nicht älter als fünf - acht Jahren sind. Es stellte sich heraus, dass auf nationaler Ebene noch nicht viel spezifische Literatur vorhanden ist. Somit wurde die Suche international ausgeweitet. Ergänzend wurden freizugängliche Online-Datenbanken genutzt, wie beispielsweise Google Scholar, Thieme, PubMed und OT-Seeker. Die genutzten Suchbegriffe sowie die Trefferzahlen wurden in ➤Anlage 1 dargestellt.

### 1.3 Übersicht zur vorliegenden Arbeit

Die Forschungsarbeit gliedert sich in vier übergeordnete Kapitel: theoretischen Hintergrund, Methodik, Interpretation und Schlussfolgerung. Zu Beginn dieser Arbeit, erhält der Leser die notwendigen theoretischen Grundlagen der Forschung. Da verschiedene Perspektiven betrachtet werden, wird der theoretische Hintergrund nochmals in die Zielgruppen Kinder, Eltern, Ergotherapie sowie konzeptionelle Modelle unterteilt. Anschließend folgen die Beschreibung der Methode sowie die Darstellung der Ergebnisse. Der letzte Teil der Forschungsarbeit ist der Auswertung und der Interpretation der gewonnenen Ergebnisse gewidmet. Die Forscher verbinden die theoretischen Grundlagen mit den Ergebnissen der Datenerhebung und diskutieren die Resultate. Abschließend werden Stärken und Schwächen der Forschung erörtert, sowie ein Ausblick auf fortführende Forschungsinhalte gegeben.



## 2 Theoretischer Hintergrund

Nach Gläser und Laudel (2010) bilden theoretische Vorüberlegungen, gemeinsam mit der Formulierung der Forschungsfrage und der Entscheidung für eine Erklärungsstrategie (➤3.2), die Basis der Forschungsarbeit. Die vorliegende Forschungsarbeit wird durch vier Prinzipien geleitet u.a. durch das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens (➤3.3). Die Erstellung eines theoretischen Hintergrundes ist die Komprimierung und Zusammenführung von bereits bestehendem Wissen bezüglich des gewählten Forschungsthemas (Gläser & Laudel, 2010). Das bereits erfasste Wissen kann genutzt werden, um das beleuchtete Problem zu strukturieren, die relevanten Einflüsse zu identifizieren und zu benennen, welche Informationen benötigt werden, um die Forschungsfrage zu beantworten (Gläser & Laudel, 2010). Die gesuchte Erklärung, wird im Rahmen des theoretischen Hintergrundes so präzise wie möglich definiert (Gläser & Laudel, 2010). „Bei einer Entscheidung für die mechanismenorientierte Erklärungsstrategie wird man die Vorüberlegungen eher auf hypothetische Wirkungsmechanismen und Annahmen, über die Art und Weise, wie Kausalzusammenhänge vermittelt werden, zuspitzen und erkenntnisleitende Fragen formulieren“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 34).

### 2.1 Definitionen relevanter Terminologie

Im folgenden Kapitel werden die für die vorliegende Forschungsarbeit relevanten Begrifflichkeiten definiert:

**Kindheit:** In Deutschland wird die Kindheit als die Lebensphase bezeichnet, die der Phase des Jugendalters vorangeht (Strebel, 2016). Die Phase der Kindheit wird in verschiedene Abschnitte unterteilt und wie folgt in ➤Abbildung 1 dargestellt. Innerhalb dieser Forschungsarbeit wird im weiteren Verlauf auf die Säuglinge und Kleinkinder im Lebensalter von der Geburt bis drei Jahre eingegangen.

Bezeichnung	Lebensalter
Säuglinge und Kleinstkinder	Geburt bis drei Jahre
Frühe Kindheit/Kindergartenalter	Drei Jahre bis Eintritt Grundschule
Mittlere Kindheit	Sechs bis acht Jahre
Späte Kindheit	Acht Jahre bis Beginn Vorpubertät
Jugendlicher	14 bis 18 Jahre (lt. SGB VIII § 7)

ABBILDUNG 1: KATEGORISIERUNG DER LEBENSPHASEN

QUELLE: IN ANLEHNUNG AN GLOGER-TIPPELT (2011)



**Klient:** „Clients may be individuals, families, groups, communities, organizations, or populations who participate in occupational therapy services by direct referral or contract, or by other service and funding arrangements with a team, group, or agency which includes contracts with occupational therapists“ (CAOT, 1997, S. 96).

Nach CAOT (1997) ist die genaue Definition des Klienten innerhalb der Ergotherapie viel umfassender. Die Definition beinhaltet mehr als nur ein Individuum. So schließt es ebenso Familien, Gruppen und Organisationen ein, die in ergotherapeutische Behandlungen eingebunden sind.

Es verdeutlicht somit nochmals die Komplexität des Begriffs. In der vorliegenden Forschungsarbeit liegt das Augenmerk der Forscher auf dem Bereich der Säuglinge und Kleinkinder, im Lebensalter der Geburt bis zum Alter von drei Jahren. Demnach wird im weiteren Verlauf der Begriff *Klient* den Säuglingen und Kleinkindern zugeschrieben (➤2.2). Für die in der Definition nach CAOT (1997) ebenfalls eingeschlossenen Gruppen des Klienten, wird der Begriff des *erweiterten Klienten* gewählt. Innerhalb der Forschungsarbeit liegt in diesem Falle besonderes Augenmerk auf den Eltern und den Familien (➤2.3).

**Betätigungsverhalten:** Nach Romein (2016) ist das Grundbedürfnis eines jeden Menschen sich zu betätigen und somit weisen auch Kinder von Geburt an das Bestreben sich zu beschäftigen auf. Kinder führen diese Betätigungen\* jedoch nicht isoliert von ihrer Umwelt durch. Meist dienen Bezugspersonen wie Eltern oder Geschwister als Modelle und Orientierung, was die Art und Weise der Durchführung der Betätigung betrifft. Dabei lassen sich individuelle Unterschiede in der Durchführung erkennen. Jedes Kind zeigt somit ein anderes Ess-, Spiel- und Schlafverhalten auf (Romein, 2016). Innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung mit Säuglingen und Kleinkindern ist es wichtig dieses individuelle Verhalten zu beachten, weshalb die Forscher dieses im Verlauf der Arbeit näher thematisieren (➤2.6).

**Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma\*:** Eine ergotherapeutische Behandlung ist bei Kindern und Jugendlichen jeden Alters indiziert. Zur ergotherapeutischen Klientel gehören auch Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter. Die Ergotherapie unterstützt und behandelt Kinder, die in ihrer Betätigungsausführung und ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind oder wenn die Gefahr besteht, dass sie von einer Einschränkung bedroht werden könnten. Ein weiterer Indikator ist die vorherrschende ungenügende Partizipation am gesellschaftlichen Leben eines Kindes und seiner Familie, z.B. aufgrund von Beeinträchtigungen oder Einschränkungen (DVE, 2015). Im Rahmen der Klientenzentrierung erfolgt die Behandlung jedes Klienten und seiner erweiterten Umwelt individuell und ist auf die Bedürfnisse und die Wünsche des Betroffenen ausgerichtet. Die ärztliche Diagnose bietet Orientierung für die ergotherapeutische Befunderhebung, Behandlungsplanung, Behandlungsdurchführung und Beratung (DVE, 2015). In der zeitgenössischen Ergotherapie arbeitet der Therapeut nicht mehr nur mit dem betroffenen Kind, auch das gesamte soziale Umfeld (u.a. Angehörige und Bezugspersonen) wird aktiv in den ergotherapeutischen Behandlungsprozess einbezogen (➤2.1). Das übergeordnete Ziel der Ergotherapie ist die größtmögliche Förderung und Unterstützung des Kindes, um das Höchstmaß an Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit zu erreichen (DVE, 2015).



Ergotherapeutische Leistungen für Familien basieren auf einem grundlegenden Verständnis für die Verbindung und die Interaktion zwischen Kindern, deren Aktivitäten und Umweltfaktoren. Die Ergotherapeuten erkennen komplexe Zusammenhänge zwischen dem Klienten und seiner Umwelt. Auf dieser Grundlage sowie einer Befunderhebung und Anamnese werden ergotherapeutische Interventionen entwickelt (Case-Smith, 2005).

## 2.2 Zielgruppe der Kinder

In der vorliegenden Forschungsarbeit ist die Zielgruppe der Kinder (➤2.1) wie bereits beschrieben, die der Säuglinge und Kleinkinder. Kinder in diesem Alter entwickeln sich sehr schnell und dabei verläuft die Entwicklung von Kind zu Kind sehr vielfältig (Largo, 2018). Daher bildet die Betrachtung der individuellen Entwicklung eine wichtige Grundlage in der Behandlung dieser Klientel. So beleuchten die Forscher für diese Zielgruppe zum einen die frühkindliche Entwicklung (➤2.2.1), zum anderen das Spiel als bedeutungsvolle Betätigung (➤2.2.2) und die frühkindliche Bindung (➤2.2.3). Zum Ende dieses Kapitels beschreiben sie zusätzlich die Aspekte der Resilienz (➤2.2.4) und der Lebenslaufperspektive (➤2.2.5).

### 2.2.1 Frühkindliche Entwicklung

Es gibt verschiedene Entwicklungstheorien, welche die Rolle der Kinder unterschiedlich definieren. Man findet Theorien, die Kinder als passiv und rein anpassungsorientiert definieren und im Gegensatz dazu neue Theorien, die bereits Kleinstkinder als soziale Wesen und Akteure in ihrer Umwelt betrachten (Heller, 2016). Bezieht man sich auf transaktionale Entwicklungsmodelle, haben sowohl alle handelnden Menschen innerhalb des Lebens eines Kindes, als auch Kontext und Umwelt im Detail einen starken Einfluss auf ein Kind und dessen Entwicklung. Alle Menschen innerhalb des sozialen Kontextes entwickeln sich fortlaufend weiter und beeinflussen einander in sich ständig verändernden sozialen Systemen, die in stetiger Wechselwirkung zueinander agieren (Schneider & Lindenberger, 2012).

Die dynamischen transaktionalen Prozesse lassen sich nicht eindimensional erfassen, da sich die einzelnen Systeme gleichzeitig und in stetiger Interaktion verändern (Schneider & Lindenberger, 2012). Betrachtet man Vorgänge eines Systemteils separat, so können diese als Ursache für folgende Veränderungen in beteiligten Systemen betrachtet werden (Schneider & Lindenberger, 2012). Eine interaktionale Verbindung und Wechselwirkung von Komponenten findet sich auch in ergotherapiespezifischen Modellen wieder. Als theoretische Grundlage der vorliegenden Forschungsarbeit dienen ergotherapeutische Inhaltsmodelle, die Zusammenhänge zwischen der Person, ihren Betätigungen und ihrer spezifischen Umwelt herstellen und die ergotherapeutische Praxis organisieren (➤2.7).

Nach Largo (2018), ist jedes Kind von Grund auf neugierig und wird sich auf seine Weise und in seinem Tempo entwickeln. Jedes Kind hat einen inneren Drang zu wachsen, seine Fähigkeiten auszubilden und Wissen anzueignen. Dabei besteht die Entwicklung aus dem Zusammenspiel von Anlage und Umwelt. Der Entwicklungsplan sowie körperliche und psychischen Eigenschaften sind im Erbgut angelegt.



Damit sich diese entwickeln können, benötigt das Kind entwicklungsgerechte Erfahrungen. Gerade in den ersten Lebensjahren entwickeln Kinder ihre Kompetenzen in einzelnen Bereichen mit sehr unterschiedlichem Tempo (Largo, 2018). Im weiteren Verlauf werden die einzelnen Entwicklungsbereiche eines Kindes in den ersten drei Jahren in Anlehnung an Largo (2018), Pauen und Roos (2017), Bauer, Evanschitzky und Hille (2016) beschrieben.

Den Kern des Beziehungsverhaltens bildet das kindliche Bedürfnis nach Geborgenheit. Es benötigt Zuwendung und Nähe von vertrauten Personen. Aus gemeinsamen Erfahrungen entsteht zunehmend die persönliche und vertraute Bindung (➤2.2.3) zu bestimmten Personen. Das Kind zeigt durch die Suche nach Nähe oder auch durch die Trennungsängste seine emotionale und körperliche Verbundenheit.

Das kindliche Wohlbefinden wird durch die Befriedigungsart der Bedürfnisse bestimmt. Die Kommunikation geschieht in den ersten Monaten über: die Mimik, das Aussehen, die Haltung und die Bewegung des Körpers sowie den Ausdruck der Stimme und dem Nähe- und Distanzverhalten (Largo, 2018). Das Kind hat ein angeborenes Interesse an menschlichen Stimmen, so teilt es sich durch Mimik, Blickverhalten, Laute, Körperhaltungen und Bewegungen mit und ahmt vereinzelt Mundstellungen nach. Largo (2018) beschreibt das Auftreten des ersten Sozialen Lächelns nach sechs bis acht Wochen. Im Alter von vier bis neun Monaten setzen zunehmend mehr das Fremdeln und die Trennungsangst ein und damit bindet sich das Kind an seine Eltern. Die Ausprägung ist dabei abhängig von dem Alter, der Bindungsstärke und den sozialen Erfahrungen, die das Kind bisher gesammelt hat. Die Eltern bilden für ihr Kind einen sicheren Hort, von dem aus es die Umwelt entdecken möchte (Largo, 2018). Im zehnten bis 24. Lebensmonat beginnt die Ich-Entwicklung. Das Kind nimmt sich mehr und mehr als eigenständige Person wahr und möchte seinen eigenen Willen durchsetzen. Seinen Unwillen bringt es durch Trotzreaktionen zum Ausdruck. Largo (2018) beschreibt innerhalb dieses Abschnittes das Wachstum des Selbstständigkeitsbestrebens und Selbstwertgefühls. Im Alter vom 25.- 48. Monat wächst zum einen das Bewusstsein über Gefühle und Gedanken und zum anderen das Einfühlungsvermögen und das Hineinversetzen in andere Vorstellungen. Das Kind versteht mehr und mehr, dass jeder Mensch seine eigenen Gedanken, Absichten und Gefühle hat und entwickelt somit eine soziale Kognition (Largo, 2018).

Bereits in der achten Schwangerschaftswoche entwickelt sich die Motorik. Sie ist ein Reifungsprozess, welcher aus unterschiedlichen Fortbewegungsmustern besteht. Innerhalb der anderen Entwicklungsbereiche, wird bezüglich des Tempos ein Zusammenhang zu anderen gesehen. Kinder entwickeln sich in einem Bereich meist schneller fort als in anderen (Largo, 2018). Das komplexe Reflexverhalten wie Saug- und Schluckreflex stellt nach der Geburt lebenswichtige Funktionen sicher. Die Entwicklung der Kopfkontrolle geschieht mit etwa drei Monaten, so kann das Kind in Bauchlage und Sitz seinen Kopf bereits aufrecht halten. Zudem zeigt es Beuge- und Streckhaltungen in Bauch und Rückenlage, die Bewegungsmuster sind dabei ungerichtete Arm- und Beinbewegungen (Largo, 2018) und (Pauen & Roos, 2017). Im vierten bis neunten Lebensmonat beginnt die Fortbewegung, dabei sind der Zeitpunkt und die Bewegungsart hier unterschiedlich ausgeprägt. Innerhalb des zehnten bis 24. Monats macht das Kind seine ersten Schritte und hält sich dabei an Erwachsenen, Möbeln oder Wänden fest (Bauer, Evanschitzky, & Hille, 2016).



Im Verlauf wird die Motorik innerhalb der Bereiche der Koordination, des Gleichgewichts und der Muskelkraft, immer differenzierter. Demnach rennt, hüpfte und klettert das Kind und wirkt motorisch aktiver, es verspürt einen verstärkten Bewegungsdrang (Pauen & Roos, 2017).

Das Schlafverhalten setzt sich aus den Schlafstadien, dem oberflächlichen (REM-) und dem tiefen (Non-REM) Schlaf zusammen. Die Schlaf- und Wachperioden bilden sich bereits in der 36. Schwangerschaftswoche aus (Largo, 2018). Im Alter von zehn bis 24 Monaten beginnt der Schlafbedarf der Kinder langsam abzunehmen, besonders der Tagesschlaf wird nach und nach rückläufig. Im dritten Lebensjahr treten Trennungs- und Verlustängste auf. In dieser Phase haben die Kinder ein großes Bedürfnis nach Geborgenheit und sie haben Alpträume und suchen nachts häufig das Bett der Eltern auf (Largo, 2018).

Von der Geburt bis zur sechsten Lebenswoche nimmt das Schreiverhalten zu, ist es doch die einzige Art und Weise, wie sich das Kind mitteilen kann. Anschließend nimmt das Schreiverhalten bis zum dritten Lebensmonat wieder ab. Mögliche Ursachen des Schreiens könnten körperliche, emotionale Gründe oder unspezifisches Schreien ohne eruierbare Gründe sein (Largo, 2018).

Die Sprache hat ihre Wurzeln im Beziehungsverhalten, so entwickelt sich aus den zwischenmenschlichen Beziehungen die Sprache. Die geistige Entwicklung geht der sprachlichen voraus, zunächst entwickelt das Kind eine symbolische Vorstellung und dann versteht es das Wort (Largo, 2018). In den ersten Wochen differenzieren Säuglinge ihr Können, Stimmen, Sprachmelodien und Rhythmus zu unterscheiden (Pauen & Roos, 2017). Nach Largo (2018) drückt sich der Säugling in den ersten Lebensmonaten immer weniger durch Schreien, sondern durch Vokalisieren aus. Nach dem sechsten Lebensmonat setzt das Sprachverständnis ein. Das Kind beginnt Wörter auf Personen, Gegenstände, Handlungen und Situationen zu beziehen (Largo, 2018). Es eignet sich die Laute an, ahmt Sprachmelodien nach und aus Kettenlauten entwickeln sich die ersten Wortgebilde wie Mama und Papa (Pauen & Roos, 2017). Ab dem zehnten Lebensmonat kennt das Kind vertraute Personen mit Namen und eignet sich Wörter für Handlungen und räumliche Beziehungen an. Beim Spiel gebrauchen sie Sprache, deren Tonfall und Rhythmus, den der Eltern imitiert. Zudem beginnen sie möglicherweise ihren Vornamen zu nennen und zu benutzen (Largo, 2018). Ab dem ersten Lebensjahr lernt das Kind mehr und mehr Vokale und Konsonanten.

Der Bereich des Trinkens und Essens ist in jedem Alter von großer emotionaler und sozialer Bedeutung und dient dem körperlichen Wohlbefinden. Die Nahrungsaufnahme wird durch den Such-, Saug-, und Schluckreflex sichergestellt. Beim Stillen und Ernähren mit der Milchflasche entsteht eine innige Bindung zwischen dem Kind und deren Eltern, welche weit in die Kindheit nachwirkt (Largo, 2018). Je nach Entwicklungsstand von Mundmotorik und Verdauungsorganen ist ein Kind zwischen vier und zwölf Monaten bereit Beikost zu essen. In diesen Monaten beginnt das Kind sich immer mehr für halb feste und feste Nahrung zu interessieren und möchte Geschmack und Konsistenz selbstständig kennenlernen (Largo, 2018). In den zehnten bis 24. Lebensmonaten sind die Verdauungsorgane des Kindes so weit entwickelt, dass es alle Speisen essen kann. In dieser Phase möchte das Kind selbstständig und daher mit den Händen essen.



Mit 18-24 Monaten können die meisten Kinder selbstständig mit einem Löffel essen und aus einer Tasse trinken (Largo, 2018). Im weiteren Verlauf werden die Kinder zunehmend selbstständiger und entwickeln Vorlieben und Abneigungen gegenüber bestimmten Speisen (Pauen & Roos, 2017).

In den ersten Lebensmonaten ist das Wachstum größer als in jedem anderen Altersabschnitt. Dabei zeigt sich, dass Kinder in jedem Alter unterschiedlich groß und unterschiedlich schwer sind. Die Organe entwickeln sich je nach Funktion und Alter unterschiedlich rasch und verändern dabei die Körperproportionen (Bauer, Evanschitzky, & Hille, 2016). Besonders ausgeprägt ist das Wachstum des Kopfumfanges. Innerhalb des sechsten bis 24. Monats verschließt sich die Fontanelle (Largo, 2018). Ab dem vierten Lebensmonat brechen die ersten Zähne durch und das Kind gewinnt weiterhin an Länge und Gewicht (Bauer, Evanschitzky, & Hille, 2016). Zwischen dem 24.-30. Lebensmonat ist das Milchgebiss vollständig entwickelt. Sobald das Kind mobil wird, steigt der Muskelaufbau somit wird das Fettgewebe reduziert (Pauen & Roos, 2017). Bis ins Alter von vier Jahren vollzieht sich ein Gestaltenwechsel, die Arme, die Beine und der Körper strecken sich (Largo, 2018).

### 2.2.2 Das Spiel als bedeutungsvolle Betätigung

Die Spielentwicklung eines Kindes ist ein wichtiger Bestandteil der gesamten Entwicklung. In den ersten Lebensjahren stellt es die wichtigste Betätigung dar, die vom Kind selbst bestimmt und selbstständig ausgeführt wird (Largo, 2018). Aus diesem Grund beschreiben die Forscher diesen Betätigungsbereich der Entwicklung noch einmal differenzierter. Aus diesem Bereich sammelt das Kind vielfältige Erfahrungen, welche es für seine soziale, geistige und sprachliche Entwicklung benötigt. Das Spielen des Kindes ist altersspezifisch und zeigt seinen jeweiligen Entwicklungsstand. In den ersten sechs Monaten im Leben eines Kindes beinhalten Betätigungen des Spiels ein sehr ausgeprägtes Explorationsverhalten (Case-Smith, 2005). Der Tag eines Säuglings ist in Schlaf- und Wachphasen strukturiert (➤ 2.2.1). In den wachen und aktiven Phasen exploriert der Säugling aktiv seine Umwelt. Diese aktive Entdeckung des unmittelbaren Umfelds wird auch als sensomotorisches Spiel bezeichnet (Rubin, 1984). Dieses sensomotorische Spiel besteht meistens aus sich ständig wiederholenden Bewegungen, die visuelle, auditive, taktile, propriozeptive und auch vestibuläre Stimulationen hervorrufen, durch die ein Kind wertvolle Erfahrungen der Wahrnehmungsverarbeitung machen kann. Diese sensorischen Erfahrungen der unterschiedlichen Wahrnehmungssysteme tragen zu einer adäquaten sensorischen Integration bei (Case-Smith, 2005). Die Säuglinge suchen den sozialen Kontakt zu den Bezugspersonen, die für die Kinder sorgen und in engem Kontakt zu ihnen stehen. Der soziale Kontakt ist gerade in den ersten Lebensmonaten prägend für die Verbindung und die Zuneigung. Im Spiel erkundet das Kind Objekte und den eigenen Körper mit den Händen und dem Mund (Case-Smith, 2005).

Im Alter von sechs bis zwölf Monaten entwickelt sich das sensomotorische Spiel weiter zu einem funktionsorientierten Spiel, das Kind beginnt Objekte und Spielsachen zweckorientiert zu verwenden (Largo, 2018). Das Kind kann gezielt nach Objekten greifen, bewegt Spielzeuge von einer Hand in die andere oder es provoziert Geräusche durch das Schlagen von Spielzeugen gegeneinander.



Der Säugling winkt mit Objekten in der Luft, kann auch kleine Objekte mit den Fingerspitzen aufnehmen und gezielt mit dem Zeigefinger auf Objekte zeigen (Case-Smith, 2005). Im Spiel imitiert das Kind Gestik und Mimik von Eltern und Bezugspersonen nach und kann schließlich auch ruhigen Betätigungen, wie z.B. ein Bilderbuch anschauen, nachgehen. Im Kontakt zu Eltern und Gleichaltrigen kann das Kind, im Rahmen von sozialen Spielsituationen, geben und nehmen (Case-Smith, 2005).

Das Kind beschäftigt sich im Alter von zwölf bis 18 Monaten im Spiel mehr mit dem eigenen Körper und dessen Bedürfnissen. Als Teil des Spiels gibt es vor zu essen oder zu schlafen. Das Kind verknüpft wenige schematische Spielkombinationen und wiederholt diese mehrfach (Case-Smith, 2005). Das Kind beginnt das Spiel mehr und mehr räumlich auszurichten, nutzt mehr Raum um sich herum und integriert diesen Platz in das eigene Spiel. Beim Spiel im Raum ist das Kind meist sehr nah auf dem Boden und krabbelt oder rollt sich über den Untergrund (Largo, 2018). Im bilateralen Spiel dient eine Hand als Haltehand und die andere manipuliert das Spielobjekt. Sobald das Kind sicher läuft, spielt es auch im Stehen, hebt Objekte vom Boden auf oder bewegt große Objekte über den Boden hinweg. Im Spiel wendet das Kind weiterführende Schemata an und kann sich gleichzeitig mehrerer Schemata bedienen. Das Kleinkind versteht wie Objekte funktionieren und wie man diese manipuliert, dabei wendet es Versuch und Irrtum an, um Probleme zu lösen. Spielerisch entdeckt und benennt das Kind eigene Körperteile (Case-Smith, 2005). Das Kind wird im Spiel autonomer und wendet sich von Bezugspersonen und Eltern ab, es lernt sich mehr und mehr selbst zu beschäftigen.

Je älter ein Kind wird desto ausgeprägter werden seine Betätigungen innerhalb des Spielverhaltens. Mit 18-24 Monaten kombiniert das Kind im Spiel diverse Schemata und führt verwandte Handlungsmuster zusammen. Es imitiert dabei weiterführend komplexe Handlungsabläufe mit spezifischen Objekten von Bezugspersonen (Largo, 2018). Das Kleinkind unterscheidet Spielobjekte in Reale- und Phantasiespielzeuge und bezieht dieses parallel in Spielabläufe ein. Das Gruppenspiel wird in diesem Alter präsenter und das Kind partizipiert sich in gruppenspielerischen Spielen mit anderen Kindern. Dabei nimmt das Kind aktive Positionen ein oder beobachtet passiv das Spiel der Anderen (Case-Smith, 2005). Die motorische Entwicklung begünstigt, dass ein Kind laufen, sich hinhocken, klettern und Fahrzeuge benutzen kann, die entweder mit den eigenen Füßen oder mit Pedalen fortbewegt werden (Case-Smith, 2005). Das symbolische Spiel gewinnt immer mehr an Bedeutung und das Kind führt Betätigungen durch, die es von erwachsenen Modellen kennengelernt hat, es kocht oder geht auf die Arbeit (Largo, 2018). Die emotionale Entwicklung des Kindes wird durch Erfolgs- oder Frustrationserlebnisse im Spiel beeinflusst und zunehmend werden die affektiven Reaktionen immer differenzierter ausgedrückt (Case-Smith, 2005).

Bis zu einem Alter von drei Jahren nutzt das Kind realistisches und phantasievolles Spielen gleichermaßen. Dabei nutzt es Objekte und Spielsachen symbolisch für reale Menschen oder Tiere. Das motorische Spiel wird immer exzessiver, das Kind bevorzugt lineare und vertikale Beschleunigung sowie Rotation. Durch dieses Spiel sammelt es wertvolle sensorische Erfahrungen (Case-Smith, 2005).



Im weiteren Verlauf kann es Bälle fangen, geringe Distanzen herunterspringen sowie auf einem Bein hüpfen (Largo, 2018). Das Kind entwickelt szenische Spielsequenzen, z.B. füttert es die Puppe, zieht sie an und bringt sie zu Bett. Dabei zeigt es Interesse daran sich zu verkleiden und andere aktiv zu imitieren (Case-Smith, 2005).

Ab einem Alter von zwei Jahren nimmt die Betätigung Spiel einen großen Bereich im Leben des Kindes ein, da es in der Konzentration, der Aufmerksamkeit und der Flexibilität deutlich leistungsfähiger ist. Durch die Entwicklung und Entstehung von symbolhaften und imaginären Spielen mit und ohne Objekte, entstehen für das Kind erste Möglichkeiten seine Fähigkeiten des täglichen Lebens zu entdecken und zu erproben (Case-Smith, 2005). Die Durchführung von Betätigungen des Spiels sind eingebettet in die soziale und physikalische Umwelt des Kindes und prägen somit das Spielverhalten (Largo, 2018).

### 2.2.3 Frühkindliche Bindung

Die Bindung ist ein emotionales Band, zwischen einem Säugling und seinen engen Bezugspersonen. Es wird davon ausgegangen, dass sich Bindung durch intensive Interaktion während des ersten Lebensjahres entwickelt (Largo, 2018). Aufgrund dieser Interaktion bilden Kleinkinder Präferenzen für bestimmte Personen gegenüber anderen. Diese Bindungspersonen nutzen sie als Sicherheitsnetz vor Bedrohungen oder bei Verunsicherungen (Ahnert, 2008). Im weiteren Verlauf werden einige Verhaltensphänomene von Bindungsbeziehungen bei Kleinkindern näher erläutert.

Bei Trennungsabsichten suchen Säuglinge Nähe durch Anklammern und akustische Signale wie z.B. schreien oder rufen. Bei Wiederkehr der Bindungsperson streckt das Kind die Arme aus oder läuft auf die betreffende Person zu. Vermeidung ist ein Verhaltensmuster, bei dem man sich von der Bindungsperson wegrichtet. Also z.B. den Blick vermeidet, den Kopf abwendet, den Rücken zukehrt oder sich aus den Berührungen entfernt. Dieses Verhalten wurde durch Beobachtungsstudien von Heinecke und Westheimer (1965) bei Kleinkindern gegenüber ihren Müttern gesehen, die mehrere Wochen voneinander getrennt waren. Nach Bowlby (1980) konnten diese Beobachtungen auch bei Kindern gemacht werden, die bei Tagesmüttern untergebracht wurden.

Ambivalenzen äußern sich im Kontakt mit der Bindungsperson durch ein Nähe- und Suchverhalten und Vermeidungstendenzen. Dieses Verhalten lässt auf eine nicht optimale Mutter-Kind-Beziehung schließen. Dies wird häufig bei Kindern beobachtet, die ihre Mutter nur selten oder wenige Stunden am Tag sehen. Die Desorganisation ist ein Bindungsverhalten, welches eindeutig eine Bindungsstörung reflektiert. Darunter versteht man Merkmale, welche die Art der Beziehung nicht oder nur schwer erkennen lassen, z.B. unvollendete Bewegungen oder Verhalten mit gleichzeitig gegensätzlichen Verhaltenstendenzen. Betätigungsbedürfnisse von Säuglingen und Kleinkindern sind von sehr vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig, da sich viele sensorische, motorische, kognitive, affektive und vegetative Funktionen stetig weiterentwickeln und sich innerhalb von sensiblen Prozessen vernetzen und verknüpfen (Largo, 2018). Bei Säuglingen und Kleinkindern sind Betätigungen wie Schlafen, Nahrung aufnehmen und Spielen bedeutungsvoll, die immer mit der Entdeckung des eigenen Körpers und der unmittelbaren Umwelt einhergehen.



Da Säuglinge und Kleinkinder aber nicht alleine und selbstständig leben und existieren können, spielen die engsten Bezugspersonen bezüglich der kindlichen Entwicklung eine sehr bedeutsame Rolle. Jeder Mensch hat zu Beginn seines Lebens das Bedürfnis nach Sicherheit und Zugehörigkeit, zu dem ihm nahestehenden Menschen. Ziel ist eine fundierte und gefühlsintensive Bindung und Beziehung zu diesen Mitmenschen. Menschliche Entwicklung ist damit grob gesagt nicht mehr nur das Resultat von Triebunterdrückung (Psychoanalyse) oder Konditionierung (Behaviorismus), sondern das Ergebnis einer Beziehung, die ausreichend Raum für Symbiose und Autonomie schafft. Das Feld der Bindungstheorien ist ein fester Begriff innerhalb der Soziologie und Psychologie. Im Jahr 1965 veröffentlichten Bowlby und Ainsworth, das Werk „*Child care and the growth of love*“ und lieferten somit die bedeutsamsten Theorien bezüglich der menschlichen Entwicklung im 20. Jahrhundert. Damit wurde Entwicklung nicht mehr als rein passiver und anpassungsorientierter Prozess betrachtet, den ein Kind durchlebt, um zu überleben, sondern der Fokus wurde auf soziale Interaktion gerichtet. Somit sind Kinder ab ihrer Geburt soziale Wesen und Akteure in ihrer Umwelt (Rodger & Keen, 2017).

Bezüglich Bindung und Interaktion von Eltern und Kindern werden Rückschlüsse auf eine normale und pathologische Entwicklung gezogen. Im ersten Lebensjahr binden sich Kinder an maximal zwei bis drei Personen. Diese Bindung entsteht nicht automatisch mit Menschen biologischer Verwandtschaft, sondern nur mit Personen, die die Bedürfnisse des Babys erfüllen und diese berücksichtigen (Largo, 2018). In den ersten sechs Lebensmonaten erfolgt die Phase der stärksten Prägung und die Bindungsphase reicht hinein bis etwa ins vollendete zweite Lebensjahr, dabei äußert sich Bindungsverhalten aus beobachtbarem Verhalten z.B. Lächeln, Schreien und Suchen der Mutter. Das Bedürfnis nach Bindung besteht ein ganzes Leben und ist ausschlaggebend für den Kontakt und die Beziehung zu anderen Mitmenschen (Bowlby, Endres, Ainsworth, Seemann, & Ainsworth, 2005).

Bowlby (2008) beschreibt unterschiedliche Bindungstypen. Die **sichere Bindung** verbindet 50-60% der Kinder mit ihren Eltern und Bezugspersonen. Das Nähe-Distanz Verhalten zu Bezugspersonen und Mitmenschen ist angemessen und kann angepasst und reguliert werden. Wenn es zu einer kurzzeitigen Trennung von Kind und Eltern oder Bezugspersonen kommen sollte, reagieren die Kinder in einer sicheren Bindung mit Verlustreaktionen wie z.B. Weinen oder offensichtlichen Zeichen von Unsicherheit. Die Kinder suchen aktiv nach den Bezugspersonen. Tauchen die Vermissten dann wieder auf, richten die Kinder ihre Aufmerksamkeit beispielsweise sehr intensiv auf die Eltern. Die Kinder suchen sehr intensiven Körperkontakt und wollen die Bezugsperson nur sehr widerwillig wieder alleine lassen. Sie fixieren die Bezugsperson sowohl visuell als auch durch taktilen Kontakt über das Festhalten an den Händen oder an Kleidungsstücken (Bowlby, 2008). Innerhalb einer **unsicher-vermeidenden Bindung**, welche einen Anteil von 30-40 % ausmacht, erscheinen die Kinder auf den ersten Blick relativ gelassen, sobald es zu einer Trennung kommt. Dabei zeigen die Kinder ein sehr unkompliziertes Verhalten, während eine Trennung Stress für sie bedeutet, die es aber versucht zu kompensieren. Dieses Verhalten wird missverständlich als Genügsamkeit, Ruhe und frühe Selbständigkeit interpretiert. Kinder protestieren bei diesem Bindungstyp nur wenig, wenn es zu Trennungen von den Bezugspersonen kommt.



Die Bindung zu den Eltern ist wenig stark bis kaum ausgeprägt. Bei Trennungen beschäftigen sich diese Kinder weiter, jedoch weniger aufmerksam und fröhlich. Bei einem Wiedersehen reagiert das Kind zurückhaltend und abwehrend (Bowlby, 2008). Eine weitere, ist die **unsicher-ambivalente Bindung**, die 10 bis 20% der Kinder aufweisen. Trennungen von Eltern und Bezugspersonen sorgen bei Kindern für starke Stressreaktionen. Dabei reagieren sie mit unproportionaler Nähe und im nächsten Moment mit aggressiven Distanzverhalten. Der Zeitraum bis diese Stressreaktionen beruhigt werden können, dauert sehr lange an und auch nach unterschiedlichen Beruhigungsstrategien, kann selten eine Besserung erzielt werden. Nach solchen Reaktionen können die Kinder keine selbstständige Betätigung wieder aufnehmen. Diese Bindung herrscht sehr häufig in unausgeglichenen Familien, in denen die Eltern meistens überfordert sind und ihre Verpflichtungen wie Fürsorge, Erziehung und Betreuung nicht ausführen können. Im weiteren Verlauf der Entwicklung übernimmt häufig das betroffene Kind das Rollenverhalten der überforderten Eltern, es kommt also zu einer ungünstigen Rollenkehr. Das Kind reagiert wiederum mit zusätzlicher Überforderung und kann keine natürliche Entwicklung durchschreiten. Dadurch sind Explorations-, Ablösungs- und Autonomieverhalten kaum vorhanden und es äußern sich affektive und psychische Unausgeglichheiten und Dysbalancen auf Seiten des Kindes (Bowlby, 2008). Die **desorganisierte Bindung** bei nur 5 bis 10% der Kinder, ist als ungesund und pathologisch zu werten und es können innerhalb der weiteren Entwicklung psychiatrische Erkrankungen folgen. Ein konfuse Bindungsverhalten kann zeitweise innerhalb aller Bindungen auftreten, wenn es sich jedoch manifestiert, ist es pathologisch. Es kommt zu stereotypen Bewegungsmustern des Kindes ohne, dass den Bezugspersonen Aufmerksamkeit geschenkt wird. Das Kind reagiert nicht auf Kontaktaufnahme oder Bindungsaufbau durch die Eltern. Es kann auch zu widersprüchlichen Verhaltensmustern kommen, wie z.B. das Suchen nach Nähe, gefolgt von aggressiver Ablehnung. Die Durchführung und der Ablauf von Bewegungen wirkt bei diesen Kindern unharmonisch und stockend, bis hin zum Erstarren. Das Bindungssystem der Kinder ist vorhanden, wird aber von nicht eindeutigen und diffusen Verhalten überdeckt. Nach Missbrauch, Misshandlungen oder massiver Vernachlässigung weisen Kinder gehäuft desorganisierte Verhaltensweisen auf (Bowlby, 2008).

#### 2.2.4 Resilienz

In den letzten Jahrzehnten ist der Begriff der *Resilienz* immer stärker in den Fokus der Forschung getreten. Unter Resilienz versteht man im pädiatrischen Kontext, die „*psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken*“, genauer: *die psychische Gesundheit trotz erhöhter Entwicklungsrisiken bzw. eine „Bewältigungskompetenz“* (Wustmann, 2009, S. 22). Eine weitere Erklärung von Greve, Leipold & Meyer (2009, S. 175) besagt: „*Resilienz kommt zustande, wenn stabilisierende Bewältigungsprozesse den Umgang mit belastenden und potenziell bedrohlichen Entwicklungsbedingungen so regulieren, dass die weitere Entwicklung der Person nicht eingeschränkt oder negativ beeinflusst wird.*“ Die Resilienzforschung kann also als positives Pendant zur Vulnerabilitätsforschung verstanden werden, die sich ihrerseits mit biologischen Prädispositionen und psychologischen Merkmalen sowie äußeren Einflussfaktoren beschäftigt, die die Entstehung oder Bereitschaft für eine psychische Erkrankung begünstigen (Heilig, 2014; Wustmann, 2009).



Während sich die sehr viel ältere Vulnerabilitätsforschung also damit beschäftigt, welche Faktoren zu Krankheit beitragen, konzentriert sich die jüngere Resilienzforschung auf die Faktoren, die den Menschen gesunderhalten. Bezogen auf Säuglinge und Kleinkinder, sehen sich diese schon früh mit diversen Entwicklungsherausforderungen konfrontiert (➤2.2.1). Werden die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben erfolgreich gemeistert, so wird die Persönlichkeit des Kindes gestärkt und es kann Veränderungen und Stresssituationen als Herausforderung ansehen. Gelingt dies nicht, ist mit negativen Folgen zu rechnen (Wustmann, 2009). Eine möglichst frühe Intervention ist folglich sinnvoll, um präventiv gegen spätere Fehlentwicklungen zu agieren. Resilienz ist kein starres Konstrukt, das man sich entweder in der Kindheit angeeignet hat oder auch nicht. Es ist zwar ein lebenslanger Lernprozess, dennoch werden die Grundsteine in der frühkindlichen Phase gelegt:

*„Trotzdem deutet die wissenschaftliche Evidenz darauf hin, dass die Phase der frühen Kindheit für die Resilienzentwicklung von großer Bedeutung ist und dass die Gestaltung der Umwelt in dieser Zeit einen entscheidenden Einfluss hat. Frühe Förderung in all ihren Facetten trägt dazu bei, dass die Umweltbedingungen von kleinen Kindern möglichst günstig sind. Sie ist damit ein präventives Interventionsfeld erster Güte, auch wenn die strukturellen Leistungen und die professionellen Maßnahmen gar nicht explizit auf die Verhinderung von künftigen gesundheitlichen und sozialen Problemen ausgerichtet sind“ (Hafen, 2014, S. 21).*

Die Theorie hinter dem Begriff *Resilienz* weist einige Parallelen zur Ergotherapie auf, denn dahinter steht keine defizitorientierte Sicht- und Denkweise, sondern es geht vielmehr um die Entdeckung von Ressourcen und Faktoren, die zu Gesundheit und Wohlbefinden beitragen können.

### 2.2.5 Lebenslaufperspektive

Die Lebenslaufperspektive ist Dragano und Siegrist (2009) zufolge dadurch ausgezeichnet, dass sie den zeitlichen Rahmen der Betrachtung von Zusammenhängen zwischen dem sozialen Status, Risikofaktoren und Erkrankung erweitert. Denn die Lebenslaufperspektive bezieht gewisse Einflüsse aus den frühen Lebensjahren in das Erklärungsmuster sozialer Ungleichheit im Erwachsenenalter mit ein. Betrachtet wird also die Entwicklung im Mutterleib bis zum frühzeitigen Tod. Es gibt Beobachtungen, dass einige Erkrankungen im Erwachsenenalter (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) auf Belastungen, die zu Beginn des Lebens aufgetreten sind zurück zu führen sind. Diese frühen Belastungen sind sozial ungleich verteilt, sprich Kinder aus sozial schwachen Familien treffen solche Belastungen häufiger (Dragano & Siegrist, 2009).

Zusammengefasst bedeutet das: Je niedriger der soziale Status, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit zu erkranken oder frühzeitig zu sterben. Kinder mit einem niedrigen Geburtsgewicht haben im Erwachsenenalter ein höheres Sterberisiko. Ein niedriges Geburtsgewicht wird meist auf die soziale Ungleichheit zurückgeführt, da Mütter mit einem höheren sozialen Status, statistisch gesehen, schwerere Kinder gebären (Barker, 1998).



Eine Studie des Robert Koch Instituts (KiGGS Welle 2) bestätigt, dass sich bereits Kinder und Jugendliche mit niedrigerem sozioökonomischen Status im Vergleich ungesünder ernähren, seltener Sport treiben, häufiger übergewichtig oder adipös sind und oftmals rauchen (Kuntz, Waldhauer, Zeiher, Finger, & Lampert, 2018).

In der Studie wird folgende Empfehlung ausgesprochen: *„Angesichts der bereits früh im Lebenslauf ausgeprägten sozialen Unterschiede im Gesundheitsverhalten sollten Maßnahmen noch stärker als bisher sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche und deren Lebensbedingungen in den Blick nehmen.“* (Kuntz, Waldhauer, Zeiher, Finger, & Lampert, 2018, S. 45). Diese Aufgabe kann in den Bereich der Ergotherapie fallen, in der die Umwelt und das soziale Umfeld ohnehin eine große Rolle für die Therapie darstellen.

Generell ist der Lebensabschnitt *Kindheit* wenig durch Krankheit und Behinderung geprägt (Oerter & Montada, 2008). Allerdings spielt die Kindheit für die Gesundheit im höheren Lebensalter eine enorm wichtige Rolle. Denn in dem Lebensabschnitt *Kindheit* finden in einer sehr kurzen Zeitspanne enorm große Veränderungen bezüglich körperlicher-, emotionaler-, kognitiver- und sprachlicher Entwicklung statt (Oerter & Montada, 2008). Auch hier wird somit wieder der Zusammenhang zwischen der Gesundheit in der Kindheit und dem Gesundheitszustand im Erwachsenenalter deutlich. Dies stellt somit die Lebenslaufperspektive dar. Es ist empfehlenswert die Lebenslaufperspektive unter dem Aspekt der veränderten Erkrankungsprofile in der weit entwickelten westlichen Gesellschaft zu betrachten. Deutlich zurückgegangen sind hier akute Erkrankungen, wie beispielsweise Polio und dies ist auch auf die veränderten Lebensumstände zurückzuführen. Auch chronisch erkrankte Menschen haben durch eine gute medizinische Versorgung eine deutlich längere Lebenserwartung. Allerdings ist im Kindes- und Jugendalter sowie im hohen Alter ein deutlicher Anstieg an chronischen Erkrankungen zu verzeichnen. Als neue Morbidität bezeichnet man diesen Anstieg bestimmter Diagnosen sowie die Veränderung der Krankheitsbilder. Besonders positiv ist, dass die Neonatologie mittlerweile solche Fortschritte zu verzeichnen hat, dass auch schon Frühgeborene mit einem sehr geringen Geburtsgewicht überleben können. Diese benötigen jedoch häufig eine langfristige Behandlung, aufgrund von Krankheiten und Behinderungen (Hagen & Noeker, 1999).

Es lässt sich bezüglich der Lebenslaufperspektive festhalten, dass eine frühzeitige ergotherapeutische Behandlung im Kindesalter vermutlich zu einer geringeren Chronifizierung von Krankheiten im Erwachsenenalter führt. Vor allem der Blick auf die Kindheit und das Aufwachsen in der heutigen Zeit, sollte von den Therapeuten, beispielsweise bei der Angehörigenberatung, berücksichtigt werden. Dieses erlangte Wissen kann als Grundlage zum Verständnis der kindlichen Lebenswelt dienen (Strebel, 2016).



## 2.3 Zielgruppe der Eltern

Nach Largo (2018) sind körperliches und psychisches Wohlbefinden die Grundvoraussetzungen dafür, dass sich ein Kind gut entwickeln kann. Dieses Wohlbefinden wird durch Eltern oder Bezugspersonen gewährleistet, weshalb diese und deren Erziehung innerhalb der vorliegenden Forschungsarbeit nähergehend beschrieben werden.

Die wichtigste Aufgabe der Eltern besteht darin, dem Kind entwicklungsgerechte Erfahrungen zu ermöglichen, damit sich körperliche und psychische Eigenschaften entwickeln (Pauen & Roos, 2017). Die wichtigste Grundlage der Erziehung bildet die emotionale Bindung (➤2.2.3) des Kindes an die Eltern und Bezugspersonen (Largo, 2018). Weitergehend entwickeln Eltern und Bezugspersonen ihre eigene Vorstellung von Erziehung und neben Intuition spielen darüber hinaus auch die eigenen Kindheitserfahrungen eine wesentliche Rolle. Dabei wird diese Erziehungshaltung wiederum von gesellschaftlichen Grundhaltungen und Normvorstellungen bestimmt (Largo, 2018). Im weiteren Verlauf beleuchten die Forscher daher den Aspekt der Erziehung (➤2.3.1) und den der Familien mit beeinträchtigten Kindern (➤2.3.2).

### 2.3.1 Erziehung

Beschäftigt man sich mit der kindlichen Entwicklung, so sollte man sich ebenfalls mit der Erziehung auseinandersetzen. Zu dem Begriff Erziehung existieren in der Literatur zahlreiche Definitionen. Im Folgenden soll auf zwei Definitionen näher eingegangen werden. Zunächst eine allgemeine Version, die aus dem Bereich der Sozialwissenschaften stammt:

*„Erziehung beinhaltet alle denkbaren Einflüsse, die eine Persönlichkeit und das Verhalten eines Menschen formen können. Er kennzeichnet auch die sozialen Prozesse und erzieherischen Interventionen, die eine Person bis zu ihrer Reife, Unabhängigkeit und gesellschaftlicher Handlungsfähigkeit mit größtmöglicher Selbstbestimmtheit fördern. Hierzu gehören Milieu, Gesellschaft, Medien, Eltern, Erzieher, Pflege und Therapie. Aber auch institutionelle Faktoren (Intensionen) der am Erziehungsprozess beteiligten Menschen beeinflussen den Erziehungsprozess“ (Sonnenschein, 2012, S. 439).*

Hier wird vor allem deutlich, dass Erziehung ein komplexes Konstrukt ist und auch durch unterschiedlichste Faktoren beeinflusst werden kann, weshalb sie nicht allein in der Verantwortung der Eltern liegt. Diese Definition bezieht sich auf keine Altersgruppe, im nachfolgenden wird daher auf eine Definition zu Früherziehung eingegangen.

*„Früherziehung heißt die Erziehung des Kindes von der Geburt bis zum Schuleintritt. Damit umfasst dieser Begriff alle pädagogischen, didaktischen und methodischen notwendigen Maßnahmen, um die grundlegenden humanen Kompetenzen wie Sprache und Intelligenz, Motorik und Wahrnehmung, Emotionalität und Sozialität sowie dementsprechenden angeborenen und aktiven Lernfähigkeiten in ihrer Entwicklung anzuregen, zu lenken und so weit wie möglich zu optimieren. Früherziehung ist planmäßiges methodisches Handeln auf der Basis der Interaktion mit dem Kinde und setzt eine Didaktik bzw. Methodik sowie eindeutige Erziehungsziele voraus [...]“ (Schmutzler, 2006, S. 163).*



Aus dieser Definition geht hervor, dass die Erziehung schon frühzeitig großen Einfluss auf vielfältige Lern- und Entwicklungsprozesse haben kann. Es wird deutlich, dass es sich um ein konsequentes Vorgehen handelt, dem bestimmte Ziele zugrunde liegen. Die Erziehung stellt eine anspruchsvolle Aufgabe für die meisten Eltern dar. Sie müssen für sich selbst entscheiden, welche Erziehungsform sie für angemessen halten. Ebenso werden die Erziehungsziele nach individuellen Maßstäben gesetzt und je nach Haltung der Eltern ein unterschiedlicher Umgang mit den Kindern gepflegt. Manche Eltern unterstützen ihr Kind darin, Fähigkeiten zu entwickeln und legen in ihrer Erziehung einen Fokus auf die Aneignung von Fertigkeiten und Wissen. Anderen hingegen sind Regeln und Werte des sozialen Umgangs wichtiger, damit ihr Kind sich zu einem sozialen Wesen entwickelt, welches von Mitmenschen angenommen wird, sich aber auch in der Gesellschaft behaupten kann (Largo, 2018). Aus der Vielfalt an Erziehungsintentionen resultiert ein großes Spektrum von Erziehungsstilen. Grundsätzlich lässt sich feststellen, *„dass sich Erziehungsstile durch Kulturen, Gesellschaften, Persönlichkeiten, Zeiten, Einstellungen, Normen, Praxen, Verhaltensweisen, Prozessen, Merkmalen, Methoden und Mittel unterscheiden“* (Sammel, 2004, S. 3).

### 2.3.2 Familien mit beeinträchtigten Kindern

Ende des Jahres 2017 lebten in Deutschland 7.766.573 schwerbehinderte Menschen, von denen 15.495 Kinder unter vier Jahren waren (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2018). Einige der kleinen Klienten, die schon in den ersten drei Lebensjahren ergotherapeutisch behandelt werden, sind körperlich oder geistig beeinträchtigt. Wenn Eltern die Nachricht erhalten, dass sie ein Kind mit einer Behinderung haben oder bekommen werden, ist dies meist ein großer Lebensentschnitt, der Auswirkungen auf alle Lebensbereiche hat. Wenn Menschen sich mit einer neuen Situation, sei es eine belastende oder eine erfreuliche, auseinandersetzen und versuchen sie zu bewältigen, spricht man auch von einem *Copingprozess* (Götsch, 2012).

#### 2.3.2.1 Coping

Das *Coping* wird definiert als *„jeglicher Versuch eines Individuums, eine gänzlich neue Situation mit ihren internen und externen Faktoren, die potenziell bedrohlich oder frustrierend ist, aber auch positiv besetzt sein kann z.B. die Geburt eines Kindes, zu bewältigen“* (Götsch, 2012, S. 615). Eltern, die ein Kind mit einer Beeinträchtigung haben, müssen sich mit den individuellen Symptomen und den Auswirkungen auseinandersetzen und wie sie diese neue Situation bewältigen können. Einflussfaktoren auf den Copingprozess sind nach Götsch (2012), ob Eltern schon vor der Geburt des Kindes von einer Beeinträchtigung erfahren z.B. ein Gendefekt oder ob es sich um ein *Risikokind* handelt. Des Weiteren ob ein gesundes Kind durch eine plötzliche Erkrankung oder einen Unfall eine Beeinträchtigung erleidet oder ob sich bei einem gesund erscheinenden Kind im Verlauf der Entwicklung Auffälligkeiten zeigen. Durch den medizinischen Fortschritt und pränatale Testverfahren ist es häufig schon in einer frühen Phase der Schwangerschaft möglich herauszufinden, ob ein Kind beispielsweise Trisomie 21 hat.



Laut §218a Absatz 2 des Strafgesetzbuchs ist ein Schwangerschaftsabbruch nicht strafbar, „[...] wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1995).

Somit kann eine Schwangerschaft abgebrochen werden, wenn eine medizinische Indikation, wie fetale Anomalien, diagnostiziert wurden und der Arzt zu der Erkenntnis kommt, dass dies eine Gefahr für den seelischen Gesundheitszustand der Mutter bedeutet. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland, lag im ersten Quartal 2018, bei 27.200 (Destatis, 2018). Das sind im Vergleich zum ersten Quartal des Vorjahres 2,2% mehr. Familien mit beeinträchtigten Kindern sehen sich nicht selten mit Vorstellungen der Gesellschaft konfrontiert, in der eine Behinderung oftmals als vermeidbar angesehen wird: „Denn die Erfahrung vieler Eltern ist, dass die Entscheidung für ein Kind oder ein Kind, das ‚einfach so‘ mit einer Behinderung geboren wird, von der Umwelt häufig mit Unverständnis aufgenommen wird: ‚Habt Ihr das nicht gewusst?‘“ (Schmidt, 2017, S. 35f.). Eine weitere äußere Belastung ist der erhöhte finanzielle Aufwand, den ein Familie tragen muss, z.B. für Hilfsmittel, angepasste Transportmittel oder Therapien, die in der Regel nicht allein durch bestehende Leistungen beglichen werden (Götsch, 2012). Hinzu kommt, dass Mütter beeinträchtigter Kinder, wegen des hohen Betreuungsaufwandes, häufig keiner vollen Berufstätigkeit nachgehen können und so das Gesamteinkommen der Familie niedriger ausfällt (Engelbert, 2011).

Des Weiteren haben Eltern mit *intrapsychischen* Belastungen zu kämpfen, indem sie von früheren Erwartungen an ihr Kind Abschied nehmen und sich ein neues Eltern-Kind-Bild aufbauen müssen (Götsch, 2012). Meist müssen die Eltern einen Zugang zu dem *Anders-Sein* oder *Anders-Aussehen* ihres Kindes finden und mit einer ungewissen Zukunft für ihr Kind rechnen. Sie müssen lernen Schuldgefühle oder -zuweisungen, bezüglich des beeinträchtigten Kindes sowie eigenen und äußeren Erwartungen, zu verkraften (Götsch, 2012). Diese Belastungen können nach Brock (2010), je nach Geschlecht, zu rollenspezifischen Problemen führen. Für Väter kann es zu einer verstärkten familiären Randstellung durch Retraditionalisierung der Rollenverteilung kommen, dass bedeutet der Vater ist vor allem für die finanzielle Versorgung der Familie zuständig und die Mutter übernimmt die kümmernde, versorgende Rolle für das beeinträchtigte Kind (Brock, 2010). Des Weiteren sieht Brock (2010) den Konflikt, dass Väter aufgrund gesellschaftlicher Vorurteile, sowohl ihre Bedeutung als auch ihre Probleme vernachlässigen. Eine Folge daraus ist, dass sie sich eher im Hintergrund halten, da die Mutter allgemein als wichtigste Bezugsperson für das Kind gesehen wird und Väter ihre Probleme eher wenig beachten und als Mann den Anspruch haben *stark sein zu müssen* (Götsch, 2012). Die Gefahr der Vereinsamung besteht durch rollenspezifisches Beziehungsverhalten, also eine Reduzierung des emotionalen Austauschs, da Männer ihre Gefühle weniger mitteilen (Brock, 2010; Götsch, 2012).



Bei Müttern sieht Brock (2010) folgende rollenspezifischen Konflikte:

- Verschärfter Autonomie-Abhängigkeitskonflikt
- Verschärfte Schuldgefühle der Verwirklichung von Wünschen nach Eigenständigkeit
- Stärkere Identitätsverunsicherung beim Statuswechsel von der Frau zur Mutter

Bei der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern sind die Eltern die wichtigsten Bezugspersonen und Teil des erweiterten Klienten. Alle zuvor genannten Aspekte können in der Therapie eine Rolle spielen und diese beeinflussen. Ergotherapeuten können Eltern innerhalb der Therapie im Bewältigungsprozess unterstützen und begleiten.

### 2.3.2.2 Compliance der Eltern

Für einen erfolgreichen Behandlungsprozess ist auch die Compliance\* der Eltern ausschlaggebend. Compliance ist ein komplexes, dynamisches und situationsabhängiges Phänomen, welches von vielen Faktoren beeinflusst wird. Im Wesentlichen hängt dies davon ab, wie stark die Motivation des Klienten ist, sich einer potenziell belastenden Situation zu stellen und aktiv zur Genesung beizutragen (Götsch, 2012). In der Ergotherapie mit Säuglingen und Kleinkindern kann Compliance der Eltern beispielsweise darin bestehen, dass sie Co-therapeutische Aufgaben übernehmen, um Veränderungen im Alltag zu implizieren und Inhalte der Therapie in das häusliche Umfeld zu übertragen.

Es ist wichtig, dass Ergotherapeuten einerseits um die Copingprozesse wissen, die in Eltern mit einem beeinträchtigten Kind vor sich gehen und andererseits Faktoren berücksichtigen, die sich positiv auf ihre Compliance auswirken, damit die Therapie einen erfolgreichen Verlauf nehmen kann. In diesem Zusammenhang soll das Empowerment\* (➤2.6.4) von Eltern beleuchtet werden. Empowerment bedeutet, dass Ergotherapeuten Eltern dazu ermutigen, eigene Stärken zu entdecken und ihnen Hilfestellung bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie vermitteln, mit dem Ziel vorhandene Fähigkeiten zu kräftigen und Ressourcen freizusetzen, damit Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestaltet werden können (Herriger, 2017). Laut Vincon, Klotz, Sauer und Winne (2009) sind folgende Faktoren für das Empowerment von Eltern eines Kindes mit Down-Syndrom förderlich: Einbezug der Eltern, Mitspracherecht, Offenheit, Anleitung und Eigeninitiative.

Als hinderliche Faktoren wurden Unsicherheiten in der *Alltagsumsetzung* und *Belastungsanhäufung* genannt. Eltern mit einem beeinträchtigten oder kranken Kind sind meist in ihrem Lebensalltag eingeschränkt und können von Ergotherapie profitieren. Dies zeigten auch die Ergebnisse der Studie von Vincon et al. (2009, S. 15):

*„Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern behinderter Kinder im Alltag an verschiedene Grenzen stoßen. Dabei wird jedoch deutlich, dass durch Beratung und Begleitung der Eltern Entlastung und Hilfestellung vermittelt wird, die sich nicht nur positiv auf das Kind, sondern auch positiv auf die Lebensqualität der Eltern auswirkt. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass die Lebensqualität der Eltern durch das Empowerment entscheidend positiv beeinflusst wird.“*

Um einen Säugling oder ein Kleinkind mit Erfolg zu behandeln, sollten die Eltern als Hauptbezugspersonen also auch im Fokus der Therapie stehen.



## 2.4 Gesellschaftlicher Wandel

In den letzten Jahren und Jahrzehnten hat sich die Bevölkerung stetig weiterentwickelt und verändert. Dies hat Auswirkungen auf Familiengefüge und -zusammensetzungen und somit auf die Zielgruppe der Ergotherapie. Im Folgenden wird deshalb auf die Gesellschaftsstruktur im Hinblick auf Familien und Kinder in Deutschland eingegangen und welche Veränderungstrends sich aktuell erkennen lassen. Die Zahlen beziehen sich auf die aktuellsten Daten, die vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellt werden (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2018).

Die Bevölkerungszahl in Deutschland betrug im Jahr 2016 insgesamt 82,5 Mio. Menschen, davon waren 4,4 Mio. Kinder unter sechs Jahren (Destatis, 2018). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtbevölkerung um 0,4% gestiegen, dies ist hauptsächlich auf die Zuwanderung zurückzuführen (Destatis, 2018). Insgesamt lebten Ende 2017 rund 10,6 Mio. ausländische Staatsbürger in Deutschland (Destatis, 2018). Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund ist 2017 um 4,4 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen (Destatis, 2018). In Deutschland wurden 2017 insgesamt 785.000 Kinder lebend geboren, 0,9 % weniger als im Jahr 2016 (Destatis, 2018). Dies bedeutet, dass der demografische Wandel, also die zunehmende Alterung der in Deutschland lebenden Bevölkerung, nicht zum Erliegen gekommen ist und das Ungleichgewicht in der Altersstruktur, das sich über Jahrzehnte entwickelt hat, bestehen bleibt (Destatis, 2018).

Ein Großteil der zehnjährigen Kinder in Deutschland (81%) wächst 2016 mit Geschwistern zusammen in einem Haushalt auf (Destatis, 2018). Obwohl Männer und Frauen in Deutschland tendenziell immer später Eltern werden, bedeutet es keinen generellen Abwärtstrend zur Familiengründung (Destatis, 2018).

Anzahl der unter 3-jährigen Kinder in Kindertageseinrichtungen, Vergleich 2007 - 2013 - 2017

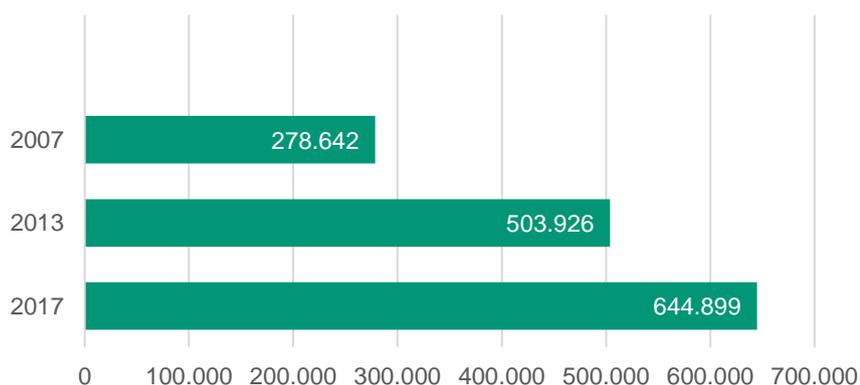


ABBILDUNG 2: KINDER IN KINDERTAGESEINRICHTUNGEN IM VERGLEICH

QUELLE: IN ANLEHNUNG AN DAS STATISTISCHE BUNDESAMT (2017)



Betrachtet man die teilzeittätigen Väter, sind es 2016 ca. 15%, die ihre Arbeitszeit wegen der Betreuung von Kindern reduzierten. Der Anteil von Vätern mit jüngeren Kindern ist größer, es sind ca. 24% der Väter mit jüngstem Kind zwischen drei und zehn Jahren (Destatis, 2018). Bei Müttern mit Kindern im Krippenalter hat die Erwerbstätigkeit in den letzten acht Jahren stark zugenommen, was darauf hindeutet, dass familienpolitische Maßnahmen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf begünstigt haben (Destatis, 2018).

Speziell bezogen auf die null bis dreijährigen Kinder hat sich die Anzahl in Kindertageseinrichtungen enorm erhöht (➤ Abbildung 2). Waren es 2007 noch 278.642 Kinder, sind es 2017 ca. 644.899 Kinder unter drei Jahren, die in Kindertageseinrichtungen untergebracht sind.

### 2.4.1 Ergotherapie im aktuellen Paradigma

Das ergotherapeutische Berufsverständnis und auch das ergotherapeutische Denken, Handeln und Wahrnehmen befindet sich in Deutschland schon seit einigen Jahren im Wandel. Neue Aufgabenfelder und Tätigkeiten werden etabliert. Zudem werden Modelle, Theorien und Forschungsergebnisse in den Therapieprozess einbezogen. Die Veränderung in der Ergotherapie findet einerseits durch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems und andererseits aus den gesamtgesellschaftlichen Veränderungen statt (Rennen-Allhoff, 2003). Momentan ist auf der institutionellen Ebene ein Wandel im Management zu beobachten, der im Spannungsfeld zwischen Klientenorientierung und Wirtschaftlichkeit steht. Durch diese aktuelle Entwicklung bedarf es einer Veränderung der Qualifikationen beziehungsweise der Kompetenzen, welche ein Ergotherapeut erfüllen sollte. Mit neu gestalteten Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sowie der Einrichtung von Studiengängen, soll der Erwerb dieser Kompetenzen gesichert werden. Auch auf der Makroebene\* sind Veränderungen zu verzeichnen, so soll der Ergotherapeut beispielsweise seine Leistungen nun adäquat dokumentieren und für Leistungserbringer transparent machen. Des Weiteren sollen Qualitätsstandards und die Teilnahme an Qualitätszirkeln zu den festen Aufgaben einer Institution gehören. Außerdem werden Wirksamkeits- und Effizienznachweise von den Leistungserbringern gefordert (Walkenhorst & Stüve, 2004).

Auf Mesoebene\* wird eine gewisse Multiprofessionalität gewünscht. Das verlangt einerseits ein klares Kompetenzprofil, welches sich deutlich von anderen Disziplinen abgrenzt sowie die Anerkennung der anderen Berufsgruppen, ganz im Sinne einer konstruktiven Teamarbeit. Auf der Mikroebene\* ändert sich die Interaktion zwischen Therapeut und Klient. Das Bild des informierten und mündigen Klienten wird thematisiert (Walkenhorst & Stüve, 2004).

Momentan haben Ergotherapeuten noch sehr unterschiedliche berufliche Positionen im Gesundheits- und Ausbildungssystem inne. Diese stellen ganz verschiedene Erwartungen an die grundlegenden Qualifikationen und Kompetenzen. Die Position, die ein Ergotherapeut derzeit einnimmt, ist vor allem im praktischen und klassischen Beschäftigungsbereich zu finden. Aber darüber hinaus auch in Managementbereichen und wissenschaftlichen Bereichen. Generell umfassen die Tätigkeiten eines Ergotherapeuten innerhalb einer Behandlung Beratung, Anleitung, Begleitung, Koordination, Kooperation und Organisation.



Laut Walkenhorst und Stüve (2004) sollte ein Ergotherapeut folgende Schlüsselqualifikationen mitbringen, um diese vorgenannten Aspekte zu erfüllen:

- Anpassung von Gelerntem an eigene Bedürfnisse
- Systemintegration neuer Handlungsalternativen und Auswahl zwischen Alternativen
- Angemessenes Verhalten
- Verknüpfung von neu erlernten Fähigkeiten mit bereits vorhandenen
- Erweiterung des Handlungsrepertoires
- Fachkompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft Aufgabenstellungen eigenständig und richtig zu bearbeiten und zu beurteilen
- Sozialkompetenz ist eine gewisse Bereitschaft soziale Beziehungen und Interaktionen sowie Spannungen zu erfassen und sich damit auseinander zu setzen
- Personalkompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft den Menschen mit seinen Chancen, Anforderungen und Einschränkungen zu durchdenken und zu beurteilen
- Methodenkompetenz ist die Fähigkeit bei Problemen zielgerichtet vorzugehen

Eine berufliche Handlungskompetenz besteht aus Qualifikationen und Kompetenzen, die den Menschen befähigen, in beruflichen Situationen fachgerecht, angemessen und reflektiert zu handeln. Diese Handlungskompetenz soll in der Ausbildung gelehrt und im beruflichen Alltag stetig weiterentwickelt werden. Diese Kompetenz schließt zahlreiche Fähigkeiten, wie z.B. die Fähigkeit zur Ressourcenperspektive und zum Clinical Reasoning (➤2.5.4), ein. Der Fokus liegt auf den Kompetenzen und Lösungen des Klienten. Auch die Fähigkeit zur Prozessperspektive, also die Interaktion zwischen dem Ergotherapeuten und dem Klienten, sind elementar. Die Klientenzentrierung\* schließt einen respektvollen Umgang mit dem Klienten ein und gehört ebenfalls zu den Handlungskompetenzen sowie die Fähigkeit, Klienten für eine Betätigung aktivieren zu können. Eine ganzheitliche Sichtweise, ebenso wie eine systemorientierte Sichtweise, ist unabkömmlich. Auch die Wissenschaftsorientierung und die evidenz-basierte-Praxis sind mittlerweile fester Bestandteil der beruflichen Handlungskompetenz (Walkenhorst & Stüve, 2004).

#### 2.4.2 Bestandsaufnahme der Ergotherapie in Deutschland

Nach Waltersbach (2016) sind 1,4% der Ergotherapieklintenden zwischen null bis vier Jahren. Die Säuglings- und Kleinkindtherapie bildet ein Spezialbereich der pädiatrischen Ergotherapie, der sich in den letzten Jahren enorm entwickelt hat und zunehmend mehr an Bedeutung gewinnt. Aufgrund der Erfolge frühzeitiger Therapien entwickelte sich dieser Bereich für die Ergotherapie in den letzten Jahren weiter (Valvano & Rapport, 2006). Seit 2015 besteht eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter, in der eine ergotherapeutische Behandlung empfohlen wird.

Aktuell gibt es rund 58.000 Ergotherapeuten, welche mit ca. 15% die zweitgrößte Gruppe innerhalb der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde darstellen. Bei der Geschlechterverteilung in der Ergotherapie überwiegt weiterhin mit ca. 86% der Anteil weiblicher Therapeuten. Nach Betrachtung der Einrichtungen, arbeiten die meisten in ambulanten Einrichtungen (Junge, 2016).



### 2.4.3 Bestandsaufnahme der Ergotherapie außerhalb Deutschlands

Ein Blick ins Ausland zeigt, dass die ergotherapeutische Behandlung in der frühen Kindheit auch international von Interesse ist. Vor allem steht sie beispielsweise in Amerika schon länger im Fokus. Dort wird von der American Occupational Therapy Association (AOTA) umfassend erläutert, was zum Leistungsbereich der Ergotherapie bei Kindern von null bis zwei Jahren und von drei bis 21 Jahren gehört (Clark, Jackson, & Polichino, 2011). In Amerika existieren Gesetze, die die ergotherapeutische Behandlung regeln, u.a. Individuals with Disabilities Education Act-Part C (IDEA), welches besagt, dass Ergotherapie zu den primären Frühinterventionsdiensten für Kinder bis drei Jahren gehört, die Entwicklungsverzögerungen haben oder von diesen bedroht sind (Office of Special Education and Rehabilitative Services [OSERS], 2018). Gemäß diesem Gesetz konzentriert sich die Ergotherapie auf fünf Entwicklungsbereiche (physisch, kognitiv, kommunikativ, sozial-emotional und adaptiv), bezieht Stärken, Bedürfnisse sowie Teilhabe an der Umwelt (zu Hause, Schule, Tagespflege) mit ein und wird dazu aufgefordert mit anderen (z.B. Betreuern, Erziehern, etc.) zusammen zu arbeiten (Clark, Jackson, & Polichino, 2011). Zu den Entwicklungsbereichen werden spezifische Aufgaben gezählt, hierzu wird nachfolgend der Bereich Adaptive development exemplarisch aufgeführt: „Promote independence in self-care, such as eating and drinking, dressing, and grooming; collaborate with parents about safe positioning and modification of food textures to enhance eating“ (Clark, Jackson, & Polichino, 2011, p. 5).

Im Vereinigten Königreich werden Nachsorgedienste für Säuglinge angeboten, die auf einer neonatologischen Station behandelt wurden und zur Risikogruppe für neu auftretende oder anhaltende Entwicklungsstörungen gehören (Royal College of Occupational Therapists [RCOT], 2017). Häufig sind auch Ergotherapeuten an den multidisziplinären Teams beteiligt, die diese Nachsorge anbieten, welche Screeningverfahren, Assessments, Beratung und Empfehlungen umfasst (RCOT, 2017). In der Leitlinie „Occupational therapy in neonatal services and early intervention“ des RCOT wird Ergotherapie auch im häuslichen Umfeld und zu einem frühen Zeitpunkt empfohlen, um beispielsweise das Engagement\* in frühen Betätigungen wie Spielen, Exploration und Teilnahme an Körperpflege (Aktivitäten des täglichen Lebens) zu fördern oder die Angst von Eltern frühgeborener Kinder zu mindern (RCOT, 2017).

Eine Leitlinie des australischen Verbandes „Occupational Therapy Australia“ beschreibt den ergotherapeutischen Prozess bei Kindern etwas allgemeiner und geht nicht explizit auf Säuglinge oder Kleinkinder ein (Occupational Therapy Australia, 2016). „Ergotherapeuten, die mit Kindern arbeiten, benötigen gemäß der Leitlinie spezifisches Wissen und Fähigkeiten in folgenden Bereichen (Occupational Therapy Australia, 2016, p. 6)“:

- child and adolescent development
- occupations of children (schoolwork, play/leisure, self-care, rest/sleep)
- child- and family-centred practice
- assessment and outcome measurement
- goal setting and occupational therapy process
- evidence-based interventions



Der Ergotherapeut kann dort im häuslichen Umfeld, Schulen, Krankenhäusern und auch im Praxis-Setting\* arbeiten (Occupational Therapy Australia, 2016). Der Ländervergleich zeigt, dass die Standards für die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern zwar in die gleiche Richtung weisen, aber im Detail einige Unterschiede erkennbar sind.

#### 2.4.4 Prävention

An Prävention und Gesundheitsförderung sind viele Professionen im Gesundheitssystem beteiligt, u.a. der Staat, Krankenkassen, Gesundheitsinstitutionen und Ärzte sowie alle medizinischen Fachberufe innerhalb des Gesundheitssystems. Dazu gehören auch therapeutische Berufe, wie die Ergotherapie. Ziel dieser Disziplinen ist es, der Gesellschaft und den Menschen ein ganzheitliches Versorgungssystem zu gewährleisten, welches nicht nur rein kurative Maßnahmen ergreift und Gesundheit fördert, bevor Pathologien das Leben der Menschen einschränken oder negativ beeinflussen (Mulzheim, 2010). Effektive gesundheitsförderliche Maßnahmen können nur wirksam eingesetzt werden, wenn die Ursachen des Gesundheitsproblems, Bedürfnisse und Motivation des Betroffenen wahrgenommen und beachtet werden und auch die Kontextfaktoren berücksichtigt werden (Mulzheim, 2010).

Im Zuge der Gesundheitsförderung sollen genutzte Lebenswelten und das unmittelbare Umfeld des Individuums so stimuliert werden, dass sie gesundheitsförderliche Effekte hervorrufen. Gesundheit ist ein zentrales Thema im Laufe der Entwicklung eines Menschen und kann einen großen Einfluss nehmen. Gerade bei Kindern können gesundheitliche Faktoren die weitere Entwicklung stark beeinflussen. Deshalb wird gerade im Bereich Pädiatrie ein großer Fokus auf präventive und vorbeugende Maßnahmen gerichtet. Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention gewährleistet das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit:

*„Artikel 24: Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird [...]“* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010, S. 20).

Durch diesen Artikel wird festgehalten, dass gerade Kinder ein Recht auf ein Optimum an Gesundheit haben. Dabei beginnt die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden bereits vor der Geburt, nämlich während der Schwangerschaft. Somit durchläuft ein Kind nach der Geburt und im Verlauf der Entwicklung verschiedene Phasen, die jeweils einzelne Hindernisse und Herausforderungen an Gesundheit und Wohlbefinden mit sich bringen.

Eine adaptierte und individuelle Förderung von Kindern entsprechend ihres Entwicklungsgrades, ist ein hohes Ziel der gesundheitlichen Förderung. Die Pflicht, dieser Gesundheitsförderung, haben sowohl die unmittelbaren Erziehungsberechtigten und Bezugspersonen inne, als auch Instanzen der Gesellschaft und Disziplinen medizinischer und pädagogischer Fachberufe.



Die Ergotherapie ist eine dieser Disziplinen und kann in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und deren Eltern bereits sehr früh Maßnahmen einleiten, die die Entwicklung eines Kindes positiv beeinflussen können. Der Bereich der Frühförderung bei Säuglingen und Kleinkindern wird gesondert gesetzlich festgehalten. Im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) unter §§ 42, 46 und 79 wird geregelt, in welcher Form und Intensität den Kindern therapeutische Maßnahmen zustehen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016).

Somit bilden Prävention und Gesundheitsförderung den Rahmen und die Berechtigung für medizinische Fachberufe, deren Ziel es ist, die Gesundheit der Menschen positiv zu beeinflussen. Prävention zieht in diesem Kontext die Beseitigung von Risikofaktoren vor, um das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden oder zu verzögern. Prinzipiell lassen sich drei grundlegende Formen der Prävention unterscheiden. Unter **primärer Prävention** versteht man die Ausschaltung von Faktoren die als gesundheitsgefährdend gelten, bevor diese wirksam werden (Nacke, 2016). Zielgruppe dieser präventiven Maßnahmen sind in erster Linie gesunde Menschen, ohne das Auftreten von Symptomen. Hierzu zählen z.B. Vorsorgeuntersuchungen im Säuglings- und Kindesalter und Impfungen. **Sekundäre Prävention** richtet sich an die Krankheitsentstehung und beinhaltet die Sicherstellung frühestmöglicher Diagnostik und Therapie einer Erkrankung (Nacke, 2016). Das bedeutet die Früherkennung von Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen durch Screenings oder anderen ergotherapeutischen Testverfahren. **Tertiäre Prävention** oder Rehabilitation versteht die Begrenzung von Krankheitsfolgen oder deren Ausgleich (Nacke, 2016). In der Pädiatrie bedeutet dies die Förderung von betroffenen Kindern und die Vermeidung von Folgeschäden. Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel, vorhandene Gesundheit zu fördern und richtet sich an Stärken, Möglichkeiten, Ressourcen und Kompetenzen, die zur Verfügung stehen und/oder aktiviert werden können (Nacke, 2016).

Doch wie können jetzt Säuglinge und Kleinkinder, die nicht in der Lage sind sich aktiv mitzuteilen und konkrete Bedürfnisse zu äußern, einen Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention erlangen? In diesem Fall sind das direkte Umfeld und Bezugspersonen in der Verantwortung, gesundheitsfördernde Maßnahmen für ein Kind zu ergreifen. Hier setzt auch der ergotherapeutische Behandlungsprozess an. Durch ergotherapeutische Befunderhebung, Anamnese und Behandlung finden Maßnahmen der sekundär und tertiären Prävention statt (Nacke, 2016). Der Begriff Gesundheit steht im Zusammenhang mit Betätigungen des Menschen in seinem Alltag (Nacke, 2016). Betätigung ist ein menschliches Grundbedürfnis, welches Gesundheit und Wohlbefinden positiv beeinflusst. Dieses Bedürfnis bestimmt die Sinnhaftigkeit und Bedeutung des Lebens eines Individuums (Townsend & Polatajko, 2013). Betätigung steht im Fokus der ergotherapeutischen Intervention und somit sind Ergotherapeuten maßgeblich an Gesundheitsförderung beteiligt. Besonders im Rahmen von sekundär- und tertiär Prävention nehmen Ergotherapeuten im Bereich Pädiatrie viele gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen vor.



## 2.5 Ergotherapeutische Bezugsrahmen

Im Interventionsprozess beachten Ergotherapeuten viele Aspekte, um eine Entscheidung zu treffen. Innerhalb dieses Prozesses sammeln sie umfassende Informationen über den Klienten und seine Situation, analysieren Probleme und entwickeln anschließend Hypothesen zu deren Lösung (Becker, 2016). Die Therapie wird ständig an den Klienten und seine aktuelle Situation angepasst. Das Clinical Reasoning (➤2.5.4) umfasst daher Prozesse und Gedanken, die Entscheidungen, therapeutisches Handeln, Gestaltungen und Reflektionen in der Arbeit bedingen. Im Reasoning-Prozess ziehen Ergotherapeuten daher die Nutzung von Bezugsrahmen\* in Betracht. Inhaltsmodelle wie z.B. das CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013) oder das MOHO (Kielhofner, 2008), ermöglichen den Betätigungsblick auf den Menschen. Kategorien und Prozessmodelle, wie das CPPF (Craik, Davis, & Polatajko, 2013) oder die sieben Schritte des therapeutischen Reasoning (Kielhofner, 2008) helfen z.B. die ergotherapeutische Intervention zu strukturieren. Bezugsrahmen dienen Ergotherapeuten somit als Erklärungsmodell, weshalb ein Kind bestimmte Betätigungen nicht ausführen kann. Es ist daher von Bedeutung, dass Ergotherapeuten sich den theoretischen Hintergrund einer Methode bewusst machen, um so zu überprüfen, ob die Methodenauswahl zum Kind und zu den gewählten Bezugsrahmen passt (Merklein de Freitas, 2016). In der deutschen Ergotherapie werden Bezugsrahmen miteinander verknüpft, daher bieten sie eine umfangreiche Erklärung für die Betätigungsprobleme eines Kindes. Innerhalb der deutschsprachigen Literatur werden im Bereich der Pädiatrie drei Gruppen der angewandten Bezugsrahmen beschrieben (Merklein de Freitas, 2016):

- Wahrnehmungs- und bewegungsbasierte Bezugsrahmen
- Psychosozialbasierte Bezugsrahmen
- Adaptionbasierte Bezugsrahmen

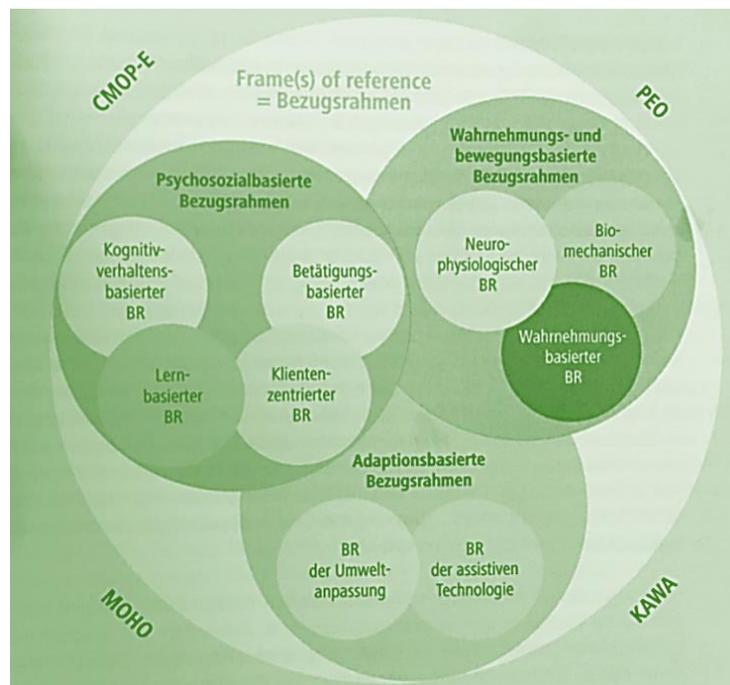


ABBILDUNG 3: DARSTELLUNG DER BEZUGSRAHMEN

QUELLE: IN ANLEHNUNG AN MERKLEIN DE FREITAS (2016)



### 2.5.1 Wahrnehmungs- und bewegungsbasierter Bezugsrahmen

Die Basis des wahrnehmungs- und bewegungsbasierten Bezugsrahmens bilden beispielsweise die Theorien der kindlichen Entwicklung, wie z.B. Grenzsteine der Entwicklung (Nennstiel-Ratzel, Lüders, Arenz, Wildner, & Michaelis, 2013) oder Fragen nach den Betätigungen und Aktivitäten von Kindern jeden Alters. Innerhalb dieses Bezugsrahmens werden weitere drei Unterkategorien unterschieden. Der **neurophysiologische Bezugsrahmen** setzt gute Kenntnisse über die kindliche Normalentwicklung voraus (Merklein de Freitas, 2016). Ergotherapeuten setzen den Schwerpunkt ihrer Therapie auf Interventionen, die die Entwicklungsschritte eines Kindes unterstützen. Eine Intervention in diesem Rahmen richtet sich somit beispielsweise nach dem Behandlungskonzept Bobath oder dem Konzept der sensorischen Integrationstherapie (SI). Den Mittelpunkt des **wahrnehmungsbasierten Bezugsrahmens** bilden Aspekte der sensorischen Systeme. In diesem werden Theorien über die vestibuläre, propriozeptive, auditive, taktile und visuelle Wahrnehmungsverarbeitung einbezogen. Grundlage dessen ist die Annahme, dass die sensorischen Systeme und die Integration sensorischer Reize eine wichtige Grundlage für das Verhalten und Lernen eines Kindes sind (Merklein de Freitas, 2016). Interventionen beinhalten somit Aspekte der Wahrnehmungsaufnahme, -interpretation und -verarbeitung. Der **biomechanische Bezugsrahmen** nutzt Prinzipien der Physik und Physiologie, um die menschliche Bewegung und Haltung unter Einbezug der Schwerkraftwirkung zu erklären und zu ermöglichen (Merklein de Freitas, 2016). Der beschriebene Bezugsrahmen wird in der Ergotherapie eingesetzt, um Klienten die Teilhabe an bedeutungsvollen Betätigungen zu ermöglichen. Interventionen unterstützen meist die posturale Kontrolle\* der Kinder, im betätigungsbasierten Arbeiten werden zudem meist adaptive Maßnahmen herangezogen, die den Kindern eine Position ermöglicht, mit der es zu mehr Partizipation gelangt. Im weiteren Verlauf werden sowohl die im Text erwähnten Behandlungskonzepte sowie weitere zu dem Bezugsrahmen zugehörige Konzepte, von den Forschern beschrieben.

Das Behandlungskonzept **Bobath** ist eine Methode, welche für neurologisch begründete handlungsorientierte Bewegungstherapie steht. Es ist ein neurophysiologisches Konzept, das für Menschen mit erworbenen Bewegungsstörungen entwickelt wurde. In der Intervention werden unterschiedliche Bewegungsangebote mit verschiedenen Anforderungen aufgezeigt, dabei werden verschiedene Therapeutische Vorgehensweisen mit einbezogen: Kommunikation, Situationsgestaltung, Fazilitation und Beratung der Bezugspersonen (Burmester, 2016). Bezogen auf Evidenz gibt es für Bobath einige Studien, die eine positive Wirkung dieses Konzeptes nachweisen. Allerdings wurde 2013 ein Review veröffentlicht, welches Bobath als veraltetes und wenig wirksames Konzept einstuft (Novak, et al., 2013). Vor diesem Hintergrund sollten diesbezüglich dringend weitere Studien durchgeführt werden.

Die **Sensorische Integrationstherapie (SI)** bildet ein weiteres großes Konzept, welches von Ayres (1972) entwickelt wurde. Klassisch bei dieser Methode ist, dass die Kinder sich in der Therapie aus eigenem, innerem Antrieb heraus betätigen und bewegen. Es werden durch das Nervensystem verschiedene Informationen aus dem Körper aufgenommen und in der Umgebung so genutzt, dass das Kind sinnvoll und aktiv handeln kann. Verschiedene Sinne sowie Berührt-werden und Berühren spielen eine elementare Rolle.



Diese verschiedenen Eindrücke werden im Gehirn weiterverarbeitet, integriert und mit schon vorhandenem Wissen und Erfahrungen vernetzt (Ayres, 1972). Das hat zur Folge, dass das Kind angebracht handelt und wieder seinen Fähigkeiten vertrauen kann. Bezüglich der SI-Therapie wird stetig und weltweit Forschung betrieben, dabei wurden die SI-Grundannahmen sowie die Existenz verschiedener SI-Störungsbilder bereits bewiesen. Laut der derzeitigen Evidenz wirken sich Beeinträchtigungen in der sensorischen Integration negativ auf die Betätigung und die persönliche Teilhabe aus (Schuh, 2016). Zudem gibt es zahlreiche Nachweise, welche die Wirksamkeit der SI-Intervention untermauern. So beispielsweise auch eine Studie mit 34 Frühgeborenen (in der Interventionsgruppe), welchen acht Wochen lang eine Sensorische Integrationstherapie zugutekam. Die Ergebnisse zeigten eindeutige sensorische Verbesserungen nach der Interventionsphase. Gemessen wurden die sensorischen Funktionen anhand des Test of Sensory Functions in Infants (Pekcetin, Aki, Üstünyurt, & Kayihan, 2016).

Das **Affolter** Konzept soll Kinder mit Wahrnehmungsstörungen unterstützen. Die Suche nach Spürinformationen über das taktil-kinästhetische System steht hier im Mittelpunkt. Die angemessene Suche soll über problemlösende Alltagsgeschehnisse und das elementare und pflegerische Führen gelingen. Elementares Führen bedeutet, dass mit dem Kind gemeinsam Bewegungen durchgeführt werden, die für eine Handlung notwendig sind. Dabei bekommt das Kind über das taktil-kinästhetische System Informationen und kann sich zwei Fragen beantworten: „Wo bin ich und wo ist meine Umwelt?“ und „Was geschieht gerade mit mir?“. Das pflegerische Führen wird bei schwerstbehinderten Kindern angewendet, denn durch die Tätigkeiten wie Waschen, Wickeln oder Anziehen bekommen sie Spürinformationen (Sell-Krude, 2015). Es gibt zahlreiche Evidenznachweise in Form von Fallstudien und einer Studie mit 52 Probanden, die nachweisen, dass Affolter kurzfristige Veränderungen hervorrufen kann (Affolter, 2004; Affolter & Bischofberger, 2007).

Die Behandlung der **Forced-Use Therapie/CIMT (Constrained-Induced Movement Therapie)** wurde für Kinder mit einer Hemiparese entwickelt (Taub & Morris, 2001). Die Therapie beruht auf der Grundlage, der Reorganisation des Gehirns bei Menschen, welche das Wiedererlernen von verschiedenen Funktionen ermöglicht. Besonders bei Kindern besteht eine große neuronale Plastizität\* und somit eine erhöhte Reorganisation. Eine Indikation ist nicht automatisch bei allen Kindern mit Hemiparese gegeben. Es sollten bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, wie ein gewisses Maß an Handfunktion, bestimmte grobmotorische Fähigkeiten, gesichertes kognitives Niveau und ein hohes Maß an Motivation der Kinder und Eltern (Taub & Morris, 2001). Die Therapie wird immer in reizvolle Spielsituationen eingebettet, hierbei werden bestimmte Handfunktionen und zielgerichtete Handlungsabläufe ausgeführt. Die Forced-Use Therapie forciert den Gebrauch der betroffenen Hand, indem die nicht betroffene Hand immobilisiert wird z.B. durch Schienen, so sind die Kinder *gezwungen* die betroffene Hand aktiv einzusetzen. Ziel der Therapie ist eine langfristige Verbesserung der Funktionen, sodass ein größeres Maß an Selbstständigkeit bei bimanuellen Betätigungen erlangt werden kann (Ott, 2015).



Ein umfassendes und neurophysiologisch orientiertes Therapiekonzept, ist **Castillo Morales**. Es ist für Kinder und Erwachsene mit kommunikativen, sensomotorischen und orofazialen Störungen entwickelt worden (Castillo-Morales, 1998). Indikationen für dieses Konzept sind z.B. genetische Syndrome, Mehrfachbehinderungen, Entwicklungsverzögerung oder eine Frühgeburt. Im Mittelpunkt stehen die Signale der Kinder. Diese sollen registriert und ernst genommen werden und anschließend in einem Dialog mit Eltern und Kindern thematisiert werden. Grundlage des Konzeptes ist ein enger Körperkontakt, um den Kindern Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Während der Therapie werden die Basen der Körperdreiecke angenähert, um die Gewichtsverlagerung, das Stützen und die Aufrichtung zu fördern. Dieses Verfahren wird genutzt um Bewegungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten zu erweitern und die Kommunikation mit dem Umfeld zu ermöglichen. Durch die Nutzung der Stimulationszonen am Körper (meist die Füße), werden Bewegungen ausgelöst und der Tonus reguliert. Des Weiteren werden die Kinder unter anderem durch Druck, Zug, Streicheln, Berührungen oder Vibration stimuliert (Eichhorn, 2015).

### 2.5.2 Psychosozialbasierter Bezugsrahmen

Der Psychosozialbasierte Bezugsrahmen ist geprägt durch verschiedene Bezugssysteme wie z.B., Psychologie, Soziologie, Pädagogik und Betätigungswissenschaften, zudem sind Einflüsse der Medizin und Entwicklungspsychologie erkennbar (Merklein de Freitas, 2016). Die Bezugsrahmen setzen an kognitiven Aspekten, Verhalten, Lernen und Betätigung an, dabei werden weitere vier Bezugsrahmen unterschieden. Dem **kognitiv-verhaltensbasierten Bezugsrahmen** liegen Aspekte der Verhaltensänderung zugrunde. Interventionen beinhalten häufig Verstärker und Verstärkersysteme sowie eine Elternberatung, um die eingesetzten Systeme in den Alltag zu integrieren. Zudem nutzen Ergotherapeuten Strategien, um Kinder zu befähigen, eigene Problemlösestrategien zu entwickeln und somit eine Verhaltensänderung anzuregen. Im **betätigungsbasierten Bezugsrahmen** geht es vor allem darum, die Kinder in ihren kindlichen Betätigungen zu unterstützen (Merklein de Freitas, 2016). Eine wichtige Annahme, die in diesem Rahmen betrachtet wird ist die, dass die Beteiligung an Betätigung zu Gesundheit und Wohlbefinden führt. Innerhalb der Interventionen wird die Betätigung des Kindes betrachtet und daran angesetzt. Der **lernbasierte Bezugsrahmen** verknüpft neben den Theorien des Sozialkonstruktivismus, der Pädagogik, der Psychologie sowie Erkenntnisse der Neuroanatomie mit dem Lernen. Kinder verfügen dabei über zahlreiche Kapazitäten durch Bildung und Erfahrungen zu lernen (Foster, 2006). Somit steht in diesem Rahmen die Lernprozessbegleitung durch den Ergotherapeuten im Mittelpunkt (Merklein de Freitas, 2016). Interventionen bestehen daher aus der Unterstützung und der Anpassung der lernbasierten Betätigung, welche sich von einfach zu komplex gestaltet. Als Grundsatz einer ergotherapeutischen Behandlung wird der **klientenzentrierte Bezugsrahmen** verstanden. Es liegen Annahmen über die holistische\* Sicht auf den Klienten zugrunde, wodurch der Klient als Individuum ein Recht auf Autonomie und Entscheidungswahl hat. Interventionen setzen somit an den Wünschen der Klienten an. Da sich diese bei Kindern und Eltern schon unterscheiden können, bedarf es guter Kommunikations- und Verhandlungskompetenzen des Ergotherapeuten, um den holistischen Grundgedanken dieses Bezugsrahmens zu entsprechen (Merklein de Freitas, 2016).



Zum besseren Verständnis der vorliegenden Arbeit, werden auch hier die zu diesem Bezugsrahmen gehörenden Behandlungskonzepte nochmals beleuchtet.

**IntraActPlus** bedeutet aktives Handeln innerhalb einer Gruppe. Mit Gruppe sind allerdings jegliche Formen der Beziehung zwischen Menschen gemeint, sei es die Familie, die Kindergartengruppe oder die Schulklasse. In diesem Konzept steht die Eigensteuerung sehr im Mittelpunkt. Diese umfasst alle unbewussten und bewussten Regulationsprozesse, mit denen ein Mensch sein Verhalten steuert. Die Eigensteuerung umfasst beispielsweise die Regulation der Aufmerksamkeit, Lernstrategien, Selbstbelohnung, Selbstbestrafung und Beziehungssignale. Die Entwickler Jansen und Streit (2006) gehen davon aus, dass eine ungünstige Eigensteuerung den Menschen blockiert wichtige Ziele zu erreichen oder aber Ursache für emotionale Störungen ist. Schon im Säuglings- und Kleinkinderalter, wenn die neuronale Plastizität am höchsten ist, kann über die videogestützte Elternanleitung der Aufbau einer günstigen Eigensteuerung gefördert werden. Das wichtigste Element des IntraActPlus-Konzeptes ist die konkrete Videoarbeit. Dadurch soll unbewusstes Verhalten bewusst gemacht und verstanden werden, so dass eine Veränderung eingeleitet werden kann. Zu Beginn der Therapie wird eine standardisierte Videosequenz von dem Kind und seinen Bezugspersonen aufgezeichnet (Jansen & Streit, 2006). Anschließend werden um eine Veränderung zu erreichen folgende Maßnahmen durchgeführt: Videogestützte Gesprächsführung, Modelllernen und Rollenspiele, kognitive Umstrukturierung und/oder Expositionsverfahren (Hinrichsen, 2016).

Als eine ressourcenorientierte und videogestützte Entwicklungsberatung gilt **Marte Meo**. Es ist eine praxisorientierte Beratungsmethode, welche das Ziel verfolgt, Anliegen und Fähigkeiten aufzuzeigen, zu aktivieren und weiterzuentwickeln, die zu konstruktiver Interaktion und Entwicklung eines Kindes beitragen (Aarts, 2009). Marte Meo ist immer dann sinnvoll, wenn Kinder besondere Entwicklungsanforderungen stellen, wie beispielsweise ängstliche Kinder, unruhige Kinder, Säuglinge mit Regulationsstörungen oder Kinder mit oppositionellen Problemverhalten. Dies ist besonders förderlich, wenn es den Eltern an Erziehungskompetenzen fehlt. Bei diesem Konzept wird immer nach der Botschaft hinter dem Problemverhalten gefragt: Welche Entwicklungsbedürfnisse hat das Kind momentan? Welche Fertigkeiten müssen noch weiterentwickelt werden? Welche Kompetenzen benötigen die Eltern? Somit richtet Marte Meo das Augenmerk auf die Entwicklung und Eigenaktivität, nicht jedoch auf Defizite oder Kompensationen. Zu Beginn werden stets ausführliche Videos von Alltagssituationen aufgezeichnet (Aarts, 2009). Anschließend erstellt der Therapeut eine umfassende Videointeraktionsanalyse, welche Fertigkeiten, Beziehungen und Entwicklungsbedürfnisse beinhaltet. Anschließend werden gewisse Arbeitspunkte festgelegt (Schulte, 2016). Es gibt zahlreiche internationale aber auch deutsche Evidenznachweise, welche die Wirksamkeit dieses Konzepts untermauern (Weiner, Kuppermintz, & Guttman, 1994).



### 2.5.3 Adaptionbasierter Bezugsrahmen

Anders als die bereits beschriebenen Bezugsrahmen, setzt der Adaptionbasierte Bezugsrahmen die Umwelt und deren Anpassung in den Mittelpunkt, sodass die Person und ihre Betätigung unterstützt werden, wie unter ➤2.7.1 beschrieben. Innerhalb der Therapie können Adaptionen der Umwelt oder assistive Technologien eingesetzt werden, wenn eine schnelle Veränderung notwendig ist und das Entwicklungspotenzial des Kindes nicht ausgeschöpft werden kann (Merklein de Freitas, 2016). Ziel ist es, dem Kind und seiner Familie durch äußere Veränderung zu Partizipation zu verhelfen. Die Bezugsrahmen bilden starke Gemeinsamkeiten und überschneiden sich, weswegen sie von Merklein de Freitas (2016) gemeinsam beschrieben werden. Die **Bezugsrahmen der Umweltpassung** basieren auf Veränderungen von Strukturen in der Umwelt und beinhalten nicht immer den Einsatz von Hilfsmitteln (Merklein de Freitas, 2016). Im Bezugsrahmen der **assistiven Technologie** (AT) dagegen werden gezielt Hilfsmittel eingesetzt. Ziel dieses Rahmens ist es, dem Kind durch unterschiedliche Adaptionen zu größtmöglicher Partizipation und Autonomie zu verhelfen. Interventionen beinhalten eine gemeinsame Entwicklung und Manifestation von Veränderungen, sodass diese in den Alltag des Kindes übertragen und zu Routinen werden können (Merklein de Freitas, 2016). Die Hilfsmittelberatung findet in diesem Rahmen als kompensatorische Intervention statt.

### 2.5.4 Clinical Reasoning

Das therapeutische Handeln in der alltäglichen Berufspraxis ist geprägt von Vorgängen und gedanklichen Prozessen des Ergotherapeuten. Diese gedankliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Tun betrifft therapeutische Handlungen, Entscheidung, die Gestaltung und den Aufbau der therapeutischen Intervention, Reflektion und Evaluation (Wilkert , 2015). Laut Becker (2016) beachtet und berücksichtigt ein Ergotherapeut viele Aspekte bevor er Entscheidungen, bezüglich der Intervention für den Klienten, trifft. Probleme und Schwierigkeiten, als auch Ressourcen und Stärken des Klienten oder der Klientengruppe werden analysiert und der Therapeut bildet Hypothesen und Annahmen bezüglich konkreter Lösungsansätze und Interventionsmöglichkeiten. Es erfolgt eine gemeinsame Zielsetzung, in der der Ergotherapeut für den Klienten als auch den Angehörigen als Berater fungiert. Er misst und reflektiert Ergebnisse der Therapie.

Die Therapiesituation wird für jeden Klienten und für eine Vielzahl an Eventualitäten angepasst und flexibel verändert. Diese Veränderungsprozesse, während des ergotherapeutischen Arbeitens, sind Maßnahmen des Clinical Reasonings (Becker, 2016). Es werden unterschiedliche Formen des Clinical Reasonings unterschieden:

Das **Scientific Reasoning** beschreibt den Prozess, in dem Therapeuten auf ihr theoretisches Wissen und Erfahrungen zurückgreifen können. Die Denkprozesse sind analytisch und logisch. Probleme werden identifiziert und analysiert und der Therapeut entwickelt auf dieser Grundlage Lösungsansätze. In diesen Bereich fällt auch das **Diagnostische Reasoning**, welches im Erstkontakt genutzt wird. Auf der Grundlage von Diagnose, Alter und Geschlecht werden durch den Ergotherapeuten erste Hypothesen gebildet (Becker, 2016). **Interaktives Reasoning** setzt den Schwerpunkt auf Emotionen, Wahrnehmung und Beobachtungen (Becker, 2016).



Therapeuten fokussieren sich auf nonverbale und verbale Kommunikation, um eine therapeutische Beziehung aufzubauen. Im Zuge des **Konditionalen Reasonings** erfassen Therapeuten holistisch\* die gesamte Situation des Klienten und seines sozialen Umfeldes, dabei ist es wichtig, die Gesamtsituation des Klienten zu erfassen. Zielsetzung und Betätigungsauswahl erfolgen in enger Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Klient, denn dadurch entsteht eine gemeinsame Motivation und es wird die gleiche Intervention verfolgt (Becker, 2016). Wird das **Narrative Reasoning** eingesetzt, so nutzt der Therapeut erfasste biographische Daten des Klienten, basierend auf dessen Erzählungen bezüglich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Die Person steht ganzheitlich im Fokus der Therapie, das heißt Diagnose, Krankheitsverlauf und Symptomatik werden nicht isoliert betrachtet. Durch dieses Vorgehen wird eine zukunftsorientierte Zielsetzung, die gemeinsam erfolgt, erleichtert (Becker, 2016). **Pragmatisches Reasoning** umfasst alle Kontextfaktoren der Therapie u.a. Ort, Zeit, Raum, Material und finanzielle Voraussetzungen. Zusätzlich werden Ressourcen sowohl des Klienten, als auch des Therapeuten genutzt, so z.B. Erfahrungen, fachliche Kompetenzen, Fähig- und Fertigkeiten. Weitere institutionelle, soziale und politische Rahmenbedingungen beeinflussen die Therapie und werden im Reasoning Prozess erfasst (Becker, 2016). Während der Therapie kann auch das **Ethische Reasoning** erfolgen. In dieser Form sind Normen, Werte und Denken des Klienten und Therapeuten bedeutsam für Entscheidungsprozesse innerhalb der therapeutischen Behandlung und ausschlaggebend für die Zielsetzung.

## 2.6 Betätigungsorientierte Ergotherapie bei Kindern

Kinder sind trotz des jungen Alters potenzielle Klienten der Ergotherapie, denn auch sie sind bereits soziale Wesen, die in eine physikalische, soziale und kulturelle Umwelt eingebettet sind und innerhalb dieser Umgebung agieren und kommunizieren. Da Ergotherapeuten Menschen jeden Alters behandeln, gehören auch Säuglinge und Kleinkinder mit ihren Bezugspersonen zum Spektrum der ergotherapeutischen Klienten. Kinder können ab ihrer Geburt und im Verlauf der frühen kindlichen Entwicklung bereits vor die Herausforderung von Handlungsproblemen oder einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit gestellt werden. Dabei haben Ergotherapeuten, einen speziellen Blick und betrachten, basierend auf wissenschaftlichen Grundlagen, wie und warum ein Mensch handelt. Diese Betrachtungsweise schließt gerade im Bereich der Pädiatrie Grundlagen der Entwicklungs- und Verhaltenspsychologie mit ein (Chandler, 2010). Partizipation und Teilhabe an einem kulturellen, gesellschaftlichen und individuell geprägten Alltag sind Ergebnisse von Entwicklungsphasen, die durchlaufen werden. Durch ihre noch nicht abgeschlossene Entwicklung bieten Kinder viel Potenzial innerhalb der Therapie, sind aber im gleichen Zug nicht so belastbar wie ein erwachsener Klient.

Des Weiteren leben die jungen Klienten jedoch nicht alleine, sondern sind Mitglieder einer sozialen Gruppe, ihrer Familie und werden von mehreren Beteiligten innerhalb der Therapie mitbeeinflusst, z.B. Ärzten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und Erziehern. Somit haben auch Kinder, ab der Geburt im Laufe ihrer Entwicklung, schon verschiedene Rollen inne. Sie sind Kinder, Enkelkinder, Nichten/Neffen, Geschwister, Freunde, Spielkameraden und darüber hinaus Kindergartenkinder oder Schüler und entwickeln im Laufe der Zeit innerhalb dieser Rollen immer mehr Unabhängigkeit, Autonomie (Rodger & Kennedy-Behr, 2017).



Aktive und gesundheitlich unauffällige Kindern füllen ihren Tag stetig mit Betätigungen, die für ihre Rollen relevant und bedeutsam sind. Sie essen, schlafen, erkunden ihre Umgebung, spielen, üben eine Sportart aus, erfüllen Schulpflichten und interagieren mit ihrer Umwelt. Dabei beschränkt sich die Umwelt eines Kindes in den seltensten Fällen auf die unmittelbare Umgebung, sondern es sind unterschiedliche Umgebungen, in denen das Kind handelt. Sei es die Familie, die Nachbarschaft oder in Institutionen wie Kindergarten oder Vorschule. Dabei sind Betätigungen innerhalb des Alltags eines Kindes zusätzlich durch die kulturellen und strukturellen Gegebenheiten beeinflusst. Wächst ein Kind auf dem Land auf, geht es in der Regel anderen Betätigungen nach, als ein Kind, welches in einer Stadt aufwächst.

Während die Entwicklung eines Kindes meist im Alter von 18 Jahren abgeschlossen ist, ist die Entwicklung von Betätigungen ein großer Bestandteil des gesamten Lebens eines Menschen und auch über das Kindesalter hinaus (Romein, 2016). Jedoch lässt sich ein starker Zusammenhang zwischen der kindlichen Entwicklung und bestimmten Betätigungen herstellen, denen ein Kind nachgeht. Die Durchführung von konkreten Betätigungen lassen zusätzlich auf das Erreichen bestimmter Entwicklungsschritte schließen. Beginnt ein Kleinkind damit, der Betätigung Laufen nachzugehen, lassen sich Rückschlüsse auf dessen motorische und sensorische Entwicklung schließen. Eine erfolgreiche Entwicklung setzt aber nicht automatisch die Durchführung von Betätigungen voraus (Romein, 2016). Sich zu betätigen ist ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen und somit haben auch Kinder von Geburt an das Bestreben, sich zu beschäftigen. Sei es mit sich selbst oder in Interaktion mit ihrer unmittelbaren räumlichen und sozialen Umwelt (Romein, 2016). Jedoch führen Kinder diese Betätigungen nicht isoliert von ihrer Umwelt durch. Meist dienen Bezugspersonen wie Eltern oder Geschwister als Modelle und Orientierung was Art und Weise der Durchführung einer Betätigung betrifft. Dabei sind es aber die Kinder, die diese neuen Betätigungen erleben und gestalten und es lassen sich durchaus individuelle Unterschiede in der Durchführung erkennen. Jedes Kind zeigt ein anderes Ess-, Spiel- und Schlafverhalten (Romein, 2016).

Betrachtet man die Betätigungsbereiche eines Menschen nach Townsend und Polatajko (2006), lassen sich Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit als konkrete Betätigungsbereiche festlegen (➤2.7.2). Gerade im Säuglings- und Kleinkindalter sind Betätigungen nicht immer leicht abzugrenzen. Die meisten Beschäftigungen, denen Kindern von null bis drei Jahren nachgehen, geschehen nicht selbständig, sondern immer in enger Zusammenarbeit mit Bezugspersonen. Die Kinder sind aktiv beteiligt, die eigentliche Aktivität führen jedoch Eltern oder Betreuer durch, u.a. Füttern, Wickeln, Waschen, Ankleiden, Wiegen und Spielen (Romein, 2016). Babys und Säuglinge kommunizieren und interagieren während dieser passiven Beteiligung an Tätigkeiten mit ihrer Umwelt und erleben viel Teilhabe an Handlungen (Romein, 2016). Den größten Teil nimmt in den ersten Lebensjahren die Selbstversorgung ein. Je älter Kinder werden, desto mehr Raum nehmen die weiteren Betätigungsbereiche Produktivität und Freizeit ein.



### 2.6.1 Occupational Performance Coaching

In Deutschland wächst das Interesse der Ergotherapie an Coaching in der Elternarbeit stetig, denn es bietet die Möglichkeit, die Eltern aktiv und partnerschaftlich in den Therapieprozess einzubinden (Lewin, Neugebauer, & Weber, 2017). Als methodischer Rahmen bietet sich dafür das *Occupational Performance Coaching* (OPC) an, welches erstmals von Graham, Rodger und Ziviani (2009) veröffentlicht wurde. Das OPC ist eine Intervention für die Elternarbeit, durch die für Eltern eigene Betätigungsziele als auch die ihrer Kinder erreichbar gemacht werden sollen. Es ist anwendbar in Situationen, in denen die Performanz von Kindern stark vom Kontext abhängig ist, Eltern Wege suchen um ihre Kinder beim Ausführen von Betätigungsrollen, -aufgaben und -routinen zu unterstützen oder Eltern Ziele für ihre eigene Betätigungsperformanz erreichen wollen (Graham, Rodger, & Kennedy-Behr, 2017). Der Therapeut übernimmt beim OPC die Rolle des Informierenden, Leiters und Coaches und teilt im Rahmen dieser Partnerschaft Informationen über den Performanzkontext mit. Mögliche Strategien werden mit den Eltern erarbeitet und gleichzeitig angeleitet (Graham, Rodger, & Ziviani, 2009).

Im OPC werden drei wesentliche *Befähigungsbereiche* unterschieden, welche das Grundgerüst bilden, der *Strukturierte Prozess*, die *Emotionale Unterstützung* und der *Informationsaustausch* (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012). Diese Befähigungsbereiche umfassen Techniken und Vorgehensweisen, die in ➤Abbildung 4 zu finden sind.

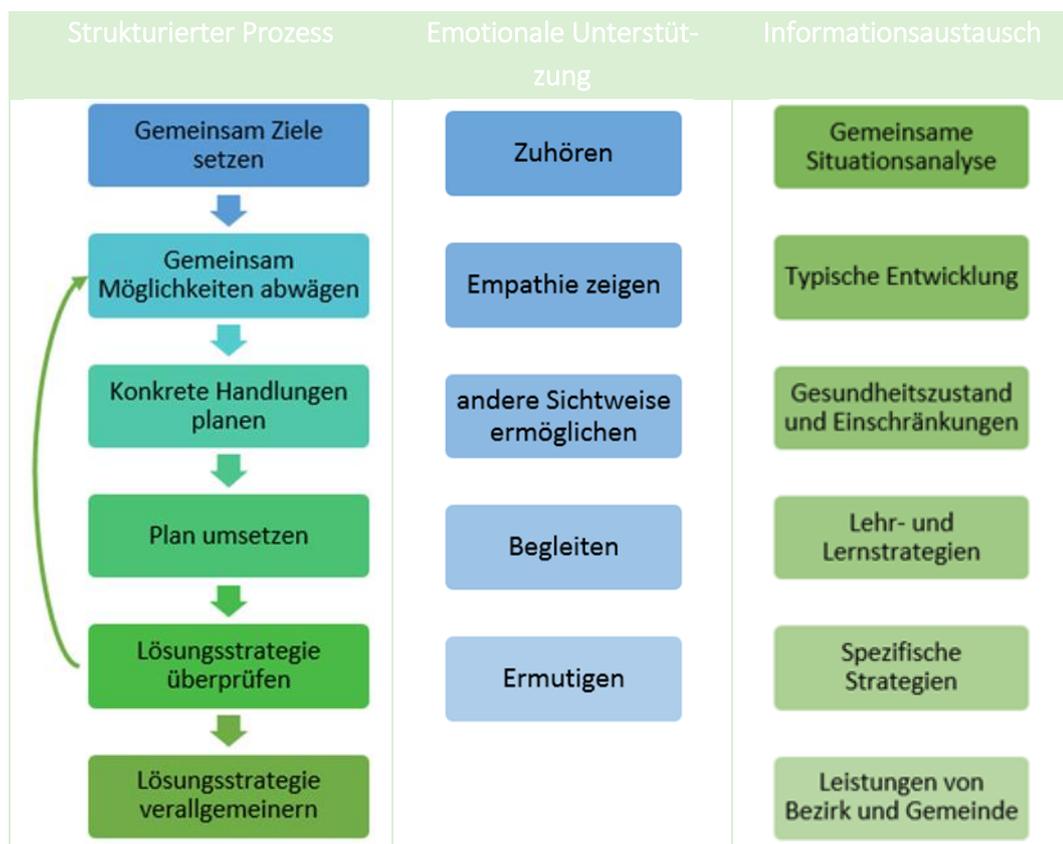


ABBILDUNG 4: DIE DREI BEFÄHIGUNGSBEREICHE DES OPC

QUELLE: IN ANLEHNUNG AN GRAHAM, RODGER, UND KENNEDY-BEHR (2017) ; KUFNER UND SCHOLZ-SCHWÄRZLER (2012)



Der erste Befähigungsbereich, der strukturierte Prozess, besteht aus sechs linear aufeinander aufbauenden Stufen, die dem Therapeuten als methodische Orientierung im Coachingprozess dienen. Die Methodik des OPC schließt Betätigungsorientierung, Klientenzentrierung, Kontextbezug und Evidenzbasierung mit ein, was es zu einem zeitgenössischen Ansatz macht (Lewin, Neugebauer, & Weber, 2017). Der Coachingprozess bezieht das Person-Environment-Occupation Model (PEO) (➤2.7.1) von Law et al. (1996) als theoretische Basis mit ein (➤Abbildung 5) und ähnelt bereits vorhandenen Problemlöseansätzen (Graham, Rodger, & Kennedy-Behr, 2017). Der Prozess beginnt mit der gemeinsamen *Zielsetzung*, darauf folgt das Abwägen von *Möglichkeiten*, die konkrete *Handlungsplanung*, die *Umsetzung* des Plans, der *Überprüfung* der Lösungsstrategien und die *Verallgemeinerung* der Lösungsstrategie (Graham, Rodger, & Kennedy-Behr, 2017). Bei Stufe vier kann nach der Überprüfung der Lösungsstrategien, bei Bedarf, wieder zu Stufe zwei gesprungen werden.

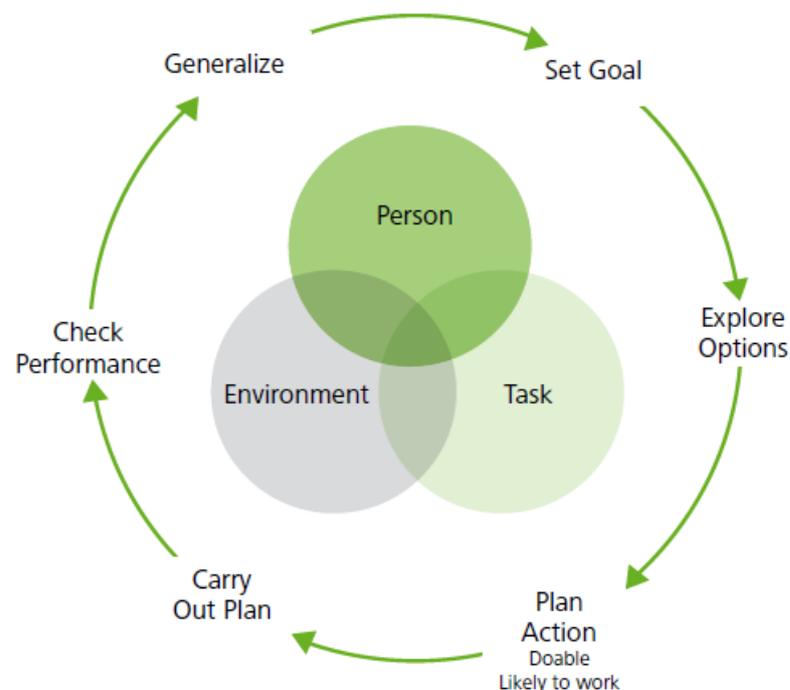


ABBILDUNG 5: DER STRUKTURIERTE PROZESS DES OPC

QUELLE: IN ANLEHNUNG AN LEWIN, NEUGEBAUER UND WEBER (2017)

Die Techniken der emotionalen Unterstützung dienen dem Therapeuten während des gesamten Prozesses als Instrumente, um dem Klienten bei der Erreichung seiner Ziele zu unterstützen. Diese sind *Zuhören*, *Empathie zeigen*, andere *Sichtweisen*, *Begleiten* und *Ermutigen*. Auf diese wird nachfolgend beispielhaft in der Anwendung bei Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern eingegangen:

1. *Zuhören*: Der Ergotherapeut fungiert als neutraler Zuhörer, der den Eltern und der familiären Gesamtsituation mit Wertschätzung begegnet (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012).



Die Familien haben häufig einen sehr hohen Leidensdruck, beispielsweise aufgrund eines stark ausgeprägten Schreiverhaltens des Kindes, wodurch der gesamte Alltag der Familie beeinträchtigt sein kann. Der Therapeut sollte auf kontextbezogene und die Motivation der Eltern betreffende Aspekte achten (Lewin, Neugebauer, & Weber, 2017).

2. *Empathie zeigen*: Ein empathisches Auftreten den Eltern gegenüber ist die Basis einer partnerschaftlichen Klient-Therapeut-Beziehung (Lewin, Neugebauer, & Weber, 2017). Das Vertrauen in den Therapeuten ist grundlegend für den Coachingprozess und kann durch eine neutrale Sichtweise und Eingehen auf die Perspektive der Eltern gefördert werden. Beispielsweise kann der Ergotherapeut die Initiative der Eltern für die Therapie honorieren.
3. *Andere Sichtweisen ermöglichen*: Der Ergotherapeut zeigt den Eltern beispielsweise eine neue Perspektive für das Verhalten ihres Kindes auf, sodass sie eine neue Herangehensweise entwickeln können (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012). Eine Möglichkeit hierfür ist das Anbieten einer anderen Interpretation für eine von den Eltern geschilderte Beobachtung.
4. *Begleiten*: Der Ergotherapeut leitet die Eltern durch den gesamten Prozess, indem er sie zu Entscheidungen ermutigt und Informationen gezielt an die Eltern heranträgt (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012). Er kann Eltern beispielsweise darin bestärken, sich Unterstützung aus dem familiären Umfeld zur Entlastung zu suchen.
5. *Ermutigen*: Der Ergotherapeut bestärkt die Eltern, indem er bisherige Erfolge und Fortschritte verdeutlicht oder von Erfolgserlebnissen anderer betroffener Eltern berichtet (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012).

Der dritte Befähigungsbereich, der *Informationsaustausch*, umfasst sechs Strategien, die es Ergotherapeuten ermöglichen, ihr Vorgehen bewusst zu reflektieren und viele Aspekte, die in der deutschen Ergotherapie bereits genutzt werden zu strukturieren (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012). Zu den Strategien gehört die *Gemeinsame Situationsanalyse/GSA*, *Typische Entwicklung*, *Gesundheitszustand und Einschränkungen*, *Lehr- und Lernstrategien*, *Spezifische Strategien*, *Leistungen von Bezirk und Gemeinde* (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012). Die *Gemeinsame Situationsanalyse/GSA* besteht aus vier Schritten und beinhaltet eine zielgerichtete Untersuchung der Betätigungsdurchführung durch den Informationsaustausch von Eltern und Therapeut (Lewin, Neugebauer, & Weber, 2017). Es wird über die tatsächliche, aktuelle Betätigungsausführung gesprochen und wie diese in veränderter Form aussehen könnte. Daraufhin wird eruiert, wie die Eltern in der Entwicklung von Fähigkeiten unterstützt werden können, um Lösungen für Betätigungsprobleme des Kindes zu finden (Lewin, Neugebauer, & Weber, 2017).

Um Aussagen über die *typische Entwicklung* von Kindern und ihren aktuellen Bedürfnissen für die Erreichung des nächsten Entwicklungsschrittes treffen zu können, benötigt der Ergotherapeut Wissen über die Normalentwicklung und Altersnormen bei Kindern (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012). Der Austausch mit den Eltern über *Gesundheitszustand und Einschränkungen* kann helfen den Befähigungsprozess zu unterstützen. Wenn die GSA darauf schließen lässt, dass Eltern nicht ausreichend über die Problematik ihres Kindes informiert sind (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012).



Dadurch können den Eltern Zusammenhänge klarer werden und die Strategie in der Unterstützung des Kindes angepasst werden. Mit *Lehr- und Lernstrategien* ist die Weitergabe von Wissen über alternative Strategien gemeint, die zu den Lernbedürfnissen des Kindes und den Erfordernissen der Eltern passen (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012). Durch *Spezifische Strategien*, wie Demonstration, kann der Therapeut den Eltern beispielsweise modellhaft mit Hilfe einer Puppe verdeutlichen, wie sie ihr vestibulär überempfindliches Kind am besten halten. Durch diese Technik lernen die Eltern durch aktives Handeln und sind nicht nur passive Zuschauer während der Therapie. Durch die Information über *Leistungen von Bezirk und Gemeinde* kann das Hilfsnetzwerk der Eltern erweitert werden. Ergotherapeuten können Eltern beispielsweise über Selbsthilfegruppen, Websites, andere Quellen sozialer Unterstützung oder Anrechte auf Vergünstigungen unterrichten (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012).

Die Wirksamkeit des OPC in der Elternarbeit wurde bereits in mehreren Studien belegt. In einem Literaturreview von Kahjoogh, Rassafiani, Dun, Hosseini und Akbarfahimi (2016) wurde die Effektivität der Intervention ebenfalls betont, jedoch ist die Studienlage noch sehr begrenzt: „*OPC is a strengths based, parent directed intervention designed to enhance occupational performance of clients referred to occupational therapy.[...] The few available studies have shown that OPC can be an effective intervention for parents [...]*“ (Kahjoogh, Rassafiani, Dun, Hosseini, & Akbarfahimi, 2016, p. 48).

### 2.6.2 Interaktionelles Modell der Betätigungsentwicklung

Die Autoren Davis und Polatajko entwickelten im Jahr 2006 ein Modell, welches die Betätigungsentwicklung eines Menschen darstellen soll und dabei die Entwicklung von Betätigungen auf Mikro-, Meso- und Makroebene betrachtet (Davis & Polatajko, 2006). Die Autoren definieren Betätigungsentwicklung folgendermaßen: „*At the level of the individual, occupational development is the systematic process of change whereby the individual comes to know the occupational world and becomes competent within it*“ (Davis & Polatajko, 2006, p. 138). Dieser Veränderungsprozess ist eine Interaktion und aktiver Austausch zwischen der Person, ihrer Umwelt und der Betätigung (Romein, 2016).

Auf der **Mikroebene** ist die Entwicklung einzelner Betätigungsfähigkeiten ausschlaggebend. Die Betätigungsentwicklung findet auf der Ebene der Betätigungskompetenz statt und steht somit im Fokus. Dabei beeinflussen spezifische Entwicklungen die Kapazität der allgemeinen Betätigungskompetenz eines Menschen (Davis & Polatajko, 2006). Keine Handlung ist ein sofort automatisierter Mechanismus. Jeder Mensch erlernt Handlungen und Betätigungen prozesshaft. Zuerst werden Teilschritte erprobt und es kommt zu Fehlversuchen. Danach wird die Betätigung so oft wiederholt bis sich Automatismen einstellen und man vielleicht dazu in der Lage ist, Betätigungen bis hin zum Expertenlevel durchzuführen (Romein, 2016). Dieses Verfahren wird bei jeder neuen Betätigung angewandt, sei es bei relativ simplen Betätigungen, wie Greifen oder deutlich komplexeren Handlungen, wie Laufen oder Schreiben. Nicht jedes heranwachsende Kind erlernt Betätigungen innerhalb dieses erwarteten Zeitraumes, vielmehr sind unterschiedliche Zeitphasen zu erwarten (Romein, 2016).



Inwieweit diese Lernprozesse von außen unterstützt und manipuliert werden sollten, ist abhängig davon ob es zu pathologischen Symptomen kommt oder um welche Betätigung innerhalb jenes Kontextes es sich handelt.

Auf der **Mesoebene** bedeutet dies, dass jeder Mensch im Laufe seines Lebens eine bestimmte Konstellation an Betätigungen beherrscht und über ein Repertoire verfügt, welches individuell zu- oder abnimmt und sich ständig verändert. Ob und inwiefern dieses Betätigungsrepertoire ausreichend oder mangelhaft ist, ist sehr subjektiv und nur unter Einbezug von Kontextfaktoren zu beurteilen (Davis & Polatajko, 2006; Romein, 2016). Um diesen lebenslangen Prozess zu veranschaulichen, entwickelten Davis und Polatajko im Jahr 2006 „*The interactional model of occupational development*“ (IMOD). Die Veränderungen innerhalb des Betätigungsverhaltens eines Menschen sind Ergebnisse des aktiven Austauschs der Person, als auch der durchgeführten Betätigungen innerhalb des spezifischen Kontexts und der Umwelt. Das Modell basiert auf der Voraussetzung, dass der Interaktionismus sowohl der individuellen Entwicklung als auch dem Betätigungsverhalten zugrunde liegt und somit ein Schlüsselmechanismus für Betätigungsentwicklung ist (Davis & Polatajko, 2006).

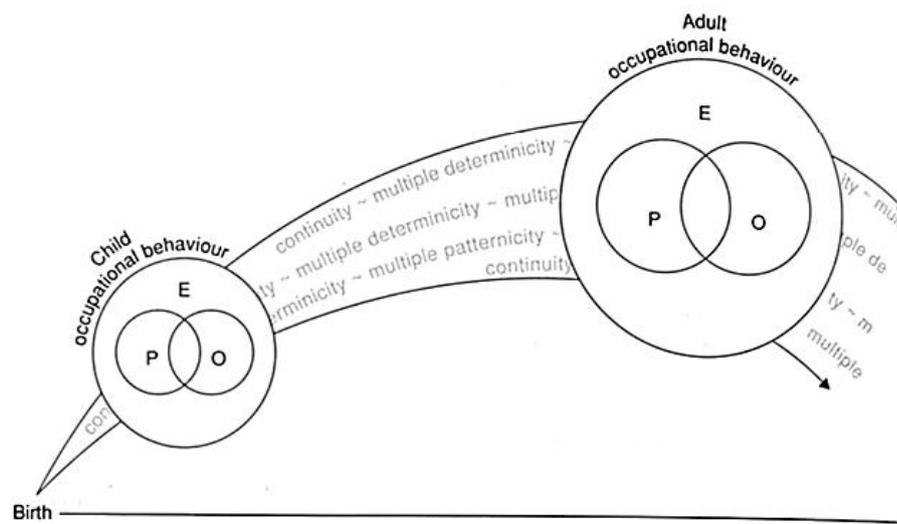


ABBILDUNG 6: INTERACTIONAL MODEL OF OCCUPATIONAL DEVELOPMENT

QUELLE: IN ANLEHNUNG AN DAVIS, J., & POLATAJKO, H. J. (2006)

Das Modell verfolgt zwei Prinzipien. Die *gestufte Kontinuität* ist das **erste Prinzip** (Romein, 2016). Dieses ist nach dem Grundsatz ausgerichtet, dass Entwicklung ein kontinuierlicher Prozess ist. Damit ist die Anreicherung des individuellen Betätigungsverhaltens gemeint, die andauert, bis ein über die Lebensspanne hinweg erstelltes Betätigungsrepertoire entstanden ist (Davis & Polatajko, 2006). Beeinflusst wird dieser Prozess durch Alters- und Entwicklungsstufen, wobei keine Phase im Leben eines Menschen besonders dominant hervortritt. Die individuelle Entwicklung eines Menschen beeinflusst die Wahl und Ausführung von Betätigungen und ruft Entwicklungen und Veränderungen des Betätigungsverhaltens hervor. Die Entwicklungsstufen sind innerhalb dieses fortlaufenden Prozesses deutlich zu erkennen.



Diverse Kontextfaktoren und Umwelteinflüsse beeinflussen den Betätigungsverlauf, aufgrund dessen können keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden (Davis & Polatajko, 2006). Da nicht nur einzelne ausschlaggebende Ursachen definiert werden können, die die Betätigungsentwicklung beeinflussen, beschreibt das **zweite Prinzip** unterschiedliche Determinanten. Die Autoren Davis und Polatajko (2006) bezeichnen dieses Prinzip als *Multikausalität* und benennen vier Gruppen von Determinanten, die im Folgenden näher beleuchtet werden (Romein, 2016).

**Determinanten für die Person** sind Gene, Erbanlagen, Lernverhalten und die kognitive Plastizität sowie Motivation und Partizipation. Die Einflüsse von Veranlagung und Genen auf die Tätigkeit eines Kindes sind bedeutsam für dessen Entwicklung. Gewisse Pathologien, Krankheiten, Syndrome und außergewöhnliche Gegebenheiten, wie z.B. eine Hochbegabung, bestimmen die Auswahl und Durchführung von Betätigungen im alltäglichen Leben in einem besonders hohen Maße. Dabei sind diese speziellen Voraussetzungen für Entwicklung nicht immer ein Hindernis. Solange dem Kind Möglichkeiten und Zugängen zu positiven und förderlichen Lernerfahrungen gegeben werden, innerhalb derer es sich selbst erproben kann und Betätigungen entdecken und erfahren kann (Romein, 2016). Lernen findet in allen Betätigungsbereichen statt, wird aber im Zuge dessen von Umwelt- und Kontextfaktoren bestimmt. Kulturelle Einflüsse legen Betätigungen und Handlungen eines Kindes fest. Jedes Kind weist unterschiedliche Taktiken und Strategien des Lernens auf (Romein, 2016). Die kognitive Plastizität beschreibt die flexible Anpassungsfähigkeit des Menschen. Nur aufgrund der Plastizität entwickeln sich Säuglinge im Verlauf ihres Lebens zu Erwachsenen. Kinder sind von Natur aus motiviert und streben Partizipation an, dabei bestimmen sie aktiv die eigene Entwicklung (Largo, 2018). Sie suchen, erproben und erlernen Betätigungen und deren Variationen um als aktive Akteure ihrer Umwelt handlungsfähig zu werden (Davis & Polatajko, 2006).

**Determinanten für die Betätigung** ist der Zugang zu Betätigungen und die Erwartungen des Umfelds an das Individuum bezüglich der Ausführung bzw. der Vermeidung spezifischer Betätigungen. Betätigungen können nur effektiv ausgeführt werden, wenn ein Kind Zugang zu diesen erhält, nur dann ist eine Betätigungsentwicklung möglich. Zusätzlich können Betätigungserwartungen innerhalb des sozialen Kontextes eines Kindes erhoben werden, die Erwartungen können Hindernis und Ressource zugleich sein, da Betätigungen gefördert oder eingeschränkt werden können. Diese Erwartungen können durch das unmittelbare Umfeld eines Kindes oder der Gesellschaft entstehen (Romein, 2016).

Die **Determinanten der Umwelt** werden in Faktoren der *physikalischen und sozialen Umwelt* und des *historischen und kulturellen Kontextes* unterschieden (Romein, 2016). Die sozialen und physikalischen Umwelten bestimmen die Handlungen eines Kindes. Es macht einen Unterschied ob ein Kind als Einzelkind oder mit Geschwistern, auf dem Land oder in der Stadt aufwächst und eingebettet in seiner spezifischen Umwelt Betätigungen kennenlernt und diesen nachgeht. Der historische und kulturelle Kontext beeinflusst ebenfalls Betätigungen. Kinder sind in unterschiedlichen Jahrhunderten auf eine verschiedene Art und Weise aufgewachsen. Dabei haben kulturelle Einflüsse einen prägenden Einfluss auf Betätigungen, z.B. auf Essverhalten, Rituale und Bräuche innerhalb einer Kultur.



Die vierte **Determinante** betrifft die **Interaktion** zwischen Umwelt, Person und Betätigung. In diesem Punkt werden alle bedeutsamen Faktoren der Betätigungsentwicklung zu einem Ganzen zusammengeführt (Davis & Polatajko, 2006). Die Umweltfaktoren und individuellen Faktoren des Kindes oder des Menschen greifen während Betätigungen ineinander und führen bei einer effektiven Kombination zu einem positiven Ergebnis. Sind Person und Umwelt in einem funktionellen Gleichgewicht, kann Wirksamkeit in der Ausführung von Betätigungen erzielt werden. Ist die Interaktion und der Austausch zwischen Umwelt, Person und Betätigung intakt, entwickelt das Kind eine individuell angepasste Betätigungskompetenz und ein ausreichendes lebenslanges Betätigungsprofil (Davis & Polatajko, 2006).

Die letzte Ebene des Modells ist die **Makro-Betätigungsebene**. Auf dieser Ebene wird Betätigung im Laufe der Evolution des Menschen betrachtet. Betätigungen des Menschen haben sich im Laufe der Entwicklung der Spezies ausgebildet, dabei können Art und Anzahl der Betätigungen nicht konkret festgehalten werden, sondern befinden sich im stetigen Prozess der Weiterentwicklung (Davis & Polatajko, 2006).

### 2.6.3 Der erweiterte Klient - ein familienorientiertes Therapieangebot

Die Zielgruppe der Forschung sind Säuglinge und Kleinkinder von null bis drei Jahren (>2.1). Besonders im Kontakt und in der Zusammenarbeit mit diesem besonders jungen Klienten, sind diese nicht isoliert zu betrachten, sondern als Mitglied eines sozialen Kontextes. Dieser soziale Kontext ist besonders von Bedeutung, da Kinder von null bis drei Jahren nur begrenzte Möglichkeiten haben, aktiv mit dem Therapeuten in Kontakt zu treten. Es stellt sich also die Frage: Wer ist der Klient? Säuglinge und Kleinkinder ergreifen nicht die Initiative und äußern keine Bedenken oder konkrete Schwierigkeiten die im Alltag auftreten. Ebenso können sie keine konkreten Handlungsprobleme benennen, bei denen ergotherapeutische Interventionen effektiv eingesetzt werden könnten. Dies sind in den meisten Fällen Eltern oder Bezugspersonen, die viel Zeit mit dem Kind verbringen (Rodger & Keen, 2017).

Somit ist der Klient keine einzelne Person mehr, sondern es sind mindestens schon zwei Personen, die der Therapeut innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung als Klient betrachtet. Im Zuge dessen ist der Begriff der Klientenzentrierung in der praktischen Arbeit mit dem Klienten und dem erweiterten Klienten bedeutsam. Klientenzentrierung beinhaltet Kernkompetenzen, die Ergotherapeuten in der Praxis nutzen. Klienten und ihre Familien sowie ihre Wünsche und Entscheidungen werden respektiert. Informationen, Aufklärung, emotionale Unterstützung und individuelle Gespräche werden zur Verfügung gestellt. Der Zugang zur ergotherapeutischen Dienstleistung und die Teilnahme an diesen wird dem Klienten und seinem Umfeld erleichtert. Der Klient und seine Familie tragen die Verantwortung für tägliche Betätigungen und wahrgenommene Dienstleistungen. Ergotherapeutische Therapieangebote sind flexibel und individuell ausgerichtet. Der Klient und sein Umfeld werden befähigt Probleme in der Betätigungsausführung selbständig zu lösen. Die Beziehung zwischen Person, Umwelt und Betätigung steht im Fokus der Intervention (Sumsion & Law, 2006).



Der Übertrag der Klientenzentrierung in die Berufspraxis ist schwierig und kann als Herausforderung für den Therapeuten erachtet werden. Die Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern und ihren Eltern fordert nicht nur Klientenzentrierung, sondern auch *Kinderzentrierung* (Rodger & Keen, 2017). Der Therapeut sollte seinen kleinen Klienten ganzheitlich betrachten und Betätigungsanliegen des Kindes beachten und respektieren (Rodger & Keen, 2017). In der Arbeit mit Kindern sollten diese, sowohl als Individuen, als auch als Teil einer sozialen Gruppe betrachtet werden. Dabei gilt es diffizil zu unterscheiden, ob ein Therapeut *kinderfreundlich* oder *kinderzentriert* arbeitet. Eine kinderzentrierte Arbeitsweise des Therapeuten setzt ein hohes Maß an kommunikativen Fähigkeiten mit den Eltern, Betreuern und Angehörigen voraus (Rodger & Keen, 2017). Wenn der Leidensdruck der Familie zu stark ist und die Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kind negativ beeinflusst, ist der Therapeut der Vermittler, der eine Veränderung einleitet oder anleitet und als stetiger Begleiter fungiert. Gerade mit sehr jungen Kindern sind die Kompetenzen und das Fachwissen des Therapeuten gefragt, um Abneigungen und Vorlieben des Kindes zu interpretieren und auf Entwicklungsstufen oder kontraindizierte Umweltgegebenheiten zurückzuführen, solange die Kinder sich nicht aktiv und selbständig äußern können (Rodger & Keen, 2017).

Die Bedeutung der Familie für ein Kind ist elementar. Die Familie und enge Bezugspersonen sind eine lebenslange Unterstützung und interne Experten für die Lebenswelt des Kindes. In der Regel sind Familienmitglieder über die komplette Lebensspanne hinweg konstante Faktoren, die Gesundheit, Bildung und Wohlergehen eines Kindes maßgeblich beeinflussen.

Neben den kontextbezogenen Einflüssen von Familienmitgliedern auf Betätigungsanliegen und Betätigungsausführung der Kinder, sind natürlich auch Eltern und Geschwister Individuen, die eigene Betätigungsanliegen und Bedürfnisse haben (Rodger & Keen, 2017).

Alle Professionen, die mit Familien gemeinsam arbeiten, sollten ein Bewusstsein dafür entwickeln, wie Familien konstruiert sind und wie die Mitglieder einer Familie das Familienleben definieren. Dabei geht es nicht nur darum zu beobachten, zu erfassen und zu analysieren was Familien tun und welche Betätigungen sie hinsichtlich von Rollen und Aufgaben erfüllen, sondern auch wie sie als Zusammenschluss und Gruppe handeln (Werner DeGrace, 2004). Um diese Einheit einer Familie zu bilden, sollten die Familienmitglieder eine enge Verbindung und Zufriedenheit miteinander und in ihrem Handeln verkörpern. Dies bedeutet, dass nicht nur reine Betätigungsanliegen eines Kindes im Vordergrund der Therapie stehen, sondern im gleichen Zug auch das Normen- und Wertesystem der kompletten Familie sowie deren Gewohnheiten und Ritualen (Werner DeGrace, 2004). Familieninterne Rituale und Gewohnheiten formen und prägen die Identität einer Familie und stärken deren Zusammenhalt. Eine gute und positive Beziehungsgestaltung und gemeinsame Betätigungen innerhalb einer Familie, stärken somit das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der einzelnen Mitglieder (Werner DeGrace, 2004).



#### 2.6.4 Zielsetzung und Empowerment von Kind und Eltern

Der ergotherapeutische Behandlungsprozess ist nur messbar, wenn Ziele gesetzt werden, deren Erreichen im Fokus der ergotherapeutischen Intervention stehen und die eine Orientierung für die Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Klient sind. Dieser Grundsatz der ergotherapeutischen Praxis gilt ebenfalls für die Zusammenarbeit mit betroffenen Familien. Besonders im Umgang mit sehr belasteten Familien, die unter starkem emotionalen Leidensdruck stehen oder aufgrund der Einschränkungen ihres Kindes im Alltag, ist der Ergotherapeut mit seinen spezifischen Kompetenzen gefordert. Aufgrund der Auffälligkeiten ihres Säuglings oder Kleinkindes liegt für viele Eltern eine sehr belastende Zeit hinter ihnen. Die Eltern und ihr Kind müssen gemeinsam befähigt werden, aktiv zu handeln und die Inhalte der therapeutischen Intervention mit der Unterstützung des Ergotherapeuten anzunehmen und durchzuführen (Rodger & Ziviani, 2006). Im Sinne des *Empowerments*, betrachtet der Ergotherapeut die Familie ganzheitlich und stellt sich die Frage: Was braucht die Familie? Diese Strategie soll Menschen und Familien helfen und sie dabei unterstützen, die eigenen Ressourcen zu entdecken und Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität zu steigern (Rappaport, 1987). Die Eltern gehen stellvertretend für ihr Kind eine therapeutische Partnerschaft auf Augenhöhe ein. Innerhalb dieser engen Zusammenarbeit sollte ein effektives Gleichgewicht von Macht herrschen. Dies setzt gegenseitige Akzeptanz, Fürsorge und Respekt voraus (Rodger & Ziviani, 2006). Diese professionelle Partnerschaft profitiert von der jeweiligen Expertise der Beteiligten. Das Wissen und die Fähigkeiten des Therapeuten und der Eltern beeinflussen eine effektive Intervention und ermöglichen es den Kindern bedeutungsvollen und zielgerichteten Betätigungen nachzugehen (Rodger & Ziviani, 2006). Es entsteht ein Wissensaustausch und die Gelegenheit voneinander und miteinander zu lernen. Der Therapeut bleibt im Austausch neutral und professionell. Dabei ist es nicht förderlich, für einen ergotherapeutischen Behandlungsprozess, die Eltern unter Druck zu setzen und ihnen die eigenen Überzeugungen bezüglich Erziehung aufzulegen. Er kann lediglich Empfehlungen aussprechen und sollte die eigenen Überzeugungen nicht in den Vordergrund stellen. Der therapeutische Prozess kann im Gegensatz dazu, durch das gesteigerte Selbstbewusstsein der Eltern in ihrer Rolle als Mutter oder Vater durch den Therapeuten, positiv beeinflusst werden (Rodger & Ziviani, 2006).

Nach der Phase der Anamnese, Befunderhebung und dem Bilden einer ergotherapeutischen Diagnose mittels der Analyse der Betätigungsanliegen, ist die Zielsetzung der überleitende Prozess zu der ergotherapeutischen Intervention (Pollock, Missiuna, & Jones, 2017). Während der Zielsetzung steht die Klientenzentrierung im Vordergrund, die Ziele werden mit dem Klienten und dem erweiterten Klienten formuliert. Durch diese Beteiligung der gesamten Familie werden Werte und Präferenzen der Familien respektiert und mit der Zielsetzung wird die Motivation des gesamten Klientensystems gesteigert, da die Intervention der nächste Schritt sein wird (Pollock, Missiuna, & Jones, 2017). Für betroffene Familien mit enormen Leidensdruck, kann die Ausformulierung von Zielen als sehr belastend und stressig wahrgenommen werden und sie sind auf eine enge und wertschätzende Unterstützung und Anleitung durch den behandelnden Ergotherapeuten angewiesen (Pollock, Missiuna, & Jones, 2017).



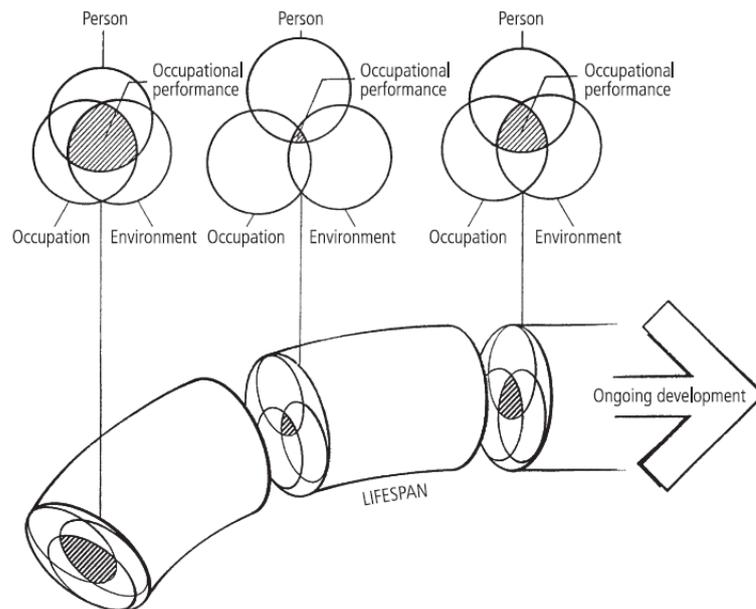
Da Kinder in der Altersgruppe von null bis drei Jahren keine eigenen Betätigungsanliegen und Ziele äußern können, sind es die Eltern, die ihre Betätigungsanliegen und belastenden Handlungen im Alltag mit dem Kind äußern. In dieser Phase hat der Ergotherapeut die Aufgabe, als Experte für u.a. Betätigungen, gesunde Entwicklung und Umwelтанpassungen, die Eltern bei der Zielfindung zu unterstützen und anzuleiten, besonders wenn es zu Schwierigkeiten oder Resignation kommen sollte (Pollock, Missiuna, & Jones, 2017). Die Zielsetzung bestimmt signifikant den Verlauf der Therapie und deren Ergebnis.

## 2.7 Konzeptionelle Modelle

Marotzki (2007) beschreibt konzeptionelle Modelle\* als eine vielseitige Orientierungshilfe für Ergotherapeuten in der konkreten Klientenarbeit. Innerhalb dieser theoretischen Annahmen und Konzepten werden Bezugstheorien und das ergotherapeutische Grundverständnis organisiert (Marotzki, 2007). Nach Hagedorn (2009) dienen sie dazu, die Berufspraxis mit Theorie zu untermauern. Zudem beschreibt Kielhofner (2008), dass jedes Modell gewisse Aspekte der ergotherapeutischen Praxis auf theoretischer Basis mit unterschiedlichen Schwerpunkten beleuchtet. Basierend auf diesen konzeptionellen Modellen wurden weiterführende Prozessmodelle entwickelt, um eine verständliche Beschreibung des ergotherapeutischen Prozesses für die Praxis zu liefern (Townsend & Polatajko, 2013). Diese Modelle dienen somit als Anleitung eines ergotherapeutischen Behandlungsprozesses. Im nachfolgenden Kapitel werden verschiedene Modelle näher beleuchtet, die in der Behandlungen von Säuglingen und Kleinkindern eingesetzt werden.

### 2.7.1 Person-Environment-Occupation Model

Das *Person-Environment-Occupation Model* (PEO) ist besonders im pädiatrischen Kontext von Interesse, da es dem Therapeuten die Möglichkeit gibt, in betätigungs- und umweltrelevanten Bereichen zu intervenieren und nicht, wie viele anderen Modelle, eine eher komponentenorientierte Behandlung vorschlägt (Dunbar, 2007). Das PEO wurde 1996 erstmals von Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby & Letts (1996) im *Canadian Journal of Occupational Therapy* veröffentlicht. Es geht davon aus, dass die drei Hauptkomponenten *Person*, *Umwelt* und *Betätigung* sich im Laufe des Lebens unterschiedlich stark überschneiden können ➤ Abbildung 7. Je größer die Kongruenz der drei Bereiche, desto größer ist die Harmonie (Law, et al., 1996). Die Überschneidung in der Mitte repräsentiert die Betätigungsausführung oder die dynamische Erfahrung einer Person, die an einer Betätigung beteiligt ist. Diese Betätigung besteht über einen Zeitraum hinweg und ist in einer Umwelt eingebettet (Strong, Rigby, Stewart, Law, Letts & Cooper, 1999).



**ABBILDUNG 7: DAS PERSON-ENVIRONMENT-OCCUPATION MODEL (PEO)**

**QUELLE: IN ANLEHNUNG AN LAW, ET AL., (1996)**

Die drei Komponenten des Modells, die grafisch als Kreise dargestellt sind, bilden das Grundgerüst des Modells. Zur Person gehören physikalische, emotionale, kognitive und spirituelle Charakteristika (Law, et al., 1996). In Bezug auf den pädiatrischen Kontext ist unter *Person* hier im weiteren Sinne nicht nur der Säugling bzw. das Kleinkind, sondern auch die Eltern zu verstehen. Hier einige Beispiele für relevante Fragen zur Person während der Therapie (Strong, et al., 1999):

- Ist die sensorische und motorische Entwicklung des Kindes regelgerecht? (➤2.2.1)
- Was sind Interessen und Werte der Familie? Gibt es kulturelle Besonderheiten, die therapierelevant sind?
- Wie werden in der Familie Entscheidungen getroffen? Wer trifft Entscheidungen?
- Gibt es in der Familie adäquate Problemlösestrategien? Wie wird mit Problemen umgegangen? Welche Copingstrategien werden angewendet? (➤2.3.2)
- Wie ist die finanzielle und wirtschaftliche Situation der Familie?

Unter der *Umwelt* werden im PEO alle Situation und Kontexte verstanden, die sich außerhalb des Individuums befinden und eine Reaktion bei ihm hervorrufen, das heißt soziale, politische, ökonomische, institutionelle, physikalische und kulturelle Faktoren (Law, zitiert nach Dunbar, 2007). Hier einige Beispiele (Strong, et al., 1999):

- Wie sieht das häusliche Umfeld der Familie aus? Leben sie in einer urbanen oder ländlichen Gegend, in einem Haus oder einer Wohnung?
- Besucht das Kind eine Tageseinrichtung (z.B. Kita, Hort)?
- Gibt es Angebote der Gemeinde, die von der Familie wahrgenommen werden können?
- Hat die Familie ein soziales Netzwerk, Freund und Familie, die sie unterstützen?



*Betätigung* wird definiert als Gruppierungen von selbstbestimmten Aufgaben und Aktivitäten, an denen sich eine Person über ihre Lebensspanne hinweg beteiligt (Law, et al., 1996). Kinder und Jugendliche beteiligen sich an Betätigungen, um ihre intrinsischen Bedürfnisse nach Partizipation auszudrücken und Fähigkeiten zu entwickeln und zu befriedigen (Dunbar, 2007). Im pädiatrischen Kontext ist relevant (Strong, et al., 1999):

- Welche bedeutungsvollen Betätigungen hat das Kind und wie gestalten sich diese aktuell?
- Wie sehen alltägliche Rituale/Routinen der Familie aus?
- Wann sind Essens- und Schlafzeiten etc.? Wie werden diese Situationen gestaltet?

Der Einsatz des PEO in der Ergotherapie mit Kindern ist sinnvoll, da ein familienzentrierter Ansatz genutzt wird und Interventionen beim Kind selbst, der Betätigung oder der Umwelt ansetzen können (Dunbar, 2007).

### 2.7.2 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Der vorliegenden Forschungsarbeit liegt das ergotherapeutische Inhaltsmodell *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (CMOP-E) als Inhaltsmodell zugrunde. Ziel ist es den Zusammenhang zwischen Personen, den täglichen Betätigungen und der Umwelt herzustellen. Der Fokus dieses Zusammenhangs wird auf die gewählte Zielgruppe, der Säuglinge und Kleinkinder und deren Bezugspersonen gelegt. Das *Canadian Model of Occupational Performance*, kurz CMOP, ist ein Instrument in der Ergotherapie, um klientenzentrierte Behandlungsleitlinien zu entwickeln. Der kanadische Berufsverband, Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT), entwickelte ab 1983 das CMOP. Diese Modellentwicklung wurde von dem kanadischen Ministerium für nationale Gesundheit und Soziales unterstützt. Im Jahr 2007 wurde das bestehende Modell überarbeitet und zum CMOP-E weiterentwickelt (Townsend & Polatajko, 2013).

Das CMOP-E bildet gemeinsam mit dem Prozessmodell *Canadian Practice Process Framework* (CPPF) und den *Canadian Model of Client-Centred Enablement* (CMCE) skills ein Modell-Triplett (Townsend & Polatajko, 2013). Ziel ist es, die Person im Rahmen der Klientenzentrierung in den Fokus zu rücken und innerhalb eines sozialen und ökologischen Kontextes zu platzieren, ohne die Person und deren individuelle Umwelt, zu separieren. Der Zusammenhang zwischen einem Menschen, den Betätigungen denen er in seinem Alltag nachgeht und seiner konkreten Umwelt wird durch das Modell und dessen Komponenten hergestellt. Betätigung ist, nach der Definition des kanadischen Berufsverbandes, ein menschliches Grundbedürfnis, welches Gesundheit und Wohlbefinden positiv beeinflusst. Dieses Grundbedürfnis bestimmt Sinnhaftigkeit und Bedeutung des Lebens eines Individuums (Townsend & Polatajko, 2013).

*„Occupation refers to groups of activities and tasks of everyday life, named, organized, and given value and meaning by individuals and a culture. Occupation is everything people do to occupy themselves, including looking after themselves (self-care), enjoying life (leisure), and contributing to the social and economic fabric of their communities (productivity)“* (CAOT, 1997, S. 34).

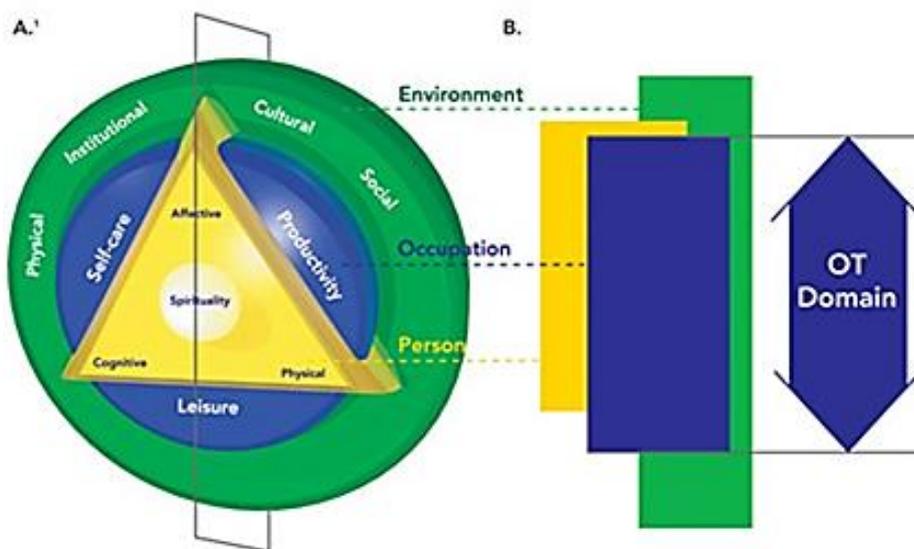


ABBILDUNG 8: CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE AND ENGAGEMENT (CMOP-E)

QUELLE: IN ANLEHNUNG AN TOWNSEND & POLATAJKO (2013)

Im Zentrum des Modells steht die Spiritualität, als fester Bestandteil des Menschen. In seiner Spiritualität spiegeln sich Wille, Motivation und Ausdruck eines Menschen wieder. Diese *angeborene Essenz des Seins* (Knagge, 2016) ist das ganz intime Innere eines Menschen und beeinflusst die Selbstbestimmung und die Ausdrucksfähigkeit. Diese angeborene Komponente verkörpert der Mensch auch in den Betätigungen, die er ausübt und denen er nachgeht. Somit unterscheidet sich das Handeln der Menschen auch aufgrund ihrer Spiritualität voneinander. Dieser wichtige Bestandteil des CMOP-E's richtet den Fokus auf Klientenzentrierung und die bedeutsame Klientenperspektive, als wichtigen Bestandteil eines erfolgreichen Therapieprozesses. Der Klient kennt sich und seine Lebensumstände als eigener Experte am besten und kann aufgrund dieser Tatsache Zielsetzung und Verlauf der Therapie maßgeblich mitbestimmen und beeinflussen (Knagge, 2016). Der Klient übernimmt die Rolle des Experten für seine eigene Lebenswelt, während der Ergotherapeut die Rolle des fachlichen Experten für Betätigungen einnimmt. Diese partnerschaftliche Zusammenarbeit während des Therapieverlaufs wird als *Power-Sharing* bezeichnet (Townsend & Polatajko, 2013).

Besonders im pädiatrischen Bereich sind nicht alleine die Kinder Klienten in der Ergotherapie, sondern alle Bezugspersonen werden zum *erweiterten Klienten* (Knagge, 2016). Zum Klienten werden alle Menschen, die sich im unmittelbaren Umfeld des Kindes befinden und Einfluss nehmen auf Betätigungen und Betätigungsausführung des Kindes. Somit können auch Personen innerhalb des erweiterten Klientenbegriffs Wünsche und Bedürfnisse haben, die in der Therapie thematisiert werden und die Zielsetzung beeinflussen. In der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern von null bis drei Jahren ist die enge Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen des Kindes unabdingbar, da der eigentliche Klient nur begrenzte Möglichkeiten hat sich, seine Bedürfnisse und seine Wünsche mitzuteilen.



Die Betätigungsausführung *Occupational Performance* wird als dynamische Interaktion zwischen Person, Betätigung und Umwelt betrachtet. Grundvoraussetzungen um Betätigungen ausführen zu können sind verschiedene Komponenten, die sich je nach Person sehr spezifisch zusammensetzen und unterschiedlich stark ausgeprägt sein können (Townsend & Polatajko, 2013).

Das CMOP-E benennt folgende Komponenten:

*Affektive Komponenten*, das sind emotionale und soziale Bestandteile einer Person, die Betätigungen beeinflussen können.

*Kognitive Komponenten*, das sind kognitive und geistige Funktionen wie z.B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentration und Intelligenz. Diese Komponenten beeinflussen Betätigungen und deren Durchführung maßgeblich.

*Physische Komponenten*, das sind zusammengesetzt aus motorischen und sensorischen Anteilen. Zu diesen Komponenten zählen Pathologien wie z.B. Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen, Regulationsstörungen, Entwicklungsverzögerungen und körperliche Beeinträchtigungen, die sich vermehrt bei der Klientengruppe von null bis drei Jahren äußern.

*Betätigungen* eines Menschen lassen sich kategorisieren, so geschieht es auch im CMOP-E. Alle Betätigungen denen ein Individuum nachgeht, lassen sich den Betätigungsbereichen Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit zuordnen. Innerhalb der grafischen Darstellung (➤Abbildung 8) des Modells sind die Betätigungsbereiche die Verbindung zwischen Mensch und Umwelt. Die Umwelt ist ein sehr bedeutsamer Faktor, durch den die Betätigungsausführung des Menschen bedingt wird. Die Umwelt im Rahmen des CMOP-E wird in vier Kategorien unterteilt (Townsend & Polatajko, 2013).

Die *kulturelle Umwelt* umfasst sowohl familiäre kulturelle Gegebenheiten, als auch die Kultur einer Gesellschaft mit spezifischen religiösen und ethnischen Werten und Normen (Knagge, 2016). Werte und Traditionen innerhalb einer Familie können auch die Durchführung von Betätigungen betreffen. Die Art und Weise wie Betätigungen im familiären Kontext durchgeführt werden, sind prägend. Für Kinder können viele kulturelle Einflüsse bedeutsam sein, denn in vielen Kulturen werden Säuglinge und Kleinkinder sehr nah am Körper getragen, während sie in anderen bevorzugt in Kinderwagen bewegt werden. Die *institutionelle Umwelt* steht als Begriff für wirtschaftliche und politische Gegebenheiten und Einrichtungen, die diese repräsentieren wie z.B. Behörden, Regierungseinrichtungen und Institutionen. Daraus erschließen sich gesellschaftliche Vorgehensweisen und Anforderungen, welche die Betätigungen bestimmen. Während einige Kleinkinder bereits mit einem Jahr einen Kindergarten oder eine Tagesstätte besuchen, werden andere Kinder erst später, im Alter von drei Jahren in einer Institution mit anderen Kindern betreut. Die *physische Umwelt* bildet natürliche oder geschaffene Räume, die Raum für Betätigungen und deren Durchführung bieten. Sehr junge Kinder schlafen wohlmöglich im gemeinsamen Bett der Eltern innerhalb des häuslichen Umfelds und sind es nicht gewohnt, alleine zu schlafen. Im Gegensatz dazu, schlafen andere Kinder von Geburt an in ihrem eigenen Bett, welches räumlich von den Eltern getrennt ist.



Unter der *sozialen Umwelt* werden die Bezugspersonen eines Kindes und deren Prägung, Einstellungen und Wertesysteme verstanden, die kombiniert die Betätigungen eines Kindes mitbestimmen. Spielkameraden in einer Krabbelgruppe und der Austausch mit anderen Eltern beeinflussen die Betätigungen von Säuglingen und Kleinkindern und deren Bezugspersonen.

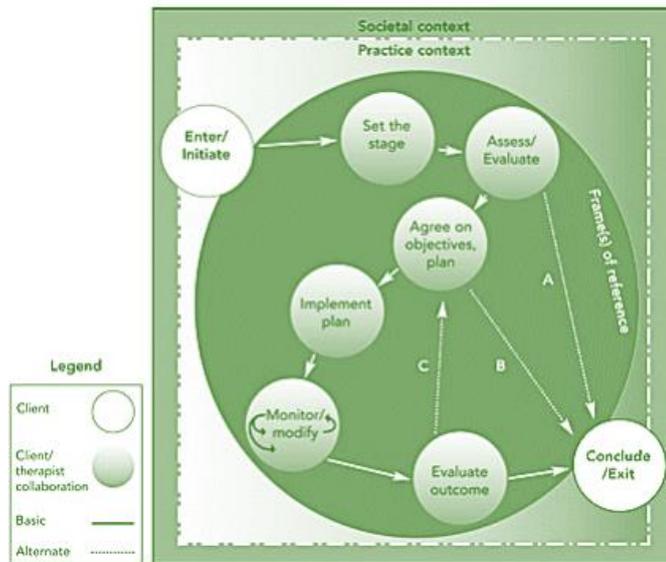
Nach der Überarbeitung im Jahr 2007 ist das *Engagement* als fester Bestandteil des Modells hinzugefügt worden. Durch diese Erweiterung wird auch das ergotherapeutische Verständnis von Betätigung ausgeprägt. Engagement bedeutet, an Betätigungen teilhaben zu können. Die reine Durchführung wird der Komplexität einer Betätigung nicht mehr gerecht, durch das Hinzufügen von *Engagement* wird der Fokus auf das Erleben einer Betätigung und die Motivation des Klienten gerichtet (Knagge, 2016).

### 2.7.2.1 Das Canadian Practice Process Framework

Um einen Veränderungsprozess im Alltag in Gang zu setzen, ist die Zusammenarbeit von Eltern und Therapeut entscheidend. Diese Zusammenarbeit ist durch einen Reasoning Prozess (➤2.5.4) geleitet, um Schwierigkeiten in den Betätigungen zu identifizieren und diese zu lösen (Craik, Davis, & Polatajko, 2013). Wie im Inhaltsmodell, dem CMOP-E, bereits beschrieben, ist die Betätigungsperformanz und -beteiligung komplex und individuell, sodass auch jede Klient-Therapeut-Interaktion einzigartig ist (Craik, Davis, & Polatajko, 2013). Es entsteht ein interaktiver Prozess, der dynamisch und auf den Kontext bezogen ist. Das *Canadian Practice Process Framework* (CPPF) bietet einen generischen und zielorientierten Rahmen, um diesen Prozess evidenzbasiert und klientenzentriert gestalten zu können (Craik, Davis, & Polatajko, 2013). Die Prozessstruktur des CPPF's beschreibt acht Aktionspunkte im ergotherapeutischen Behandlungsprozess, welche Assessments, Interventionen und Evaluationen miteinbeziehen (➤Abbildung 9). Die Aktionspunkte leiten den Therapeuten durch einen Prozess, mit dem er unterschiedlichste Klienten dazu befähigen kann, ihre Ziele zu erreichen. Das CPPF besteht aus vier Elementen, von denen sich drei auf den Kontext beziehen (Craik, Davis, & Polatajko, 2013):

- Der *societal context* umschließt als äußerer Rahmen den *practice context* und steht, wie mit der durchbrochenen Linie angedeutet, mit diesem in Verbindung.
- Der *practice context* ist als spezifischer Aspekt des *societal context* zu sehen und umfasst wiederum die persönlichen sowie die Faktoren aus der Umwelt, die die Beziehung zwischen Klient und Therapeut beeinflussen.
- Die *frames of reference* (➤2.5) sind in der Grafik als ein großer Kreis innerhalb des *practice context* dargestellt und beinhalten Theorien, Konstrukte und Konzepte, auf die der Therapeut während des Prozesses zurückgreift.

Diese drei Elemente stehen im Hintergrund jedes Aktionspunktes des Praxisprozesses. Die acht Aktionspunkte bilden das vierte Element, des CPPF's und sind so benannt worden, weil bei jedem Punkt eine Aktion nötig ist, um ihn abzuschließen (Craik, Davis, & Polatajko, 2013). Das CPPF soll durch die Pfeile und Querverbindungen einen flexiblen Prozess ermöglichen. Es ist möglich die einzelnen Schritte nicht in einer starren, linearen Reihenfolge abzarbeiten, sondern zwischen diesen zu variieren, wenn es erforderlich ist.



**ABBILDUNG 9: DAS CANADIAN-PRACTICE-PROCESS-FRAMEWORK (CPPF)**

QUELLE: IN ANLEHNUNG AN POLATAJKO, CRAIK, DAVIS, UND TOWNSEND (2007)

### Die acht Aktionspunkte/eight action points

Nachfolgend werden die acht Aktionspunkte des CPPF's in Bezug auf einen beispielhaften Prozess mit Säuglingen und Kleinkindern genauer erläutert (Davis, Craik, & Polatajko, 2013; Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016).

<i>Enter/Initiate</i>	Der erste Kontakt zwischen Therapeut und Klient findet durch eine Anfrage oder Verordnung statt, wobei mit Klient hier speziell die Familie gemeint ist. Der Ergotherapeut und die Familie identifizieren gemeinsam Betätigungsprobleme des Kindes und der Eltern. Dann wird entschieden, ob sie den Prozess weiterführen oder nicht und ob eventuell eine andere Profession hinzugezogen werden sollte.
<i>Set the stage</i>	Der Therapeut und der Klient müssen Rahmenbedingungen für die gemeinsame Zusammenarbeit klären (Perspektiven, Annahmen, Werte etc.). Der Einsatz von Assessments, wie dem COPM (Law, et al., 2017) oder im pädiatrischen Kontext das COPM <sup>a-kids</sup> (Gede, van Kampen, Strebel, & Sulzmann-Dauer, 2014), ist hier sinnvoll, um Betätigungsprobleme und Ziele zu definieren.



<i>Assess/Evaluate</i>	Basierend auf den zuvor festgelegten Betätigungsanliegen werden weiterführende Assessments oder Beurteilungen durchgeführt, um die persönlichen, umwelt- und betätigungsbezogenen Faktoren zu identifizieren, die dem Betätigungsproblem des Kindes zugrunde liegen. Im Anschluss entscheidet sich, ob zum nächsten Schritt übergegangen werden kann oder der gemeinsame Prozess endet. Es kann z.B. das <i>Sensory Profile II</i> zum Einsatz kommen, welches die sensorische Verarbeitung von Kindern ab Geburt bis 14 Jahren erfasst (Dunn, 2017). Mit Hilfe von Eltern- und Lehrerfragebogen wird beurteilt, wie die sensorische Verarbeitung des Kindes seine Aktivitäten beeinflusst (Dunn, 2017). <i>Das Family Goal Setting Tool</i> kann bei Familien mit relativ jungen Kindern, von der Geburt bis zum Vorschulalter genutzt werden, bei denen der Verdacht auf eine Autismus- Spektrum-Störung (68 Karten) oder auf eine Entwicklungsverzögerung (80 Karten) vorliegt (Jones, 2017).
<i>Agree on objectives, plan</i>	An diesem Punkt legen Klient und Therapeut, basierend auf den vorherigen Ergebnissen, Ziele fest auf Grundlage der plausibelsten Erklärung für die Betätigungsprobleme. Es wird gemeinsam ein Plan entwickelt unter Einbezug der besten Evidenz, um die Betätigungsziele zu erreichen.
<i>Implement plan</i>	Der Plan wird in die Tat umgesetzt und dokumentiert. Der Therapeut nutzt geeignete Bezugsrahmen, um Veränderungen zu implementieren oder zu unterbinden. Beispielsweise kann der Therapeut den psychosozialbasierten Bezugsrahmen (➤2.5) und das OPC (➤2.6.1) als Grundlage für sein methodisches Vorgehen in der Intervention nutzen.
<i>Monitor/modify</i>	Dieser Punkt beinhaltet eine stetige Evaluation und ggf. Anpassungen, falls die gewählten Strategien nicht die gewünschten Fortschritte in Bezug auf die Betätigungsziele herbeiführen. Der Aktionspunkt unterliegt einer ständigen Wiederholung, um die Umsetzung des Plans immer wieder zu überprüfen. Hier kann sich der Therapeut z.B., aufgrund mangelnden Erfolgs, für den Einsatz des IntraAct Plus Konzeptes anstatt des OPC's entscheiden (➤2.5.1).



<i>Evaluate outcome</i>	Durch eine erneute Ergebnismessung mit Assessments, die bereits in den Phasen <i>Set the stage</i> oder <i>Assess/evaluate</i> durchgeführt wurden, kann festgestellt werden, ob die angestrebten Betätigungsziele erreicht wurden. Ist dies der Fall und es haben sich inzwischen keine neuen Ziele ergeben, kann der Prozess beendet werden. Sollten die Ziele erreicht worden sein und es sind zusätzlich neue entstanden, können der Therapeut und die Familie neu bei dem Punkt <i>Agree on objectives and plan</i> ansetzen. Sind die Ziele bisher nicht erreicht, können sich der Therapeut und die Familie darauf einigen, neu anzusetzen und einen anderen Plan zu entwickeln oder den Prozess zu beenden.
<i>Conclude/Exit</i>	Die Ergebnisse der Zusammenarbeit von Klient und Therapeut werden besprochen und die Dokumentation so abgeschlossen, dass eine erneute Behandlung oder die Überweisung an eine andere Stelle berücksichtigt wird.

**TABELLE 1: DARSTELLUNG DER ACHT AKTIONSPUNKTE**

**QUELLE: IN ANLEHNUNG AN TOWNSEND & POLATAJKO (2013) UND BAUMGARTEN & STREBEL (2016)**

### 2.7.2.2 Canadian Model of Client-Centred Enablement

Auf der Basis der CMOP-E's (➤2.7.2) wurden von den Autoren Townsend und Polatajko (2007) spezielle Kernkompetenzen entwickelt, die den Ergotherapeuten auszeichnen, um als ein *Ermöglicher* innerhalb des therapeutischen Prozesses zu fungieren und *Enabling* im Sinne des Inhaltsmodells für den Klienten oder die Klientengruppe zu ermöglichen. Die Kernkonzepte sind eingebettet in das *Canadian Model of Client-Centred Enablement* (CMCE) und werden in dessen Kontext als *Skills* bezeichnet. Beherrscht ein Ergotherapeut diese Kompetenzen und setzt diese aktiv innerhalb der Therapie ein, ermöglicht er den Klienten, neben einer erfolgreichen Betätigungsausführung, auch Partizipation und Engagement (Townsend, et al., 2013). Die Modellbegründer definieren zehn Kernkompetenzen (➤Abbildung 10), die im therapeutischen Prozess von Ergotherapeuten parallel verwendet werden (Townsend, et al., 2013).

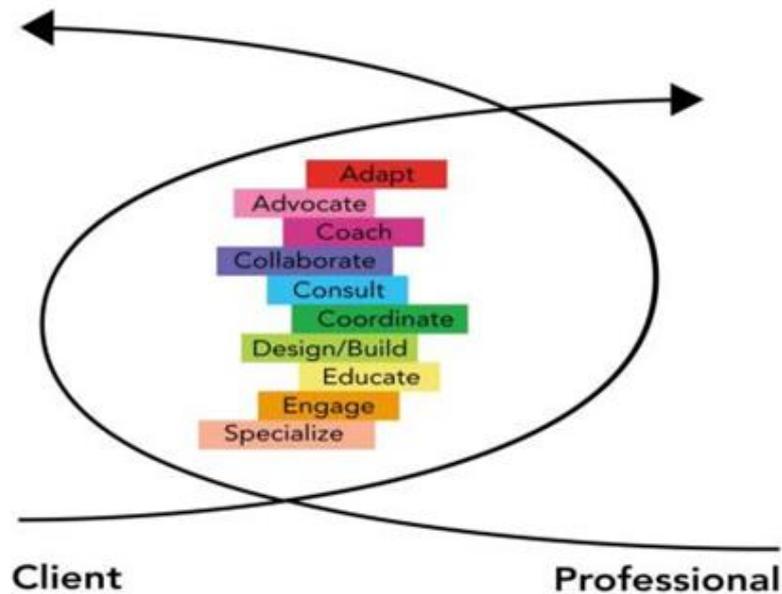


ABBILDUNG 10: CANADIAN MODEL OF CLIENT-CENTRED ENABLEMENT (CMCE)

QUELLE: IN ANLEHNUNG AN TOWNSEND UND POLATAJKO (2013)

Die aufgelisteten Fertigkeiten des Therapeuten werden von Pfeilen umschlossen, die für die professionelle therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Klient stehen (Townsend, et al., 2013). Die erste Überkreuzung der Pfeile ist der Beginn der ergotherapeutischen Behandlung und die zweite Kreuzung ist der Austritt aus dem therapeutischen Kontext. Innerhalb des Prozesses finden die Skills ihren Einsatz und werden dort durch den Therapeuten individuell auf den Klienten, dessen Bedürfnisse, Betätigungsanliegen und Kontextfaktoren ausgerichtet. Die Inhalte der *Enablement Skills* von Twonsend und Polatajko (2013) werden nachfolgend kurz erläutert und auf die Klientengruppe der Kinder von null bis drei Jahren angewendet: **Adapt** bedeutet, dass Betätigungen von dem Therapeuten auf den Klienten hin ausgerichtet und angepasst und wenn nötig in einzelne Teilschritte untergliedert werden. Im Zuge dessen nimmt der Therapeut als *Professional* auch Umwelthanpassungen vor. In der Arbeit mit Säuglingen kann dies bedeuten, die Situation während des Fütterns oder die Schlafsituation zu adaptieren, sodass die Betätigung besser durchgeführt werden kann.

Die Fertigkeit **Advocate** beinhaltet, dass der Therapeut als Fürsprecher fungiert und für den Klienten im Kontakt zu anderen Beteiligten argumentiert. Dies kann beinhalten, dass der Therapeut die Eltern eines Säuglings oder Kleinkind über Betätigungen des Kindes aufklärt, die eine gesunde Entwicklung fördern, wie z.B. das Ertasten von Objekten mit den Händen und/oder dem Mund. Während der Therapeut seinen Klienten und seine Umwelt coacht, steht immer die Klientenzentrierung im Fokus von **Coach**. Dabei kann der Therapeut aktiv eingreifen oder das Umfeld z.B. die Eltern anleiten, um Zielen und Betätigungsanliegen nachzugehen. In der Arbeit bedeutet dies z.B., die Eltern im Handling ihres Neugeborenes anzuleiten und stetig zu analysieren wo und inwiefern Schwierigkeiten und Herausforderungen auftreten.



Ein Mittel kann auch die Videoaufzeichnung sein, die im Gespräch analysiert wird, ohne dass der Therapeut während der eigentlichen Betätigungsausführung anwesend war. Der Therapeut erarbeitet mit den erweiterten Klienten Strategien und Verhaltensweisen, die erprobt und ihrerseits wieder analysiert und evaluiert werden. **Collaborate** beschreibt die Tatsache, dass der Therapeut nicht für den Klienten etwas ausübt, sondern dass die Therapie auf Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut aufbaut. Im Rahmen der Klientenzentrierung und im Sinne des *Power-Sharings* (Townsend, et al., 2013) sind die Klienten aktiv an dem therapeutischen Prozess beteiligt und beeinflussen den Verlauf der Therapie maßgeblich. In der Zusammenarbeit mit Eltern und deren Kindern bedeutet dies für den Ergotherapeuten, dass er der Familie auf Augenhöhe begegnet und deren Umfeldbedingungen Wertschätzung und Respekt gegenüber aufbringt. Der Therapeut bewertet und delegiert nicht, sondern bietet unterschiedliche Lösungsversuche an. Dabei werden Ideen und Vorschläge der Eltern wertgeschätzt und integriert. Der Ergotherapeut beachtet Kontextfaktoren und bezieht diese in sein therapeutisches Handeln ein. Er präsentiert unterschiedliche Vorgehensweisen und Handlungsmöglichkeiten im Rahmen von **Consult**. Dabei berät er während des Veränderungsprozesses und zeigt Perspektiven auf. Bei Säuglingen und Kleinkindern könnte eine Beratung bezüglich diagnosespezifischer Symptome stattfinden. Eltern könnten beraten werden, wie sie ihr Kind bei anhaltendem Schreien beruhigen und welche Maßnahmen sie ausprobieren könnten. **Coordinate** enthält die Verbindung unterschiedlicher Instanzen, die den Klienten betreffen und ihn isoliert voneinander beeinflussen. In der Arbeit mit Familien könnte dies die Organisation von gemeinsamen Gesprächen mit den Betroffenen, dem Ergotherapeuten, dem Kinderarzt und des Jugendamts beinhalten. Unterschiedliche Systeme stellen auch unterschiedliche Anforderungen an den Klienten und dessen Umfeld. Dies kann eine Familie extrem überfordern und zu Resignation führen. Da der Ergotherapeut ganzheitlich, klientenzentriert, betätigungsorientiert und alltagsnah arbeiten sollte, ist es seine Aufgabe diese Anforderungen zu koordinieren und miteinander zu kombinieren. **Design/Build** beinhaltet das Erstellen und Anwenden von angepassten Hilfsmitteln und Umwelтанpassungen des Klienten. In der Zusammenarbeit mit Eltern, könnte dies bedeuten, Spielmaterialien zu empfehlen, die die unterschiedlichen Wahrnehmungsqualitäten stimulieren und deren Verarbeitung fördern. Der Ergotherapeut regt durch **Educate** die Durchführung von Betätigungen an. Dabei kann ein Verhalten oder eine Betätigung in einem geschützten Rahmen erprobt und gelernt werden und wird im nächsten Schritt in einen anderen Kontext übertragen. Die Klienten werden darin unterrichtet, den eigenen Alltag aktiv zu gestalten. Für Eltern mit einem Säugling, der an Regulationsstörungen leidet, könnte dies bedeuten, Beruhigungsstrategien im häuslichen Umfeld zu erproben und aufgrund des fortgeschrittenen Lernprozesses in einen anderen Kontext zu übertragen und diese z.B. während eines Besuchs bei den Großeltern anzuwenden. **Engage** beteiligt den Klienten aktiv an der ergotherapeutischen Behandlung. Der Therapeut schafft ein partnerschaftliches Bündnis und befähigt den Klienten dazu, seine Bedürfnisse, Wünsche und Ziele selbstbestimmt zu äußern. Der Therapeut ermöglicht es dem Klienten, diese Vorstellungen in die Therapie zu integrieren. Der Therapeut beteiligt das Kind und seine Eltern aktiv an der Zielformulierung und steigert somit die Therapiebereitschaft und die Motivation der gesamten Familie.



Maßnahmen können beispielsweise eine sehr detaillierte Aufklärung und die Bereitstellung von Informationen sein, oder auch z.B. über Ergotherapie und deren Inhalte, die Diagnose und Symptome, Perspektive und Prognose. **Specialize** beschreibt die Weiterbildung und Zusatzqualifikation des Ergotherapeuten in dem Fachbereich, in welchem er praktiziert. Im Zuge dessen wird eine qualifizierte und evidenzbasierte Behandlung gewährleistet und es erweitert das Wissensspektrum eines Therapeuten, sodass er in der Lage ist, seinen Klienten eine Bandbreite an Interventionen anzubieten. In der Arbeit mit kleinen Klienten im Alter von null bis drei Jahren, setzt dies ein fundiertes Wissen bezüglich Entwicklung, Bindung und ergotherapeutischer Behandlungskonzepte voraus, die in diesem Alter indiziert sind.



### 3 Methodik

Gläser und Laudel (2010) definieren den Begriff als „[...] die Lehre von Methoden, die Auskunft darüber gibt, wie man den interessierenden Weltausschnitt erforschen kann, das heißt, welche Schritte gegangen werden müssen und wie die Schritte gegangen werden sollten“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 29).

Somit stellt sie das Wissen über die Erfassung der Forschungsthematik dar und beschreibt das genaue Vorgehen. Die Methodik dieser Arbeit ist angelehnt an Gläser und Laudel (2010) und deren Experteninterviews\* und qualitativen Inhaltsanalyse (➤3.2) werden als Strategien der Sozialforschung genutzt.

#### 3.1 Untersuchungsleitende Fragestellungen

Die vorliegende Untersuchung wird durch folgende Fragestellung geleitet: **Wie gestaltet sich der ergotherapeutische Behandlungsprozess im ambulanten Setting mit Säuglingen/Kleinkindern (null bis drei Jahre)? Wodurch wird dieser beeinflusst und wie erfahren Eltern mit Kindern, die in der Ergotherapie waren, diesen Prozess?**

Anhand dieser Forschungsfrage erfassen die Forscher sowohl den aktuellen Stand, als auch individuelle Erfahrungen und Sichtweisen behandelnder Ergotherapeuten und beteiligter Eltern. Folgende Leitfragen dienen zur Beantwortung der Forschungsfrage:

- Wie gestalten Ergotherapeuten den therapeutischen Behandlungsprozess bei Säuglingen/Kleinkindern (null bis drei Jahre)?
- Welche Kompetenzen setzen Ergotherapeuten in ihrer Arbeit mit Kindern zwischen null bis drei Jahren ein?
- Welche Erfahrungen haben Eltern mit der ergotherapeutischen Behandlung in dieser frühen Lebensphase gemacht?
- Welche Kontextfaktoren beeinflussen den Behandlungsprozess bei der genannten Altersgruppe?

Im Rahmen einer qualitativen Studie werden 13 Experteninterviews durchgeführt und ein Online-Fragebogen für Eltern bereitgestellt. Die erwähnten Interviews werden mit Ergotherapeuten durchgeführt, die mit Kleinkindern und Säuglingen von null bis drei Jahren zusammenarbeiten und bereits über drei bis vier Jahre Berufserfahrung verfügen. Der Online-Fragebogen richtet sich an Eltern, deren Kind oder Kinder aktuell, im Alter von null bis drei Jahren, in ergotherapeutischer Behandlung sind. In ➤Abbildung 11 wird der zeitliche Ablauf des Forschungsprozesses grafisch dargestellt.



ABBILDUNG 11: DARSTELLUNG DES FORSCHUNGSPROZESSES

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG (Canva, 2018)



### 3.2 Studiendesign

Qualitative Forschung erfasst keine Zahlen und Messwerte, im Gegensatz zur quantitativen Forschung, sondern es wird angestrebt Erfahrungen zu erfassen, auszuwerten und abzubilden. Die Auswertung erfolgt immer interpretativ und fokussiert das Ziel, subjektive und konkrete Erkenntnisse bezüglich Vorgehensweisen und Einstellungen zu erlangen. Im Zuge dessen werden im ersten Schritt Einzelfälle untersucht und anhand der gewonnenen Forschungsergebnisse wird schließlich auf allgemeingültige Aussagen geschlossen, was als induktives Vorgehen bezeichnet wird (Bortz & Döring, 2005). Qualitative Untersuchungen richten sich grundlegend immer an Menschen. Im Rahmen der empirischen Sozialforschung\* wird eine Gruppe von Menschen untersucht, die Welt in der gelebt wird und der Mensch an sich. Empirische Sozialforschungen sind Untersuchungen, die sich auf einen Ausschnitt der sozialen Welt richten, um aufgrund von Beobachtungen bestehende Theorien weiterzuentwickeln (Gläser & Laudel, 2010). Die durchgeführten Forschungsprozesse beruhen einerseits auf Erfahrungen und sind andererseits aus bestehenden Theorien heraus entstanden und sollen diese weiterentwickeln. Dies geschieht durch die Beobachtung sozialer Realitäten, die wiederum in theoretisches Wissen umgewandelt und überführt werden (Gläser & Laudel, 2010). So werden die Ergebnisse eines Forschungsprozesses in bereits bestehendes Wissen integriert und der Wissensstand über eine konkrete soziale Realität wird erweitert. Da Wissenschaft bereits ein breit gefächertes Begriff ist und innerhalb vieler Disziplinen und Fachbereiche von Bedeutung ist, finden Spezialisierungen statt. Ein spezifischer Ausschnitt eines Fachbereiches wird als konkreter Forschungsgegenstand definiert (Gläser & Laudel, 2010). „Als empirische [...] [Forschung] bezeichnen wir Untersuchungen, die einen bestimmten Ausschnitt der [...] Welt beobachten, um mit diesen Beobachtungen zur Weiterentwicklung von Theorien beizutragen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 24). Empirische Sozialforschung kann nicht strikt in ein rein qualitatives oder rein quantitatives Vorgehen unterschieden werden. Als Gemeinsamkeit der Forschungsdesigns wird die Tatsache gesehen, dass soziales Handeln gedeutet und verstanden werden soll (Weber, 1967).

### 3.3 Methodologische Prinzipien

Die qualitative und induktive Forschungsstrategie sucht nach Kausalmechanismen, die unter bestimmten Bedingungen eine Wirkung hervorruft, wobei Ursache und Wirkung genau bestimmt und definiert werden müssen (Gläser & Laudel, 2010). Diese Strategie wird in der Primärliteratur als *mechanismenorientierte Strategie* (Gläser & Laudel, 2010, S. 26) bezeichnet, die einen direkten Zugang zu Kausalmechanismen liefert. Komplexe soziale Gegebenheiten werden erst innerhalb der Auswertung komprimiert und reduziert. Die vorliegende Forschungsarbeit richtet sich nach den methodologischen Prinzipien der Autoren Gläser und Laudel (2010). Das Prinzip der Offenheit stellt sicher, dass während des gesamten Forschungsprozesses, die Forschung offen und empfänglich ist für neue und unerwartete Informationen. Dabei werden ebenfalls die erfassten Daten und beobachteten Tatsachen nicht starr in bereits erstellte Kategorien eingeordnet (Gläser & Laudel, 2010). Die Untersuchung wird nicht durch die reinen Vorüberlegungen strukturiert, sondern flexibel angepasst, verändert und lässt Raum für Unerwartetes (Gläser & Laudel, 2010).



Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens beschreibt die Erfordernis, dass an den bereits vorhandenen Wissensbestand angeknüpft wird und theoretische Vorüberlegungen und Hypothesen aufgestellt werden sollten (Gläser & Laudel, 2010). Vorverständnis und Fachwissen der Verfasser, über den spezifischen Forschungsgegenstand wird vorausgesetzt (Gläser & Laudel, 2010). Das regelgeleitete Prinzip nach Gläser und Laudel (2010) impliziert, dass der Forschungsprozess spezifischen Regeln untergeordnet ist, dies dient der Verfolgbarkeit und der Rekonstruktion. Das vierte methodologische Prinzip setzt das Verstehen als Basis sozialwissenschaftlicher Forschung voraus und betont die Notwendigkeit einer verständlichen Nachvollziehbarkeit der wissenschaftlichen Erhebung und ihrer Ergebnisse (Gläser & Laudel, 2010).

### 3.3.1 Das Hypothetische Modell und die Variablen

Auf Basis der theoretischen Vorüberlegungen und der Literaturrecherche, wird zur Vorbereitung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010), das hypothetische Modell entworfen.

Das Modell (➤Abbildung 12) stellt das innerhalb der Forschung untersuchte, soziale Phänomen dar. Nach Gläser und Laudel (2010) müssen innerhalb der Überlegungen, soziale Prozesse mit aufgenommen werden, die die Wechselwirkung zwischen den Variablen vermitteln. Zur Gestaltung des hypothetischen Modells legten die Forscher dementsprechend zunächst beeinflussende Variablen des sozialen Phänomens fest (➤Tabelle 2).

Die unabhängige Variable	<p>Der Ergotherapeut und seine Kompetenzen</p> <p>Bei diesen Variablen „<i>interessiert nur ihre Wirkung auf andere Variablen [...] ihre Rolle als Ursache</i>“ (Gläser &amp; Laudel, 2010, S. 81). Wirkung und Ursache auf andere Variablen werden demnach beobachtet.</p>
Die abhängige Variable	<p>Die Zielgruppe der Eltern und Kinder</p> <p>Bei diesen Variablen ist „<i>nur wichtig wodurch sie beeinflusst werden [...]</i>“ (Gläser &amp; Laudel, 2010, S. 81). Daher müssen diese in der Forschung ebenfalls berücksichtigt werden.</p>
Die vermittelnde Handlung	<p>Der ergotherapeutische Prozess</p> <p>“<i>Die mit den Variablen beschriebenen Phänomene wirken nicht direkt aufeinander, sondern vermittelt über soziales Handeln</i>“ (Gläser &amp; Laudel, 2010, S. 80). “<i>[...] Variablen, die Vermittlungsprozesse beschreiben</i>“ (Gläser &amp; Laudel, 2010, S. 81).</p>



Die intervenierende Variable	Die Umwelt, das CMOP-E, die Meso- und Makroebene  Diese „beeinflussen den Kausalmechanismus und vermittelt über diesen eine oder mehrere abhängige Variablen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 81).
------------------------------	---

**TABELLE 2: DARSTELLUNG DER VARIABLEN**

**QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG**

Der vorliegenden Forschungsarbeit liegt, wie bereits beschrieben, das ergotherapeutische Inhaltsmodell CMOP-E zugrunde (➤2.7.2). Demnach bildet dieses ebenfalls eine Variable in dem erstellten hypothetischen Modell der Forscher. Das CPPF (➤2.7.2.1) stellt das dazugehörige Prozessmodell dar und wurde ebenfalls mit dem hypothetischen Modell verknüpft.

Sowohl in dem Prozessmodell, als auch innerhalb der vorliegenden Forschung, werden Therapeut und Klient, in die verschiedenen Umweltkontexte eingebettet. Die unterschiedliche Färbung der Variablen weist auf die unterschiedlichen Arten (➤Tabelle 2) der einzelnen Variablen hin (➤Abbildung 12, ➤Anlage 9).

Im weiteren Verlauf wurden die Variablen nach ihrer Festlegung, anhand ihrer Einflüsse aufeinander definiert. Jede Variable wurde anhand einer Definition, Indikatoren der Zeitdimension und mehrerer Sachdimensionen dargestellt. Diese genaue Darstellung ist im Anhang wiederzufinden (➤Anlage 9).

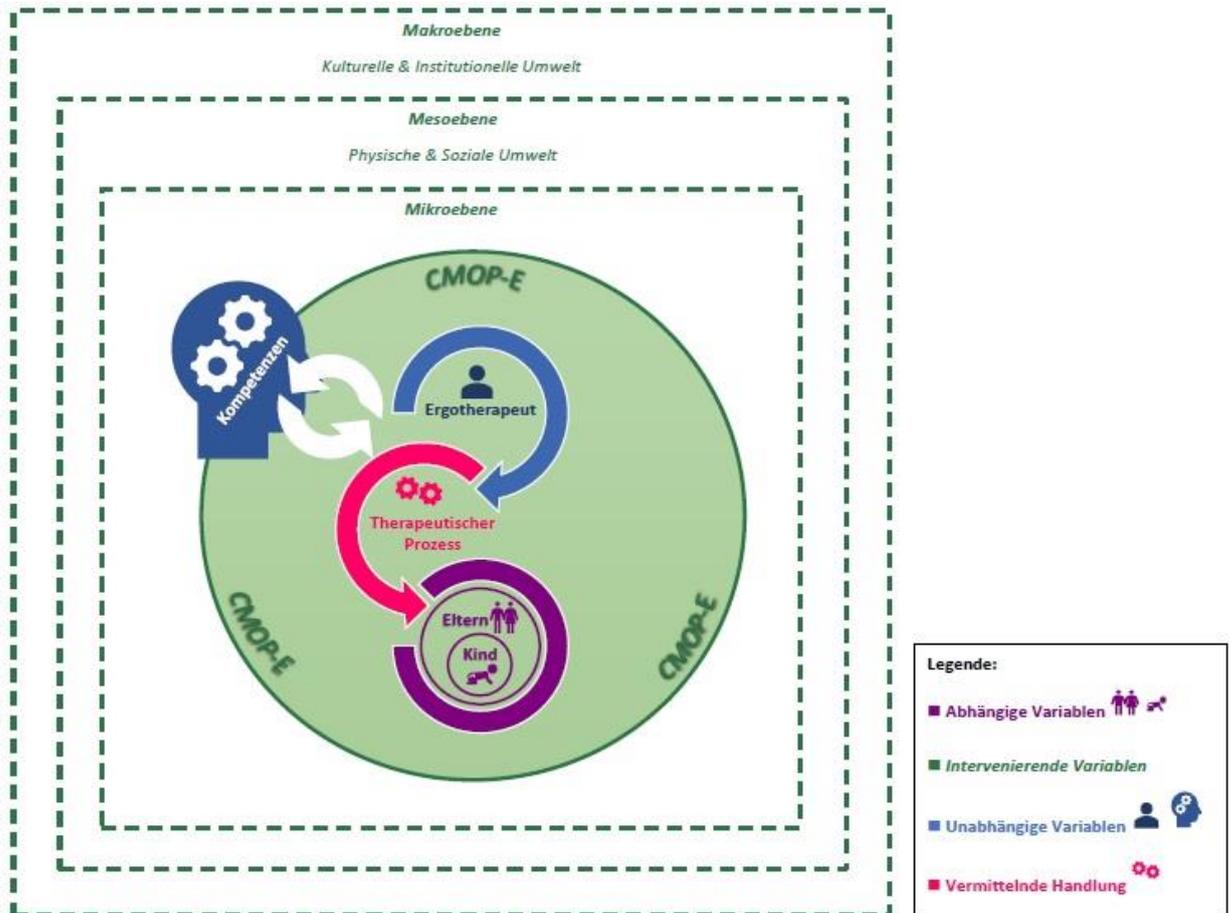


ABBILDUNG 12: DAS HYPOTHETISCHE MODELL

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

### 3.4 Forschungsdesign 1: Experteninterviews

#### 3.4.1 Konstruktion des Interviewleitfadens

Den Forschern ist es wichtig, tiefgehende Informationen bezüglich der ergotherapeutischen Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern zu erhalten. Ein Experteninterview bietet den Vorteil, dass durch weiterführende Fragen die Informationen vertieft und so Zusammenhänge erfahren werden können (Scholl, 2009).

*“Die Interviewpartner werden als Experten für die zu rekonstruierenden sozialen Prozesse angesehen und nach Informationen über diese Prozesse gefragt“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 105).*

Gläser und Laudel (2010) empfehlen für die Experteninterviews kein standardisiertes oder halb standardisiertes Vorgehen. Daher wählten die Forscher dieser Arbeit, als nichtstandardisierte Form des Experteninterviews, ein leitfadengestütztes Interview (➤Anlage 5). Sein Konstrukt regt zum freien Erzählen und einem daraus resultierenden natürlichen Gesprächsverlauf an (Gläser & Laudel, 2010). Bei der Erstellung des Leitfadens orientierten sich die Forscher an der Vorgehensweise von Gläser und Laudel (2010).



Das Informationsbedürfnis, welches aus der Untersuchungsfrage und den theoretischen Vorüberlegungen abgeleitet wurde, wird in Themen und Fragen des Leitfadens übersetzt. Somit wird das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens realisiert (Gläser & Laudel, 2010). Die ersten Fragen konzipierten die Forscher als Faktenfragen, um generelle Informationen über die Ausbildung und des Werdeganges der Experten zu erhalten. Im weiteren Verlauf stellten die Forscher Meinungsfragen, um ausführliche Informationen des zu untersuchten sozialen Phänomens zu erhalten. Ein Leitfaden (➤Anlage 5) bietet den Interviewern eine notwendige Struktur und gleichzeitig eine Sicherheit alle wichtigen Aspekte und wesentlichen Dinge anzusprechen (Scholl, 2009). Durch die Empfehlung von Gläser und Laudel (2010) die Erhebung der Daten durch einzelne Interviews durchzuführen, gestalteten die Forscher ihren Leitfaden entsprechend für 13 Einzelinterviews.

### 3.4.2 Teilnehmersauswahl und Akquise

Die Experten können als Zugehörige einer Funktionselite definiert werden, die aufgrund ihrer Funktion innerhalb dieser Elite besondere und forschungsrelevante Kenntnisse vorweisen können (Gläser & Laudel, 2010). Um Informationen über einen bestimmten Sachverhalt zu sammeln, empfehlen Gläser & Laudel (2010) diese zu triangulieren, sprich sie von mehreren Interviewpartnern einzuholen. Die Zahl der Interviewpartner wird nicht auf ein notwendiges Minimum beschränkt, sondern der Umfang der Stichprobe wird von den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig gemacht. Auf Grundlage dieser Vorüberlegungen wurden Kriterien für mögliche Interviewpartner festgelegt.

Für die Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern, werden examinierte Ergotherapeuten mit Berufsurkunde und abgeschlossener Berufsausbildung als Experten gewählt, die im Fachbereich Pädiatrie mit Kindern von null bis drei Jahren arbeiten. Eine Arbeitserfahrung von mindestens drei Jahren sollte vorhanden sein, damit bereits ausreichend praxisbasiertes Wissen gesammelt werden konnte, welches die Studie bereichert. Da eine internationale Ausweitung der Stichprobe aus Sicht der Forscher für den deutschen Raum der Studie nicht wesentlich mehr Aussagekraft verliehen hätte und unter Berücksichtigung ökonomischer und praktischer Faktoren wurde das Sampling auf Ergotherapeuten begrenzt, die in Deutschland praktizieren.

Um Experten für die Interviews zu akquirieren, wurden E-Mails mit einem kurzen Anschreiben und einem Informationsflyer (➤Anlage 2) an 94 Einrichtungen versendet. Die Einrichtungen (z.B. Frühförderzentren und Schwerpunktpraxen) wurden zum größten Teil via Internetrecherche gesucht und kontaktiert, sofern die Arbeit mit Kindern zu ihrem Behandlungsspektrum zählte. Einzelne Teilnehmer wurden gezielt kontaktiert, wenn ein Bezug zum Untersuchungsthema bekannt war z.B. Autoren eines Fachartikels zum Thema Säuglinge und Kleinkinder. Außerdem kontaktierten die Forscher den Verband deutscher Ergotherapeuten (DVE), welcher den Teilnehmersaufruf zur Studie im Newsletter veröffentlichte. Des Weiteren wurden die kontaktierten Einrichtungen und Experten darum gebeten, den Informationsflyer an Kollegen, auf die die Kriterien auch zutreffen, weiterzuleiten, um so zusätzlich eine Stichprobe nach dem Schneeballprinzip zu erreichen (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016).



Nach zwei Wochen wurden alle bereits kontaktierten potenziellen Teilnehmer, die noch nicht geantwortet hatten, erneut per Email oder Telefon an die Studie erinnert. Die Kontaktaufnahmen und Zusagen wurden tabellarisch dokumentiert und stets aktualisiert. Durch den Informationsflyer sollten Ergotherapeuten angesprochen werden, die die Teilnahmebedingungen erfüllen. Die Zielsetzung und die Umsetzung der Interviews wurden im Flyer konkretisiert und die wichtigsten Informationen übersichtlich in einem hervorgehobenen Textfeld zusammengefasst.

Es konnte eine gezielte Stichprobe von 13 Ergotherapeuten, die die Teilnahmebedingungen erfüllten, für die Experteninterviews akquiriert werden. Diese Stichprobe setzte sich zusammen aus Ergotherapeuten, die drei bis 40 Jahre Berufserfahrung hatten und einen unterschiedlich hohen Anteil an Säuglingen und Kleinkindern behandeln. Einige der Ergotherapeuten waren selbst Lehrtherapeuten, Dozenten oder Ausbilder. Die Ergotherapeuten stammten aus den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen. Während der Durchführung eines Interviews wurde deutlich, dass ein Teilnehmer nicht die Einschlusskriterien der Forscher erfüllte. Das Interview wurde zu Ende geführt, jedoch nicht transkribiert und ausgewertet.

### 3.4.3 Durchführung des Pretests

Um den erstellten Leitfaden auf seine Qualität hin zu testen (Gläser & Laudel, 2010), wurden zwei Vorstudien durchgeführt. Die Interviews wurden Anfang Mai mit zwei Ergotherapeuten arrangiert, die bereits mehrere Jahre im Bereich der Pädiatrie arbeiteten. Aufgrund persönlicher Bekanntschaft zwischen den beiden Experten und den Forschern, wurden diese aus dem Sampling ausgeschlossen und als Pretest\* interviewt. Die Befragungen fanden jeweils mit zwei Forschern bei den Teilnehmern zu Hause statt und dauerten ca. 25 Minuten. Im Anschluss an das Interview fand eine mündliche Evaluation des Leitfadens statt.

Die Forscher erfragten das Wohlbefinden der Teilnehmer während des Interviews, die Verständlichkeit und Reihenfolge der Fragen sowie fehlende oder überflüssige Aspekte. Anhand des Feedbacks und dem regen Austausch im ganzen Forschungsteam wurde der Interviewleitfaden angepasst und erweitert. Es wurde ein einheitlicher Themeneinstieg- und Ausstieg festgelegt, eine Frage wurde von Platz vier auf Platz fünf verschoben, zwei Fragen wurden spezifiziert und deutlicher ausformuliert. Ebenso wurde bei drei Fragen jeweils ein neuer Aspekt als Unterthema mit aufgenommen. Des Weiteren wurden die Ergotherapeuten um ihre Meinung bezüglich der Einverständniserklärung gebeten. Diese wurde als verständlich und vollständig empfunden, sodass keine Änderungen notwendig waren.



### 3.4.4 Durchführung der Experteninterviews

Nach der zweimaligen Durchführung des Pretests in Form von Interviews wurde der Interviewleitfaden evaluiert und Anpassungen vorgenommen. Die 13 Interviews mit den rekrutierten Experten fanden im Zeitraum von Mai bis Juli 2018 statt. Alle Interviews wurden in Form eines face-to-face Interviews durchgeführt, dabei erfolgte vorher mit den Experten eine Koordination von Ort und Zeitpunkt der Interviewdurchführung, wobei Rücksicht auf die Bedürfnisse und Wünsche der Experten genommen wurde (Gläser & Laudel, 2010). Die Interviews fanden sowohl im häuslichen Umfeld der Experten, in deren Praxen und Einrichtungen, als auch in öffentlichen Cafés statt. Dabei achteten die Forscher auf eine ruhige und ungestörte Atmosphäre, um eine gute Gesprächsführung ohne Unterbrechungen zu gewährleisten. Einschneidende Störungen konnten in den meisten Fällen vermieden werden. Die Durchführung der Experteninterviews orientierte sich an dem erstellten Interviewleitfaden der Forscher (Gläser & Laudel, 2010). Die Forscher entschieden sich dafür, die Experteninterviews zu zweit durchzuführen. Die Autoren Gläser und Laudel (2010) nennen Vorteile für diese Form des Interviews, die die Wahl der Forscher bekräftigten u.a. gegenseitige Entlastung der Interviewer, Vier-Ohren-Prinzip, Vier-Augen-Prinzip und die Triangulation (➤3.4.7). Bei dieser Form der Interviews wurden innerhalb der Pretests positive Erfahrungen sowohl seitens der beiden Interviewer, als auch auf der Seite der Experten des Pretests gemacht, dies bekräftigte die Wahl des Forscherteams. Die Inhalte der Experteninterviews wurden bei allen Gesprächen mit zwei Mobiltelefonen aufgenommen und gespeichert, um die gewonnenen Daten zu sichern und zu dokumentieren. Bei technischen Problemen war jeweils eine weitere Sicherheitskopie des Interviews vorhanden (Gläser & Laudel, 2010). Die Dauer der 13 Interviews variierte von einem Minimum von 25 Minuten bis zu einem Maximum von 59 Minuten.

### 3.4.5 Transkription der Experteninterviews und Member-Check

Für die Analyse wurden alle 13 Experteninterviews verschriftlicht. Die Transkription\* erfolgte durch das Programm F4 (Dresing & Pehl, 2013). Nach Gläser und Laudel (2010) gibt es für die Transkription von Interviewprotokollen bislang keine Regeln, weshalb die Autoren sich an die Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2013) (➤Anlage 6) anlehnen. Anhand derer wurden ergänzende Regeln festgelegt und im Projekt konsequent von zwei Autoren angewendet. Jedes Interview wurde auf persönliche Daten wie Namen und Orte überprüft und schließlich anonymisiert, um Rückschlüsse auf die Person zu vermeiden. Zur Anonymisierung wurden den Interviewexperten zusätzlich Zahlen von eins bis 13 zugeordnet. Nach Abschluss der Datenanalyse wurden die Transkripte den teilnehmenden Experten zum Member-Check\* zugesandt (Ritschl et al., 2016). Innerhalb einer Woche hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, das entsprechende Transkript zu lesen, zu kontrollieren und gegebenenfalls zu korrigieren. Durch dieses Vorgehen sichern sich die Forscher ab, Aussagen und Erfahrungen der Experten richtig wiedergegeben zu haben.



### 3.4.6 Durchführung der Extraktion

Mit der Entnahme und Einordnung der Daten aus den Transkripten, bildet die Extraktion\* den ersten Schritt der Auswertung. Für ein systematisches Vorgehen werden, nach Gläser und Laudel (2010) während der Extraktion, Kategorien gebildet. Diese Kategorien (➤Tabelle 3) basieren auf den theoretischen Vorüberlegungen und dem hypothetischen Modell (➤Abbildung 12). In Anlehnung an Gläser und Laudel (2010) wurden 16 Extraktionsregeln von den Forschern aufgestellt, die als Orientierung und Grundlage während des Extraktionsprozesses dienen (➤Anlage 11).

Für die Extraktion wurde, wie bereits zur Transkription, das Programm *F4* genutzt (Dr. Dresing und Pehl GmbH, 2017). Die Forschergruppe nutzte das Programm *Randomizer*, um die Teilnehmer nochmals zu randomisieren (Urbaniak & Plous, 2013). Die Teilnehmer erhielten während der Transkription eine Nummer, die auf die Reihenfolge der Interviewdurchführungen zurückzuführen war. Zum systematischen und einheitlichen Vorgehen wurde das erste Interview von allen vier Forschern gemeinsam extrahiert.

Im Sinne der Triangulation wurden die weiteren Interviews mit zwei Forschern extrahiert und die Einordnung erfolgte im ständigen Austausch und gegenseitigen Dialog. Die vorab erstellten Extraktionsregeln (➤Anlage 11) wurden im weiteren Prozess und bei aufkommenden Unklarheiten, diskutiert und fortlaufend ergänzt. Die Ergebnisse der aufbereiteten Daten werden im nächsten Kapitel (➤ 3.7) dargestellt.

### 3.4.7 Triangulation

Innerhalb der vorliegenden Forschungsarbeit sind verschiedene Triangulationen zu erwähnen. Durch das Einbeziehen von vier Forschern, wurden deren unterschiedliche Ansichten und Herangehensweisen in den Forschungsprozess eingebracht und miteinander kombiniert, weshalb eine Forschertriangulation entstand (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016).

Des Weiteren wird die Methodentriangulation durch den Einsatz unterschiedlicher Methoden erreicht (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016). Wie bereits beschrieben, wurde für die vorliegende Arbeit neben der qualitativen Methode (➤3.4) ebenso eine quantitative Methode (➤3.6) genutzt, um tiefere Informationen zu erhalten. Innerhalb der Datentriangulation werden „[...] unterschiedliche Datenerhebungsstrategien und Datenquellen im Erhebungsprozess eingesetzt, um einen möglichst vielfältigen Blick auf den Untersuchungsgegenstand zu ermöglichen“ (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016, S. 129). Ein weiterer Aspekt der Datentriangulation, welche die Forscher durchgeführt haben, sind die unterschiedlichen Erhebungszeiten und Orte der 13 Experteninterviews.



### 3.5 Darstellung der Ergebnisse

Innerhalb dieses Kapitels werden die Ergebnisse der Extraktion anhand der Daten aus den Interviews aufgezeigt (Gläser & Laudel, 2010). Die Darstellung erfolgt anhand des Kategoriensystems (➤Tabelle 3), welches aus den Variablen des hypothetischen Modells entstanden ist. Im Falle von unerwarteten bzw. neuen relevanten Aspekten, dürfen innerhalb dieses Forschungsabschnittes die zuvor gebildeten Kategorien und Dimensionen erweitert werden. Somit wird sichergestellt, dass alle relevanten Informationen in die Auswertung einfließen (Gläser & Laudel, 2010).

Kategorien	
Makroebene	Berufspolitik
	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
	Krankenkassen
	Gesetzgebungen
Mesoebene	Interdisziplinarität
	Verordnungen
	Institutionen
Mikroebene	CMOP-E
	Kinder
	Eltern
	Therapeutischer Prozess
	Ergotherapeut

**TABELLE 3: KATEGORIEN FÜR DIE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE**

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

#### Berufspolitik

Zum Thema Berufspolitik in der Ergotherapie, im Arbeitsfeld mit Säuglingen und Kleinkindern, beschrieben die Teilnehmer eine ungenügende Bekanntheit des Arbeitsfeldes (TN 2, Absatz 14, 46; TN 6, Absatz 56; TN12, Absatz 78; TN 13, Absatz 62). „Das heißt das würde ich mir wünschen, dass es einfach nochmal ein bisschen mehr publik gemacht wird. Und da reicht NICHT nur immer mal wieder ein Artikel in der Fachzeitschrift [...]“ (TN 2, Absatz 46). In diesem Zusammenhang wurde geäußert, dass sich eine verbesserte Bekanntmachung des Berufes, positiv auf die Anerkennung bei Ärzten auswirken würde (TN10, Absatz 140). Ein höherer Bekanntheitsgrad könnte neue Arbeitsfelder eröffnen und würde eine Anstellung in Einrichtungen, wie z.B. einem Kindergarten, ermöglichen (TN 10, Absatz 140).



Die Experten äußerten den Wunsch, dass das Engagement auf politischer und gesellschaftlicher Ebene noch intensiver sein sollte (TN 2, Absatz 46; TN 10, Absatz 24). Teilnehmer 2 hatte das Anliegen, dass mehr Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden sollte, „[...] [ich] fände es super, es gäbe dazu auch mal eine Projektgruppe, die sich einfach damit speziell auseinandersetzt. Auch nochmal mit entsprechenden Aufklärungsflyern, Assessments für diese Altersgruppe, entsprechenden Fortbildungen“ (TN 2, Absatz 46). Des Weiteren wurde in dieser Kategorie der Sachverhalt thematisiert, dass ein akademischer Abschluss oder das Absolvieren spezifischer Fortbildungen keinen finanziellen Vorteil für Ergotherapeuten bedeutet (TN 8, Absatz 51; TN 10, Absatz 146). Weiterführend äußerte Teilnehmer 8, dass Fortbildungen für die Zielgruppe nur begrenzt unterstützt und schwer zu finanzieren seien „[...] es ist finanziell echt wirklich ein DISASTER, also [man] zahlt nicht nur einmal 1000€, sondern jedes Mal und wo [soll man] das hernehmen [...]?“ (TN 8, Absatz 98).

### Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Viele Teilnehmer empfanden die aktuelle Ausbildungssituation in den Berufsfachschulen als nicht zufriedenstellend (TN 3, Absatz 20; TN 5, Absatz 48; TN 8, Absatz 4, 51). In der Ausbildung zum Ergotherapeuten wünschten sich die befragten Teilnehmer verstärkte Vermittlung von Grundlagewissen und mehr pädiatrische Inhalte, die speziell auf die Zielgruppe ausgerichtet sind „Wie [die] kindliche Entwicklung verläuft, ist bei mir in der Ausbildung zu wenig vermittelt worden, viel zu wenig [...]. Also da hätte ich MEHR gebraucht, viel viel mehr“ (TN 5, Absatz 48).

### Krankenkassen

In dieser Sachdimension werden die Aspekte Finanzierung und Vorschriften durch die Krankenkassen beleuchtet. In diesem Zusammenhang teilte Teilnehmer 13 den Forschern seine Erfahrungen mit „Und da lässt [es] oft das Taktungssystem in der Praxis nicht zu, [weil] es auch nicht anders bezahlt wird von den Krankenkassen [...]. Deswegen muss man halt alles irgendwie schnell machen“ (TN 13, Absatz 68). Des Weiteren fühlten sich Teilnehmer 10 und 12 von den Krankenkassen in ihren therapeutischen Möglichkeiten eingeschränkt „Ich muss natürlich immer [schauen], wie das mit der Abrechnung ist, Krankenkassenmäßig. [Eine] therapeutisch induzierte Unterbrechung kann ich ja machen, leider nur 4 Wochen, sonst würde ich es auch manchmal 5 oder 6 Wochen machen“ (TN 12, Absatz 22).

### Gesetzgebung

Zu der Kategorie Gesetzgebung wurden von den Teilnehmern sehr individuelle und einrichtungsspezifische Aspekte genannt. Teilnehmer 5 und 11 arbeiteten bereits mit dem Jugendamt zusammen oder mit Kindern, die unter bestimmten Auflagen therapiert wurden (TN 5, Absatz 14; TN 11, Absatz 52). Die Therapien eines Teilnehmers fielen unter den Status einer Komplexleistung, aufgrund dessen sei er verpflichtet regelmäßig Förderpläne zu erstellen (TN 7, Absatz 29). Ein weiterer Teilnehmer nannte in diesem Zusammenhang, den Aspekt der Gesundheitsreform und das damit verbundenen Budget der Ärzte (TN 10, Absatz 46).



## Interdisziplinarität

Innerhalb dieser Sachdimension nannten die Experten viele unterschiedliche Disziplinen und Institutionen, mit denen sie auf verschiedenste Art und Weise zusammenarbeiteten.

Berufsgruppe	Quelle
Physiotherapeuten Krankengymnasten	TN 1, Absatz 36, 48; TN 2, Absatz 42; TN 3, Absatz 51, 55; TN 5, Absatz 22,40; TN 6, Absatz 6, 54; TN 7, Absatz 14, 18, 25; TN 9, Absatz 93; TN 10, Absatz 90; TN 12, Absatz 26, 80; TN 13, Absatz 48
Ärzte	TN 2, Absatz 42; TN 3, Absatz 55; TN 5, Absatz 63; TN 6, Absatz 14, 22, 54; TN 7, Absatz 23; TN 9, Absatz 93; TN 10, Absatz 36, 90; TN 12, Absatz 12, 26; TN 13, Absatz 48
Logopäden	TN 1, Absatz 26, 48; TN 3, Absatz 51, 55; TN 5, Absatz 22; TN 6, Absatz 6, 54; TN 7, Absatz 57; TN 9, Absatz 93; TN 11, Absatz 19
Psychologen	TN 2, Absatz 42; TN 3, Absatz 55; TN 5, Absatz 40, 46, 63; TN 7, Absatz 23, 25, 51, 57;
Heilpädagogen	TN 3, Absatz 55; TN 7, Absatz 14, 18, 41, 57; TN 9, Absatz 93; TN 11, Absatz 19, 63
Erzieher	TN 1, Absatz 48; TN 4, Absatz 55; TN 5, Absatz 46; TN 13, Absatz 48
Hebamme	TN 6, Absatz 14, 54; TN 8, 78; TN 10, Absatz 79, 90; TN 12, Absatz 12
Dolmetscher	TN 7, Absatz 51; TN 13, Absatz 83
Motopäden	TN 7, Absatz 57; TN 11, Absatz 46, 63
Sprachheilpädagogen	TN 7, Absatz 57; TN 11, Absatz 63
Ökotrophologen	TN 3, Absatz 55
Frühförderung	TN 4, Absatz 90
Reha Techniker	TN 6, Absatz 40
Orthopädie Techniker	TN 6, Absatz 54
Orthopädie Mechaniker	TN 6, Absatz 54
Pädagogen	TN 7, Absatz 27
Spielberater	TN 10, Absatz 128
Osteopathen	TN 13, Absatz 36, 48

**TABELLE 4: DARSTELLUNG DER DISZIPLINEN**

**QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG**



Die Experten nannten unterschiedliche Berufsgruppen, mit denen sie sehr häufig zusammenarbeiteten. Am häufigsten wurde die Disziplin der Physiotherapeuten, Ärzte, Logopäden und Psychologen genannt. Diese Zusammenarbeit wurde von den Experten als sehr wertvoll empfunden „Ansonsten finde ich persönlich den interdisziplinären Austausch total hilfreich, [...] wenn ich nur mit Ergo Kollegen zusammen arbeiten würde [...], würde ich mich im Kreis drehen“ (TN 11, Absatz 61). Teilnehmer 5 äußerte sich dazu wie folgt „Weil es ein umfassender Blick ist, [...] wenn ich alleine mit meinen zwei Augen auf ein System [schaue] und dann kommt [jemand anderes] und hat einen anderen Background, einen anderen Blickwinkel und eine andere Geschichte und auf einmal wird es viel umfassender“ (TN 5, Absatz 58).

Institutionen	Quelle
Kindergarten Kindertagesstätte	TN 1, Absatz 26; TN 5, Absatz 46; TN 6, Absatz 54; TN 11; Absatz 35, 52; TN 12, Absatz 26
Frühförderzentrum	TN 1, Absatz 26; TN 2, Absatz 42; TN 6, Absatz 54; TN 7, Absatz 25
Jugendamt	TN 11, Absatz 50; TN 13, Absatz 36
Erziehungsberatungsstelle	TN 5, Absatz 46; TN 13, Absatz 36, 48
SPZ	TN 6, Absatz 14; TN 8, Absatz 78;
Gesundheitsamt	TN 6, Absatz 40
Sozialamt	TN 6, Absatz 40, 54
Kinderkrippe	TN 6, Absatz 54
Uniklinik	TN 6, Absatz 14
Ambulante Familienhilfe	TN 7, Absatz 18
Familienzentrum	TN 13, Absatz 36
Familienberatungsstellen	TN 13, Absatz 48

**TABELLE 5: DARSTELLUNG DER GENANNTEN INSTITUTIONEN**

**QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG**

Im Zusammenhang mit den Institutionen und den unterschiedlichen Disziplinen wurden unterschiedliche Formen der Teamarbeit von den befragten Experten benannt. Genannt wurden z.B. gemeinsame Videoanalysen, Fallbesprechungen, regelmäßige Rückmeldungen, gemeinsame Interventionen durchführen, institutionsübergreifende Kooperationspartner und ein gutes Netzwerk (TN 1, Absatz 48; TN 2, Absatz 42; TN 3 Absatz 14, 51; TN 5, Absatz 40, 44; TN 7, Absatz 25, 27, 43, 59; TN 8, Absatz 66; TN 10, Absatz 79; TN 11, Absatz 35; TN 12, Absatz 80).



## Verordnungen

Innerhalb dieser Sachdimension wurden Aspekte erhoben, die Verordnungen betreffen. Dazu erwähnten die Experten, von wem die Initiative für die Verordnungen ausgehe, wie sich die Verordnungssituation generell gestalte und äußerten sich zum Inhalt und Bedarf. Bezüglich der Initiative nannten die Teilnehmer weniger die Eltern selbst (TN 8, Absatz 18), sondern mehr die Kinderärzte und Kindergärten (TN 1, Absatz 92; TN 2, Absatz 10; TN 3, Absatz 14; TN 4 Absatz 5; TN 5 Absatz 14; TN 7, Absatz 20; TN 8, Absatz 6; TN 11, Absatz 18, 19; TN 12, Absatz 12; TN 13, Absatz 10).

Im Bezug zu der Verordnungssituation ist Teilnehmer 2 der Ansicht *„Das heißt eigentlich, der Arzt [ergreift die Initiative] aber nur wenn die Eltern bei so kleinen Kindern enorm Druck machen oder [...] beim Kinderarzt [zusammenbrechen] und sagen sie können nicht mehr. Also es muss schon enormer Druck da sein [...] dass dann die Kinderärzte, die wissen das Ergotherapie für die Altersstufe auch schon möglich ist, dass die dann aktiv werden“* (TN 2, Absatz 10). Die Aussagen über verordnete Hausbesuche differenzierten zwischen den Experten stark, ein Teilnehmer führte ausschließlich Hausbesuche durch (TN 3, Absatz 16). Bei anderen kamen dagegen nur gelegentlich Hausbesuche vor (TN 3, Absatz 35; TN 11; Absatz 19, 35; TN 12, Absatz 24; TN 13, Absatz 74), bei anderen Befragten waren Hausbesuche eher Ausnahmefälle (TN 2, Absatz 12; TN 6, Absatz 16; TN 10, Absatz 28). In diesem Zusammenhang regte Teilnehmer 7 folgendes an *„[...] kleine Kinder könnte man eben auch schon viel schneller in Praxen erreichen mit einem Hausbesuch oder Elternanleitung, dann hätte man viel viel Not und Leid mindern können und dann wäre es auch innerhalb kürzerer Behandlungszeit [...]“* (TN 7, Absatz 74). Zwei Experten äußerten, dass sie die Position Integration ins soziale und häusliche Umfeld für Hausbesuche nutzen würden (TN 2, Absatz 12; TN 6, Absatz 16; TN 13, Absatz 74). Teilnehmer 13 merkt im Bezug zur Behandlungsdauer an, dass eine 45-minütige Therapie für Kleinkinder zu lang sei (TN 13, Absatz 18). Des Weiteren wurden Aspekte der Therapiedauer genannt *„[...] bei den GANZ jungen Kinder ist es [...] wirklich häufig so, dass wenn die quasi mit den 1-2 Baustellen kommen, die auch nach ein oder zwei Rezepten wieder gehen können“* (TN 13, Absatz 54). Insgesamt wurde eine Dauer von vier Beratungseinheiten (TN 2, Absatz 16) bis zu zwei Jahren (TN 11, Absatz 33) beschrieben. Ein Experte merkte an, dass Termine der Ergotherapie und Heilpädagogik für die Eltern hochfrequentiert seien (TN 7, Absatz 63). Teilnehmer 13 legte ein Augenmerk auf die Widersprüchlichkeit zwischen dem Anliegen der Eltern und dem Ordnungsgrund (TN 13, Absatz 8). Teilnehmer 10 beschreibt folgende Problematik *„wir sind wirklich in so einer Abhängigkeit von den Ärzten und ich bedaure das sehr, dass die Ärzte überhaupt keine oder WENIG Fortbildungen in diesem Bereich [haben] [...]“* (TN 10, Absatz 24). Die Experten beschrieben bezüglich des Bedarfs, dass es wünschenswert wäre, wenn die Ärzte früher Ergotherapie verordnen würden (TN 1, Absatz 92; TN 4, Absatz 5; TN 10, Absatz 16). *„[...] das wäre einfach schön, wenn da mehr OFFENE Ohren dafür wären und [...] man lieber irgendwo einmal [...] und wenn es nur eine 4er Verordnung ist, [...] ganz gezielt schauen kann anstatt, dass man einfach was versäumt“* (TN 1, Absatz 92). Wiederrum andere beschrieben bereits einen verstärkten Zulauf von jungen Klienten (TN 7, Absatz 18; TN 6, Absatz 18; TN 8, Absatz 6; TN 13, Absatz 10).



## Institutionen

In dieser Sachdimension werden von den Experten genannte Institutionen abgebildet, in denen Ergotherapeuten mit Säuglingen und Kleinkindern arbeiten können. Zudem werden Besonderheiten der unterschiedlichen Institutionen erläutert.

Institutionen	Quelle
Praxis	TN 2, Absatz 6; TN 3, Absatz 27; TN 6, Absatz 2; TN 7, Absatz 6; TN 12, Absatz 8, 24
Frühförderzentren	TN 2, Absatz 44; TN 7, Absatz 12
Kindergarten	TN 1, Absatz 26

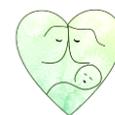
**TABELLE 6: DARSTELLUNG DER INSTITUTIONEN**

### QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

In den Institutionen gab es unterschiedliche Möglichkeiten des Zusammenarbeitens, z.B. ein vierteljährliches Fachteam, ein Austausch unter Kollegen oder eine Supervision (TN 7, Absatz 61; TN 11, Absatz 67, 69). Im Bezug zur Frühförderung wurde von einer sehr niederschweligen Arbeit gesprochen (TN 11, Absatz 48). Innerhalb dieser Institution bestanden nach Teilnehmer 7 und 11, sehr lange Wartelisten (TN 7, Absatz 16; TN 11, Absatz 33). Teilnehmer 7 äußerte diesbezüglich den Wunsch nach strukturellen Veränderungen, um die Kleinkinder in der Behandlung vorzuziehen (TN 7, Absatz 16).

## CMOP-E

Die Forscher haben speziell das CMOP-E als eigene Kategorie angelegt. Dabei benannten die befragten Experten unterschiedliche Inhalte der Modell-Triplette. Zum Beispiel nutzten Teilnehmer 2,6 und 7 das Prozessmodell CPPF (TN 2, Absatz 24; TN 6, Absatz 30; TN 7, Absatz 31). Des Weiteren wurde das dazugehörige Assessment COPM genutzt (TN 7, Absatz 31; TN 9, Absatz 60). Teilnehmer 6 befürwortete die Nutzung des CMOP-E während des Behandlungsprozesses *„Ich finde, dass das ein total gutes Denkmodell ist und ich [schaue] schon, dass ich [das] in der Behandlung im Geiste durcharbeite. Und ich finde auch, dass dazu gehörige Prozessmodell sehr, [...] [ich] finde es einfach gut, wenn ich im Kopf auch immer mal wieder überlege, an welcher Stelle stehen wir jetzt eigentlich gerade“* (TN 6, Absatz 30).



## Kinder

In der Kategorie Kinder wurden von den Experten die verschiedenen Diagnosen, das Alter sowie Kindsspezifische Betätigungen eingebracht.

Diagnosen	Quelle
Downsyndrom, Rett-Syndrom, Entwicklungsverzögerung, Balkenagenesie, Cerebralparese	TN 1, Absatz 30
Regulationsstörungen, Entwicklungsverzögerungen, motorische Entwicklungsverzögerungen, Hypotonie, Verhaltensauffälligkeiten, ausgeprägtes Trotzverhalten, dysphorische Spielunlust, Schreibabys, Ängste, Hypersensibilität,	TN 2, Absatz 8, 32, 34
Körperliche Beeinträchtigungen, Hemiparese, Infantile Cerebralparese, Frühchen, Essstörungen, Schluckstörungen, Anomalien innerhalb des Fasiooralen Traktes, Genetische Veränderungssyndrome, Entwicklungsauffälligkeiten	TN 3, Absatz 12, 35
Entwicklungsauffälligkeiten, Regulationsstörungen, motorische Unruhe, Schreibabys, Schlafstörungen	TN 4, Absatz 17
Umschriebene Entwicklungsauffälligkeiten	TN 5, Absatz 10
Autismus, körperliche Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen, Regulationsstörungen, Schädel-Asymmetrien, Frühgeborene, Trinkstörungen, Fütterstörungen, Gedeihstörungen, Schlafprobleme, Verdauungsprobleme	TN 6, Absatz 2, 10, 12
Syndrome, schwerwiegende Entwicklungsverzögerungen, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsproblematiken, Sensorische Auffälligkeiten, Angstzustände, Traumata, Trotzverhalten	TN 7, Absatz 12, 14, 41, 53
Regulationsstörungen, Essstörungen	TN 8, Absatz 14
Körperliche Beeinträchtigungen, Hemiparese, Fütterstörung	TN 9, Absatz 20
Entwicklungsstörungen, Gendefekte	TN 10, Absatz 20, 24
Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungs-Retardierung, Sprachauffälligkeiten, emotionale Verunsicherung, motorische Verunsicherung, Ängste, Bindungsstörungen, vestibuläre Verunsicherungen, funktionale Probleme, Graphomotorische Probleme, Beziehungsstörungen	TN 11, Absatz 10, 27, 29, 48, 50
Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom	TN 12, Absatz 22
Entwicklungsstörungen, Reizregulationsstörungen, Verhaltensstörungen, Schlafstörungen, Essstörungen, Traumata	TN 13, Absatz 2, 8, 14, 52, 78, 81

**TABELLE 7: DARSTELLUNG DER DIAGNOSEN**

**QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG**



Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die befragten Experten mit zahlreichen unterschiedlichen Diagnosen in Berührung kamen. Wie in Tabelle (➤Tabelle 7) aufgeführt, gingen die Erkrankungen über Entwicklungsauffälligkeiten, körperliche Beeinträchtigungen, Verhaltensauffälligkeiten, bis hin zu seltenen Diagnosen wie dem Rett-Syndrom.

Die Altersspanne der kleinen teilnehmenden Klienten, reichte von zwölf Wochen bis zu drei Jahren (TN 6, Absatz 2, 12; TN 12 Absatz 10, 22, 51 TN 13, Absatz 2, 8, 52).

Bei dieser kleinen Klientel standen laut den Experten bereits konkrete Betätigungsanliegen im Fokus der Therapie. Teilnehmer 12 betonte die Besonderheiten in der Arbeit mit Säuglings- und Kleinkindern *„Ich finde in der Säuglingsarbeit in der Pädiatrie, habe ich den direktesten Alltagsbezug von all meinen anderen Klienten. Weil ALLE Alltagstätigkeiten DIREKT angesprochen sind. Schlafen lernen, Essen, [...] anziehen, sich [selbst] beschäftigen, das sind alles originale Alltagshandlungen beim Kind, die betätigungsrelevant sind“* (TN 12, Absatz 30). Als zusätzliche Betätigungen benannten Teilnehmer 8 und 9 noch die Körperhygiene und das Spielen (TN 8, Absatz 16; TN 9 Absatz 60).

### Eltern

Die Erfahrungen der Experten gingen sehr weit auseinander, was die Aufklärung über die Ergotherapie bei den Eltern anging. Teilnehmer 13 berichtete, dass bei ihm zu 80% die Eltern die Behandlungsinitiative ergriffen (TN 13, Absatz 12). Dahingegen schilderte Teilnehmer 2, dass die Eltern häufig unwissend sind, was die Möglichkeiten der Ergotherapie betrifft (TN 2, Absatz 10). Ein weiterer wichtiger Punkt bezüglich der Eltern ist deren Bereitschaft aktiv am Therapieprozess mitzuwirken. *„Und von daher ist die Mitarbeit der Eltern da NOCHMAL ein Zacken bedeutsamer [...]“* (TN 12, Absatz 61). Dieses Mitwirken wurde als bereichernd wahrgenommen *„Und auch die Zusammenarbeit mit den Eltern ist toll“* (TN 1, Absatz 88). Laut den Experten sollten sie immer in den Prozess eingebunden werden, da sie diesen positiv beeinflussen können *„Ja das die [Eltern] eigentlich so eine Intuition haben, die sie mitbringen und die ist eine total große Ressource mit der wir gut arbeiten können und auch müssen“* (TN 8, Absatz 42). Die befragten Ergotherapeuten schilderten die Situationen der Eltern als sehr belastend (TN 2, Absatz 18; TN 7, Absatz 41; TN 12, Absatz 34). Sie fühlen sich oft hilflos, verunsichert und haben starke Selbstzweifel (TN 2, Absatz 16; TN 6, Absatz 20; TN 7, Absatz 35). Teilnehmer 8 schilderte folgendes *„Die meisten die kommen sind echt am Rande [ihrer Kräfte], sie sind fertig mit der Welt [...] Weil [sie] an ihre Leistungsgrenzen [gelangen] [...]“* (TN 8, Absatz 34). Den Experten zu Folge sei die Bildung, wie auch der kulturelle Hintergrund der Eltern, bezüglich Sprachbarrieren, Erziehungsstilen oder Konflikten mit der Glaubensrichtung, zu beachten (TN 5, Absatz 54; TN 7, Absatz 41, 49, 51, 53; TN 8, Absatz 43, 44, 66; TN 11, Absatz 8; TN 13, Absatz 81). Teilnehmer 7 machte folgende Erfahrung *„[...] es ist selten, dass ich mit einer Mutter deutsch sprechen kann. Und das dann alles anzuleiten, [...] das dauert, mit Dolmetschern zu arbeiten“* (TN 7, Absatz 49).



## Therapeutischer Prozess

Die Komponente des therapeutischen Prozesses nahm in den Interviews viel Raum ein. Inhaltlich wurden folgende Aspekte angesprochen: Therapiedauer, Besonderheiten, Netzwerkarbeit und die Positionierung der Ergotherapie. Bezüglich der Therapiedauer wurde von drei Teilnehmern betont, dass sich die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern generell kürzer gestaltet (TN 6, Absatz 20, 30, 63; TN 12, Absatz 20, 71; TN 13, Absatz 56) „[...] innerhalb kürzester Zeit, [...] über drei oder vier Therapieeinheiten, [...] selten ein 10er Rezept“ (TN 6, Absatz 20). Im Gegensatz dazu merkte Teilnehmer 1 an, dass sich der Therapieprozess über die ganze Kindergartenzeit erstreckt (TN 1, Absatz 43).

Es wurden einige Besonderheiten erwähnt, welche den Therapieprozess mit den kleinen Klienten betreffen. Der Prozess wurde zwar als unberechenbar aber sehr intensiv, vertrauensvoll und nah empfunden (TN 1, Absatz 24; TN 6, Absatz 36, 38; TN 12, Absatz 65). Teilnehmer 10 äußerte sowohl Herausforderungen, wie auch positive Auswirkungen im Therapeutischen Prozess „[...] Von daher finde ich die Arbeit mit den Kleinen ist echt schweißtreibend“ (TN 10, Absatz 34) „[...] Das besondere ist eigentlich, dass man den Eltern und den Kindern viel Leid erspart (...) Denn sie machen ganz [...] viele Frustrationserlebnisse NICHT“ (TN 10, Absatz 103). Teilnehmer 11 beschrieb die Ergotherapie als äußerst bereichernd für die Familien „Und ich finde es [...] wichtig, dass Kinder, die so wenig Ressourcen in ihrem Alltag erleben, dass wir [...] oft eine stabile Ressource und starke Ressource sind. Also auch wirklich den Kindern ein positives, sicheres, kontinuierliches und stabiles Gefühl zu geben“ (TN 11, Absatz 44). Als letzten Aspekt wurde bezogen auf den therapeutischen Prozess die Positionierung der Ergotherapie im Gesundheitssystem von den Experten aufgegriffen. Teilnehmer 5 betonte, dass sich Ergotherapie gleichwertig mit anderen Berufen aufstellen könne und diesen in Nichts nachstehe (TN 5, Absatz 22). Des Weiteren führte dieser Teilnehmer an, dass eine frühzeitige ergotherapeutische Behandlung sinnvoller und effektiver wäre und den betroffenen Familien dadurch effizienter geholfen werden könnte (TN 5, Absatz 38). Ganz im Sinne des zeitgenössischen Paradigmas sei es wichtig, die Klienten ganzheitlich zu betrachten und nicht mehr rein defizitorientiert „Denn es geht nicht um die reine Funktion, sondern um das Gesamtbild. Es geht um die Familie, um die Interaktion Mutter-Kind, Vater-Kind, Geschwister, Eltern. Es geht um eben diese ganzen Bereiche, da ist es dann egal welche Beweglichkeit das Schultergelenk hat“ (TN 5, Absatz 50).

## Ziele

Die Kategorie Ziele beinhaltet den Aspekt der Zielformulierung, den Umgang mit Zielen, allgemeine Ziele bei Kleinkindern und konkrete Zielbeispiele. Die meisten Experten gaben an, eine konkrete Zielformulierung zu Anfang des Therapieprozesses durchzuführen (TN 1, Absatz 61, 70; TN 2, Absatz 24; TN 4, Absatz 100; TN 9, Absatz 48; TN 10, Absatz 109; TN 12, Absatz 57; TN 13, Absatz 36).



Teilnehmer 2 und 11 erläuterten, dass sich eine Zielformulierung mit dieser Klientel schwierig gestaltet „[...] ganz konkrete Zielformulierung nach SMART\*, was manchmal etwas schwierig ist bei diesen ganz Kleinen“ (TN 2, Absatz 24), „Weil ich ja gerne mit einem Auftrag arbeite, das heißt wenn wir die SMART-Ziele verfassen sollen wird es dann oftmals schwierig. Weil wenn ich die Eltern frage was/warum sind sie hier, dann sagen sie der Kindergarten hat [uns] geschickt, Zuhause ist alles [...] in Ordnung“ (TN 11, Absatz 19). Wichtig sei es vor allem die Ziele kleinschrittig und minimalistisch zu formulieren „Es geht ja nicht darum zu formulieren [das Kind] hört auf zu schreien, sondern ganz kleine Schritte [...], wie bekomme ich die Ziele so formuliert, dass das eben wirklich für die Eltern auch sehr ersichtlich ist [...]“ (TN 2, Absatz 24), „Deswegen kann man auch immer nur so minimale minimalste Ziele formulieren [...]“ (TN 11, Absatz 19). Im Umgang mit Zielen legten die Experten Wert darauf, dass eine klare Kommunikation mit den Eltern stattfand und eine regelmäßige Anpassung der Ziele vorgenommen wurde (TN 1, Absatz 61, 70; TN 13, Absatz 36). Für Teilnehmer 13 fand keine ergotherapeutische Behandlung ohne eine klare Zielformulierung statt „Und wenn die Eltern kein Ziel oder kein Anliegen haben, dann wird die Behandlung auch nicht fortgeführt“ (TN 13, Absatz 36). Als allgemeine Behandlungsziele bei Säuglingen und Kleinkindern nannten die Experten: Spielentwicklung und Partizipation „Spiel ist für das Kind einfach in dem Alter wichtig und zielorientiert und zielführend, dass man wirklich die Partizipation des Kindes [...] anspricht und nicht nur eine Übung macht“ (TN 13, Absatz 64). Abschließend zu der Kategorie Ziele beschrieb Teilnehmer 12 ein konkretes Beispiel „[...] Mein Ziel ist es heute [...] einmal Wickeln unter den Gesichtspunkten: langsames Handling, langsame Lagerwechsel, [und] Ansprache [...]“ (TN 12, Absatz 57).

### Befund/Anamnese

Die Sachdimension Befund/Anamnese behandelt Art und Weise der Befunderhebung sowie die Inhalte, welche von den Experten erhoben wurden. Um Informationen zu erheben, nutzten viele Experten einen verbalen Austausch mit den Bezugspersonen der Kinder. Dieser Austausch fand auf ähnliche Art und Weise in Form von Eltern-, Eingangs- oder Anamnesegesprächen statt, bei denen Informationen abgefragt, gesammelt sowie konkrete Alltagsschwierigkeiten angesprochen wurden (TN 1, Absatz 61; TN 2, Absatz 18; TN 7, Absatz 31; TN 9, Absatz 48; TN 10, Absatz 6; TN 11, Absatz 29, 35; TN 13, Absatz 14). Als anderer Ansatz wurden Beobachtungen genutzt, in denen Spiel- und Verhaltenssituationen sofort oder per Video analysiert wurden (TN 2, Absatz 18; TN 9, Absatz 48) „[...] erstmal beobachte [ich] und versuche einen Befund zu machen, oft [...] auch Videos von Zuhause mitbringen lasse, wie es da aussieht gerade, [...] in problematischen Situationen“ (TN 2, Absatz 18). Andere Teilnehmer nutzten standardisierte Vorgehensweisen um einen Befund zu erheben, z.B. Betätigungsanalysen oder Testungen (TN 9, Absatz 48; TN 11, Absatz 29; TN 12, Absatz 32; TN 13, Absatz 14). Teilnehmer 13 veranschaulichte den Forschern anhand eines konkreten Beispiels verschiedene Befunderhebungsmaßnahmen „[...] Ich mache immer eine ausführliche Diagnostik. Also die Eltern werden IMMER eingeladen für eine dreiviertel Stunde Elterngespräch, dass da wirklich auch konkret die Alltagsschwierigkeiten besprochen werden. [...] Dann findet immer eine Stunde [statt] wo man das Kind erstmal frei beobachtet, man hat natürlich schon Tests im Hintergrund die man mit dem Kind machen möchte“ (TN 13, Absatz 14).



Sinn der Befunderhebung war es anamnestische Daten, Meilensteinen der bisherigen Entwicklung, Kontextfaktoren sowie Ressourcen und Hindernisse im Alltag herauszufiltern (TN 2, Absatz 18; TN 11, Absatz 29; TN 13, Absatz 14) „[...] dazu muss ich erstmal sehr gut abfragen. [Die] bisherige Entwicklung, aber auch [das] Umfeld und mögliche Ressourcen“ (TN 2, Absatz 18). Einige Experten benannten als wichtige Bestandteile der Anamnese, neben einer ausführlichen Diagnostik, die Abfrage der Sinnessysteme und eine genaue Betrachtung des Untersuchungsheftes sowie die Analyse der Schwangerschaft (TN 2, Absatz 18; TN 3, Absatz 35; TN 12, Absatz 32; TN 13, Absatz 14).

### Umfeld

In dem folgenden Punkt geht es um die Bedeutung des Umfeldes als Ressource, Entlastung und Ursprung als belastende Probleme (TN 2, Absatz 18; TN 7, Absatz 55; TN 11, Absatz 8,10). Nachfolgend werden bezüglich des Umfeldes die Punkte physisch, sozial, kulturell und institutionell beleuchtet. Als physisches Umfeld wurde von den Experten das häusliche Umfeld und dessen Schwierigkeiten genannt (TN 2, Absatz 18; TN 6, Absatz 14) „Dann [schaue] ich mir gerade auch das häusliche Umfeld an, wenn es da zu Schwierigkeiten kommt“ (TN 2, Absatz 18). Als wichtige Bestandteile des sozialen Umfeldes nannten die Experten zum einen familiäre Strukturen und Beziehungsgestaltung, dabei wurden nicht nur die Eltern als unmittelbare Bezugspersonen betrachtet, sondern auch weitere Familienmitglieder wie z.B. Großeltern, Geschwister, Tanten und Onkel (TN 4, Absatz 43; TN 6, Absatz 36; TN 8, Absatz 53; TN 11, Absatz 8, 10, 19, 50; TN 12, Absatz 30; TN 13, Absatz 16, 42, 60). Zwei der Experten betrachteten familiäre Strukturen als Systeme, die einander beeinflussen „Ich finde immer wir sollten dieses KOMPLETTE SYSTEM irgendwie versuchen zu erfassen [...]“ (TN 8, Absatz 53; TN 4, Absatz 43). Allgemein erachteten die Experten das soziale Umfeld als bedeutsam „[...] dass ich sage ich [schaue] mir das Umfeld an, ich [schaue] mir die Faktoren vom Kind an und die von den Bezugspersonen [...]“ (TN 12, Absatz 30). Von Teilnehmer 13 wurde zusätzlich zu dem sozialen Aspekt noch das institutionelle Umfeld z.B. in Form von einem Kindergarten angesprochen (TN 13, Absatz 81). Der kulturelle Aspekt des Umfeldes wurde bereits in der Kategorie Eltern (➤2.3) behandelt.



## Interventionen

Behandlungsmethoden	Quelle
SI	TN 2, Absatz 30; TN 4, Absatz 72; TN 5, Absatz 32; TN 6, Absatz 26; TN 7, Absatz 33; TN 8, Absatz 38; TN 9, Absatz 46
Bobath	TN 2, Absatz 4; TN 3, Absatz 29; TN 6, Absatz 36; TN 7, Absatz 33
Marte Meo	TN 2, Absatz 4; TN 7, Absatz 33, 35, 41
Affolter	TN 4, Absatz 31; TN 5, Absatz 32
Castillo Morales	TN 3, Absatz 29
CIMT	TN 9, Absatz 50
IntraActPlus	TN 12, Absatz 4

**TABELLE 8: DARSTELLUNG DER BEHANDLUNGSMETHODEN**

**QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG**

Andere Behandlungsansätze	Quelle
Elternarbeit	TN 1, Absatz 70; TN 2, Absatz 16, 18, 20, 30, 32, 33; TN 3, Absatz 35; TN 4, Absatz 7; TN 7, Absatz 41, 43; TN 8, Absatz 34; TN 10, Absatz 6, 136; TN 11, Absatz 29; TN 12, Absatz 18, 59; TN 13, Absatz 16, 18, 54, 62
Anleitung und Beratung	TN 2, Absatz 16, 20, 30; TN 3, Absatz 35; TN 4, Absatz 7; TN 6, Absatz 20, 26, 44; TN 7, Absatz 33, 41, 43; TN 8, Absatz 38, 78, 82
Handling	TN 2, Absatz 20; TN 6, Absatz 20, 26; TN 9, Absatz 50; TN 12, Absatz 20
Strukturierende Maßnahmen	TN 2, Absatz 32; TN 4, Absatz 72; TN 6, Absatz 26;
Aufklärung	TN 6, Absatz 26; TN 13, Absatz 62

**TABELLE 9: DARSTELLUNG DER BEHANDLUNGSANSÄTZE**

**QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG**

Unter der Kategorie Interventionen benannten die Teilnehmer einige standardisierte Behandlungsmethoden, wie z.B. die sensorische Integrationstherapie (TN 2, Absatz 30; TN 4, Absatz 72; TN 5, Absatz 32; TN 6, Absatz 26; TN 7, Absatz 33; TN 8, Absatz 38; TN 9, Absatz 46) und Bobath (TN 2, Absatz 4; TN 3, Absatz 29; TN 6, Absatz 36; TN 7, Absatz 33). Des Weiteren nutzten die Experten auch viele andere Behandlungsansätze „Prinzipiell ist [...] die Behandlung so, dass je jünger die Kinder sind, desto größer ist der Anteil der Elternarbeit“ (TN 13, Absatz 16). Weiterführend wurden verschiedene Medien in die Therapie miteinbezogen. Viele Experten berichteten, dass eine Puppe zum verdeutlichen während einer Anleitung sehr hilfreich wäre (TN 2, Absatz 18, 32; TN 3, Absatz 35; TN 6, Absatz 44; TN 12, Absatz 57).



Teilnehmer 1 und 11 gaben an, musikalische Inhalte während der Therapie zu nutzen, z.B. Lieder oder Klangschalen (TN 1, Absatz 76; TN 11, Absatz 40). Weiterführend wurden einige Medien wie Rutschen (TN 2, Absatz 30), Schrägen (TN 2, Absatz 30), Spielsachen (TN 3, Absatz 35), Bewegungselemente (TN 10, Absatz 57) oder ein Bällebad (TN 10, Absatz 57) genutzt. Dahingegen fanden Teilnehmer 2 und 9, dass der eigene Körper als Medium ausreicht (TN 2, Absatz 30; TN 9, Absatz 54). Die Teilnehmer erwähnten sehr spezifische Besonderheiten während der Intervention bei Säuglingen und Kleinkinder. Teilnehmer 7, 10 und 13 verdeutlichten die Wichtigkeit der Elternarbeit, es sei von großer Bedeutung deren Kompetenzen zu stützen und stärken, nicht zu verändern (TN 7, Absatz 35, 37; TN 13, Absatz 16) „[...] *Das WICHTIGSTE was [man] wirklich bei der Arbeit mit den Kleinen braucht die Eltern-KOMPETENZ STÜTZEN. Nicht unbedingt verändern, [sondern] stützen. Die Anteile fördern, die POSITIV bei den Eltern da sind*“ (TN 7, Absatz 35). Eine weitere Eigenschaft bei der Arbeit mit der Zielgruppe sei ein intensiver Beziehungsaufbau mit Rücksichtnahme und unter Einbezug des Kindes (TN 1, Absatz 78; TN 11, Absatz 10, 29) „[...] *[Die Eltern sind] der Co-Therapeut, du bist immer nur derjenige der alles [...] anleitet*“ (TN 10, Absatz 64). Interventionen mit dieser Klientel erfordere eine spontane Anpassung mit flexiblen Variationsmöglichkeiten (TN 2, Absatz 32; TN 13, Absatz 54). Teilnehmer 12 und 13 hoben positive Eigenschaften hervor „*Das ist manchmal knifflig. (...) aber händelbar. Die Ressource ist eben wie gesagt, dass [...] der direkte Bezug immer da ist, egal worum es geht*“ (TN 12, Absatz 18) „*[Eine] Ressource ist auf jeden Fall, dass [...] die Behandlung schon sehr, sehr früh anfängt und nicht so viele nachfolgende Schwierigkeiten sich anhäufen. Sondern, dass man wirklich meistens das Ursprungsproblem [erhält]*“ (TN 13, Absatz 18).

### Assessments und Modelle

In dieser Kategorie werden Assessments und Modelle dargestellt, die von den Experten im Zusammenhang mit der Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern genannt wurden.

Assessments	Quelle
MFED	TN 1, Absatz 63; TN 9, Absatz 63; TN 10, Absatz 32
Sensory Profile	TN 2, Absatz 28; TN 12, Absatz 32, 34, 36
ET 6-6r	TN 1, Absatz 63; TN 13, Absatz 14, 30, 44
Denver Entwicklungsbogen	TN 1, Absatz 63
TSI	TN 6, Absatz 6
ToP	TN 6, Absatz 6
IMP	TN 6, Absatz 6
PEDI-D	TN 6, Absatz 6
Sensory Profile 2	TN 9, Absatz 56
TFSI	TN 9; Absatz 63
Denver Test	TN 10, Absatz 107

TABELLE 10: DARSTELLUNG DER ASSESSMENTS

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG



Teilnehmer 5 und 13 beschrieben im Bezug zu Assessments und Testverfahren *„Ich bin ein Mensch, [der] einfach aus dem Bauch herausarbeitet und [...]“* (TN 5, Absatz 34) *„[...] Und das ist halt nicht immer alles standardisiert“* (TN 13, Absatz 32). Im Folgenden werden daher auf nicht standardisierte Verfahren eingegangen, die von den Experten genannt wurden.

Testverfahren	Quelle
Beobachtungsbögen aus der SI	TN 6, Absatz 6; TN 13, Absatz 14
Wahrnehmungsfragebogen	TN 1, Absatz 63
Beobachtungsbögen nach Bobath	TN 6, Absatz 6
Beurteilung anhand der Entwicklungs-Meilensteine	TN 6, Absatz 6
Videos	TN 6, Absatz 6
Anamnesebogen	TN 12, Absatz 34
Freie und geleitete Beobachtungen der SI	TN 13, Absatz 30
Betätigungs- und Aktivitätenanalyse	TN 13, Absatz 32

**TABELLE 11: DARSTELLUNG DER TESTVERFAHREN**

**QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG**

Zwei der Teilnehmer sprachen das Fehlen der kids-activity-cards\* für diese Altersgruppe an (TN 9, Absatz 60; TN 12, Absatz 43). Generell erwähnten die Experten einen Mangel von Assessments für den Einsatz mit Säuglingen (TN 6, Absatz 6; TN 12, Absatz 32). Die Experten sahen Schwierigkeiten bei Testungen in diesem Alter *„aber gerade in der [Alters]stufe ist es ja [mit] so Testungen [...] immer sehr schwierig“* (TN 13, Absatz 14) *„und wenn ich dann erst noch so ausführliche Fragebögen mache, die man ja auch immer noch von den Fragen her adaptieren müsste auf die Kleinen. Das funktioniert nicht“* (TN 2, Absatz 26) weswegen sie eher Alltagsbetätigungen erfragten (TN 12, Absatz 34). Teilnehmer 11 gab folgendes zu bedenken *„Testverfahren mache ich persönlich total ungern und meistens mache ich Screenings. Meine Erfahrung ist, dass diese Tests, [...] die Kinder das nicht schaffen“* (TN 11, Absatz 27). Im weiteren Verlauf wurden zudem Modelle genannt, die der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen sind.

Modelle	Quelle
PEO	TN 2, Absatz 22; TN 7, Absatz 31; TN 9, Absatz 60; TN 13, Absatz 16
ICF	TN 12, Absatz 18, 34; TN 6, Absatz 30
Frameworks	TN 2, Absatz 22

**TABELLE 12: DARSTELLUNG DER MODELLE**

**QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG**



Teilnehmer 13 sieht folgenden Vorteil in der Arbeit „[...] ganzheitlich nach dem PEO Modell [das] wirklich alle Bereiche abgehakt werden und man da auch gut [schaut] was sind denn die Partizipationsprobleme“ (TN 13, Absatz 16).

### Setting

Diese Sachdimension wird aufgrund der Aussagen der Teilnehmer in drei Bereiche unterteilt, in das *soziale*, das *räumlich-situative Setting* und in *Medien* die in der Therapie genutzt werden. Innerhalb des Bereiches „**Soziales Setting**“ beschrieben die Experten, dass während der Therapie meist Eltern oder eine andere Bezugsperson anwesend seien (TN 2, Absatz 20; TN 3, Absatz 41; TN 4, Absatz 25; TN 6, Absatz 30, 44; TN 7, Absatz 67; TN 8, Absatz 61; TN 9, Absatz 106; TN 12, Absatz 16, 18; TN 13, Absatz 38). Teilnehmer 7 beschreibt „*bei Kleinstkindern sind die IMMER drin [...] ohne Eltern hat's kein Sinn, die Eltern sind die Sicherheit für die Kinder [...]*“ (TN 7, Absatz 67). Auch Teilnehmer 12 sah einen großen Vorteil „*also die Ressourcen die ich sehe sind ganz klar, dass man die Eltern direkter dabei hat*“ (TN 12, Absatz 16) und auch Teilnehmer 6 ist gegenüber allen Bezugspersonen innerhalb der Therapie offen „*Ich freue mich total, wenn alle mitkommen [...] hier dürfen auch Omas und Hunde [...] mitkommen. Also gerade Väter sind ja bei den Babys total wichtig oder auch Großmütter [...]. Und [die] Großmutter kommt ganz, ganz oft mit und [die] Väter, also auch in 50%, würde ich sagen*“ (TN 6, Absatz 30). Teilnehmer 11 schilderte dagegen einen anderen Eindruck „*In der Regel versuche ich die Eltern mit reinzunehmen, viele sind damit total überfordert fühlen sich da eigentlich völlig fehl am Platz, weil sie nicht wissen was sie da sollen und sind froh, wenn das Kind mal bespielt wird und wenn sie ihre Ruhe vor dem Kind haben. Aber es gibt auch welche die das verstehen. Ich nehme auch die Omas mit rein*“ (TN 11, Absatz 21). Gegenüber Einzelbehandlungen waren die Eltern, laut Teilnehmer 7, in Gruppenbehandlungen weniger oft anwesend (TN 7, Absatz 67).

Zu dem Punkt „**räumlich-situatives Setting**“ betonten verschiedene Teilnehmer, dass sie einen kleinen reizarmen Raum benötigen und sehr bodennah arbeiten (TN 2, Absatz 32; TN 10, Absatz 57) „*Also was ich einfach als Setting brauche ist, dass ich einen Arbeitsplatz auf dem Boden habe. Das ich mit dem Kind auf dem Boden ohne, dass da wirklich viel rumliegt arbeiten kann*“ (TN 3, Absatz 49). Im Gegensatz dazu nutzten andere Teilnehmer dagegen einen großen Bewegungsraum oder eine Turnhalle (TN 1, Absatz 28; TN 5, Absatz 24).

„*Kindern die eher überdreht und wild sind [...] brauchen oft einen kleinen Raum, einen begrenzenden Raum, wenig Material. Dass man wirklich Klarheit schafft*“ (TN 13, Absatz 60).

„*Ich habe einen kleinen [...] sehr reizarmen Raum in der Regel und [...] bin am Fußboden und viel mehr ist nicht [...]. Also es ist Reduktion auf das Minimale und dann habe ich, wenn es dann in die Therapie geht irgendwelche Dinge, die in der Schräglage sind [...]*“ (TN 8, Absatz 68). Des Weiteren wurde ein ruhiges Setting benötigt (TN 3, Absatz 49), insbesondere sind Störungen durch ein Telefon zu vermeiden (TN 2, Absatz 42; TN 6, Absatz 44). Ebenso wichtig sei eine gute Strukturierung des Raumes (TN 2, Absatz 32, 34). Im Rahmen der Säuglings- und Kleinkindbehandlungen wünscht sich Teilnehmer 13, das Praxissetting für jedes Kind einrichten zu können (TN 13, Absatz 60).



Zudem äußerten die Experten Vorteile im häuslichen Umfeld durch Hausbesuche „Also bei den Säuglingen ist es auch wirklich schon so, dass ich da die ersten Einheiten nur als Hausbesuch gemacht habe [um] vor Ort zu [schauen] wo sind die Schwierigkeiten“ (TN 13, Absatz 16). Teilnehmer 9 beschrieb diesbezüglich „dann ist es im häuslichen [Setting] auch gemütlicher [...] man ist Zuhause, die Kinder sind entspannter, die Eltern sind entspannter [...] und bei der [Klientin] war es einfach NOTWENDIG, dass es auch Zuhause stattfindet“ (TN 9, Absatz 40).

### Medien

Medien	Quelle
Matten	TN 2, Absatz 42; TN 8, Absatz 68; TN 9 Absatz 87; TN 10, Absatz 57
Schaukel	TN 1, Absatz 28; TN 9, Absatz 87
Schräge/ schiefe Ebene	TN 4, Absatz 59; TN 8, Absatz 68
Kletter-/ Sprossenwand	TN 4, Absatz 59; TN 11, Absatz 40
Hindernisse/ Podeste	TN 2, Absatz 32, 42
Bälle	TN 4, Absatz 59
Stillstuhl	TN 6, Absatz 44
Vibrations-/ Massagegeräte	TN 9, Absatz 87
Taktile Materialien	TN 9, Absatz 87
Babyspielzeuge	TN 9, Absatz 87
Keilkissen	TN 9, Absatz 87
Rollrutsche	TN 11, Absatz 40
Seil	TN 11, Absatz 40
Tücher	TN 11, Absatz 40

TABELLE 13: DARSTELLUNG DER MEDIEN

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

Im Bezug zu den verwendeten Medien erwähnte Teilnehmer 9 (Absatz 87), dass er diese desinfiziert und Teilnehmer 10 achtet bei dieser Klientel besonders auf die Sicherheit und Verletzungsgefahr (TN 10, Absatz 57).

### Ergotherapeut

Im Bezug zu der Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern sah Teilnehmer 9 den ganzheitlichen Ansatz von Ergotherapeuten als Vorteil zur Erfassung von systemischen Gegebenheiten und damit verbundene Förderfaktoren oder Barrieren des Umfelds (TN 9, Absatz 42). Deswegen sollten „wir da oft eigentlich mutiger sein [...] und mehr reingehen [...]“ (TN 9, Absatz 42) und den Bereich für die Ergotherapie etablieren. Als Motivation für dieses Arbeitsfeld sieht Teilnehmer 1 „[...] , dass man die jungen Kinder [...] irgendwie gut ins Leben schicken will, die Überzeugung, davon dass das [...] gelingen kann“ (TN 1, Absatz 86).



## Berufserfahrung

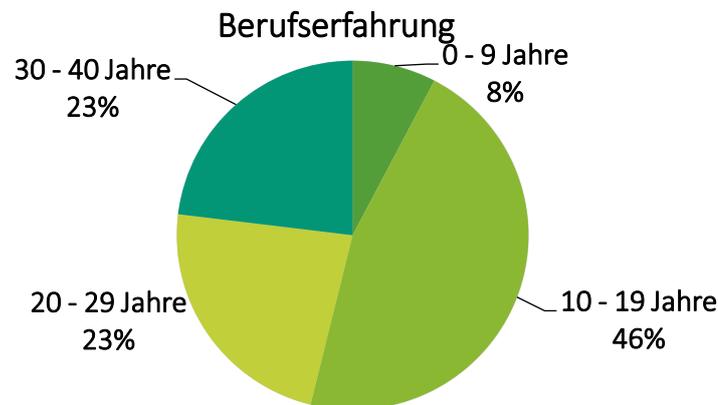


ABBILDUNG 13: DARSTELLUNG DER BERUFSERFABUNG

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

Die Berufserfahrung der befragten Experten reichte von drei bis vier Jahren und bis zu 40 Jahren (►Abbildung 13). Unter diesem Punkt ist ebenso der Zugang der Teilnehmer zum Fachbereich Pädiatrie zu beleuchten. Deutlich wird hier, dass die Experten auf unterschiedlichste Art und Weise zu diesem fanden. Während Teilnehmer 3 und 4 den Bereich nach freiwilligen Praktika und Zivildienst für sich entdeckten (TN 3, Absatz 6; TN 4, Absatz 2), fing Teilnehmer 13 unmittelbar nach der Ausbildung in diesem Bereich an (Absatz 13, Absatz 4). Ein weiterer Teilnehmer berichtete von dem Zugang über die Heilpädagogik hin zur Ergotherapie in der Pädiatrie (TN 7, Absatz 6). Teilnehmer 6 hatte wiederum berufliche Vorkenntnisse als Osteopath (TN 6, Absatz 2). Andere Experten waren nicht von Anfang an in der Pädiatrie tätig, sondern haben in den Bereichen der Neonatologie (TN 3, Absatz 6) oder mit (schwerst-mehrfach) Behinderten gearbeitet (TN 6, Absatz 2; TN 8, Absatz 4).

## Kompetenzen

Diese Kategorie gliedert sich in drei Aspekte, die Fach-, Sozial- und Personalkompetenz. Zu dem Punkt „**Fachkompetenz**“ gehören Fort- und Weiterbildungen sowie andere Zusatzqualifikationen. Die Experten empfahlen, sich für die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern weiterzubilden (TN 7, Absatz 74; TN 13, Absatz 28) „*ich fürchte fast, dass es wirklich nicht so gut [ohne Fortbildungen] geht [...] und [Therapeuten] scheitern ein bisschen, weil sie sich nicht vorbereitet haben auf das was da kommt*“ (TN 2, Absatz 40). Teilnehmer 3 äußerte sich diesbezüglich „*[...] ich denke was für mich wirklich GANZ wichtig ist, ist einfach diese fachliche Kompetenz von den Therapeuten, sich auch wirklich mit dieser Thematik zu beschäftigen und nicht aus der Not heraus, ich muss die Praxis vollkriegen und ich muss meinen Stundenplan vollkriegen, dass die Kinder aufgenommen werden*“ (TN 3, Absatz 58). Wie wichtig Fachlichkeit in der Behandlung ist, betonte auch Teilnehmer 9 (Absatz 65).



Innerhalb der Interviews erwähnten die Experten folgende Fort- und Weiterbildungen: **sensorische Integrationstherapie** (TN 1, Absatz 10; TN 2, Absatz 2, 38; TN 3, Absatz 29; TN 5, Absatz 4; TN 6, Absatz 2; TN 8, Absatz 4, 61; TN 9, Absatz 4; TN 10, Absatz 4, 71; TN 11, Absatz 6, 61; TN 12, Absatz 4,6; TN 12, Absatz 69; TN 13, Absatz 4), **Bobath** (TN 3, Absatz 6, 29, 46; TN 6, Absatz 2; TN 8, Absatz 51; TN 12, Absatz 4, 6, 69), **Castillo Morales** (TN 3, Absatz 2, 46), **CO-OP** (TN 9, Absatz 10), **IntraAct Plus** (TN 8, Absatz 8, 51; TN 12, Absatz 4), **Marte Meo** (TN 8, Absatz 51), **Affolter** (TN 10, Absatz 40), **Graphomotorik** (TN 6, Absatz 4; TN 11, Absatz 61), **PEKIP** (TN 10, Absatz 71), **Zollinger** (TN 3, Absatz 6), **Gesprächsführung** (TN 11, Absatz 8, 61), **Autismus-Fortbildung** (TN 1, Absatz 12; TN 11, Absatz 8, 61), **Mundmotorik** (TN 6, Absatz 4), **Psychomotorik** (TN 3, Absatz 6), **Säuglingsfortbildung** (TN 13, Absatz 4), **Diagnostik Weiterbildung** (TN 8, Absatz 10), **Lernstörungen** (TN 6, Absatz 4) und **Sprachförderung** (TN 10, Absatz 40). Des Weiteren wurden Bereiche der systemischen Beratung, Familientherapie und Elternbegleitung/-beratung (TN 1, Absatz 82; TN 2, Absatz 14; TN 4, Absatz 41; TN 9, Absatz 65) sowie Trauerbegleitung (TN 3, Absatz 6) und verhaltenstherapeutische und bindungstheoretische Fortbildungen genannt (TN 13, Absatz 46). Teilnehmer 2 und Teilnehmer 13 erwähnten in diesem Bezug ebenso das Eltern Coaching (TN 2, Absatz 36, 38 TN 13, Absatz 42). Tagungen zum Thema Konzentration wurden von Teilnehmer 9 angegeben (TN 9, Absatz 10). Weiterführend beschrieb Teilnehmer 5, folgende Besonderheit *„Als Kompetenz, die wirklich benötigt wird und die ich am Anfang nicht hatte [...] ist das Wissen um kindliche Entwicklung“* (TN 5, Absatz 48). Dem schloss sich auch Teilnehmer 2 an *„[...] von den Kenntnissen her in jedem Fall sich super gut auskennen mit Normalentwicklung mit Abweichungen von Normalentwicklung, [...] Und es erfordert schon gute Fachkenntnisse über Frühsignale von Bewegungsstörungen oder von Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen inklusive kognitiver Beeinträchtigungen [...]“* (TN 2, Absatz 38). Auch andere Teilnehmer beschrieben die Notwendigkeit von Kenntnissen über die Normalentwicklung und Wahrnehmung bei Säuglingen und Kleinkindern (TN 3, Absatz 46; TN 5, Absatz 48; TN 7, Absatz 37; TN 9, Absatz 69; TN 13, Absatz 42). Im Zuge dessen wurde ebenfalls der Vorteil von Erfahrungen in der Arbeit mit dieser Klientel benannt (TN 1, Absatz 16; TN 2, Absatz 38; TN 4, Absatz 110; TN 5, Absatz 4; TN 7, Absatz 33; TN 12, Absatz 6, 67, 69; TN 13, Absatz 26). Teilnehmer 6 empfahl *„[...] profunde Kenntnisse in der Behandlung. Und die Bereitschaft auch mal was nach zu Lesen“* (TN 6, Absatz 40). Zur Aneignung dieser spezifischen Kenntnisse, sind Mentoren eine wertvolle Hilfestellung (TN 5, Absatz 48; TN 7, Absatz 33; TN 12, Absatz 69). Als eine andere Orientierungshilfe werden Supervisionen und Fallvorstellungen beschrieben (TN 2, Absatz 38; TN 11, Absatz 50), weitergehend aber auch die Nutzung der Leitlinien (TN 2, Absatz 40).

Teilnehmer 8 beschrieb den Rat einer Ärztin als Vorbereitung auf die Säuglings- und Kleinkindbehandlungen, an U-Untersuchungen als Beobachter teilzunehmen *„[...] dass sie die Idee davon haben WIE unterschiedlich Kinder sein können“* (TN 8, Absatz 61). Laut Teilnehmer 5 sollten Ergotherapeuten nicht so funktional denken (Absatz 50) und über eine gute Beobachtungsgabe verfügen (TN 9, Absatz 65; TN 13, Absatz 42), jenes wird durch Teilnehmer 1 (Absatz 59) ebenfalls angesprochen, der einen ganzheitlichen Blick auf die gesamte Familie beschreibt.



Innerhalb der Sachdimension „**Sozialkompetenz**“ wurde besonders die Empathie Fähigkeit der Ergotherapeuten (TN 2, Absatz 38; TN 4, Absatz 29; TN 8, Absatz 61; TN 11, Absatz 50) sowie das Gespür für das Gegenüber betont (TN 2, Absatz 36, TN 5, Absatz 52; TN 8, Absatz 61). Als notwendig wurde eine gute Beziehungsgestaltung zu den Eltern beschrieben (TN 3, Absatz 23; TN 5, Absatz 52). Teilnehmer 5 äußerte sich dazu *„Diese Hemmschwelle, wie erreiche ich die Eltern das sie kommen, wie erreiche ich das sie sich wohlfühlen und Vertrauen aufbauen und [...] wie erreiche ich die Akzeptanz, wenn wirklich eine schwerwiegendere Auffälligkeit da ist, die eben nicht bedeutet bis zur Einschulung ist dieses Kind [...] gesund“* (TN 5, Absatz 54). Die Toleranz gegenüber den Familien, wurde als weiterer Aspekt der Sozialkompetenz benannt *„[...] mit kleinen Kindern muss [man] Geduld haben, man muss tolerant sein, tolerant gegenüber den Eltern die ja oft anders denken als man selber [und] man muss die Grenzen der Eltern akzeptieren [...]“* (TN 11, Absatz 50). In diesem Zusammenhang wurde nochmal der Einbezug der kompletten Familie hervorgehoben (TN 1, Absatz 59). Eine weitere Kompetenz thematisierte Teilnehmer 2 *„[...] diese Fähigkeit sich selber zurück zu nehmen und wirklich so coachend zu begleiten, [...] Also diese Bereitschaft wirklich seine eigenen Ideen oder auch Haltungen die man hat zurückzustellen und die Eltern zu begleiten in ihrem Weg“* (TN 2, Absatz 38). Nach Teilnehmer 3 war eine individuelle Anpassung an das Kind in jeder Therapie erforderlich (TN 3, Absatz 29).

Wichtige Eigenschaften innerhalb der „**Personalkompetenz**“ sind: Abgeklärtheit *„Also ich finde es gehört ziemlich viel Abgeklärtheit dazu [...] also man muss mit sich sehr im Reinen sein. Das funktioniert nicht an Tagen, an denen es mir schlecht geht, dann kann ich nicht arbeiten“* (TN 6, Absatz 40), Geduld und Humor (TN 5, Absatz 50), Selbstsicherheit (TN 2, Absatz 40; TN 3, Absatz 44), Ruhe (TN 3, Absatz 44; TN 9, Absatz 75; TN 13, Absatz 42), Gelassenheit (TN 9, Absatz 75), Flexibilität (TN 10, Absatz 69; TN 13, Absatz 18, 42), Begeisterungsfähigkeit und Besonnenheit (TN 10, Absatz 69), Frustrationstoleranz (TN 11, Absatz 50), Freude am Ausprobieren (TN 10, Absatz 69), Bereitschaft zur Weiterbildung (TN 2, Absatz 36) und Intuition/ Bauchgefühl (TN 4, Absatz 110; TN 8, Absatz 61). Die Fähigkeit der Therapeuten sich ein passendes Konstrukt um die Familie herum zu gestalten, wurde von Teilnehmer 3 und 5 benannt (TN 3, Absatz 29; TN 5, Absatz 36). Abschließend erwähnte Teilnehmer 11, eine weitere wichtige Fähigkeit *„man muss aushalten können, dass es Kindern RICHTIG schlecht geht und man muss aushalten können, dass man die Kinder vielleicht auch erstmal in der Zeit wo sie bei uns sind, nicht retten können“* (TN 11, Absatz 50).

### 3.6 Forschungsdesign 2: Onlinefragebogen

Durch die vorliegende Forschungsarbeit soll ein ganzheitliches Abbild des untersuchten sozialen Phänomens entstehen. Zu diesem Zweck entschieden sich die Forscher für eine Ergänzung der qualitativen Inhaltsanalyse der Experteninterviews (➤3.4) durch einen quantitativen Online-Fragebogen mit qualitativen Anteilen. In diesem wurde die Perspektive von Eltern erfasst, auf die die Kriterien des Untersuchungsgegenstandes zutrafen. Die Erfahrungen von Eltern, von denen sich in der Vergangenheit eines oder mehrere Kinder zwischen null und drei Jahren in ergotherapeutischen Behandlungen befanden, wurden in die Studie miteinbezogen. So wird die ergotherapeutische Behandlung aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und eine facettenreiche Darstellung ermöglicht.



Der Online-Fragebogen hat zum einen den Vorteil, dass mit relativ geringem Aufwand eine größere Stichprobe erhoben werden kann. Zum anderen können die Teilnehmer zum Beantworten der Fragen im eigenen Lebensumfeld bleiben und sich ausreichend Zeit nehmen. Zusätzlich ist aufgrund der Anonymität die Hemmschwelle herabgesetzt (Perkhofer, Stamm, Ritschl, Hirmann, Huber, Unterhumer, Oberhauser, Weigl, Jocham, Moser, Ameshofer & Neururer, 2016). Im Folgenden Abschnitt soll der Aufbau des Fragebogens erläutert werden. Die vollständige Version des Fragebogens ist im Anhang (➤Anlage 15) zu finden.

### 3.6.1 Konstruktion des Online-Fragebogens

Der Fragebogen wurde mit der Online-Plattform *Unipark* (Questback GmbH, 2017) erstellt, bestand zum größten Teil aus geschlossenen Fragen und wurde durch wenige offene ergänzt. Der Einsatz von geschlossenen Fragen ist für die Auswertung deutlich einfacher, während es bei der Auswertung offener Fragen einer genauen Kategorienbildung bedarf (Perkhofer, et al., 2016). Zusätzlich gab es bei einigen geschlossenen Fragen ein offenes Kommentarfeld, welches es den Eltern ermöglichte, zusätzliche Antworten und individuelle Begründungen darzulegen. Zu Beginn des Fragebogens wurde der Teilnehmer bezüglich Inhalt und Hintergrund der Studie sowie der Nutzung und Verarbeitung der erhobenen Daten informiert. Um sicherzustellen, dass ausschließlich Eltern an der Umfrage teilnahmen, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden zu Beginn zwei Filterfragen gestellt, die die Homogenität unserer Zielgruppe gewährleistete (➤Anlage 16). Folgende Einschlusskriterien wurden hiermit geprüft:

- Teilnehmende Eltern haben ein oder mehrere Kinder zwischen null und drei Jahren, die sich **aktuell** in ergotherapeutischer Behandlung befinden.
- Teilnehmende Eltern haben zum Zeitpunkt der Teilnahme bereits **mindestens** drei Einheiten im ergotherapeutischen Behandlungsprozess wahrgenommen.

Wurden diese beiden Kriterien nicht erfüllt, endete die Umfrage automatisch. Das erste Einschlusskriterium wurde gewählt, um zu gewährleisten, dass die Erfahrungen der Eltern möglichst präsent sind. Zum anderen sind, sich aktiv in Behandlung befindliche Eltern, leichter via Aushänge in Ergotherapie-Praxen, über das Internet sowie die behandelnden Therapeuten zu erreichen. Das zweite Einschlusskriterium wurde gewählt, um sicherzustellen, dass die teilnehmenden Eltern bereits ausreichend Erfahrungen sammeln konnten, um eine solide Einschätzung geben zu können. Darauf folgt die thematische Einstiegsfrage in Form einer Likert-Skala, bei der die Teilnehmer die Begriffe *Beschäftigung*, *Funktionsverbesserung*, *Übungen*, *Beratung*, *Lebensqualität* und *Alltag* in Bezug zu Ergotherapie mit „Trifft nicht zu“, „Neutral“ oder „Trifft zu“ bewerten (Perkhofer, et al., 2016). Als weiteres Skalierungsverfahren nutzten die Forscher eine Ordinalskala, für die Erhebung des Leidensdrucks der Familien (Perkhofer, et al., 2016). Für eine logisch aufgebaute Fragensukzession sind die Fragen nach dem Verlauf einer ergotherapeutischen Behandlung sortiert. Zunächst werden grundsätzliche Informationen, wie Alter, Diagnose, bisherige Behandlungsdauer und weitere Therapien abgefragt, bevor sich die Fragen an Themen rund um den Behandlungseintritt, nachfolgend um Therapieinhalte und Ziele und zuletzt an bisherige Erfolge der Behandlung orientieren.



### 3.6.2 Durchführung des Pretests

Um die Qualität des Fragebogens in Bezug auf Design und Aufbau zu überprüfen, nahmen vier Elternteile im Zeitraum vom 01.07.2018 bis 02.07.2018 an einem Pretest teil (Perkhofer, et al., 2016). Er wurde mit zwei Elternteilen, deren Kinder bereits Ergotherapie hatten, und zwei Elternteilen, deren Kinder noch keine Ergotherapie hatten, durchgeführt. Es wurde darauf Wert gelegt, dass der Fragebogen für Eltern mit und ohne Ergotherapie-Erfahrung, gut verständlich ist. Denn die Umfrage spricht auch Eltern an, die unter Umständen erst drei Einheiten wahrgenommen haben und daher noch nicht viele Berührungspunkte mit Ergotherapie hatten.

Nach Auswertung des Pretests wurde der Fragebogen hinsichtlich Rechtschreibung und Geschlechtsneutralität überarbeitet sowie einzelne Textpassagen umformuliert. Inhaltlich gaben die Probanden lediglich die thematische Einstiegsfrage als schwer verständlich an. Obwohl sich die Breite einer Skala mit fünf bis neun Punkten bewährt hat und empfohlen wird (Keller, 2018), wurde die Einstiegsfrage aufgrund des Feedbacks auf drei Punkte herabgesetzt, um diese einfacher und übersichtlicher zu gestalten. Nach Abschluss der Testphase wurde der Fragebogen vollständig zurückgesetzt, um eine Verfälschung der Ergebnisse durch den Pretest zu vermeiden.

### 3.6.3 Durchführung des Online-Fragebogens und Datenanalyse

Der Fragebogen war in einem Zeitraum von zwei Wochen, vom 02.07.2018 bis 15.07.2018 online und für eine Teilnahme freigeschaltet. Durch einen Aushang (➤Anlage 14), auf dem Inhalt und Ziel der Umfrage sowie der Link und QR-Code zum Online-Fragebogen zu finden waren, wurden Teilnehmer akquiriert. Dieser Aushang wurde in Kindergärten und Praxen platziert, teils von den Forschern selbst aber auch von den Experten, die bereits an den Interviews teilgenommen hatten. Des Weiteren wurde der Link zur Umfrage durch soziale Netzwerke, wie Facebook, WhatsApp, Instagram und auch spezielle Foren für Eltern verbreitet. So wurde ein Gesamtsample von 1593 Teilnehmern erreicht, von denen mit einer Beendigungsquote von 2,51% letztlich 40 Teilnehmer die Umfrage abschlossen. Von diesen erfüllten 17 Teilnehmer alle Einschlusskriterien und waren für die Auswertung relevant. Die hohe Abbruchrate kann durch die sehr spezielle und insgesamt noch schwach vertretene Zielgruppe der Eltern von Kindern zwischen null bis drei Jahren, die Ergotherapie erhalten, erklärt werden. Nach Beendigung der Feldphase wurde ein fehlerhafter Datensatz gelöscht, um eine Verfälschung der Ergebnisse zu vermeiden. Die Analyse der Onlineumfrage erfolgte mit der Software *EFS reporting+* (Questback GmbH, 2017) die von *Unipark* (Questback GmbH, 2017) bereitgestellt wurde. Die Forscher nutzten die von dem Programm bereitgestellte grafische Auswertung. Es konnte zwischen diversen Darstellungsformen gewählt werden, die Auswahl verlief durch die Forscher rein konsensbasiert.



### 3.7 Darstellung der Ergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse des Online-Fragenbogens (➤3.6) dargestellt.

#### Frage 1: Inwieweit treffen die folgenden Begriffe für Sie auf Ergotherapie zu?

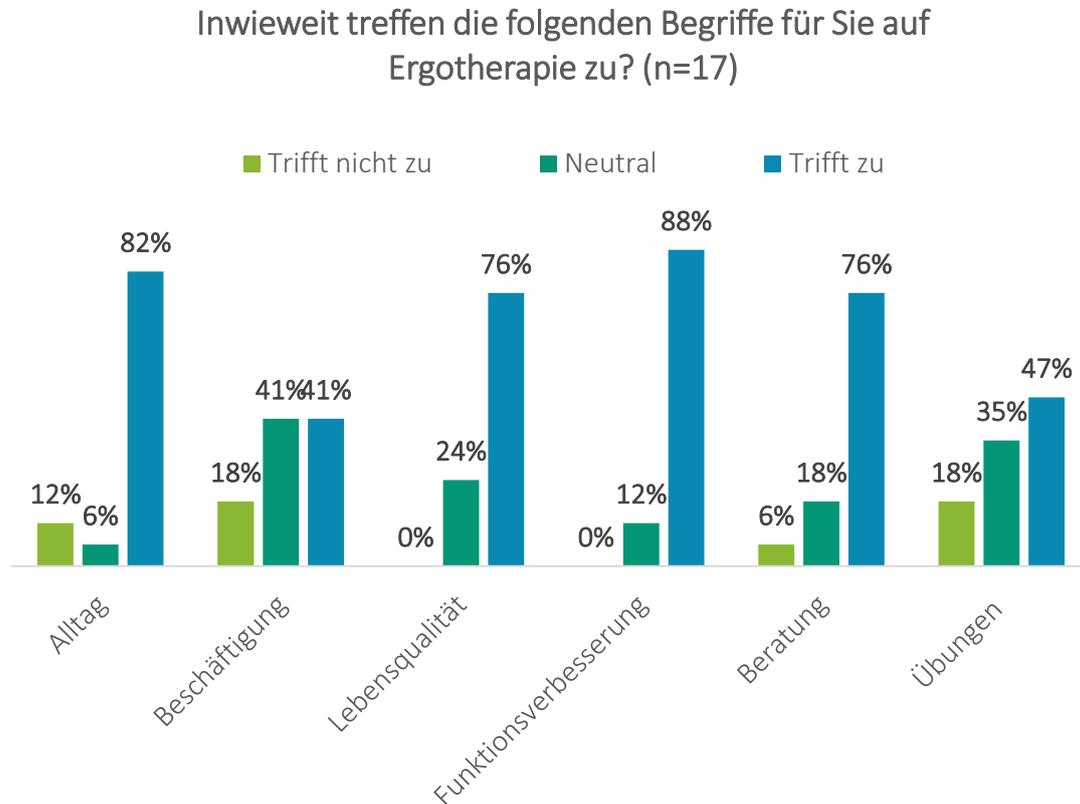


ABBILDUNG 14: BEGRIFFLICHKEITEN DER ERGOTHERAPIE

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

Diese erste Frage bildete einen thematischen Einstieg in die Online-Befragung. Es wurden sechs Begriffe definiert, wobei drei Begrifflichkeiten dem zeitgenössischen Paradigma (Alltag, Lebensqualität und Beratung) und drei dem mechanistischen Paradigma (Beschäftigung, Funktionsverbesserung und Übung) zugeordnet wurden, dies war für die Teilnehmer jedoch nicht ersichtlich. Ziel sollte es sein, dass die Teilnehmer die vorgegebenen Begriffe nach ihrem Ermessen der Ergotherapie zuweisen. Lebensqualität, Alltag und Beratung, welche dem zeitgenössischen Paradigma zugeordnet wurden, bezeichneten die Teilnehmer im Durchschnitt häufiger als zutreffend, als die Begrifflichkeiten des mechanistischen Paradigmas. Ebenfalls deutlich wird der Aspekt der Funktionsverbesserung mit 88% präferiert. Mit 82% folgt Alltag und mit 76% liegen Beratung und Lebensqualität gleich auf im Ranking. Im Gegensatz dazu, treffen die Begriffe Beschäftigung und Übung mit jeweils 18% für die Teilnehmer nicht auf die Ergotherapie zu. Hierbei fällt zusätzlich auf, dass Lebensqualität von keinem Teilnehmer als nichtzutreffend bewertet wurde.



## Frage 2: In welchem Alter hatte Ihr Kind zum ersten Mal Ergotherapie?

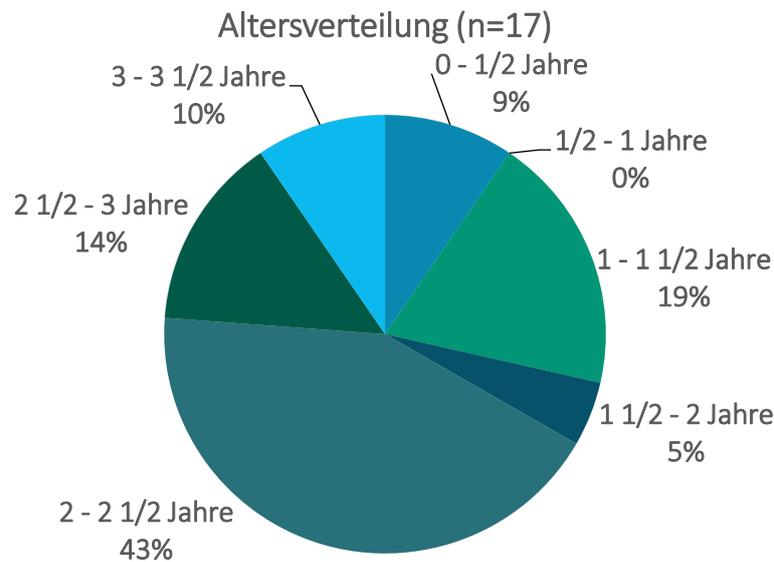


ABBILDUNG 15: DARSTELLUNG DER ALTERSVERTEILUNG

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

Generell wurden innerhalb der Online Erhebung nur die Daten der Eltern von Säuglingen und Kleinkindern im Alter von null bis drei Jahren ausgewertet. Ziel der Frage war es herauszufiltern, wie hoch das Behandlungseintrittsalter der Kinder war. Insgesamt 43% der Kinder waren zu Behandlungsbeginn zwei bis zweieinhalb Jahre alt. Lediglich 9% der Kinder waren bereits im Alter von null bis einem halben Jahr in der Ergotherapie.

## Frage 3: Mit welcher Diagnose kam Ihr Kind zur Ergotherapie?

Mit Hilfe dieser offenen Frage sollten die jeweiligen Diagnosen der Säuglinge und Kleinkinder erhoben werden. Durch diese Antwortoption konnte jeder der 17 Teilnehmer die spezifische Diagnose des Kindes eintragen. Dabei variierte die Anzahl dieser zwischen ein bis drei.

- „Persistierender frühkindlicher Reflex (STNR), Hypotonus der Rumpfmuskulatur, Wahrnehmungsstörung“ (E 16)
- „Spinale Muskelatrophie“ (E 18)
- „Autismus“ (E 24)
- „Sensomotorische Entwicklungsverzögerung [wegen] Neurofibromatose“ (E 44)
- „Funktionsstörung“ (E 46)
- „Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störung, Entwicklungsstörung“ (E 48)
- „Entwicklungsstörung der Motorik“ (E 41)
- „Sprachverzögerung“ (E 51)
- „Entwicklungsstörung“ (E 55)
- „Probleme der Grob,- Feinmotorik und soziale Probleme“ (E 60)



- „Entwicklungsverzögerung“ (E 61)
- „Funktionsstörung des Halses, Asymmetrie des Kopfes“ (E 64)
- „Unspezifische Entwicklungsstörung, drohende Behinderung“ (E 67)
- „[Periventrikuläre Leukomalazie] PVL und daraus resultierend West Syndrom“ (E 68)
- „Entwicklungsverzögerung, spätes laufen lernen, Probleme beim Essen (kauen)“ (E 69)
- „Unruhe, Hyperaktivität durch Drogenkonsum der leiblichen Mutter (Adoption)“ (E 70)
- „Autismus Spektrum Störung“ (E 71)

#### Frage 4: Wie lang befindet sich ihr Kind schon in ergotherapeutischer Behandlung? (➤Anlage 16)

In der Online-Umfrage wurden nur Eltern berücksichtigt, die ein Kind haben, das schon mindestens drei Therapieeinheiten hatte. Mit dieser Frage sollte die bisherige Therapiedauer präzisiert werden. Die Umfrage ergab, dass 35% der Familien bereits drei bis zehn Therapieeinheiten, 47% zwischen 10 und 30 Einheiten wahrgenommen hatten und 18% der Teilnehmer gaben mehr als 30 Therapieeinheiten an.

#### Frage 5a: Erhält ihr Kind noch weitere Therapien? (➤Anlage 16)

Die befragten Eltern gaben an, dass 59% der Kinder noch weitere Therapien neben der Ergotherapie erhielten. Dagegen nahmen 41% der Kinder neben einer ergotherapeutischen Behandlung keine anderen therapeutischen Maßnahmen wahr.

#### Frage 5b: Welche weiteren Therapien erhält Ihr Kind?

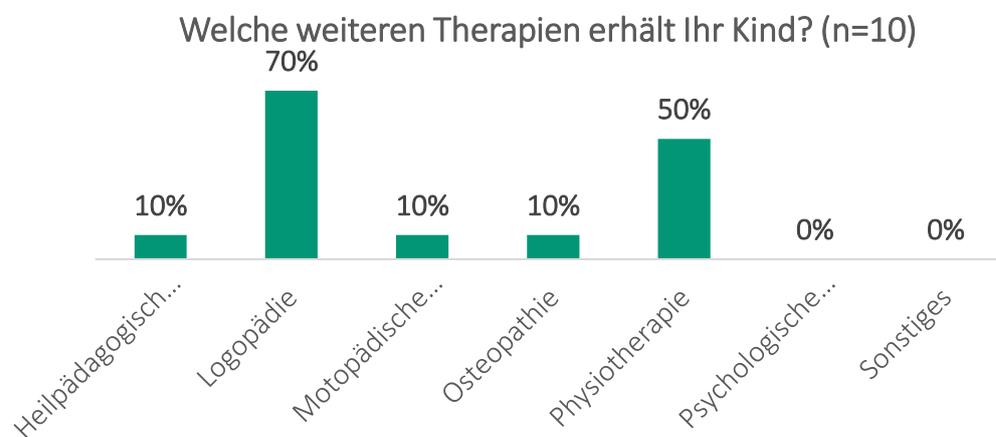


ABBILDUNG 16: DARSTELLUNG WEITERER THERAPIEN

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

Neben der Ergotherapie erhielten 70% der Kinder zusätzlich Logopädie. Die Hälfte der Kinder nahm, nach den Angaben der Eltern, parallel eine physiotherapeutische Behandlung wahr. Die befragten Probanden gaben an, dass außerdem jeweils 10% der Kinder von Heilpädagogen, Motopäden und Osteopathen behandelt wurden.



### Frage 6: Wer sprach eine Empfehlung für die Ergotherapie aus?

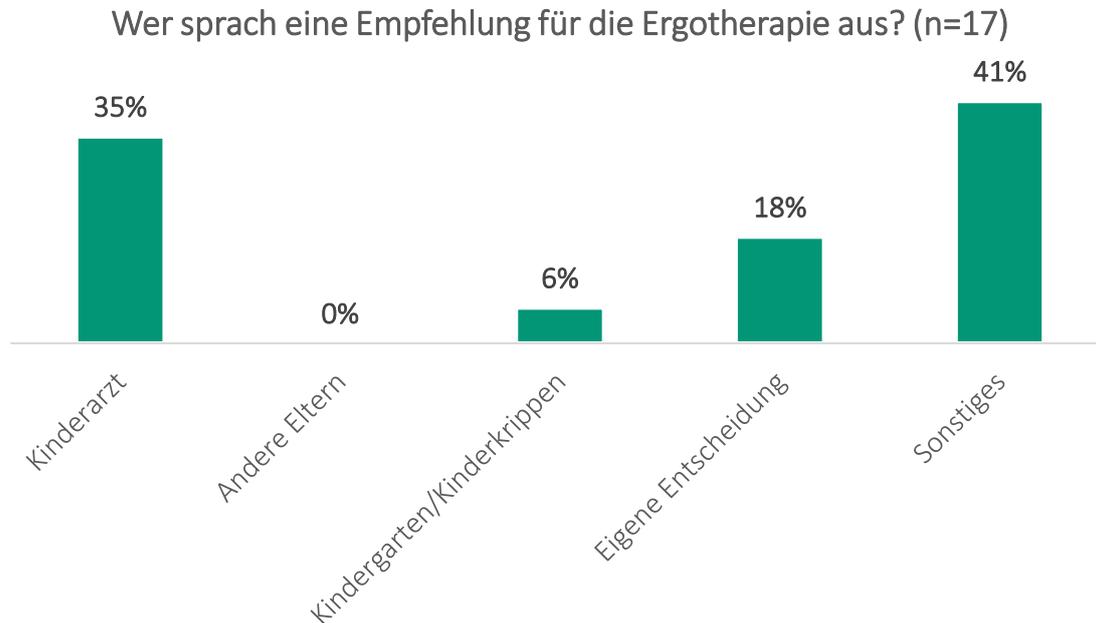


ABBILDUNG 17: DARSTELLUNG DER EMPFEHLUNGEN

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

Bei dieser Frage wurden die Teilnehmer gebeten anzugeben wer ihnen bzw. ihrem Kind eine ergotherapeutische Behandlung nahelegte. Wie in der Grafik deutlich zu erkennen, wurde mit 35% der Arzt als die meist aktive Instanz genannt. Unter der Kategorie „Sonstiges“ wurde mehrfach das SPZ (E 24, 48), sowie Mutter-Kind-Einrichtungen (E 60, 69) aufgeführt. Auch andere Disziplinen des sozialen Sektors wie Logopäden (E 71) und Krabbelgruppenleiter (E 55) legten einzelnen Eltern eine ergotherapeutische Behandlung für ihr Kind ans Herz.

### Frage 7: Warum wurde Ihnen Ergotherapie empfohlen? (➤Anlage 16)

Ziel dieser Frage war, den Grund für eine Ergotherapie Empfehlung herauszufiltern. Den Teilnehmern wurde diesbezüglich eine Auswahlmöglichkeit von drei Antworten geboten. Aufgrund von Auffälligkeiten beim Schreiverhalten wurde 6% der Teilnehmer eine Empfehlung ausgesprochen. Wesentlich mehr (71%) gaben den Grund der nicht angepassten Entwicklung an. Unter dem Aspekt „Sonstiges“ gaben 24% beispielsweise Probleme beim Bewegen (E 60), Probleme der Körperwahrnehmung und des Gleichgewichtssinns, Störungen im Bewegungsablauf und ein selbstverletzendes Verhalten (E 67) oder Unruhe (E 70) an. Weitergehend wurden Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Grenzen (E 70) beschrieben oder, dass der Kopf nur in eine Richtung gedreht wurde an (E 64).



### Frage 8: Wie haben Sie Ihre(n) Ergotherapeut/in ausgewählt? (➤Anlage 16)

Hintergrund dieser Frage war es, die Gesichtspunkte herauszufiltern, anhand derer die Eltern ihren Ergotherapeuten ausgewählt haben. Von den befragten Eltern gaben 6% an, dass nur ein Ergotherapeut zur Auswahl stand. Aufgrund eines zeitnahen Termins entschieden sich 12% für ihren Therapeuten. Insgesamt 18% entschieden nach Qualifikation und 24% wählten ihn aufgrund der Nähe zum Wohnort aus. Mit 41 % entschieden sich die meisten Eltern für einen Therapeuten, der ihnen empfohlen wurde.

### Frage 9: Welche Erwartungen hatten sie an die Therapie? (➤Anlage 16)

Die Eltern wurden befragt, welche Erwartungen sie im Vorfeld an die ergotherapeutische Behandlung hatten. Diesbezüglich äußerten 94%, sie hätten die Erwartung, dass der Ergotherapeut ihr Kind behandle, damit es im Alltag weniger Probleme hätte. Weiterhin gaben 88% der Eltern an, durch die Therapie besser zu wissen, wie sie ihr Kind unterstützen können. Die Schwierigkeiten des eigenen Kindes besser verstehen und nachvollziehen zu können, erwarteten 41% der befragten Eltern. Nur 12% der Studienteilnehmer wünschten sich von dem Ergotherapeuten, dass sich durch die Therapie ihren Leidensdruck lindern würde. Unter der Rubrik „Sonstiges“ äußerte ein Elternteil die Erwartung, von dem Ergotherapeuten, zu einem besseren Umgang mit seinem Kind angeleitet zu werden (E 67).

### Frage 10a: War während der Therapie mindestens ein Elternteil anwesend? (➤Anlage 16)

Diese Frage wurde von den Forschern in drei Teile (a-c) gegliedert, um einen tieferen Einblick in diesen Sachverhalt zu erlangen. In diesem ersten Teil der Frage ging es darum zu erfassen, wie viele Eltern während des Therapieprozesses anwesend waren. Dabei gaben 59% an, dass immer mindestens ein Elternteil präsent war. Die restlichen Probanden gaben an, entweder selten (24%) oder häufig (18%) während der Intervention anwesend gewesen zu sein.

### Frage 10b: Wie haben Sie ihre Anwesenheit empfunden?

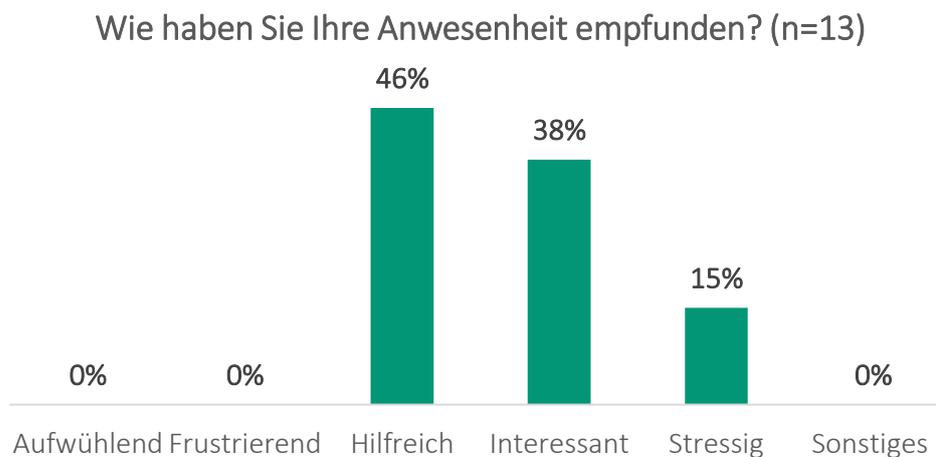


ABBILDUNG 18: DARSTELLUNG DES EMPFINDEN

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG



In dem zweiten Teil der Frage war es den Verfassern wichtig herauszufiltern, wie sich die Anwesenheit während des Therapieprozesses auf die Eltern auswirkte. Die Forscher entschieden sich als Auswahlmöglichkeiten für fünf Emotionen, sowohl positive als auch negative und ließen den Teilnehmern offen unter dem Punkt „Sonstiges“ nicht aufgeführte Gefühle anzugeben. Mit 46% gaben die meisten Eltern an, ihre Präsenz als hilfreich empfunden zu haben. Nur 15% der Befragten fühlten sich durch ihre Anwesenheit gestresst.

#### Frage 10c: Während der Therapie... (➤Anlage 16)

Durch den dritten und letzten Teil der Frage sollte ermittelt werden, welche Funktion die Eltern während ihrer Anwesenheit in der Therapie innehatten. Dabei gaben 54% an, während des ergotherapeutischen Prozesses dem Therapeuten bei der Behandlung ihres Kindes zugeschaut zu haben. Darüber hinaus wurden 46% der Probanden von ihrem Ergotherapeuten angeleitet, wie sie anders mit ihrem Kind umgehen könnten.

#### Frage 11: Die Ziele in der Therapie... (➤Anlage 16)

Mit Hilfe dieser Frage sollte der Aspekt der Klientenzentrierung innerhalb der Therapie messbar gemacht werden. Diesbezüglich gaben alle Teilnehmer an, dass die Ziele für sie ersichtlich waren. Von allen Probanden gaben 59% an, dass sie die Ziele gemeinsam mit ihrem Therapeuten entwickelt haben, dagegen wurden 41% die Ziele lediglich durch den Ergotherapeuten mitgeteilt.

#### Frage 12: Waren Ihnen zu jedem Zeitpunkt der Verlauf und die Ziele der Therapie klar?

### Waren Ihnen zu jedem Zeitpunkt der Verlauf und die Ziele der Therapie klar? (n=17)

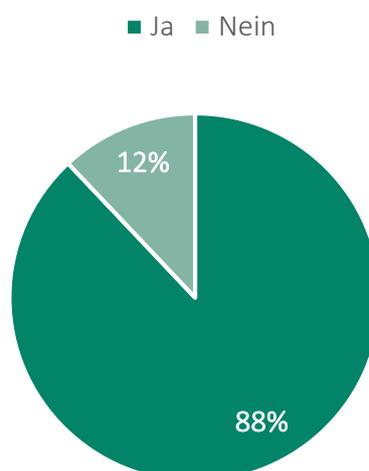


ABBILDUNG 19: DARSTELLUNG DER ZIELE

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG



Die Forscher legten mit dieser Frage den Fokus auf den Grad an Transparenz des Therapeuten gegenüber den Eltern. Dem größten Teil der Eltern waren mit 88% der Verlauf und die Ziele der Therapie jederzeit klar. Jedoch konnten 12% der Teilnehmer diese Frage nicht mit „Ja“ beantworten.

### Frage 13: Wurde während des Therapieverlaufs empathisch und flexibel auf Sie eingegangen? (➤Anlage 16)

Bezüglich eines empathischen und flexiblen Einbezugs der Eltern innerhalb der Therapie, gaben 94% der Eltern an, dass sie während der Therapie ihre Anliegen äußern konnten und diese auch innerhalb der therapeutischen Behandlungen berücksichtigt wurden. Lediglich 6% der Eltern sagten aus, dass ihre Anliegen keinerlei Berücksichtigung in der Ergotherapie erfuhren.

### Frage 14a: Haben Sie im Verlauf der Therapie (in der Therapie/ zu Hause/ in der Krippe etc.) Erfolge beobachtet, die Sie auf die Therapie zurückführen können? (➤Anlage 16)

Diese Frage gestaltete sich als Filterfrage und bestand somit aus zwei Teilen. Ziel war es, die Wirksamkeit der Ergotherapie herauszufiltern. Innerhalb der ersten Frage gaben 88% an, Erfolge beobachtet zu haben, die auf die Therapie zurückzuführen seien. Dagegen sahen 12% der Teilnehmer keine Erfolge, die auf die Ergotherapie zurückzuführen seien.

### Frage 14b: Welche Erfolge konnten sie auf die Therapie zurückführen?

Teilnehmer, welche Erfolge beobachten konnten, wurden nun gebeten diese genau zu beschreiben. Mittels einer offen gestellten Frage, konnten sie ihre individuellen Erfahrungen mitteilen.

- „Bessere Rumpfstabilität, Kind kann nun viel besser Laufrad und Roller fahren“ (E 16)
- „Mein Kind ist entspannter und kann leichte motorische Bewegungen durchführen wie z.B. meinen Finger Greifen“ (E 18)
- „das [Kind] greift mit rechts“ (E 19)
- „Kind schläft ruhiger und alleine in seinem Bett“ (E 38)
- „Verbesserung der motorischen Fähigkeiten“ (E 44)
- „Kind hat weniger Geschrien und konnte sich besser bewegen“ (E 46)
- „Fein,- und Grobmotorik wurden verbessert, Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Umwelt ist deutlich besser geworden“ (E 48)
- „Verbesserung der Motorik in jeglicher Hinsicht, Kind wurde ruhiger und entspannter, kann sich seitdem fast altersentsprechend bewegen, erkundet viel mehr“ (E 49)
- „Selbstsicherheit durch Erfolgserlebnisse“ (E 51)
- „Besserung im Bewegungsablauf, Mutiger im Alltag, Mehr Geduld“ (E 60)
- „Voranschreitende Entwicklung“ (E 61)
- „Drehung des Kopfes in beide Richtungen. Kopf ist wieder symmetrisch“ (E 64)
- „Kind kann jetzt sicherer laufen und Laufrad fahren“ (E 67)
- „Er war im Anschluss oft ausgeglichener, es ging ihm sichtlich Besser, er macht Fortschritte“ (E 68)



- „Entwicklung geht weiter vorwärts, Kind kommt in der Kita besser zurecht, Kind hat mehr Spaß an Bewegung“ (E 69)
- „Besserung des Einschlafrituals - „Herunterbringen“ in unruhigen Phasen“ (E 70)
- „mehr Sprache, bessere Konzentration, bessere Taktile Wahrnehmung, erhöhtes Körperempfinden“ (E 71)

### Frage 15: Wie zufrieden sind sie mit der Therapie? (➤Anlage 16)

Das Ergebnis der Frage zielt auf die Zufriedenheit der Eltern, bezüglich ihrer ergotherapeutischen Erfahrungen, ab. Dabei konnten die Teilnehmer auf einer Skala von 1-10 (1 gar nicht zufrieden und 10 sehr zufrieden) ihr Wohlbehagen darstellen. Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass mit 35% die meisten Befragten sehr zufrieden mit der Therapie ihres Kindes waren. Der Zufriedenheitswert 9 wurde von 29% gewählt und 24% entschieden sich für die Wertung 8. Lediglich 6% gaben einen Mittelwert von 6 an und weitere 6% bewerteten die Therapie mit 1 als nicht zufriedenstellend.

### Frage 16: Was hat sich ihrer Meinung nach am meisten durch die Therapie verändert?

Dies war eine offene Frage, in der die Eltern die Veränderungen, die sie auf die Therapie zurückführen, individuell schildern konnten. Um die Ergebnisse übersichtlicher zu gestalten, wurden diese in Veränderungen bei den Eltern, bei den Kindern und Veränderungen, die weder Eltern noch Kind eindeutig zugeordnet werden konnten, unterteilt.

Veränderungen die Eltern betreffend:

- „Aufmerksamkeit der Eltern auf zuvor unbekannte Defizite, Anregungen für Hilfe des Kindes im Alltag“ (E 44)
- „Ich habe gelernt, mit meinem Kind besser umzugehen und weiß jetzt, wie ich meinem Kind helfen kann“ (E 49)
- „Bin entspannter mit meinem Kind“ (E 67)

Veränderungen die Kinder betreffend:

- „Wohlbefinden des Kindes, da es frustriert war über die Dinge, die ihm schwerfielen“ (E 16)
- „Die [Motorik]“ (E 18)
- „Die Störung der [Bewegungsabläufe]“ (E 46)
- „Laufen Krabbeln, Selbstständigkeit“ (E 55)
- „Spaß an der Bewegung, mehr Zutrauen“ (E 60)
- „Die Entwicklung wird altersentsprechender“ (E 61)
- „Funktion des Halses meines Kindes“ (E 64)
- „Er lernt sich besser aufrecht zu halten (Kopf/Rumpf), kann sich drehen“ (E 68)
- „Kind schreit weniger, ist zufriedener“ (E 69)
- „Mein Kind ist Zuhause nicht mehr so extrem rastlos wie früher. Man kann durchaus auch kleinere Spiele anbieten“ (E 71)



Veränderungen die nicht Eltern oder Kinder zugeordnet werden konnten:

- „Toilettenverhalten, Einsicht bei den anderen Eltern, man hatte endlich den Beweis, dass das Umfeld an den Missglücken des Tages Schuld ist“ (E 24)
- „Mut, sich auszuprobieren“ (E 51)
- „Die Lebensqualität insgesamt“ (E 48)
- „Einschlafritual“ (E 70)

### Frage 17 und 18: Wie hoch war der Leidensdruck vor und nach der Ergotherapie für Sie?

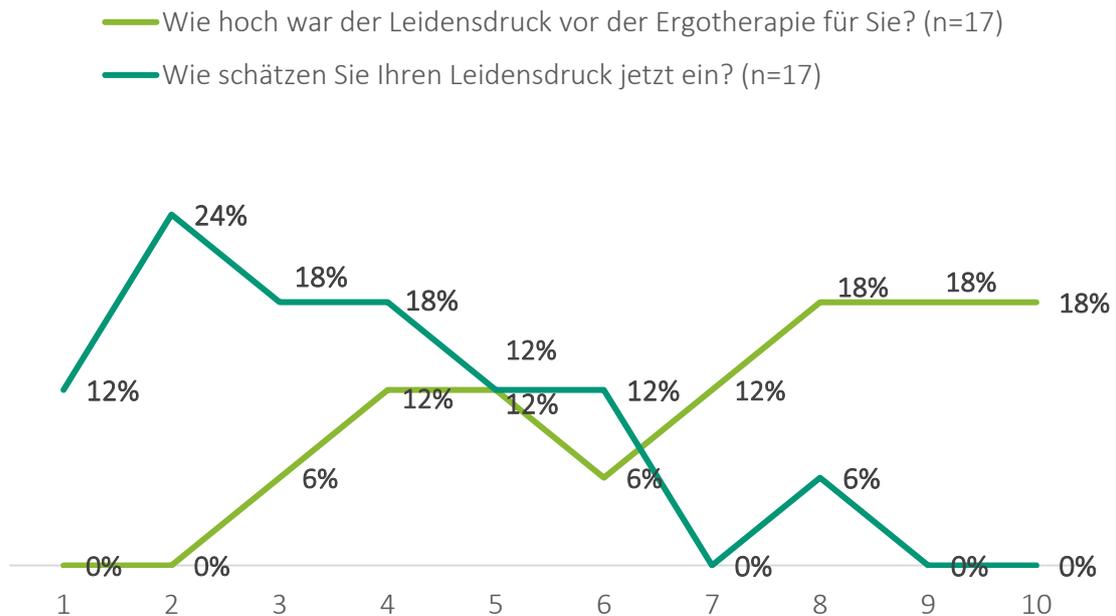


ABBILDUNG 20: DARSTELLUNG DES LEIDENSDRUCKS

QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG

Im Fokus der Frage stand der Leidensdruck der betroffenen Eltern. Im direkten Vergleich hat sich der Leidensdruck der Eltern von dem anfänglichen Durchschnittswert 7,2 auf einen Wert von 3,6 nach Abschluss der Therapie verbessert.

### Frage 19: Würden sie Ergotherapie weiterempfehlen? (► Abbildung 17)

Das Ergebnis dieser Frage fiel sehr einstimmig aus, 100% und somit alle Teilnehmer würden die Ergotherapie weiterempfehlen. Mittels dieser Frage sollte zusätzlich die Zufriedenheit und Einstellung zur Ergotherapie gemessen werden.



## 4 Interpretation der Ergebnisse

### 4.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Forscher betrachten in ihrer Erhebung das Arbeitsfeld von Ergotherapeuten mit Säuglingen und Kleinkindern von null bis drei Jahren und gewannen vielfach bereichernde Einblicke und Erkenntnisse über den ergotherapeutischen Behandlungsprozess. Die gefilterten Informationen, der 13 Experteninterviews und des Online-Fragebogens für Eltern, dienen neben den theoretischen Vorüberlegungen der Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung: **Wie gestaltet sich der ergotherapeutische Behandlungsprozess im ambulanten Setting mit Säuglingen und Kleinkindern (null bis drei Jahre)? Wodurch wird dieser beeinflusst und wie erfahren Eltern mit Kindern, die in der Ergotherapie waren, diesen Prozess?** Die Forscher nutzten die folgenden vier Leitfragen, um den Kausalmechanismus des ergotherapeutischen Prozesses, unter Berücksichtigung der unabhängigen Variablen (Ergotherapeut und Kompetenzen) und den abhängigen Variablen (Zielgruppe Eltern und Kinder), auf Mikroebene darzustellen. Im Zuge dessen wurden von den Forschern ebenfalls intervenierende Größen auf Meso- und Makroebenen, als auch innerhalb der Umwelt berücksichtigt. In diesem Kapitel werden die Resultate mit dem theoretischen Hintergrund fusioniert und Zusammenhänge hergestellt, die weiterführende Fragestellungen eröffnen.

#### LEITFRAGE 1: WIE GESTALTEN ERGOTHERAPEUTEN DEN THERAPEUTISCHEN BEHANDLUNGSPROZESS BEI SÄUGLINGEN/KLEINKINDERN (NULL BIS DREI JAHRE)?

Um diese erste Leitfrage zu beantworten, wird ein Gesamtüberblick über den ergotherapeutischen Prozess offengelegt. Das detaillierte therapeutische Vorgehen wird im Rahmen der Hauptforschungsfrage erörtert. Die interviewten Experten beschrieben spezielle Charakteristika des Prozesses und führten dabei einige Besonderheiten auf. Die Therapieintensität beträgt im Durchschnitt einmal wöchentlich 45 Minuten. Dazu äußerten sich einige Experten kritisch, für die kleinen Klienten seien 20 Minuten Therapie bereits sehr anstrengend. Bezüglich der Therapiedauer beschrieben Teilnehmer 6, 12 und 13 die Tatsache, dass diese mit der besonders jungen Zielgruppe deutlich kürzer sei und trotzdem wichtige Erfolge erzielt würden. Nach Largo (2018) ist die Entwicklung von Kindern besonders in der betrachteten Altersspanne von null bis drei Jahren enorm schnell, dabei verläuft die Entwicklung von Kind zu Kind sehr vielfältig. Case-Smith (2013) beschreibt den Umstand, dass gerade in den ersten Lebensjahren die Neuroplastizität\* der Kinder enorm leistungsfähig und flexibel ist. Somit sind Säuglinge und Kleinkinder gerade in dieser Phase ihres Lebens besonders empfänglich für therapeutische Interventionen und es werden schneller Erfolge erzielt. Laut der Definition des DVE (2007) richtet sich Ergotherapie an Menschen jeden Alters und somit auch an Säuglinge und Kleinkinder. Somit sind Kinder trotz ihres jungen Alters potenzielle Klienten der Ergotherapie, denn auch sie sind bereits soziale Wesen, die in eine physikalische, soziale und kulturelle Umwelt eingebettet sind und innerhalb dieser Umgebung agieren und kommunizieren. Eine kurze Therapiedauer bei Säuglingen und Kleinkindern wurde von den Experten beschrieben und dadurch bedingt, dass häufig einzelne Beratungen der sozialen Umwelt schon zielführend sind und Betätigungsanliegen der Familien erfüllt werden. Entgegen den Erwartungen der Forscher haben zwei Experten eine länger anhaltende Therapiedauer befürwortet.



Dies sollte nach Meinung der Forscher differenziert betrachtet werden, da die Therapiedauer auch stark von der jeweiligen Diagnose und anderen Kontextfaktoren abhängig ist.

Die Experten gaben an, innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses, mit verschiedenen Disziplinen zusammenzuarbeiten (➤Tabelle 5). Sie empfanden diese Teamarbeit als gewinnbringend und bereichernd. Auch im Rahmen des CPPF's (➤2.7.2.1) wird die Interdisziplinarität als relevanter Aspekt im Praxiskontext genannt. Die befragten Experten äußerten unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit, sowohl innerhalb ihrer eigenen Berufsgruppe, als auch mit anderen Professionen. Diese Arbeitsweise lässt sich nach Meinung der Forscher dem zeitgenössischen Paradigma zuordnen (➤2.4.1).

Teilnehmer 5 merkte als weitere Besonderheit an, dass es im Sinne des aktuellen Paradigmas wichtig sei, die Klienten und ihre Familien ganzheitlich zu betrachten (➤2.6.3).

Davis und Polatajko (2006) veröffentlichten das Modell der Betätigungsentwicklung von Kindern. Das IMOD beschreibt einen systematischen Ablauf des Betätigungsverhaltens im Laufe eines Lebens (Davis & Polatajko, 2006). Diese Prozesse basieren auf der Interaktion und der Wechselwirkung zwischen der Person, ihrer Umwelt und relevanten Betätigungen. Dabei werden konkrete Lernabläufe beschrieben, die die Grundlage für die Durchführung einer Betätigung sind. Entgegen den Erwartungen der Forscher, beschrieben viele Experten konkrete, betätigungsorientierte Ansätze innerhalb der therapeutischen Interventionen. Dabei nutzten die befragten Ergotherapeuten ihre Expertise, um bedeutungsvolle Betätigungen, die dem Entwicklungsstand des Kindes entsprachen, in die Therapie zu integrieren (TN 2, TN 9, TN 12, TN 13). Diesen betätigungsorientierten Ansatz in der Therapie nutzten die Experten immer in enger Zusammenarbeit mit den Eltern, dem unmittelbaren Umfeld und alltagsnahen Betätigungen des Kindes. Somit bestätigen die Experten die Inhalte und deren Zusammenwirken des Modells nach Davis und Polatajko (2006). Während die Entwicklung eines Kindes meist im Alter von 18 Jahren abgeschlossen ist, ist die Entwicklung von Betätigungen ein großer Bestandteil des gesamten Lebens, auch über das Kindesalter hinaus (Romein, 2016). Jedoch führen Kinder diese Betätigungen nicht isoliert von ihrer Umwelt durch, meist dienen Bezugspersonen wie Eltern oder Geschwister als Modelle und Orientierung, was die Art und Weise der Durchführung einer Betätigung betrifft. Eine erfolgreiche Entwicklung setzt aber nicht automatisch die Ausführung von Betätigungen voraus (Romein, 2016). Die Aussagen der Interviewteilnehmer und die Ergebnisse der fundierten Literaturrecherche bekräftigen den Fokus auf Betätigungsorientierung innerhalb der zeitgenössischen Ergotherapie, den die Forscher durch die vorliegende Forschungsarbeit verdeutlichen möchten.

Dabei wird ebenfalls die Notwendigkeit deutlich, dass das soziale Umfeld eines Kindes fester und aktiver Bestandteil einer erfolgreichen Therapie sein muss, wie die Forscher bereits in den theoretischen Vorüberlegungen festgehalten haben. Die Experten beschrieben mehrfach eine Unberechenbarkeit, innerhalb des Prozesses, die einer erhöhten Flexibilität und Anpassungsfähigkeit bedürfen (TN 13, TN 10, TN 2). Die Forscher sehen in diesen Anpassungsmechanismen des Therapeuten Formen des Clinical Reasoning (➤2.5.4).



Ergotherapeuten passen innerhalb der Therapie konkrete Interventionen an und treffen immer wieder Entscheidungen über Adaptionen oder Veränderungen, die sie zugunsten der Zielerreichung treffen und durchführen (Mendez & Neufeld, 2003). Dabei werden vorherrschende Situationen analysiert, das eigene Verhalten reflektiert und evaluiert. Diese Mechanismen beschrieben auch die befragten Ergotherapeuten als festen Bestandteil ihrer Berufspraxis.

## LEITFRAGE 2: WELCHE KOMPETENZEN SETZEN ERGOTHERAPEUTEN IN IHRER ARBEIT MIT KINDERN ZWISCHEN NULL BIS DREI JAHREN EIN?

Nach den Autoren Walkenhorst und Stüve (2004) werden die Kompetenzen in drei Kategorien eingeteilt. Die Forscher nutzten diese Einteilung, um die Schlüsselqualifikationen der Ergotherapeuten in ihrer Arbeit mit der spezifischen Zielgruppe Null- bis Dreijährigen zu diskutieren. Die **Sozialkompetenz** ist nach Walkenhorst und Stüve (2004) ein wichtiger Aspekt der Therapeut-Klient Beziehung. Experten setzen diese ebenfalls als Notwendigkeit für eine vertrauensvolle und effektive Zusammenarbeit mit den Eltern voraus. Empathie und Feinfühligkeit sind ein ebenso großer Bestandteil dieser Kompetenz. Innerhalb der Arbeit mit dieser Klientel wird ein gutes Gespür vorausgesetzt, da sich die Klienten noch nicht mitteilen können, muss auf einzelne Signale eingegangen werden (TN 2, TN 7). Aufgrund dessen ist nochmals hervorzuheben, dass die Eltern als Experten für diese Klientel gesehen werden und eine tolerante und respektvolle Grundhaltung des Ergotherapeuten für eine gute Beziehungsgestaltung erforderlich ist. In den Interviews wurde als Voraussetzung für die Arbeit ein selbstsicheres Auftreten der Therapeuten und gute Kenntnisse über die Normalentwicklung beschrieben. Diese **Personalkompetenz** erlange man überwiegend durch die Sammlung von Erfahrungen, in diesem Bereich. Dementsprechend stellen sich die Forscher die Frage, wie sich die Arbeit ohne Erfahrung, für Berufsanfänger gestaltet. Experten betonen, dass man in dieses Arbeitsfeld hineinwachsen und Mut zeigen müsse. Ohne die Bereitschaft, etwas nachzuschlagen oder sich weiterzubilden, sei es in diesem Bereich sehr schwierig (TN 2, TN 4, TN 10). Walkenhorst und Stüve (2004) beschreiben spezifische Zusatzqualifikationen unter dem Begriff der **Fachkompetenz**. Diesbezüglich war festzustellen, dass alle befragten Therapeuten Fort- und Weiterbildungen in den verschiedenen Bereichen absolviert haben (➤2.4.1). Experten befürworteten diese als Voraussetzung und Qualifikation für die Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern.

Zur weiteren Beantwortung dieser Leitfrage, werden Faktoren beschrieben, die den Ergotherapeuten innerhalb des Therapieprozesses betreffen. Der vorliegenden Forschungsarbeit liegt die kanadische Modelltriplekte nach Townsend und Polatajko (2013) zugrunde. Daher werden die CMCE Skills genutzt, um die Kompetenzen des Ergotherapeuten darzustellen. Im Sinne von **Adapt** beschrieben die befragten Experten konkrete Anpassungen bezüglich des Settings sowohl innerhalb der Therapie, als auch im häuslichen Umfeld, die vorgenommen werden. Innerhalb der Therapie beschränken die meisten Experten die Umgebung therapeutischer Interventionen auf eine reizarme und reduzierte Atmosphäre. Die Experten richten die Rahmenbedingungen auf die Bedürfnisse der Zielgruppe und deren Belange aus, indem sie bodennah und mit viel sensorischem Input arbeiten.



Rubin (1984) bekräftigt den Einsatz von sensorischen Materialien, die visuelle, auditive, taktile, propriozeptive und vestibuläre Stimulationen hervorrufen, durch die ein Kind wertvolle Erfahrungen der Wahrnehmungsverarbeitung machen kann. Die Mehrheit der Experten sieht als Teil der Anpassung und Ausrichtung innerhalb der Therapie, dass Betätigungen reduziert und die Dauer der Therapie unter Umständen verkürzt werden sollte. Nach Largo (2018) nimmt die Konzentration, Aufmerksamkeit und Ausdauer innerhalb der Entwicklung kontinuierlich zu und besonders junge Kinder sind mit einer Therapiedauer von 45 Minuten überfordert. Eine kleinkindspezifische Ausrichtung der räumlich-situativen, zeitlichen und therapeutischen Gegebenheiten sollte durch den Ergotherapeuten gewährleistet werden. Experten und Forscher werten diesen Aspekt als besonders bedeutungsvoll und definieren dies als signifikante Kompetenz in der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern. Unter **Advocate** beschrieben die Teilnehmer ihre Aufgabe als Vertreter der Klientengruppe vor Eltern und Ärzten, indem sie sowohl Aufklärungsarbeit leisten als auch die Bedürfnisse vertreten. Experten bestätigen die Pflicht der Ergotherapeuten, betroffene Eltern ausreichend über Entwicklung, Betätigungen und Verhalten ihres Kindes aufzuklären. Im Zuge dessen bemerkten einige Experten den Misstand, dass zu wenige Ärzte den Säuglingen und Kleinkindern die ergotherapeutische Behandlung zugestehen. Der Einsatz und die Fürsprache durch den Ergotherapeuten sind erforderlich um die Wünsche und Bedürfnisse der Klientengruppe nach außen hin zu vertreten. Die Forscher sehen aufgrund der mangelnden Positionierung innerhalb dieses Arbeitsfeldes eine Schwierigkeit darin, sich für die Klientengruppe ausreichend einsetzen zu können. TN 2 forderte stärkeres Engagement der Ergotherapeuten in diesem Bereich, um mehr Stellung innerhalb des deutschen Gesundheitssystems zu beziehen.

Die Kompetenz **Coach** beinhaltet laut den Experten zunächst eine gute Beziehungsgestaltung im Sinne der Klientenzentrierung. Weiterhin betonen die Experten, dass therapeutische Angebote auf die ganze Familie hin ausgerichtet werden sollten, da Betätigungen immer im Zusammenhang mit den Bezugspersonen zu sehen sind. Nach Romein (2016) führen Eltern Teile der Betätigungen ihrer Säuglinge und Kleinkinder zunächst aus, da sich die selbständigen Anteile im Laufe der Entwicklung intensivieren. Kinder sind bereits zu Beginn aktiv beteiligt, können aber nicht autonom agieren (➤2.6). Das Coaching wurde von vielen Experten als elementare Kompetenz genannt. Als evidenzbasierte Grundlage könnte nach Meinung der Forscher das OPC genutzt werden (➤2.6.1). Dieses Modell könnte besonders Berufsanfängern als Orientierung dienen. Weiterführend beschreibt **Collaborate** die Tatsache, dass Ergotherapeut und Klient im Sinne des *Power-Sharings* eine partnerschaftliche Beziehung eingehen und sowohl der Klient als auch der erweiterte Klient aktive Rollen im Behandlungsprozess einnehmen (Townsend, et al., 2013). Die Experten nutzen diese Kompetenz durch eine ausgeprägte Empathiefähigkeit, Einfühlungsvermögen und die Sensibilität mit dem belasteten Klienten und seinem Umfeld zu arbeiten. Der Ergotherapeut fungiert als neutraler Zuhörer, der den Eltern und der familiären Gesamtsituation mit Wertschätzung begegnet und objektiv auf die Menschen in ihrer individuellen Lebenswelt eingeht (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012). Die Experten präferieren ein wertfreies und respektvolles Vorgehen, indem die Bedürfnisse des Klienten an höchster Stelle stehen.



Trotz alledem setzt der Therapeut seine fachlichen Fähigkeiten ein, um das Klientensystem zu befähigen, den Therapieverlauf aktiv zu beeinflussen. Die Eltern gehen stellvertretend für ihr Kind eine therapeutische Partnerschaft auf Augenhöhe ein. Innerhalb dieser engen Zusammenarbeit sollte ein effektives Gleichgewicht von Macht herrschen. Dies setzt gegenseitige Akzeptanz, Fürsorge und Respekt voraus (Rodger & Ziviani, 2006). Die Kompetenz **Consult** wird von den befragten Experten als sehr bedeutsam erachtet, da die Beratungsfunktion eine Schlüsselkompetenz in der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern sei. Der Ergotherapeut leitet die Eltern durch den gesamten Prozess, indem er sie zu Entscheidungen ermutigt und Informationen gezielt an die Eltern heranträgt (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2012). Die Experten schilderten mehrere Fälle in denen einzelne intensive Beratungseinheiten bereits zielführend waren und Betätigungsanliegen des Klientensystems verbessert werden konnten. Festzustellen ist diesbezüglich die Unwissenheit der Ärzte über die Beratungsfunktion der Ergotherapeuten (TN 2, TN 13). Überwiegend sind Pathologien und ein starker Leidensdruck der Familien Therapieindikatoren für Ärzte (Nacke, 2016). Die Forscher stellen sich daher die Frage, weshalb konkrete Betätigungsanliegen nicht präventiv von Ergotherapeuten aufgefangen werden, bevor es zu einer Manifestation von Erkrankungen kommt (➤2.4.4). Durch die Kompetenz **Coordinate** werden innerhalb der Ergotherapie verschiedene Instanzen und somit vielerlei Sichtweisen miteinander verbunden. Nach Townsend und Polatajko (2013) ist der Ergotherapeut der Experte für Betätigungen und Partizipation, daher bildet er die Brücke zwischen diesen Sichtweisen und ermöglicht somit eine effiziente und ganzheitliche Therapie. In den Interviews berichteten die Experten von Supervisionen und Fallbesprechungen innerhalb der Einrichtungen, um eine ganzheitliche Behandlung zu gewährleisten (TN 2, TN 5, TN 11). Unter der Kompetenz **Design/build** gestalteten die befragten Experten keine spezifischen Mittel für ihre Klienten, vielmehr haben sie durch Beratung und Empfehlung vielseitiger Hilfsmittel, das Handling positiv beeinflusst (TN 6). Im Sinne von **Educate** regen Ergotherapeuten, Betätigungen und Lernprozesse an. Die befragten Experten leiteten die Familien an, ihren Alltag gemeinsam und aktiv zu gestalten. Betätigungsanliegen der Familien wurden innerhalb des Praxissettings analysiert und adaptiert, um diese anschließend im häuslichen und gewohnten Umfeld durchzuführen. Aufgrund der begrenzten Verordnungen und Möglichkeiten der Hausbesuche, greifen die Therapeuten auf Mittel, wie die Videoanalyse von alltäglichen Situationen, zurück. Die Forscher sehen in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit einer Veränderung der Rahmenbedingungen. Die Kompetenz **Engage** setzt der Ergotherapeut ein, um den Klienten und die Bezugspersonen dazu zu befähigen, eigene Bedürfnisse und Wünsche zu äußern und somit die Ziele, Erfolge und das Outcome der Therapie mitzubestimmen. Durch einen intensiven Einbezug der Eltern innerhalb des Therapieprozesses, tragen die Eltern ebenso die Verantwortung für das Erreichen der Betätigungsziele (Townsend & Polatajko, 2013). Die Fähigkeit **Specialize** wird genutzt, um eine optimale Therapie zu gewährleisten und den Klienten alternative Methoden anbieten zu können. Diese Kompetenz ergänzt sich mit den Inhalten der Fachkompetenz (➤2.4.1) nach Walkenhorst und Stüve (2004). Die befragten Ergotherapeuten haben fachspezifische Fort- und Weiterbildungen nachzuweisen und setzen diese als Bedingung für die Arbeit mit dieser Klientel voraus.



### LEITFRAGE 3: WELCHE ERFAHRUNGEN HABEN ELTERN MIT DER ERGOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG IN DIESER FRÜHEN LEBENSPHASE GEMACHT?

Die Erhebung der Elternperspektive mittels des Online-Fragebogens ermöglicht es den Forschern, Rückschlüsse auf die Erfahrungen der Zielgruppe, innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses, zu ziehen. Die Ergebnisse der Einstiegsfrage lassen darauf schließen, dass die Ergotherapie in vielen Bereichen auf den Grundsätzen des zeitgenössischen Paradigmas beruht, da die Begriffe Alltag, Lebensqualität und Beratung sehr oft als zutreffend angegeben wurden. Diese Tatsache zeigt, dass viele Aspekte in der Therapie gemäß des zeitgenössischen Paradigmas bereits umgesetzt werden (➤2.4.1). Überraschend ist jedoch, dass der Begriff Funktionsverbesserung am häufigsten als zutreffend bezeichnet wurde und somit die Hauptassoziation der Eltern mit Ergotherapie ist. Dies lässt darauf schließen, dass noch viele Einflüsse des alten Paradigmas auf den therapeutischen Prozess einwirken. Der größte Teil der Eltern erwartete, dass der Ergotherapeut ihr Kind behandelt und sie nicht aktiv an der Behandlung beteiligt sind. Dies bekräftigt die Annahme, dass sich Eltern eher als passiven Bestandteil des ergotherapeutischen Prozesses betrachten. Diese Behandlungsform ist eher dem mechanistischen Paradigma zuzuordnen. Bezüglich der Behandlungsinitiative ging aus dem Online-Fragebogen hervor, dass diese weniger von den Eltern, sondern hauptsächlich von dem Kinderarzt ausgeht. In den Interviews zeichneten sich dahingegen unterschiedliche Meinungen ab. Teilnehmer 13 gab überraschenderweise an, dass bei ihm die Behandlungsinitiative zu 80% von den Eltern ausgeht. Andere Experten machten häufig die Erfahrung, dass Eltern nicht über die Möglichkeiten der Ergotherapie informiert sind. Die meisten Experten bestärkten allerdings die Aussage der Eltern, dass der Arzt in den meisten Fällen die Behandlungsinitiative ergreift. Zwei Teilnehmer bemängelten eine schlechte Aufklärung der Ärzte über die Möglichkeiten der Therapie. Das trägt dazu bei, dass Eltern nicht ausreichend informiert sind und Kinder dadurch erst spät behandelt werden können. Daraus schließen die Forscher, dass die Ergotherapie in diesem Bereich bekannter werden muss und es mehr professioneller Aufklärung bedarf. Teilnehmer 2 erhebt hohe Ansprüche an die Öffentlichkeitsarbeit des Berufsstandes, die sowohl die Professionalisierung als auch die Spezialisierung in diesem Bereich, vorantreiben sollte. Die Forscher bekräftigen diese Annahme und sind der Meinung, dass sowohl in der Berufspraxis des Einzelnen, als auch innerhalb der gesamten Berufsgruppe höhere Standards vorausgesetzt werden sollten. Insbesondere im internationalen Vergleich fehlen in Deutschland klare Leitlinien (➤2.4.3).

Laut der Online-Umfrage waren die meisten Eltern während der ergotherapeutischen Behandlung anwesend. Sie empfanden ihre Anwesenheit hauptsächlich als hilfreich und interessant. Dies bekräftigt den Ansatz der Klientenzentrierung, dass die Eltern während der Therapie anwesend sein sollten, da die Kinder nicht isoliert betrachtet werden können (Rodger & Keen, 2017). Außerdem gelten die Eltern als Experten für ihr Kind und vermitteln ihm Sicherheit während der Therapie (➤2.6.3). Sowohl Belege aus dem theoretischen Hintergrund, Aussagen der Experten als auch die Meinungen der Forscher bestätigen, dass es für die Transparenz und den Alltagstransfer förderlich ist, wenn Eltern in den Therapieprozess eingebunden werden (➤2.6). Die therapeutische Transparenz wird durch die Aussagen der Eltern untermauert, die mehrheitlich angaben, die Ziele gemeinsam mit ihrem Ergotherapeuten entwickelt zu haben.



Da auch der Bewältigungsprozess der Eltern mit einem beeinträchtigten Kind im Fokus der Ergotherapie steht, ist es von Vorteil, die Eltern von Beginn an mit einzubeziehen (➤2.3.2). Positiv hervorzuheben ist, dass sich die meisten Eltern bei dem Ergotherapeuten gut aufgehoben fühlten und angaben, ihre Anliegen jederzeit äußern zu können. Dieser Umstand spricht für eine gute Sozialkompetenz der behandelnden Ergotherapeuten (➤2.4.1). Insgesamt 88% der Umfrageteilnehmer konnten Erfolge bei ihrem Kind beobachten, die sich laut der Befragten auf die Ergotherapie zurückführen ließen. Daraus schließen die Forscher, dass die Eltern den Therapieprozess als zielführend und effektiv erlebt haben. Im Vergleich zur Situation vor der Therapie verringerte sich der Leidensdruck der Familien signifikant. Dadurch bestätigt sich die Annahme der Forscher, dass ein frühzeitiger Therapiebeginn den Familien viel Leid ersparen kann. Aufgrund des hohen Zufriedenheitswertes von durchschnittlich 8,5 (auf einer Skala von 1-10) würden alle Teilnehmer Ergotherapie weiterempfehlen.

#### LEITFRAGE 4: WELCHE KONTEXTFAKTOREN BEEINFLUSSEN DEN BEHANDLUNGSPROZESS BEI DER GENANNTEN ALTERSGRUPPE?

Wie im vorherigen Absatz bereits beschrieben, ist der Einbezug der Eltern in die Therapie von großer Bedeutung. Auch im Hinblick darauf, dass Kinder gerade in den ersten Lebensjahren für gewöhnlich eine starke Bindung an ihre Eltern haben und diese für sie ein Sicherheitsnetz darstellen (➤2.2.3). Aufgrund dessen ist die familienorientierte Therapie sinnvoll (Ahnert, 2008). Die Arbeit mit den Eltern ist maßgeblich von deren Compliance abhängig (➤2.3.2). Kulturelle und bildungsspezifische Unterschiede können den Prozess positiv wie auch negativ beeinflussen. Den Experten zufolge wirken sich sprachliche Barrieren nachteilig auf die Therapie aus, da ein Dolmetscher vermitteln muss und teilweise wichtige Informationen nicht kommuniziert werden können. Außerdem bemerkte Teilnehmer 6, dass ein zusätzlicher Akteur während der Intervention den Beziehungsaufbau erschwert. Da der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund zunimmt (➤2.4), sollte dies nach Meinung der Forscher ebenfalls ein wichtiger Aspekt in der Weiterentwicklung des Berufsbildes sein. Denn der kulturelle Hintergrund kann sich vielfältig auf den Prozess auswirken, indem z.B. die Sicht und Anforderungen an das eigene Kind häufig durch kulturspezifische Werte und Normen geprägt sind.

Den Experten zufolge hat es Auswirkungen auf die Therapie, ob diese in der Praxis oder im häuslichen Kontext stattfindet. Dabei kann aus den Aussagen der Teilnehmer keine klare Präferenz abgelesen werden. Ein Experte arbeitet ausschließlich bei den Familien zuhause, bei anderen ist der Hausbesuch ein Einzelfall. Aus Sicht der Forscher ist die Therapie im gewohnten Umfeld näher am Alltag und ermöglicht das unmittelbare Analysieren der Betätigungsprobleme. Andererseits machten andere Experten die Erfahrung, dass es für einige Familien positiv sei, ihr belastete Umfeld für die Dauer der Therapie zu verlassen.

Nicht zu unterschätzen seien auch die familiären Strukturen und die Beziehungsgestaltung der Familienmitglieder untereinander. Teilnehmer 8 betont, dass Ergotherapeuten stets das gesamte System erfassen sollten (➤2.2.1). Sieben weitere Experten nannten als mögliche Bestandteile dieses Systems unmittelbare Bezugspersonen wie Großeltern, Tanten, Onkel oder Haustiere.



Auch das CMOP-E, welches dieser Forschungsarbeit einen theoretischen Rahmen bietet, sieht die gesamte Umwelt als sehr bedeutsamen Faktor (➤2.7.2). In dem Modell wird insbesondere im pädiatrischen Bereich der Einbezug des *erweiterten Klienten* empfohlen. Das beschriebene Vorgehen der Experten ähnelt nach Empfinden der Forscher, den im CMOP-E beschriebenen Aspekten und kann somit dem zeitgenössischen Paradigma gerecht werden.

Vor allem im Frühförderzentrum gibt es laut den Teilnehmern besondere Kontextfaktoren, die zu beachten sind. Dazu gehört die Erstellung eines Förderplans, der von der Stadt vorgegeben ist. Außerdem obliegt es der Stadt, ob ein Kind Frühförderung erhält oder nicht. Dies ist jedoch ein spezifisches Beispiel eines Förderzentrums und nicht generell auf ähnliche Institutionen übertragbar.

Einige der befragten Ergotherapeuten bemängelten, in Bezug auf das Behandeln von Säuglingen und Kleinkindern, eine ungenügende Vermittlung von Grundlagenwissen im Rahmen der Ausbildung und wünschen sich mehr pädiatriespezifische Inhalte. Die Verfasser schließen sich dieser Einschätzung an und geben zu bedenken, dass aufgrund der Vielfältigkeit der Profession, einzelne Teilbereiche in der Ausbildung nur oberflächlich vermittelt werden. Zudem ist die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgThAPrV) aus dem Jahr 1999 und kann aus Sicht der Forscher nicht als aktuell und dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechend angesehen werden (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1999). Einen Fortschritt sehen die Verfasser jedoch in den neuen Ausbildungsstandards, die vom DVE veröffentlicht wurden, in denen konkrete Empfehlungen für eine fortschrittliche Ausbildung ausgesprochen werden (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2018).

Auf Makroebene beschrieben die Experten unter dem Aspekt Berufspolitik die Problematik, dass die Bekanntheit dieses Arbeitsfeldes noch gering ist. Teilnehmer 2 und 10 äußerten, dass sich ein höherer Bekanntheitsgrad positiv auf die Anerkennung anderer Berufsgruppen auswirken würde und neue Arbeitsfelder in der Ergotherapie eröffnen könnte. Sie wünschten sich diesbezüglich, auf politischer und gesellschaftlicher Ebene, mehr Engagement. Weitere kritische Aspekte, die bei der Berufspolitik angesprochen wurden, sind die mangelnde Vergütung für Ergotherapeuten, die sich durch ein Studium oder Fortbildungen weitergebildet haben sowie hohe Fortbildungskosten. In Deutschland sollte, nach Ansicht der Verfasser, ein Studium zum Standard werden und unterdessen sollte die Ausbildung staatlich finanziert werden, um den Eintritt in den Beruf attraktiver zu gestalten.



## HAUPTFRAGESTELLUNG: WIE GESTALTET SICH DER ERGOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSPROZESS IM AMBULANTEN SETTING MIT SÄUGLINGEN UND KLEINKINDERN (NULL BIS DREI JAHRE)? WODURCH WIRD DIESER BEEINFLUSST UND WIE ERFAHREN ELTERN MIT KINDERN, DIE IN DER ERGOTHERAPIE WAREN, DIESEN PROZESS?

Um die Hauptforschungsfrage zu beantworten, orientieren sich die Forscher an dem Prozessmodell des CMOP-E's, dem CPPF (Polatajko, Craik, Davis, & Townsend, 2007). Das CMOP-E diente während der gesamten Forschung als Inhaltsmodell und methodische Grundlage (Townsend & Polatajko, 2013). Innerhalb des CPPF's betrachten die Forscher die verschiedenen Kontexte und die Aktionspunkte des Prozesses.

Der **Societal context** umfasst gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die sowohl den Therapeuten als auch den Klienten betreffen. Die befragten Ergotherapeuten arbeiteten in unterschiedlichen Institutionen und Regionen Deutschlands und waren dort Teil verschiedener Netzwerke. Diese setzten sich aus Ärzten, Ergotherapeuten des selben Fachbereiches, Erziehern sowie Hebammen zusammen. Ein Experte erörterte die Bedeutsamkeit der Netzwerkarbeit besonders für zugezogene Familien, die ein neues Hilfsnetz benötigen. Die Forscher fanden Belege dafür, dass sich Netzwerke nach Götsch (2012) positiv auf die Compliance der Eltern auswirken (➤2.3.2.2). Die Netzwerkarbeit wird von den Verfassern und Experten als notwendig, gewinnbringend und zielführend erachtet. Praxen, Frühförderzentren und Kindergärten sind Institutionen, in denen die interviewten Ergotherapeuten mit Säuglingen und Kleinkindern arbeiteten. Die gesetzlichen Besonderheiten innerhalb der Frühförderzentren hoben sich von den anderen Institutionen ab. Dies beinhaltete die regelmäßige Erstellung von Förderplänen sowie von der Stadt vorgegebene Komplexleistungen. Diese setzten sich je nach Kind zu unterschiedlichen Anteilen, aus medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Interventionen zusammen. Die theoretische und gesetzliche Grundlage für die Komplexleistung in der Frühförderung ist unter §§ 42, 46 und 79 im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Mensch) festgehalten (➤2.4.4) (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016). Die Forscher erachteten diese gesetzlichen Auflagen als besonderes Kennzeichen in der Arbeit mit dieser Klientel, welches einen erhöhten bürokratischen Aufwand mit sich bringen und einschränkend sein könnte. Eine andere Äußerung der Experten, bezüglich des gesellschaftlichen Kontextes, bezog sich auf den Kontakt zu Jugendämtern. Diese sprachen Therapieauflagen für Kinder aus und erhielten von den Therapeuten Hinweise auf mögliche Kindeswohlgefährdungen. Die Besonderheit der Berufsgruppe der Ergotherapeuten ist, dass sehr eng und intensiv mit den unmittelbaren Bezugspersonen des Kindes zusammengearbeitet wird. Aufgrund dieser nahen Zusammenarbeit, der Expertise und den Sozialkompetenzen, ist die Berufsgruppe dafür prädestiniert, solche Sachverhalte schnell zu erkennen und notwendige Schritte einzuleiten. Der **Practice context** ist in den gesellschaftlichen Kontext integriert. Er umfasst institutionelle, kulturelle, physische und soziale Faktoren (➤2.7.2.1). Das praktische Arbeiten wird maßgeblich durch Vorgaben der Krankenkasse bestimmt. So ist laut Experten beispielsweise pro Rezept nur ein Hausbesuch, unter der Position *Integration in das häusliche und soziale Umfeld*, gestattet. Des Weiteren gelten Heilmittelrichtlinien durch die sich die Vergütung, sowohl von Krankenkasse zu Krankenkasse, als auch auf Bundesebene unterscheiden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017).



Diese Vorgaben erachten die Verfasser als einschränkend und würden es befürworten, wenn der Profession mehr Selbstbestimmung zugesprochen werden würde. So könnten Ergotherapeuten den Behandlungsprozess individueller auf die Kinder anpassen und dem klientenzentrierten Ansatz Rechnung tragen (➤2.4.1 und ➤2.7.2.2). Aspekte, die bisher noch nicht in Bezug auf Interdisziplinarität behandelt wurden, werden im folgenden Abschnitt thematisiert. Die Besonderheit der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist, dass der Kontakt intensiver und kontinuierlicher besteht. Die Experten beschrieben besonders in diesem Arbeitsfeld eine enge und bereichernde Zusammenarbeit mit Hebammen. Interdisziplinarität wird eingehender in der Beantwortung der vorherigen Leitfragen behandelt. Für ein erfolgreiches Arbeiten mit Säuglingen und Kleinkindern wurden verschiedene Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten genannt. Am häufigsten sprachen die Teilnehmer diesbezüglich von SI und Bobath, welches Methoden sind, deren Evidenznachweise aktuell hinterfragt werden (➤2.5.1). Da es sich um eine sehr spezifische Klientel handelt, wären innovativere Fortbildungen wünschenswert. Erfreulicherweise wurde eine spezielle Säuglingsfortbildung genannt. Trotz allem lassen sich Verbindungen zwischen Fortbildungsinhalten von SI, Bobath, bedeutungsvollen Entwicklungsschritten und der Ausbildung der Sensomotorik feststellen (➤2.2.1 und ➤2.2.2). Viele befragte Ergotherapeuten empfahlen die SI-Therapie dringend als Grundlage um mit der Zielgruppe effektiv arbeiten zu können. In diesem Zusammenhang sehen die Forscher vor allem für Berufsanfänger ein Dilemma, da viele Fortbildungen sehr kostspielig sind. Des Weiteren wäre es erstrebenswert, das Angebot an Fortbildungen auszubauen und fortschrittlicher zu gestalten.

Neben den oben genannten Kompetenzen können Ergotherapeuten die Therapie durch das Setting beeinflussen. In den Interviews nannten die befragten Ergotherapeuten spezifische Merkmale der Raumgestaltung für die Therapie. Einige Therapeuten hatten große Bewegungsräume und Turnhallen zur Verfügung, andere dagegen nutzten kleine, reizarme Räume. Insgesamt herrschte Einigkeit darüber, dass die Therapieatmosphäre nicht durch äußere Einflüsse gestört werden sollte. Im direkten Kontakt mit dem Kind nutzte die Mehrheit der Teilnehmer kindgerechte und entwicklungsentsprechende Materialien (➤2.2.1). Die Verfasser können sowohl die eine als auch die andere Vorgehensweise nachvollziehen und präferieren eine individuelle und diagnoseabhängige Anpassung des Settings.

Wie Knagge (2016) benannten auch Experten, dass bereits kleine Kinder ihre Spiritualität unterschiedlich ausdrücken können. Es ließen sich Verhaltenstendenzen erkennen, die auf angeborene Persönlichkeitsmerkmale zurückzuführen sind. Generell lässt sich feststellen, dass Spiritualität ein eher selten verwendeter Begriff in den Interviews war, dies erklären sich die Forscher durch den mangelnden Bekanntheitsgrad des CMOP-E's unter den Experten. Dieser Umstand lässt sich weiterführend durch die komplexe und nicht einheitliche Definition der Begrifflichkeit *Spiritualität* bekräftigen (Harder-Sdzuj & Jacob, 2008).

Sobald der therapeutische Prozess beginnt, werden Bezugsrahmen - **frames of reference** genutzt (Polatajko, Craik, Davis, & Townsend, 2007). Jedoch konnte dies nicht durch die Aussagen der Experten bestärkt werden. Die Forscher führen diesen Umstand darauf zurück, dass der Begriff der Bezugsrahmen den Experten ebenfalls nicht bekannt sein könnte. Innerhalb des Interviewleitfadens wurde wiederum keine spezifische Frage nach Bezugsrahmen gestellt somit fiel der Begriff



ebenfalls in keinem anderen Zusammenhang. Es lässt sich vermuten, dass die Teilnehmer Bezugsrahmen indirekt nutzten, da sie sich Behandlungsmethoden bedienten, welche sich in die Bezugsrahmen einordnen lassen (➤2.5). Die Entwicklungstheorien, Pädagogik, Anatomie und Psychologie formen die Bezugswissenschaften. Somit sind sie immer Teil einer ergotherapeutischen Behandlung (Merklein de Freitas, 2016).

Als nächsten Schritt stellen die Forscher, auf der Grundlage der Expertenaussagen und des Online-Fragebogens, den Behandlungsprozess anhand des CPPF's beispielhaft dar.

Zu den Inhalten des ersten Aktionspunktes **Enter/Initiate** wurde von den Experten wenig beschrieben. Es lässt sich vermuten, dass sich der Behandlungseintritt bei Säuglingen und Kleinkindern nicht maßgeblich von dem älterer Klienten unterscheidet. Die befragten Ergotherapeuten schilderten sehr belastende Eingangssituationen, da die Eltern generell mit einem hohen Leidensdruck in die Therapie kamen. Diesen Sachverhalt bestätigten auch die Eltern, welche an der Online-Befragung teilnahmen, da sie ihren Leidensdruck zu Beginn als sehr hoch einschätzten.

Dieser Schritt beinhaltet die Identifikation von Betätigungsproblemen, welche bereits bei Säuglingen und Kleinkindern auftreten (➤2.2.2 und ➤2.6.2). Als vorteilhaft beschrieb einer der Experten, dass es im Prozess unmittelbar um Alltagshandlungen wie Schlafen, Essen und Anziehen gehe, die betätigungsrelevant seien. Die Forscher erachten diesen Aspekt des Arbeitsfeldes als sehr positiv, da der direkte Ansatz an konkreten Betätigungen durch die Zielgruppe gewährleistet wird. In anderen Fachbereichen ist eine Betätigungsorientierung schwer umzusetzen, da der Fokus meist auf Funktionen der Klienten liegt (➤2.4.1). Besonders zu Beginn der Behandlung hoben die Experten die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit hervor, um mögliche Ursachen für Betätigungsprobleme herauszufinden. Bezogen auf das niederländische Gesundheitssystem würde dieser erste Aktionspunkt die Berufskompetenz *Screenen* enthalten, bei welcher der Ergotherapeut abwägt ob er der richtige Ansprechpartner für den Klienten ist (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2017). Bei dem Schritt **Set the stage** wurden laut den Experten Betätigungsanliegen der Kinder in Gesprächen mit den Eltern konkretisiert. Im Rahmen dieses Anamnesegespräches wurden neben einer ausführlichen Diagnostik, eine Abfrage der Sinnessysteme, eine genaue Betrachtung des Untersuchungsheftes sowie die Analyse der Schwangerschaft durchgeführt. Das COPM nutzten zwei Teilnehmer in dieser Phase des Prozesses, ansonsten verwendeten sie viele nicht-standardisierte Bögen und orientierten sich an Entwicklungsrastern. Laut Townsend und Polatajko (2013) entscheiden sich Ergotherapeuten an dieser Stelle für Bezugsrahmen. Die befragten Experten nannten keine konkreten Bezugsrahmen, aber gaben vereinzelt an, Modelle und Frameworks einzubeziehen, um eine ganzheitliche Arbeitsweise zu gewährleisten. Aus Sicht der Forscher ist dieser Bezug von konzeptionellen Modellen ein Teil von Professionalisierung und Qualitätssicherung. Der Prozess wird durch **Assess/Evaluate** weiter beschrieben. Den geäußerten Betätigungsanliegen wurde mittels der Analyse von Verhaltens- und Spielsituationen, welche direkt beobachtet oder per Video aufgezeichnet wurden, auf den Grund gegangen. Ein Experte ließ sich bevorzugt Videosequenzen aus dem Alltag zeigen, da sie näher an der Realität seien. Andere Experten hingegen nutzten Testungen/Assessments und Betätigungsanalysen. Am häufigsten wurden diesbezüglich der MFED, das Sensory Profile und der ET 6-6r verwendet.



Viele befragte Ergotherapeuten benannten einen Mangel an Assessments für Kinder von null bis drei Jahren, auch die Forscher wünschen sich hier neue Innovationen. In anderen, vorwiegend englischsprachigen Ländern, werden vielfältigere Assessments und Testungen angeboten und angewendet. Als Beispiel ist das *Family Goal Setting Tool* (➤2.7.2.1) anzuführen. Der Punkt **Agree on objectives and plan** beinhaltet eine gemeinsame Zielformulierung von Eltern und Ergotherapeuten. Erfreulicherweise gaben viele Experten an, eine konkrete Zielformulierung zu Beginn der Therapie durchzuführen. Dabei war es ihnen besonders wichtig, die Ziele sehr kleinschrittig zu formulieren und regelmäßig anzupassen. Weil die Entwicklung so schnell voranschreite, sei es schwierig Ziele Monate im Voraus zu planen. Diese Tatsache wird durch die Literaturrecherche der Forscher bestätigt, da auch Largo (2018) bekräftigt wie schnell die Entwicklung vor allem in den ersten Lebensjahren vonstattengeht. Deswegen befürworteten die Forscher eine präzise Zielformulierung wie beispielsweise nach SMART. Besonders hervorzuheben ist die konsequente Vorgehensweise eines Experten, welcher die Therapieziele ausschließlich nach SMART formuliert und ohne konkreten Auftrag der Eltern keine Behandlung durchführt. Auch die Ergebnisse des Elternfragebogens bestätigen die Aussagen der Experten, denn 59% der Eltern entwickelten die Ziele gemeinsam mit dem Ergotherapeuten. Insgesamt 88% gaben an, dass die Ziele während des Therapieprozesses jederzeit ersichtlich waren. Diese Tatsache spricht für Klientenzentrierung und Transparenz. Zwei Experten betonten die Bedeutsamkeit, den Behandlungsplan gemeinsam mit den Eltern zu erstellen und diesen zu besprechen. Einige Ergotherapeuten erörtern in diesem Zusammenhang nochmal die Wichtigkeit von Flexibilität, da man für jede einzelne Therapieeinheit einen Plan mit verschiedenen Variationsmöglichkeit parat haben müsse. Im Sinne der Evidenzbasierung ist es, um einen Plan zu erstellen, notwendig, klientenspezifische, interne und externe Evidenz hinzuzuziehen (➤2.4.1). Die Forscher sehen einen Konflikt zwischen diesem Anspruch und den zeitlichen Ressourcen, die innerhalb des ambulanten Settings zur Verfügung stehen. Der darauffolgende Schritt **Implement the plan** beinhaltet die Umsetzung des Plans, der zuvor erstellt wurde sowie die konkrete Intervention. In der Säuglings- und Kleinkindbehandlung gingen die Meinungen der Experten auseinander. Während einige ihre vorüberlegten Pläne flexibel anpassten, verzichteten andere auf die Vorstrukturierung ihrer Therapieeinheiten. Durch den engen Kontakt zwischen Therapeut und Eltern, flossen in jede Intervention neue Anliegen mit ein, welche in dem Plan berücksichtigt wurden (➤2.3.2 und ➤2.6). Diese enge und partnerschaftliche Zusammenarbeit, wird nach Townsend und Polatajko (2013) als *Power-Sharing* definiert. Auch die Ergebnisse des Online-Fragebogens ließen Rückschlüsse auf die Nutzung von *Power-Sharing* während des Prozesses zu, da 94% angaben, dass sie jederzeit ihre Anliegen während des gesamten Prozesses einbringen konnten und empathisch auf sie eingegangen wurde. Auch die Forscher empfinden das *Power-Sharing* als elementar, für einen klientenzentrierten und betätigungsorientierten Therapieverlauf. Von den Experten wurden verschiedene Interventionen genannt, die nachfolgend den Bezugsrahmen zugeordnet werden. Am häufigsten wurden Konzepte aus dem wahrnehmungsbasierten Bezugsrahmen erwähnt, zu denen Bobath, SI, Affolter, Castillo Morales und CIMT gehören. Im Rahmen des psychosozialbasierten Bezugsrahmens nannten die Experten IntraAct Plus und Marte Meo. Die Verfasser erkennen einen Zusammenhang zwischen der Nutzung des wahrnehmungsbasierten Bezugsrahmens und den bedeutenden Meilensteinen der sensomotorischen Entwicklung (➤2.2.1). Innerhalb einer Intervention bedienten sich die Experten mehrerer Behandlungsmethoden, die sie kombinierten und sehr niederschwellig adaptierten.



Neben den oben genannten Konzepten nutzten die Experten des Weiteren Strategien, wie Beratung, Begleitung und Anleitung, um die Elternkompetenz zu stärken. Gemäß den Ergebnissen des Online-Fragebogens, empfanden die Eltern ihre Anwesenheit während der Intervention zum Großteil als hilfreich und interessant. Während der Therapie wurden 46% der Eltern aktiv eingebunden, dies verdeutlicht, dass der Elternarbeit bei den kleinen Klienten eine sehr große Rolle zukommt. Nach Meinung der Verfasser könnte hier das OPC die Lücke zwischen dem praktischen Arbeiten und der Evidenzbasierung schließen (➤2.6.1). Der Aktionspunkt **Monitor/modify** wird durch eine stetige Evaluation des eigenen therapeutischen Handelns erfüllt. Diese wird laut den Experten durch die Anwesenheit der Eltern und den regelmäßigen Austausch während der Therapie ermöglicht. Neben der Evaluation führt der Ergotherapeut zu jedem Zeitpunkt Reasoning-Formen durch (➤2.5.4). Die Experten äußerten diesbezüglich, dass sie ihr therapeutisches Handeln auf Signale des Kindes anpassen. Die Forscher interpretieren in dieses Verhalten ein ständiges Hinterfragen der eigenen Handlungen und der gewählten Intervention, das den Prozess sowohl für Therapeut als auch Klient zufriedenstellend und effizient werden lässt. Innerhalb **Evaluate outcome** wird der gesamte Prozess und dessen Effekte bewertet. Die befragten Experten führten keine Outcome Messungen im Sinne des CPPF's durch. Um die Erfolge zu bewerten, wurde auf eine erneute Erhebung durch Assessments verzichtet. Ein Experte begründet es damit, dass die Entwicklung von Kleinkindern so schnell voranschreitet, dass bei Therapieabschluss, die Erfolge nicht allein auf Ergotherapie, sondern auch auf Entwicklungsfortschritte zurückzuführen seien. Die Forscher geben zu bedenken, dass auch der Leidensdruck der Eltern mittels des COPM Rückschlüsse auf den Erfolg der Therapie zulassen würde. Der Leidensdruck der Eltern hat sich gemäß der Online-Erhebung von dem anfänglichen Durchschnittswert 7,2 auf einen Wert von 3,6 nach Abschluss der Therapie verbessert. Die Therapie wird fortgesetzt, wenn Ziele verbleiben oder neue Ziele entstehen. Werden keine neuen Ziele der Kinder und Eltern definiert, endet der Prozess, wie bereits zuvor von einem Experten beschrieben. Der Aktionspunkt **Conclude/Exit** schließt den ergotherapeutischen Behandlungsprozess ab. Ergebnisse werden mit den Eltern besprochen und es besteht die Möglichkeit, dass sich unmittelbar weitere Betätigungsanliegen ergeben. Die Dokumentation (➤2.4.1) wurde in den Interviews wenig thematisiert, einige Experten berichteten diesbezüglich von institutionellen Vorgaben. Die Verfasser stimmen Walkenhorst und Stüve (2004) zu, dass es bezüglich der Reflexion und Transparenz wichtig ist, den Therapieverlauf in Form von regelmäßiger Dokumentation festzuhalten. Die Forscher geben kritisch zu bedenken, dass die zeitlichen Ressourcen hierfür im Praxisalltag oft nicht ausreichend sind und häufig kein praktikables System bereitgestellt wird. Zwei Experten sprachen weiterführende Empfehlungen für unterstützende Maßnahmen aus, indem sie auf ihr Netzwerk zurückgriffen. Dies ist laut den Forschern der Interdisziplinarität zuträglich und gewährleistet eine optimale Versorgung des Klienten.

Zusammenfassend betonen die Forscher, dass in jedem Aktionspunkt das Clinical Reasoning sowie die CMCE-Skills das Handeln des Therapeuten bestimmen und beeinflussen. Dabei sind keine starren Abgrenzungen möglich, da diese Fertigkeiten miteinander verflochten sind und den gesamten Prozess durchziehen.



## 4.2 Stärken und Schwächen der Studie

Im nachfolgenden Kapitel wird die Studie kritisch betrachtet und anhand der Gütekriterien\* nach Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch, und Westmorland (2007) bewertet. Die Forscher nutzten in der nachfolgenden Stärken-Schwächen-Analyse die deutsche Übersetzung der Gütekriterien nach Höhsl (2016). Mit der Erfüllung der Kriterien Glaubwürdigkeit, Zuverlässigkeit, Nachvollziehbarkeit, Übertragbarkeit und Zuverlässigkeit soll die Exaktheit der Forschungsarbeit gewährleistet werden (Höhsl, 2016). Neben den oben genannten Gütekriterien wurden, während des gesamten Forschungsprozesses, die methodologischen Prinzipien nach Gläser und Laudel (2010) verfolgt (➤3.3). Diese Vorgehensweise ist eine signifikante Stärke der durchgeführten Studie.

Die **Glaubwürdigkeit** der vorliegenden Forschungsarbeit wurde während des Forschungsprozesses durch einen stetigen Austausch der Mitglieder der Forschungsgruppe bezüglich Hypothesen, methodischer Inhalte und die Vorgehensweise in Form von *peer reviews* gewährleistet (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016). Die Anfänge des Forschungsprozesses u.a. Literaturrecherche und theoretische Grundlagen wurden durch einen externen Ergotherapeuten begleitet und unterstützt. Die Transkription wurde von zwei Forschern vorgenommen und anschließend den Experten bezüglich gewünschter Änderungen im Sinne des Member-Checks zugesandt (➤3.4.5). Die Triangulation wurde durch die Forschertriangulation und die Methodentriangulation erhöht, um einen möglichst vielfältigen Blick auf den Untersuchungsgegenstand zu ermöglichen (➤3.4.7). Es ist fraglich, ob die Experten wahre Angaben machten, da sie möglicherweise sozialen Konventionen oder fachlichen Ansprüchen gerecht werden wollten. Des Weiteren wurde zur Erreichung der **Zuverlässigkeit** und Glaubwürdigkeit das Vorgehen der Autoren beschrieben und innerhalb der Anlagen zur Einsicht dargestellt. Die erstellten Extraktions- und Transkriptionsregeln wurden gemeinsam erarbeitet und diskutiert. Um ein einheitliches Vorgehen der vier Autoren zu gewährleisten und einen Übertrag der Arbeit auf andere Forscher zu ermöglichen. Eine Co-Kategorisierung wurde innerhalb der Extraktion (➤3.4.6) durchgeführt, indem ein erstes Transkript gemeinsam extrahiert wurde. Anschließend fand bezüglich eines zweiten Transkriptes eine Gegenlesung und Diskussion statt. Daraufhin wurden die Extraktionsregeln angepasst. Eine Datensättigung konnte aufgrund der geringen Expertenmenge und der verschiedenen Blickwinkel nicht erreicht werden. Innerhalb der Forschungsarbeit setzten die Forscher sich durch regelmäßige Berichte, angelehnt an ein Forschungstagebuch, fortlaufend mit dem Prozess auseinander. Bezüglich der **Nachvollziehbarkeit** ist festzuhalten, dass generell sehr auf die Einhaltung der Teilnahmekriterien geachtet wurde, deswegen wurde ein Experte nach Durchführung des Interviews ausgeschlossen. Zudem wurde ein Datensatz des Online-Fragebogens, aufgrund einer fälschlichen Angabe, nachträglich gelöscht. Die Interviewdurchführung durch zwei Forscher in einem Interview könnte zu einer Verzerrung geführt haben. Des Weiteren traten während des Interviews mit TN 11 und 12 häufig Störungen durch andere Personen auf, welche ebenfalls zu Verzerrungen der Daten geführt haben könnten. Im Sinne der **Übertragbarkeit** und der Anonymisierung, wurden die Experten nur grob beschrieben, da innerhalb eines solch kleinen Arbeitsfeldes sonst Rückschlüsse auf den einzelnen Experten gezogen werden könnten. Diese Forschungsarbeit ist auf andere Ergotherapeuten, welche in diesem Feld arbeiten übertragbar, jedoch nicht generalisierbar, da das Sampling dafür hätte größer angelegt werden müssen.



Eine weitere Schwäche der Studie ist die starre Kombination der Interview-Teams im Verlauf der 13 durchgeführten Interviews. Die Konstellation der beiden Interviewer wurde nicht verändert, so kam es zu unterschiedlichen Interpretationen und Auslegungen der Interviewfragen.

Weitere Stärken und Schwächen zeigten sich in dem zweiten Forschungsdesign, dem Online-Fragebogen. Die Gütekriterien quantitativer Forschung sind Objektivität, Reliabilität und Validität (Perkhofer, et al., 2016). Im Sinne der **Objektivität** wurde die Darstellung des Fragebogens auf unterschiedliche elektronische Medien hin ausgerichtet. Die Visualisierung wurde sowohl auf die mobile Darstellung von Smartphones, als auch auf eine Desktopversion angepasst. Die Forscher nutzten Test- und Validierungsmöglichkeiten von Unipark und führten einen Konsistenzcheck, eine Medienprüfung und ein Pretest durch (Questback GmbH, 2017). Die Auswertung der Ergebnisse wurde unabhängig von den Forschern objektiv durch das Programm durchgeführt. Eine weitere Stärke der Studie ist, dass durch die Online-Befragung die Forscher keinen Einfluss auf die Auswahl der Teilnehmer ausüben konnten. Zusätzlich wurde durch die Forscher kein Einfluss auf die Probanden ausgeübt. Die **Reliabilität** konnte durch den Onlinefragebogen nicht gewährleistet werden, da die Befragung der Teilnehmer nicht wiederholt wurde und die Reproduktion der gewonnenen Ergebnisse nicht stattgefunden hat. Da die Reliabilität der Online-Befragung nicht erfüllt werden konnte, ist die **Validität** der Erhebung nicht sichergestellt, denn die Gütekriterien sind aufeinander aufbauend.

Mehrere Teilnehmer der Online-Befragung haben den Fragebogen bereits im Verlauf der Durchführung beendet, dies könnte auf eine zu lange Bearbeitungsdauer und eine zu hohe Fragenanzahl zurückzuführen sein.



## 5 Schlussfolgerung und Ausblick

Die Resultate der vorangegangenen Diskussion und Beantwortung der Leitfragen, führen zu folgenden Schlussfolgerungen für die vorliegende Forschungsarbeit. Eine ausschlaggebende Besonderheit in der Arbeit mit kleinen Klienten, ist die enge Zusammenarbeit mit den Eltern und anderen Bezugspersonen, als erweiterter Klient. Demnach bestimmt die Compliance den Therapieerfolg maßgeblich. Weiterführend nehmen die Beratung der unmittelbaren Umwelt sowie die indirekte Arbeit mit dem Kind einen großen Stellenwert ein.

Notwendig sind nach Auffassung der Experten und Verfasser spezifische Informationen und spezielle Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich. Eine fachliche Anleitung durch einen Mentor würde ebenfalls die Fachkompetenz des Ergotherapeuten elementar fördern. Auch die Vernetzung der Ergotherapeuten, welche mit dieser Klientel arbeiten, wird als hilfreich erachtet und sollte etabliert werden.

Viele wichtige Aspekte aus dem zeitgenössischen Paradigma fließen bereits in die Arbeit der Experten ein. Die Nutzung von Modellen und Assessments in der Berufspraxis könnte weiter ausgebaut werden. Dadurch würde eine erwünschte Professionalisierung des Berufsstandes forciert und die Arbeitsqualität von Ergotherapeuten gesteigert.

Ein weiteres dringendes Anliegen, welches aus der Forschung hervorgeht, ist der Ausbau der pädiatrispezifischen Unterrichtsinhalte der Berufsfachschulen. Auch der Wunsch nach einem größeren Fortbildungsangebot mit angemessener Honorierung wird klar.

Durch die Forschung werden die Bedeutsamkeit und der Bedarf dieses Arbeitsfeldes für die Ergotherapie deutlich. Um die Berechtigung des Arbeitsfeldes weiterhin durchzusetzen, ist eine klare Positionierung und Öffentlichkeitsarbeit vonnöten. Des Weiteren sollte eine deutliche Abgrenzung des ergotherapeutischen Aufgabenbereichs, durch die Berufsgruppe stattfinden. Dies könnte durch entsprechende Leitlinien, speziell für Ergotherapie mit Säuglingen und Kleinkindern gefördert werden. Geprägt wird das Arbeitsfeld durch unflexible Rahmenbedingungen und Strukturen, welche die Ergotherapeuten nicht beeinflussen können. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass dadurch eine klientenzentrierte und individuelle Arbeitsweise eingeschränkt wird.

Abschließend möchten es sich die Forscher nicht nehmen lassen, weiterführende Forschung anzuregen. Es wäre erstrebenswert, wenn ein größeres Angebot an Assessments für diese spezielle Zielgruppe im deutschsprachigen Raum verfügbar wäre. Des Weiteren wäre eine vertiefende Literaturrecherche auf internationaler Ebene sowie Einzelfallstudien von Interesse. Die Verfasser stellen sich vor allem auch Wirksamkeitsstudien der einzelnen Interventionen bedeutungsvoll vor. Eine größer angelegte Studie, bei der z.B. der Fokus auf den Erfahrungen der Eltern liegt, könnte ebenso aufschlussreich sein.



*„Es gibt keine großen Entdeckungen und Fortschritte,  
solange es noch ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“*

*-Albert Einstein (1879 – 1955)-*



## Glossar

Begriffe	Bedeutung
Betätigung	Nach Townsend & Polatajko (2013) beinhaltet eine Betätigung eine Ansammlung von verschiedenen Aktivitäten bzw. Aktionen und gilt für die ausführende Person als bedeutungsvoll. Betätigung kann somit auch durch eine Rolle definiert werden. Die bedeutungsvolle Betätigung nimmt für die Klienten einen hohen Stellenwert ein (Townsend & Polatajko, 2013).
Betätigungsorientiert	Dieses Kernelement der Ergotherapie meint das Ausführen von Betätigungen, die eine Bedeutung und Sinnhaftigkeit für den Klienten haben (Hammell, 2013).
Bezugsrahmen	<i>„Bezugsrahmen resultieren aus der Auseinandersetzung mit verschiedenen philosophischen Annahmen und Bezugswissenschaften“ (Hagedorn R. , 2009). „Ein System von Fakten und Theorien, die dazu dienen, einer Gruppe von Umständen eine bestimmte Bedeutung zu verleihen und eine kohärente konzeptionelle Basis für die Therapie zu bilden. Ein Bezugsrahmen ist eine Synthese von Wissen. Das einerseits aus ergotherapiefremden Quellen stammt und andererseits auf Methoden und Techniken beruht, die von Therapeuten bei ihrer Arbeit in einem Spezialgebiet entwickelt wurde“ (Jerosch-Herold, Marotzki, Hack, &amp; Weber, 2004). Nach Merklein de Freitas (2016) werden folgende Bezugsrahmen aufgeführt: psychosozialbasierte, wahrnehmungs- und bewegungsbasierte und der adaptionsbasierte Bezugsrahmen.</i>
Compliance	In der Medizin wird der Begriff Compliance wie folgt definiert: <i>„[...] Grad, in dem das Verhalten einer Person – in Bezug auf die Einnahme eines Medikamentes, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung eines Lebensstils – mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert. Demgegenüber steht der Begriff „Non-Compliance“ als das Nichtbefolgen von ärztlichen/therapeutischen Anweisungen“ (Götsch, 2012, S. 636).</i>
empirische Sozialforschung	Im Rahmen der empirischen Sozialforschung untersucht eine Gruppierung von Menschen, die Welt in der gelebt wird und den Mensch an sich. Empirische Sozialforschung sind Untersuchungen, die sich auf einen Ausschnitt der sozialen Welt richten, um aufgrund von Beobachtungen bestehende Theorien weiterzuentwickeln (Gläser & Laudel, 2010).



Empowerment	Empowerment bedeutet wörtlich übersetzt „Selbstbefähigung“, „Selbstbemächtigung“ oder „Stärkung von Eigenmacht“ – gemeint ist ein Entwicklungsprozess, in dem Menschen die Kraft gewinnen, die sie benötigen, um ein nach subjektiven Maßstäben gesetztes „besseres Leben“ zu leben (Herriger, 2014). Unter Empowerment versteht man die Vorgehensweise, Menschen dazu zu führen, ihre Autonomie und Selbstbestimmung in ihrem Leben wiederzuerlangen und zu verstärken (Rappaport, 1987).
Engagement	Umfasst die Teilnahme, bzw. das Gefühl der Beteiligung an einer bedeutungsvollen Handlung sowie die Entscheidungsmöglichkeit (Stadler-Grillmaier, 2007).
Experteninterviews	Der Experte beinhaltet die spezifische Rolle des Interviewpartners. Er verfügt über Wissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Die Experteninterviews dienen somit als Methode, dieses Wissen zu erschließen (Gläser & Laudel, 2010).
Extraktion	Entnahme der Daten aus den Interviews und Zuordnung dieser anhand des Suchrasters für die Kategorienbildung (Gläser & Laudel, 2010).
Gütekriterien	Kriterien, welche <i>„die wissenschaftliche Exaktheit von Studien beschreiben. Gütekriterien dienen einerseits Forschern als Richtlinien, um wissenschaftliche Exaktheit in ihren Forschungsstudien zu gewährleisten. Andererseits können sie auch zur kritischen Beurteilung von Studien herangezogen werden“</i> (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016, S. 127).
Holistisch	Holistische Sichtweise: Eine Person als ein Ganzes sehen, mehr als die Summe seiner Teile (Hagedorn R. , 2000).
Klientenzentrierung/ klientenzentriert	Die Gestaltung der ergotherapeutischen Intervention anhand der Ziele und Bedürfnisse des Klienten (Fisher, 2014).
Konzeptionelle Modelle	<i>„Konzeptionelle Modelle sind die vereinfachte Darstellung eines komplexen Phänomens oder Konzeptes. Sie beschreiben die theoretische Begründung des ergotherapeutischen Schwerpunkts auf Betätigung, Performanz und Handlungsfähigkeit und werden auch als Inhaltsmodelle bezeichnet“</i> (Knagge, 2016, S. 63).
Makroebene	Nach Bronfenbrenner (1981) ist die Makroebene die höchste Systemform, in der gesellschaftliche Zusammenhänge der gesamten Gesellschaft erfasst und eingeordnet werden. Dabei sind vor allem Vorgaben und Gegenseiten innerhalb eines gesellschaftlichen Systems bedeutsam, die Abläufe und Strukturen vorgeben z. B. ergotherapeutische Behandlung im Gesundheitssystem Deutschlands (Bronfenbrenner, 1981).



Member Checking	Den Interviewpartnern wird im Forschungsprozess die Möglichkeit gegeben sich auf (zwischen-)Ergebnisse zurück zu melden und ihre Zustimmung und/oder Ablehnung zu geben (Flick, 2014; Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016).
Mesoebene	Nach Bronfenbrenner (1981) ist die Mesoebene, die Stufe, welche der Makroebenen als nächstes untergeordnet ist. Im Zuge dessen besteht die Mesoebenen aus dem Zusammenwirken von unterschiedlichen kleineren Mikrosystemen, zwischen denen Bezüge und Beziehungen bestehen z. B. die Wechselbeziehung zwischen Kollegen innerhalb einer ergotherapeutischen Praxis (Bronfenbrenner, 1981).
Mikroebene	Die Mikroebene ist nach Bronfenbrenner (1981) der kleinste Systemkomplex und besteht aus der unmittelbaren Umwelt, in dem eine Person handelt und wirkt. Dabei ist das Umwelt eingeschränkt und bezieht sich nur auf einen kleinen Wirkungsradius z.B. Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut und Klient (Bronfenbrenner, 1981).
Neuroplastizität	Neuroplastizität ist eine Eigenschaft des Gehirns sich zu formen bzw. zu verändern. Beispielsweise verändern Erfahrungen die Hirnstrukturen (Stangl, 2018).
Paradigma	Grundsätzliche Denkweise, Weltanschauung oder Lehrmeinung, nach welcher ein Ergotherapeut arbeitet (Kielhofner, 2008).
Posturale Kontrolle	Posturale Kontrolle ist das Vermögen des Körpers, unter dem Einfluss der Schwerkraft eine aufrechte Körperposition beizubehalten (Lösslein & Frommelt, 2010)
Pretest	Als Pretest <i>„bezeichnet man im Umfang begrenzte empirische Untersuchungen, die für die eigentliche Untersuchung notwendiges Wissen beschaffen“</i> (Gläser & Laudel, 2010, S. 107). Ein Pretest wird durchgeführt um Erhebungs- und Auswertungsmethoden zu testen und anzupassen (Gläser & Laudel, Struktur sozialwissenschaftlicher Forschungsprozesse, 2010). <i>„Unter Pretest wird die Präsentation des Fragebogens an Personen, die nicht in den Planungsprozess des Fragebogens involviert waren, verstanden“</i> (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016, S. 174)



Setting	Begriff für die spezifische Gestaltung der kontextuellen Bedingungen der Therapie wie der soziale und der Praxiskontext (Townsend & Polatajko, 2013)
SMART-Methode	Diese Methode wird zur schriftlichen Zielformulierung verwendet und bedeutet: S- spezifisch, M- messbar, A- akzeptiert, R- realistisch, T- terminiert (Gateley & Borchering, 2012; Sames, 2010)
Transkription	„Eine Wort-für-Wort Verschriftlichung des Gesagten“ (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016, S. 126).



## Literaturverzeichnis

- Aarts, M. (2009). *Marte Meo. Ein Handbuch* (2. Ausg.). Eindhoven: Aarts Productions.
- Affolter, F. (2004). From Action to Interaction as Primary Root for Development. In I. J. Stockman, *Movement and Action in Learning and Development*. San Diego: Elsevier Academic Press.
- Affolter, F., & Bischofberger, W. (2007). *Nichtsprachliches Lösen von Problemen in Alltagssituationen bei normalen Kindern und Kindern mit Sprachstörungen*. Villigen-Schwenningen: Neckar-Verlag.
- Ahnert, L. (2008). *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- APA. (2010). *Mastering APA Style: Student's Workbook and Training Guide*. Washington: American Psychological Association.
- Ayres, J. A. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Barker, D. J. (1998). In utero programming of chronic disease. *Clinical Science*, pp. 115-128.
- Bauer, A., Evanschitzky, P., & Hille, K. (2016). *Das Kind- Die Entwicklung in den ersten drei Jahren*. Bern/Köln: Hep Verlag AG.
- Baumgarten, A., & Strebel, H. (2016). *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Becker, H. (2016). Das Clinical Reasoning im Interventionsprozess. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie - klientenzentriert, betätigungsorientiert, evidenzbasiert* (S. 101-107). Idstein: Schulz- Kirchner Verlag GmbH.
- BMG. (2018). *Bundesministerium für Gesundheit*. Von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/> abgerufen
- BMJV. (2018). *Gesetze im Internet*. Von <https://www.gesetze-im-internet.de> abgerufen
- Bortz, J., & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bowlby, J. (2008). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bowlby, J., Endres, M., Ainsworth, M. D., Seemann, U., & Ainsworth, M. D. (2005). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*.
- Brock, I. (2010). Du bist ein Engel: Über die besondere Situation von Geschwistern behinderter Kinder in der Familie. Von <http://www.ines-brock.de/data/vortraege/DubisteinEngel.pdf> abgerufen



- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (1995). *Strafgesetzbuch (StGB) §218a Straglosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs*. Von Gesetze im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_\\_\\_218a.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___218a.html) abgerufen
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (1999). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten - Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV)*. Von Gesetze im Internet: <https://www.gesetze-im-internet.de/ergthapr/ergthapr.pdf> abgerufen
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2016). *Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX)*. Von Gesetze im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9\\_2018/BJNR323410016.html#BJNR323410016BJNG000100000](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/BJNR323410016.html#BJNR323410016BJNG000100000) abgerufen
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2010). *Übereinkommen über die Rechte des Kindes - UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Burmester, S. (2016). Behandlung nach Bobath: Altbekanntes Konzept mit aktueller Ausrichtung auf Alltag und Betätigung. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie* (S. 225-239). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Canva. (2018). Von [https://www.canva.com/de\\_de/](https://www.canva.com/de_de/) abgerufen
- CAOT. (1997). *Enabling Occupation: An Occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Case-Smith, J. (2005). An Overview of Occupational Therapy for Children. In J. Case-Smith, *Occupational Therapy for Children* (pp. 2-19). St.Louis, Missouri: Mosby, Inc.
- Castillo-Morales, R. (1998). *Orofaziale Regulationstherapie*. München: Pflaum Verlag.
- Chandler, B. E. (2010). *Early childhood: Occupational therapy services for children birth to five*. Bethesda: AOTA Press.
- Clark, G. F., Jackson, L., & Polichino, J. (2011, November). Occupational Therapy Services in Early Childhood and School-Based Settings. *The American Journal of Occupational Therapy*(65), pp. 46-54.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. ed., pp. 229-246). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.



- Davis, J., & Polatajko, H. J. (2006). The occupational Development of Children. In S. Rodger, & J. Zivani, *Occupational Therapy with Children - Understanding Children's Occupations and Enabling Participation* (pp. 136-159). Oxford: Blackwell Publishing.
- Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H. J. (2013). Using the Canadian Practice Process Framework: Amplifying the process. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. ed., pp. 247-272). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2004). *Berufsprofil Ergotherapie*. (M. Miesen, Hrsg.) Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2018). Die Ausbildungsstandards des DVE. Von <https://dve.info/aus-und-weiterbildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung/ausbildungsstandards-des-dve/file> abgerufen
- Dresing und Pehl GmbH. (2017). F4: Digitale Aufnahme, Transkriptions- und Qualitative Analysesoftware. Marburg.
- Dragano, N., & Siegrist, J. (2009). Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In M. Richter, & K. Hurrelmann, *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 181-194). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse - Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (Bd. 5). Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.
- Dunbar, S. B. (2007). *Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families*. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Dunn, W. (2017). *Sensory Profile 2 - Deutsche Fassung*. London: Pearson.
- DVE. (2007). *Definition Ergotherapie*. Von Deutscher Verband der Ergotherapeuten: <https://www.dve.info/ergotherapie/definition.html> abgerufen
- DVE. (01. Juni 2015). *Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.* Von <https://dve.info/resources/pdf/service/presse/466-85-et-behandlung-des-kleinkindes-mit-cerebralparese/file> abgerufen
- DVE. (24. April 2018). *Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.* Von <https://dve.info/infothek/praxisgruendung> abgerufen
- Eichhorn, G. (2015). Castillo-Morales-Konzept. In H. Becker, & U. Steding-Albrecht, *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S. 199-203). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Engelbert, A. (2011). *familie-in-nrw.de*. (F. F.-W. Ministerium für Kinder, Herausgeber) Von <http://www.familie-in-nrw.de/vertiefungstext-kinder-behinderungen.html> abgerufen



- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM- Occupational Therapy Intervention Process Model*. (B. Dehnhardt, Übers.) Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Flick, U. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 411-424). Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Foster, M. (2006). Theoretical Frameworks. In E. Duncan, *Foundations for practice in occupational therapy* (pp. 47-81). Edinburgh: Elsevier.
- Gateley, C., & Borchering, S. (2012). *Documentation Manual for Occupational Therapy: Writing Soap Notes*. Thorofare NY: Slack.
- Gede, H., van Kampen, S., Strebel, H., & Sulzmann-Dauer, I. (2014). *Kinder zu Wort kommen lassen: Die adaptierte Version des Canadian Occupational Performance Measure für Grundschul Kinder (COPMa-kids)*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heimittel-Richtlinien). Berlin.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). Struktur sozialwissenschaftlicher Forschungsprozesse. In J. Gläser, & G. Laudel, *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (S. 34). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Gloger-Trippelt, G. (2011). Eigenständige Kindheit? Empirische Befunde der neueren Kindheitsforschung. In S. Wittmann, T. Reuschenbach, & H. Leu (Hrsg.), *Kinder in Deutschland - eine Bilanz empirischer Studien* (S. 25-36). Weinheim: Juventa.
- Götsch, K. (2012). Medizinische Psychologie und Soziologie. In U. Ott, *Ergotherapie Prüfungswissen: Sozialwissenschaften* (S. 558-673). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Graham, F., Rodger, S., & Kennedy-Behr, A. (2017). Occupational Performance Coaching (OPC): Enabling Caregivers' and Children's Occupational Performance. In S. Rodger, & A. Kennedy-Behr, *Occupation-Centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists* (pp. 209-229). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2009). Coaching parents to enable children's participation: An approach for working with parents and their children. *Australian Occupational Therapy Journal*(56(1)), pp. 16-23.
- Greve, W., Leipold, B., & Meyer, T. (2009). Resilienz als Entwicklungsergebnis: Die Förderung der individuellen Adaptivität. In M. Linden, & W. Weig, *Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation* (S. 173-182). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.



- Haase, F. (2007). Phasen des Therapieprozesses. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn, *Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln* (S. 189-196). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Hafen, M. (September 2014). Prävention durch frühe Förderung. *Pädiatrie und Pädologie*, S. 19-22.
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie - Theorien und Modelle*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hagedorn, R. (2009). Umsetzung von Modellen in die Praxis. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. M. Hack, & P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis (Ergotherapie- Reflexion und Analyse)* (S. 29-39). Heidelberg: Springer.
- Hagen, v., & Noeker, M. (1999). Entwicklungsergebnis bei chronischer somatischer Erkrankung im Kindes- und Jugendalter: Psychische Störung versus Kompetenzgewinn. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper, & G. Noam, *Klinische Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch* (S. 654-690). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hammell, K. (2013). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*(20), pp. 174-181.
- Harder-Sdzuj, S., & Jacob, K. (2008). Klientenzentrierung und Spiritualität - Entwicklung eines Arbeitsmaterials für die ergotherapeutische Praxis auf der Grundlage des CMOP. Heerlen, Niederlande: Hogeschool Zuyd.
- Heilig, L. (März 2014). Risikokonstellationen in der frühen Kindheit: Auswirkungen biologischer und psychologischer Vulnerabilitäten sowie psychosozialer Stressoren auf kindliche Entwicklungsverläufe. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*(17), S. 263-280.
- Heller, B. (2016). Kindliche Entwicklung. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 25-33). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Herriger, N. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (5. Ausg.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Herriger, N. (2017). *Empowerment.de - Potenziale nutzen*. Von <https://www.empowerment.de/grundlagen/> abgerufen
- Hinrichsen, K. (2016). Das IntraActPlus-Konzept. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 247-252). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Höhl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 127-130). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.



- Jansen, F., & Streit, U. (2006). *Positiv lernen*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Hack, B. M., & Weber, P. (2004). *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Jones, J. (2017). The Family Goal Setting Tool. In S. Rodger, & A. Kennedy-Behr, *Occupational-Centred Practice with Children: a Practical Guide for Occupational Therapists* (pp. 97-100). John Wiley & Sons.
- Junge, I. (April 2016). Das „ZDF“ der Ergotherapie - Zahlen, Daten und Fakten rund um die Ergotherapie in Deutschland (Teil 1). (DVE, Hrsg.) *Ergotherapie und Rehabilitation*(55), S. 31-35.
- Kahjoogh, M. A., Rassafiani, M., Dun, W., Hosseini, S. A., & Akbarfahimi, N. I. (2016). Occupational Performance Coaching: A Descriptive Review of Literature. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, pp. 45-49.
- Keller, D. (2018). *Statistik und Beratung*. Von <https://www.statistik-und-beratung.de/2013/02/wahl-der-skala-in-fragebogen/> abgerufen
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkens.
- Knagge, S. (2016). Modelle in der pädiatrischen Ergotherapie. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 71). Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Knagge, S. (2016). Modelle in der pädiatrischen Ergotherapie. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 63-82). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Kufner, S., & Scholz-Schwärzler, N. (2012). Occupational Performance Coaching (OPC) – Eine ergotherapeutische Intervention für die klientenzentrierte Elternarbeit. *Ergotherapie und Rehabilitation*, S. 17-22.
- Kuntz, B., Waldhauer, J., Zeiher, J., Finger, J. D., & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, S. 45-63.
- Largo, R. H. (2018). *Baby Jahre - Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren*. München: Piper Verlag GmbH.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2017). *COPM Canadian Occupational Performance Measure*. Idstein: Schulz Kirchner Verlag.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*(63(1)), pp. 9-23.
- le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2017). *Grondslagen van de Ergotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0). Von <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/05/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Qualitative-Studies.pdf> abgerufen
- Lewin, L., Neugebauer, E., & Weber, B. (2017). Occupational Performance Coaching – Eltern in ihrer Handlungskompetenz und Handlungsrolle durch Coaching stärken. *Ergosciene*, S. 102-113.
- Lösslein, H., & Frommelt, P. (2010). *Neuro-Rehabilitation: Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Stuttgart: Springer-Verlag.
- Marotzki, U. (2007). Praxismodelle in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn, *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln* (S. 104- 110). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Mendez, L., & Neufeld, J. (2003). *Clinical Reasoning... What is it and why should I care?* Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Merklein de Freitas, C. (2016). Bezugsrahmen in der Pädiatrie. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 183-194). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Mulzheim, S. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung. In N. Thapa-Görder, & S. Voigt-Radloff, *Prävention und Gesundheitsförderung - Aufgabe der Ergotherapie* (S. 17-31). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Nacke, A. (2016). Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich Pädiatrie. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 465-473). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Nennstiel-Ratzel, U., Lüders, A., Arenz, S., Wildner, M., & Michaelis, R. (2013). *Elternfragebögen zu Grenzsteinen der kindlichen Entwicklung im Alter von 1 bis 6 Jahren*. Kinderärztliche Praxis.
- Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., . . . Godsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 885-910.
- Occupational Therapy Australia. (2016). Occupational Therapy Guide to Good Practice: Working with Children. Fitzroy.
- Oerter, R., & Montada, L. (2008). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Office of Special Education and Rehabilitative Services [OSERS]. (2018). *IDEA - Individuals with Disabilities Education Act*. Retrieved from <https://sites.ed.gov/idea/>
- Ott, A. (2015). Forced-Use-Therapie. In H. Becker, & U. Steding-Albrecht, *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S. 201-206). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.



- Pauen, S., & Roos, J. (2017). *Entwicklung in den ersten Lebensjahren (0-3 Jahre)*. München: Ernst Reinhardt, GmbH&Co KG, Verlag.
- Pekcetin, S., Aki, E., Üstünyurt, Z., & Kayihan, H. (2016). The Efficiency of Sensory Integration Interventions in Preterm Infants. *Perceptual and Motor Skills*, 1-13.
- Perkhofer, S., Stamm, T., Ritschl, V., Hirmann, E., Huber, A., Unterhumer, G., . . . Neururer, S. (2016). Quantitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm, *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 137-206). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.
- Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., & Townsend, E. A. (2007). Canadian Practice Process Framework. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko, *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice occupation* (S. 233). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Pollock, N., Missiuna, C., & Jones, J. (2017). Occupational Goal Setting with Children and Families. In S. Rodger, & A. Kennedy-Behr, *Occupation-Centred Practice with Children - A Practical Guide for Occupational Therapists* (pp. 91-110). Chichester: John Wiley & Sons.
- Questback GmbH. (2017). EFS Survey. *Unipark*. Köln.
- Questback GmbH. (2017). EFS Survey. *EFS reporting+*. Köln.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American journal of community psychology*, pp. 121-148.
- Rennen-Allhoff, B. (2003). Die Lage der Heilberufe: Aus-, Fort- und Weiterbildungen in den Gesundheitsfachberufen. Fachhochschule Bielefeld.
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rodger, S., & Keen, D. (2017). Child and Family-centred Service Provision. In S. Rodger, & A. Kennedy-Behr, *Occupation-centred Practice with Children - A Practical Guide for Occupational Therapists* (pp. 45-71). John Wiley & Sons.
- Rodger, S., & Ziviani, J. (2006). *Occupational Therapy with Children - Understanding Children's Occupations and Enabling Participation*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Romein, E. (2016). Kindliche Betätigung und Betätigungsentwicklung. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 41-54). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Royal College of Occupational Therapists [RCOT]. (2017). Occupational therapy in neonatal services and early intervention: Practice Guideline. London.
- Sames, K. (2010). *Documenting Occupational Therapy Practice*. Upper Saddle River: Pearson Health Science.



- Sammel, E. (2004). *Erziehungsstile - Gibt es gute und schlechte Erziehung überhaupt?* München: Grin Verlag.
- Schmidt, U. (April 2017). Eine Gesellschaft zwischen Inklusion und Praenatest: "Wir sind alle Menschen". *Herder Korrespondenz*(71), S. 35-36.
- Schmutzler, H.-J. (2006). *Handbuch Heilpädagogisches Grundwissen: Die frühe Bildung und Erziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder*. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Schneider, W., & Lindenberger, U. (2012). *Entwicklungspsychologie (7.Auflage)*. Weinheim: Beltz.
- Scholl, A. (2009). *Die Befragung. Sozialwissenschaftliche Methode und kommunikationswissenschaftliche Anwendung*. Stuttgart: UTB- Verlag.
- Schuh, D. (2016). Sensorische Integrationstherapie. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 211-224). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Schulte, S. (2016). Marte Meo - Eine ressourcenorientierte, videogestützte Entwicklungsberatung. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 261-266). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Sell-Krude, S. (2015). Affolter-Modell. In H. Becker, & U. Steding-Albrecht, *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S. 190-198). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Sonnenschein, C. (2012). Pädagogik und pädagogische Psychologie. In U. Ott, *Ergotherapie Prüfungswissen: Sozialwissenschaften* (S. 432-516). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt "ET-Fachterminologie" - Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie. *Ergoscience, 2*, S. 100-106.
- Stalder, S. (21. Mai 2010). Interkulturelle Ergotherapie: Klienten mit Migrationshintergrund in der Pädiatrie. Udligenswil, Luzern, Schweiz.
- Stangl, W. (2018). *Neuroplastizität*. Von Lexikon für Psychologie und Pädagogik: <http://lexikon.stangl.eu/1166/neuroplastizitaet/> abgerufen
- Statistisches Bundesamt [Destatis]. (2017). Kinderlosigkeit, Geburten und Familien: Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt [Destatis]. (2018). *Destatis Statistisches Bundesamt*. Von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ZahlenFakten.html> abgerufen
- Strebel, H. (2016). Vom Damals zum Jetzt - Kindheit heute verstehen. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 35-40). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.



- Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., & Cooper, B. (1999). Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, pp. 122-133.
- Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of Evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, pp. 153-162.
- Taub, E., & Morris, D. (2001). *Constraint Induced Movement Therapy to enhance recovery after stroke*. Birmingham: Department of Psychology University of Alabama.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., . . . Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (pp. 8-134). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Urbaniak, G. C., & Plous, S. (2013). *Research Randomizer (Version 4.0)*. Von <http://www.randomizer.org/> abgerufen
- Valvano, J., & Rapport, M.-J. (2006). Activity-focused Motor Interventions for Infants and Young Children With Neurological Conditions. *Infants & Young Children*, pp. 292-307.
- Vincon, S., Klotz, S., Sauer, A., & Winne, R. (2009). „...und so geht's mir mit dir!“ - Eltern eines Kindes mit Down-Syndrom. *Ergotherapie und Rehabilitation*, S. 12-17.
- Walkenhorst, U., & Stüve, B. (2004). Qualifikationsanforderungen an die Ergotherapie. In M. Miesen, *Berufsprofil Ergotherapie* (S. 201-215). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Waltersbacher, A. (2016). *Heilmittelbericht 2016*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Wasmund, S. (2018). *Sozialgesetzbuch (SGB)*. Von <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/1.html> abgerufen
- Weber, M. (1967). *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: Mohr.
- Weiner, A., Kuppermintz, H., & Guttman, D. (1994). Video Home Training (The Orion Projekt) A Short-Term Preventive and Treatment Intervention for Families with Young Children. *Family Process*, pp. 441-453.
- Werner DeGrace, B. (2004). The everyday occupations of families with children with Autism. *American Journal of Occupational Therapy*, pp. 543-550.
- Wilkert, J. (10. 2 2015). Rückschau auf Clinical Reasoning in der Ergotherapie. *ergoscience*, S. 77-80.



Wustmann, C. (2009). *Resilienz - Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern* (2. Ausg.). Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co. KG.

Zillhardt, C., & Merklein de Freitas, C. (2016). Das Canadian Practice Process Framework (CPPF). In H. Strebel, & A. Baumgarten, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 87-100). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag .



## Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: KATEGORISIERUNG DER LEBENSPHASEN .....	11
ABBILDUNG 2: KINDER IN KINDERTAGESEINRICHTUNGEN IM VERGLEICH .....	27
ABBILDUNG 3: DARSTELLUNG DER BEZUGSRAHMEN .....	33
ABBILDUNG 4: DIE DREI BEFÄHIGUNGSBEREICHE DES OPC .....	41
ABBILDUNG 5: DER STRUKTURIERTE PROZESS DES OPC .....	42
ABBILDUNG 6: INTERACTIONAL MODEL OF OCCUPATIONAL DEVELOPMENT .....	45
ABBILDUNG 7: DAS PERSON-ENVIRONMENT-OCCUPATION MODEL (PEO) .....	51
ABBILDUNG 8: CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE AND ENGAGEMENT (CMOP-E) .....	53
ABBILDUNG 9: DAS CANADIAN-PRACTICE-PROCESS-FRAMEWORK (CPPF) .....	56
ABBILDUNG 10: CANADIAN MODEL OF CLIENT-CENTRED ENABLEMENT (CMCE) .....	59
ABBILDUNG 11: DARSTELLUNG DES FORSCHUNGSPROZESSES .....	63
ABBILDUNG 12: DAS HYPOTHETISCHE MODELL .....	67
ABBILDUNG 13: DARSTELLUNG DER BERUFSERFABUNG .....	88
ABBILDUNG 14: BEGRIFFLICHKEITEN DER ERGOTHERAPIE .....	93
ABBILDUNG 15: DARSTELLUNG DER ALTERSVERTEILUNG .....	94
ABBILDUNG 16: DARSTELLUNG WEITERER THERAPIEN .....	95
ABBILDUNG 17: DARSTELLUNG DER EMPFEHLUNGEN .....	96
ABBILDUNG 18: DARSTELLUNG DES EMPFINDEN .....	97
ABBILDUNG 19: DARSTELLUNG DER ZIELE .....	98
ABBILDUNG 20: DARSTELLUNG DES LEIDENSDRUCKS .....	101

## Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: DARSTELLUNG DER ACHT AKTIONSPUNKTE .....	58
TABELLE 2: DARSTELLUNG DER VARIABLEN .....	66
TABELLE 3: KATEGORIEN FÜR DIE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE .....	72
TABELLE 4: DARSTELLUNG DER DISZIPLINEN .....	74
TABELLE 5: DARSTELLUNG DER GENANNTEN INSTITUTIONEN .....	75
TABELLE 6: DARSTELLUNG DER INSTITUTIONEN .....	77
TABELLE 7: DARSTELLUNG DER DIAGNOSEN .....	78
TABELLE 8: DARSTELLUNG DER BEHANDLUNGSMETHODEN .....	83
TABELLE 9: DARSTELLUNG DER BEHANDLUNGSANSÄTZE .....	83
TABELLE 10: DARSTELLUNG DER ASSESSMENTS .....	84
TABELLE 11: DARSTELLUNG DER TESTVERFAHREN .....	85
TABELLE 12: DARSTELLUNG DER MODELLE .....	85
TABELLE 13: DARSTELLUNG DER MEDIEN .....	87



## Anlagen

ANLAGE 1: AUSZUG SUCHSTRATEGIEN .....	136
ANLAGE 2: INFORMATIONSFLYER TEILNEHMERAKQUISE .....	137
ANLAGE 3: E-MAIL ANSCHREIBEN POTENZIELLE EXPERTEN .....	138
ANLAGE 4: EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR INTERVIEWTEILNAHME.....	139
ANLAGE 5: INTERVIEWLEITFADEN .....	140
ANLAGE 6: TRANSKRIPTIONSREGELN NACH DRESING & PEHL (2011).....	141
ANLAGE 7: AUSZUG EINES TRANSKRIPTS .....	142
ANLAGE 8: ANSCHREIBEN MEMBER-CHECK .....	143
ANLAGE 9: EBENEN DES HYPOTHETISCHEN MODELLS .....	144
ANLAGE 10: INDIKATOREN .....	151
ANLAGE 11: EXTRAKTIONSREGELN NACH GLÄSER UND LAUDEL (2010).....	154
ANLAGE 12: AUSZUG DER ERGEBNISTABELLE .....	155
ANLAGE 13: ANSCHREIBEN TEILNEHMERAKQUISE ONLINE-UMFRAGE.....	157
ANLAGE 14: AUSHANG.....	158
ANLAGE 15: ONLINE-ELTERNFRAGEBOGEN .....	159
ANLAGE 16: DIAGRAMME ONLINE-FRAGEBOGEN .....	171
ANLAGE 17: EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG .....	178



## Anlage 1: Auszug Suchstrategien

Datenbank	Stichwörter und Operatoren	Trefferzahl
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	ergotherapie AND pädiatrie	517
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	ergotherapie AND säugling AND kleinkinder	51
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	ergotherapie AND cmop-e AND pädiatrie	14
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	occupational therapy AND cmop-e AND (kids or children)	79
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	ergotherapie AND leitlinie AND pädiatrie	31
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	ergotherapie AND kinder AND betätigung	201
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	ergotherapie AND performance	1.300
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	ergotherapie AND pädiatrie AND evidenz	57
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	occupational therapy AND early intervention	81.000
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	occupational therapy AND early intervention AND children	50.000
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	occupational therapy AND early child intervention	49.000
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	occupational therapy AND intervention AND baby	10.000
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	occupational therapy AND (infants and toddlers)	5.000
DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	occupational therapy AND pediatric AND evidence based practice	26.000
Google Scholar	Ergotherapie UND Säuglinge	2.300
Google Scholar	Ergotherapie Säuglinge und Kleinkinder	1.200
Google Scholar	occupational therapy for children	1.400.000
Google Scholar	occupational therapy for children evidence	700.000
Google Scholar	occupational therapy pediatric activities	144.000
PubMed	occupational therapy children	3.300
PubMed	occupational therapy for babies	660
PubMed	occupational therapy for children and babies	540
PubMed	occupational therapy intervention for babies	430
Thieme	Ergotherapie Pädiatrie	18
Thieme	Ergotherapie Interventionen Kinder	5
Thieme	frühkindliche Entwicklung	25
Thieme	Bindungstheorien	5
Thieme	Kinder Betätigungen	10



## Anlage 2: Informationsflyer Teilnehmerakquise



© N. Daunus

# Studie

## Ergotherapie mit Säuglingen & Kleinkindern

### KLEINE KLIENTEN GANZ GROß!

## Forschung & Veränderung aktiv gestalten - Nehmen Sie an unserer Studie teil!

- ✓ Sie sind Ergotherapeut/in und arbeiten mit Kleinkindern und Säuglingen von 0-3 Jahren?
- ✓ Sie arbeiten schon 3-4 Jahre mit kleinen Klienten und sind offen dafür, uns einen Einblick in Ihren Arbeitsalltag zu gewährleisten?  
→ Dann sind **Sie** genau die Person, die wir suchen!

### Worum geht es in der Studie?

Ergotherapeuten können durch ihre therapeutische Intervention einen großen Einfluss auf die positive Entwicklung von Kindern nehmen. Je früher die Therapie bei Diagnosen wie einer Umschriebenen Entwicklungsstörung motorischer Funktionen oder Regulationsstörungen beginnt, desto größere Erfolge werden erzielt.

In unserer Studie wollen wir deshalb einen Überblick über dieses Arbeitsfeld geben und erfahrene Ergotherapeuten zu ihrem Arbeitsalltag interviewen.

Unser Ziel ist es, den ergotherapeutischen Behandlungsprozess mit Säuglingen, Kleinkindern und ihren Familien darzustellen.

### Was erwartet Sie?

Es erwartet Sie ein individuelles Interview mit neugierigen und interessierten Studentinnen. Sie können sich auf eine zuverlässige, wertschätzende und motivierte Zusammenarbeit freuen!

### Wie treten wir in Kontakt?

Wir haben Ihr Interesse geweckt und Sie möchten gerne teilnehmen? Dann freuen wir uns auf Ihre Rückmeldung bis zum **05.06.2018**! Schreiben Sie uns gerne eine E-Mail unter folgender Adresse: [kleineklienten@mail.de](mailto:kleineklienten@mail.de)

Leiten Sie diesen Flyer gerne an Kollegen weiter die auch Interesse an der Teilnahme haben könnten! Danke, dass Sie sich für uns Zeit genommen haben – Wir freuen uns auf eine Zusammenarbeit!

*„Das habe ich noch nie vorher versucht, also bin ich völlig sicher, dass ich es schaffe“  
-Pippi Langstrumpf-*

### Das sind die Forscher:



© L. Thiele

Unser Team besteht aus Marie Simon, Alisa Altgeld, Pia Doll und Maren Wobser (im Bild von links nach rechts). Wir sind vier Ergotherapeuten, die 2017 die Ausbildung in Deutschland abgeschlossen haben und nun ihren Bachelor an der Zuyd Hogeschool machen. Wir sind zwischen 23 und 24 Jahre alt und kennen uns schon seit Beginn der Ausbildung. Zwei von uns tauchen bereits in den Praxisalltag ein.

### So können Sie uns erreichen:

@ E-Mail: [kleineklienten@mail.de](mailto:kleineklienten@mail.de)



## Anlage 3: E-Mail Anschreiben potenzielle Experten

**Anschreiben per E-Mail:** Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir - Alisa Altgeld, Pia Doll, Marie Simon und Maren Wobser sind Studentinnen der Zuyd Hogeschool und absolvieren dort den Bachelor-Studiengang für deutsche Ergotherapeuten.

**In unserer Bachelorarbeit geht es um den ergotherapeutischen Behandlungsprozess bei Säuglingen und Kleinkindern zwischen null und drei Jahren im Praxis-Setting.**

Durch eigene berufliche Erfahrungen konnten wir besonders in dieser Altersspanne einen großen Bedarf feststellen und haben es uns zur Aufgabe gemacht dieses wichtige Arbeitsfeld der Ergotherapie zu beleuchten.

Zu diesem Zweck suchen wir Sie!

Sind Sie neugierig geworden? Klicken Sie weiter zu unserem Flyer für nähere Informationen. Wir freuen uns, wenn Sie zum Erfolg unserer Studie beitragen, indem Sie unseren Flyer auch an andere Ergotherapeuten die in diesem Bereich tätig sind weiterleiten.

Wir danken Ihnen bereits im Voraus für ihre Zeit und freuen uns auf eine positive Rückmeldung bis zum XXX unter: [kleinekunden@mail.de](mailto:kleinekunden@mail.de).

Das Team von "Kleine Klienten ganz groß!"

**Detaillierte E-Mail:** Sehr geehrte Frau/Herr XXX,

Aufgrund einiger Nachfragen möchten wir Ihnen kurz einen kleinen Überblick über den Ablauf des Interviews geben. Wir präferieren face-to-face Interviews, deshalb bemühen wir uns Sie mit zwei Personen an einen Ort ihrer Wahl zu treffen. Der zeitliche Rahmen wird etwa 60 Minuten umfassen. Eine Vorbereitung auf das Interview ist nicht nötig, damit Sie wissen was auf sie zukommt hier noch einmal kurz die Zielsetzung unserer Arbeit:

Durch unsere Bachelorarbeit möchten wir folgende Forschungsfrage beantworten: "Wie gestaltet sich der ergotherapeutische Behandlungsprozess im ambulanten Setting mit Säuglingen/Kleinkindern (0-3 Jahre)? Wodurch wird dieser beeinflusst und wie erfahren Eltern mit Kindern, die in der Ergotherapie waren, diesen Prozess?" Anhand dieser Forschungsfrage möchten wir sowohl den aktuellen Stand als auch individuelle Erfahrungen und Sichtweisen behandelnder Ergotherapeuten und beteiligter Eltern erfassen.

Folgende Leitfragen dienen uns zur Beantwortung der Forschungsfrage:

- Wie gestalten Ergotherapeuten den therapeutischen Behandlungsprozess bei Säuglingen/Kleinkindern (0-3 Jahre)?
- Welche Kompetenzen setzen Ergotherapeuten in ihrer Arbeit mit Kindern zwischen 0-3 Jahren ein?
- Welche Erfahrungen haben Eltern mit der ergotherapeutischen Behandlung in dieser frühen Lebensphase gemacht?
- Welche Kontextfaktoren beeinflussen den Behandlungsprozess bei der genannten Altersgruppe?

Wir freuen uns auf eine Rückmeldung bezüglich ihres bevorzugten Termines. Um den Aufwand für sie gering zu halten kommen wir gerne in ihre Einrichtung oder ein Café ihrer Wahl. Für eine Antwort bis zum XXX wären wir Ihnen sehr verbunden.

Das Team von "Kleine Klienten ganz groß!"



## Anlage 4: Einverständniserklärung zur Interviewteilnahme

**Einverständniserklärung Studienteilnahme**  
„Kleine Klienten ganz groß!“

Zuyd **ZU**  
Hogeschool **YD**

### Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie zum Thema:

„Kleine Klienten ganz groß!“

Arbeitsfeldbeschreibung der Ergotherapie mit Säuglingen und Kleinkindern

Hiermit erkläre ich, dass ich über **Ziele und Ablauf der Studie** informiert wurde und diese verstanden habe. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, mich bei dem Versuchsleiter über die Studie zu informieren, sowie auftretende Fragen zu stellen. Diese wurden mir von der Versuchsleitung verständlich beantwortet. Für die Teilnahme an dieser Studie erhalte ich keine Vergütung.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich das Vorhaben und die Information verstanden habe und **freiwillig** an der Studie teilnehme. Mir ist deutlich, dass ich jederzeit **ohne Angabe von Gründen** aus der Studie ausscheiden kann, ohne dass mir persönliche Nachteile entstehen. Auch der Versuchsleiter oder die Versuchsleiterin kann die Studie jederzeit beenden.

Ich bin mit der **digitalen Aufnahme des Interviews** und dessen **Speicherung**, bis zum Abschluss der Auswertung, einverstanden.

Ich weiß, dass meine **Daten** und die von erwähnten Personen vertraulich behandelt werden und nicht an Dritte weitergegeben werden. Meine personenbezogenen Daten [Name, Adresse und Alter] werden in eine handschriftliche Liste eingetragen, die separat und verschlossen aufbewahrt wird, so dass nur diejenigen Untersucher der Studie Zugang haben, die eine **Vertraulichkeitserklärung** abgegeben haben. In dieser Liste ist auch der Code vermerkt, unter dem meine in der Studie erhobenen Daten gespeichert werden. Mein Eintrag in dieser Liste und/oder mein gesamter Datensatz werden auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin jederzeit gelöscht. Eine Löschung der Codeliste ist nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von mindestens 10 Jahren vorgesehen.

Ich habe verstanden, dass die **Ergebnisse und Daten dieser Studie** als wissenschaftliche Publikationen veröffentlicht werden und, dass dies in anonymisierter Form, d.h. ohne, dass die Daten einer spezifischen Person zugeordnet werden können, geschieht.

Nach der **Transkription** erhalte ich eine schriftliche Version des geführten Interviews. Hierdurch wird mir die Möglichkeit eingeräumt, bei Bedarf noch **Veränderungen oder Ergänzungen** vorzunehmen.

Eine Kopie der **Probandeninformation** habe ich erhalten.

---

Datum	Unterschrift
-------	--------------

### Die Forschungsgruppe und Interviewleiter bestätigen hiermit:

Den Teilnehmerinnen/Teilnehmer über Zielsetzung und Verlauf der Studie ausreichend in schriftlicher und mündlicher Form informiert zu haben. Selbstverständlich stehen wir allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern jederzeit für weitere Fragen und Informationen zur Verfügung.

---

Datum	Alisa Altgeld, Pia Doll, Marie Simon und Maren Wobser
-------	---



## Anlage 5: Interviewleitfaden

### Einstieg:

- Bestandsaufnahme + Beschreibung jetzigen/aktuellen Arbeitsfeldes der Ergotherapeuten mit Säuglingen
- Je früher die Therapie beginnt, desto größere Erfolge können erzielt werden (Valvano & Rapport, 2006)
- Frage daher: warum die meisten Kinder erst mit 5-9 Jahren in der Ergotherapie sind und nicht schon wesentlich früher?

### Frage 1 (Faktenfrage nach Erfahrungen)

Welche Erfahrungen haben Sie bereits im Fachbereich Pädiatrie gemacht?

- Werdegang, Weiterbildungen, Fortbildungen
- Arbeitserfahrung in dem Bereich (Wie viele Jahre?)
- Wie sind sie zu diesem Tätigkeitsfeld gekommen?

### Frage 2 (Faktenfrage nach Wissen)

Wie hoch ist der Anteil ihrer Klienten in der Altersspanne von 0-3 Jahre und mit welchen Diagnosen kommen diese zu Ihnen?

- Behandlungsinitiative (Eltern/Arzt)
- Verordnungen (Hausbesuche?)
- Kontaktaufnahme
- Kapazitäten des ET
- Einschätzung bezüglich des Bedarfs

### Frage 3 (Meinungsfrage)

Wie gestalten/erfahren Sie den Behandlungsprozess mit Säuglingen und Kleinkindern?

- Besonderheiten, Ressourcen und Hindernisse
- Therapieablauf
- Methoden/ Behandlungskonzepte
- Behandlungssequenz beispielhaft
- nutzen Sie ergotherapeutische Modelle im Therapieprozess? Wenn ja wie?

### Frage 4 (Meinungsfrage)

Was ist für Sie das Besondere an Ihrem Tätigkeitsfeld?

- Abgrenzung zu anderen Fachbereichen

### Frage 5 (Meinungsfragen)

Welche Kompetenzen braucht man Ihrer Meinung nach für die Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern?

- Besondere Fortbildungen
- Persönliche & menschliche Kompetenzen

### Frage 6 (Meinungsfrage)

Welche kontextbezogenen Voraussetzungen spielen in der ergotherapeutischen Behandlung eine Rolle?

- Praxissetting
- intradisziplinär/interdisziplinär?
- mit welchen anderen Berufsgruppen arbeiten sie zusammen?

### Ausstieg:

- Danksagung

### Frage 7 (Meinungsfrage)

→ Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere wichtige Punkte zu diesem Thema?



## Anlage 6: Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2011)

- Es wird das Transkriptionsprogramm „F4“ verwendet.
- Die Audioaufnahmen werden wörtlich transkribiert, also weder lautsprachlich noch zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten.
- Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so’n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
- Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
- Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
- Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.
- Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden und Füllwörter wie „mhm, aha, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
- Wörter, die besonders betont wurden, werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.
- Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Am Ende eines Absatzes oder bei Beginn eines neuen Themas werden Zeitmarken eingefügt. Der Interviewer wird durch ein „I“ und die Teilnehmer durch ein „T“ und der dazugehörigen Nummerierung gekennzeichnet, z.B. „T1“.
- Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
- Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrophon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
- Englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung behandelt.
- Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird ein Doppelpunkt gesetzt, und ich sagte dann: Na, dann schauen wir mal.
- Werden Namen oder Städte genannt werden diese auf den Anfangsbuchstaben begrenzt.



## Anlage 7: Auszug eines Transkripts

...

I1: Und ist das generell so, dass die Eltern auch immer in der Therapie mit dabei sind? #00:12:50-8#

B: Bei den Kleinen, ja. Also bei den 0-5-Jährigen sind sie bei MIR immer dabei. Also das ist nicht bei allen so, aber ich sehe nur dann den größten Nutzen. Es sei denn man ist jetzt in einer Einrichtung, weil da sind wir ja auch in so Integrativen Einrichtungen und da ist es halt nicht immer Möglich für die Eltern. Aber da wird dann alle 10 Wochen ein Elterngespräch gemacht, oder man spricht dafür jede Woche mit den Erziehern. Oder die Erzieher sind bei uns mit dabei. Oder man geht zu den Erziehern in die Gruppe mit dazu und arbeitet halt dann aktiv in der Gruppe. #00:13:26-6#

I1: Und, welche Methoden nutzt du noch außer jetzt die Si Therapie? #00:13:30-5#

B: Ähm, also die Si ist schon so die Basis. Weil man damit halt ganz viele Verhaltensweisen oder auch (...) Entwicklungsrückschritte ganz gut erklären kann. Es ist dann schon so, dass man halt auch nach der normalen Entwicklung guckt, was ist überhaupt normale Entwicklung. Und das sind eigentlich so die Grundlagen. #00:13:49-0#

I2: hm (bejahend). Du hattest ja eben schon gesagt, dass ein Ergotherapeut sehr flexibel sein muss. Was würdest du sagen sind noch so persönliche, berufliche Kompetenzen die ein Ergotherapeut mit den kleinen Kindern haben muss. Oder was erforderlich ist? #00:14:01-5#

B: Also wirklich den Mut auch in einem gewissen, schon auch Eltern gegenüber beratend tätig werden zu können. Und dann halt gerade so Elternarbeit ist halt finde ich das A und O. Ja wirklich GANZ viel Normalentwicklung kennen und nicht nur aus einem Lehrbuch, sondern halt auch aus dem Alltag kennen, das bringt halt wirklich sehr, sehr viel. Wenn man keine eigenen Kinder hat, dann halt einfach Kinder beobachten am Spielplatz oder was weiß ich. Um überhaupt zu gucken was ist normal und was ist die Variation die da ist. Ja schon auch in einem gewissen Maß Ruhe und Flexibilität, weil wenn dir mal ein 3jähriger Stöpsel durch die Gegend läuft und du dem eigentlich die ganze Zeit nur hinterher musst. Ähm, welche Kompetenzen noch (...). Ja vor allen Dingen das Beratend und Coachende. Aber auch ganz viel (...) Sicherheit den Eltern vermitteln, gerade was halt so Schwierigkeiten, wenn die halt von ihrer Umgebung ganz viel Negatives und ganz viele Eltern, also so habe ich die Erfahrung mit den Kleinsten die Verhaltensauffällig sind, werden halt auch so aus vielen sozialen Kontakten einfach ausgeschlossen. Und gerade die brauchen oft auch den Rückhalt ihr macht das gut, oder tut was für euch. Also man ist eigentlich manchmal mehr als eine Ergotherapeutin (lachen). #00:15:24-0#

I2: Ja, glaube ich. Aber du hattest vorhin auch angesprochen, dass man viele Fortbildungen haben muss. Welche wären das jetzt, die du (...)? #00:15:31-9#

B: Also, (...) was halt ist aufjedenfall so Normalentwicklung. Dann halt auch zum Beispiel wie den ET 6-6r dann auch wirklich durchführen zu können. Wir haben, also ich habe ja noch die Säuglingsfortbildung gemacht und ich finde halt, wenn man mit Säuglingen arbeitet sollte man die auch gemacht haben. Dann habe ich unter anderem noch eine Fortbildung für schwieriges Alter, also das ist dann quasi 1,5-4 Jahre. Und (...) ja, sowas. #00:16:01-3#

I2: Und die Si dann. #00:16:02-4#

B: Genau. Aber Si ist halt auch, weil wir es in der Praxis hier machen. Aber es ist halt schon, also die B. wo ich ja auch viele Fortbildungen gemacht habe, die ist ja auch mit dem Background Si Therapeutin und macht dann ganz viele Fortbildungen. Also das Institut da ist schon eins der Institute die HIER halt am meisten Fortbildungen für so kleine geben. Und was ich halt auch noch gemacht habe sind so verhaltenstherapeutische Fortbildungen und Bindungstheoretische Fortbildungen. Weil die halt oft auch bei den Kleinen eine Rolle spielen. #00:16:32-6#



## Anlage 8: Anschreiben Member-Check

Guten Tag Herr/Frau XXX

vielen Dank nochmal für das bereichernde Interview mit Ihnen.

Die Transkriptionsphase ist nun abgeschlossen.

Wie vereinbart, senden wir Ihnen anbei die Niederschrift unseres Fachgespräches mit Ihnen. Wir möchten Ihnen dadurch die Möglichkeit bieten, bei Bedarf Veränderungen oder Ergänzungen vorzunehmen.

Falls Sie Änderungswünsche haben, teilen Sie uns diese bitte bis zum XXX mit entsprechender Zeilennummerierung mit.

Ganz liebe Grüße,

Ihr Team von "Kleine Klienten ganz groß!"



## Anlage 9: Ebenen des hypothetischen Modells

Makroebene Definition: <i>Nach Bronfenbrenner (1981) ist die Makroebene die höchste Systemform, in der gesellschaftliche Zusammenhänge der gesamten Gesellschaft erfasst und eingeordnet werden. Dabei sind vor allem Vorgaben und Gegenseiten innerhalb eines gesellschaftlichen Systems bedeutsam, die Abläufe und Strukturen vorgeben z.B. ergotherapeutische Behandlung im Gesundheitssystem Deutschlands (Bronfenbrenner, 1981).</i>		
Sachdimensionen	Beschreibung	Zugehörige Fragen
Gesetzgebung	Gesetzliche Vorgaben und Voraussetzungen in Deutschland, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• § 1 SGB VIII, Art. 1: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung...“ (Wasmund, 2018)</li> <li>• Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz - ErgThG) (BMJV, 2018)</li> </ul>	2,3
<b>Zeitdimension</b>	Zeitraum seitdem dieses Gesetz besteht.	
Krankenkassen	Die einzelnen Krankenkassen verhandeln Vergütungsvereinbarungen mit den jeweiligen Bundesländern, sodass sich Länderspezifische Vergütungen für die ergotherapeutische Behandlung ergeben. Im Gesundheitswesen liegt bei den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung (K[Z]BV), dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Landesverbänden der Krankenkassen ein Mitspracherecht. (BMG, 2018)	2,3
<b>Zeitdimension</b>	Aktuelle gültige Vergütungsvereinbarungen.	
Ausbildungs- und Prüfungsverordnung/ Ausbildungsstandards	Regelt gesetzlich welche Inhalte in welchem Umfang innerhalb der Ausbildung vermittelt werden müssen.  Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV)	1, 4, 5



	<p>§ 1 Ausbildung: „(1) Die dreijährige Ausbildung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten umfasst mindestens den in der Anlage 1 aufgeführten theoretischen und praktischen Unterricht von 2.700 Stunden und die aufgeführte praktische Ausbildung von 1.700 Stunden...“ (BMJV, 2018)</p> <p>Während der 3jährigen Ausbildung an der Berufsfachschule wurden einige Unterrichtsinhalte vermittelt, die für den Bereich Pädiatrie von großer Bedeutung sind z.B. allgemeine Krankheitslehre, Biologie, Physiologie, Anatomie, Pädiatrie (ca. 200 Unterrichtsstunden) Neurophysiologische Behandlungsverfahren Pädiatrie (50 Unterrichtsstunden), Neuropsychologische Behandlungsverfahren (50 Unterrichtsstunden).</p>	
<b>Zeitdimension</b>	Seit Einführung der Prüfungsverordnung bis zu deren Aktualisierung.	
Berufspolitik	Berufspolitik ist wichtig, um den Berufsstand weiterzubringen. Arbeitsplätze sollen erhalten, ausgebaut und geschaffen werden. Dazu ist die Qualität der Berufsausübung zu garantieren und die Integration des Berufsstands in das nationale Gesundheitswesen sowie in die Berufsgruppe auf internationaler Ebene voranzutreiben. Vertreten wird die Berufsgruppe vorrangig gegenüber den Kostenträgern.	7
<b>Zeitdimension</b>	Aktueller Zeitgeist der berufspolitischen Entwicklungen	

Mesoebene

Definition:

**Nach Bronfenbrenner (1981) ist die Mesoebene, die Stufe, welche der Makroebenen als nächstes untergeordnet ist. Im Zuge dessen besteht die Mesoebenen aus dem Zusammenwirken von unterschiedlichen kleineren Mikrosystemen, zwischen denen Bezüge und Beziehungen bestehen z.B. die Wechselbeziehung zwischen Kollegen innerhalb einer ergotherapeutischen Praxis (Bronfenbrenner, 1981).**

Sachdimensionen	Beschreibung	Zugehörige Fragen
Institutionen	Die Zulassungsempfehlungen (exakt: Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4	1, 2, 3, 4, 6



	SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden) regeln, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um die Zulassung zu einer Praxis im Bereich der Heilmittel zu erhalten. (DVE, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2018) Ambulante Arbeitsfelder, räumliche Gegebenheiten	
<b>Zeitdimension</b>	Zeitraum der Anstellung des Ergotherapeuten bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses in der Institution.	
Verordnungen	Eine ergotherapeutische Behandlung wird von einem Arzt (Hausarzt oder Facharzt) auf einem Ergotherapierzept verordnet. Der Arzt entscheidet je nach Krankheitsbild und Ziel - zwischen verschiedenen ergotherapeutischen Maßnahmen ( Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, Motorisch-funktionelle Behandlung, Hirnleistungstraining, Psychisch-funktionelle Behandlung, etc.) und entscheidet über Hausbesuch oder Behandlung in der Einrichtung. Gesetzlich Versicherte müssen ab dem 18. Lebensjahr, einen Eigenanteil an die Krankenkassen abzuführen (10,- Euro pro Verordnung plus 10 % der Behandlungskosten), soweit sie nicht befreit sind. Die Art des Heilmittels, die Gesamtverordnungsmenge, der Umfang und die Frequenz der Behandlungen sind im Heilmittelkatalog in Form von Richtlinien gesetzlich geregelt. Die Auswahl eines Heilmittels erfolgt anhand von Leitsymptomatik und Therapiezielen der jeweiligen Diagnose.	2, 3, 6
<b>Zeitdimension</b>	Behandlungsstart, Frequenz und Abbruchszeitraum innerhalb der Verordnungen festgelegt durch Daten auf der entsprechenden Verordnung.	
Interdisziplinarität	Die Art und Weise wie Ergotherapeuten mit verschiedenen Professionen zusammenarbeiten. Das bedeutet ob sie es generell tun, in welchem Umfang, persönlich oder via Medien und mit welchen Berufsgruppen sie zusammenarbeiten.	3, 4, 6
<b>Zeitdimension</b>	Zeitraum der Zusammenarbeit	



Mikroebene Definition: <i>Die Mikroebene ist nach Bronfenbrenner (1981) der kleinste Systemkomplex und besteht aus dem unmittelbaren Umfeld, in dem eine Person handelt und wirkt. Dabei ist das Umfeld eingeschränkt und bezieht sich nur auf einen kleinen Wirkungsradius z.B. Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut und Klient (Bronfenbrenner, 1981).</i>		
Dimensionen	Beschreibung	Zugehörige Fragen
Zielgruppe Ergotherapeut	Ist ein Mensch der die offizielle Berufsbezeichnung als staatlich anerkannter Ergotherapeut tragen darf und schon mindestens 3 Jahre mit Kindern von 0-3 Jahren arbeitet.	
➤ <i>Kompetenzen des Ergotherapeuten</i>	Kompetenzen nach dem Berufsprofil des DVE (2004): <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fachkompetenz</i>, sprich die Fähigkeit und Bereitschaft, Aufgabenstellungen eigenständig und richtig zu bearbeiten und beurteilen</li> <li>• <i>Sozialkompetenz</i>, also eine gewisse Bereitschaft soziale Beziehungen und Interaktionen sowie Spannungen zu erfassen und sich damit auseinander zu setzen</li> <li>• <i>Personalkompetenz</i> ist die Fähigkeit und Bereitschaft den Menschen mit seinen Chancen, Anforderungen und Einschränkungen zu durchdenken und zu beurteilen wie beispielsweise die Entwicklung von Werten</li> <li>• <i>Methodenkompetenz</i>, sprich die Fähigkeit zielgerichtet bei Problemen vorzugehen</li> </ul>	1, 3, 5, 7
➤ <i>Berufserfahrung</i>	Qualifikation des Therapeuten durch mehrjähriges Arbeiten (mind. 3 Jahre) mit der Klientel und Erweiterungen der beruflichen Fähigkeiten, durch eventuelle Fort- und Weiterbildungen.	1, 5
<b>Zeitdimension</b>	Nach Erhalt der Berufsqualifikation, Abschluss der Berufsausbildung und Eintritt ins Berufsleben bis zum Erhebungszeitpunkt.	
Therapeutischer Prozess	Ist der Zeitraum zwischen Aufnahme und Beendigung der ergotherapeutischen Behandlung eines Kindes zwischen 0-3 Jahren und dem erweiterten Klienten.	2, 3, 6



<p>➤ Assessments und Testverfahren</p>	<p>Assessments und Testverfahren sind standardisierte Erhebungsverfahren, die dazu dienen die Situation eines Klienten zu erfassen. Es sind Maßnahmen der Stuserhebung, im Zuge dessen systematisch Daten gesammelt werden.</p> <p>Assessments werden eingesetzt um Behandlungseffekte, Erfolge und Ergebnisse auf eine möglichst objektive und nachvollziehbare Art und Weise dokumentieren zu können (Haase, 2007).</p>	
<p>➤ Setting</p>	<p>Das Setting lässt sich in ein soziales und in ein räumliches-situatives Setting gliedern. Die Sozialform beinhaltet welche Form der Therapie gewählt wird, Einzeltherapie, Einzeltherapie in der Gruppe und Gruppentherapie. Die ergotherapeutische Intervention kann in unterschiedlichen Kontexten und Räumlichkeiten stattfinden zum Beispiel in einer realen Umgebung des Klienten: häusliches Umfeld, im eigenen Garten, in der eigenen Nachbarschaft oder in einer simulierten/künstlichen Umgebung: Therapie-raum, Therapieküche, Krankenhauszimmer. Die Wahl des Settings und Kontextfaktoren beeinflussen den Verlauf einer Therapie maßgeblich und sollte von einem Therapeuten sehr sensibel getroffen werden (Haase, 2007).</p>	
<p>➤ Intervention</p>	<p>Die ergotherapeutische Behandlungsplanung und Durchführung baut auf der Zielsetzung auf und enthält u.a. die Wahl eines Behandlungskonzeptes, einen Zeitplan, die Wahl des Settings und therapeutischer Medien (Haase, 2011).</p>	
<p>➤ Umfeld (betrachtet am CMOP-E)</p>	<p>Ist ein wichtiger Faktor, der das Betätigungsverhalten beeinflusst. Nach Townsend &amp; Polatajko (2013) wird die Umwelt nochmals unterteilt in:</p> <p><i>kulturelle Umwelt</i>: ethnische oder kulturelle Werte, sowie Werte und Traditionen der Betätigungsausführung innerhalb der Familien.</p> <p><i>Institutionelle Umwelt</i>: Institutionen, Behörden oder Regierungen, mit ihren gesellschaftlichen Praktiken</p>	



	<p>oder Anforderungen.</p> <p><i>Physische Umwelt:</i> natürliche oder geschaffene Gebilden, in oder mit denen Betätigung stattfindet</p> <p><i>soziale Umwelt:</i> Menschen die das Kind umgeben, sowie deren sozialen Einstellungen und Überzeugungen.</p>	
➤ Befund und Anamnese	<p>Bildet den ersten und wichtigsten Schritt des ergotherapeutischen Prozesses. Beginnt noch vor der Kontaktaufnahme des Klienten (Rezept, Verordnung) anhand dessen sich der ET ein erstes Bild des Klienten, der Diagnose verschafft. Umfasst die Sammlung und alle Informationen über den Klienten und seine Krankheit/ Einschränkungen. Verfahren und Instrumente zur Informationssammlung bieten Assessments. Die Ergebnisse bestimmen die Richtung der weiterführenden Schritte. Assessmentverfahren lassen sich nochmal nach Art der Datenerhebung unterscheiden in Interviews, Beobachtung, Tests oder Screenings (Haase, 2007).</p>	
➤ Ergotherapeutische Ziele	<p>Nach Ellen Romein (2016) folgt die klientenzentrierte und betätigungsorientierte Zielformulierung nach einer ausführlichen Analyse. Das Ziel ist konkret, messbar, realistisch und zeitlich festgelegt (SMART) und als Resultat formuliert. „Ein erstrebenswerter Zustand“</p> <p>Betätigungsorientierte Ziele setzen das Wissen über bedeutungsvolle Betätigungen des Klienten voraus (Romein, 2016).</p>	
<b>Zeitdimension</b>	<p>Zeitraum von Behandlungseintritt bis zur Beendigung der ergotherapeutischen Behandlung.</p>	
Zielgruppe Eltern	<p>Ein oder mehrere Elternteile eines oder mehrerer Kinder zwischen 0-3 Jahren, die im vergangenen Jahr mit ihrem Kind einen ergotherapeutischen Behandlungsprozess durchlaufen haben.</p>	2, 3
➤ <i>Familie</i>	<p>Ist das Beziehungsverhältnis zwischen Eltern und Kindern, wobei die persönliche Bindung entscheidend ist und nicht die Art des Zusammenlebens (verheiratet, freie Lebensgemeinschaft, etc.). Im Behandlungskontext sind außerdem die Bezugspersonen</p>	



	sonen entscheidend, zu denen das Kind eine Bindung hat. Hiermit sind nicht zwangsläufig Eltern gemeint, sondern auch Großeltern oder andere dem Kind nahestehende Personen. Für die Therapie kann es daher sehr wichtig sein, wer an der Behandlung beteiligt ist.	
➤ <i>Bildung</i>	Erworbenes Wissen und Eigenschaften, die sich im Laufe des Lebens angeeignet werden oder aus Erziehung und Erfahrung resultieren. Bildung unterliegt einem lebenslangen Lernprozess und meint in diesem Zusammenhang nicht ausschließlich akademisches Lernen, sondern auch alltagsbezogenes oder Allgemeinwissen oder bezüglich der Therapie, das Wissen über eine Erkrankung.	
➤ <i>Kulturelle Einflüsse</i>	Unterschiedliche Wertvorstellungen betreffend der Selbstständigkeit und zweckmäßigen Aktivitäten, verschiedene Vorstellungen von Krankheit und auch Rollen innerhalb der Familie (Stalder, 2010), sowie sprachliche und kulturelle Aspekte beeinflussen die Therapie deren Gestaltung und die Therapeuten-Klienten Beziehung.	
➤ <i>Compliance</i>	Beschreibt die Kooperationsbereitschaft des Klienten innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses.	
<b>Zeitdimension</b>	Zeitraum von Beginn der Elternschaft bis zum Erhebungszeitpunkt	Online Fragebogen
Zielgruppe Kinder	Säugling oder Kleinkind im Alter von 0-3 Jahren mit einem Problem in den drei Betätigungsbereichen (Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit) hat, so dass das Kind selbst und/oder seine Eltern so eingeschränkt sind, dass ergotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht.	2, 3, 7
<b>Zeitdimension</b>	Zeitraum ab Geburt bis zum Erreichen des 3. Lebensjahres	



## Anlage 10: Indikatoren

<b>Makroebene</b>
<p><b>Gesetzgebung</b> Jugendamt, Sozialgesetzbuch, Bundeskinderschutzgesetz</p> <p><b>Krankenkassen</b> Vergütungsvereinbarungen, Kostenübernahme, Hilfsmittelversorgung, Verordnungsvorschriften, Rahmenbedingungen für ergotherapeutische Heilmittelverordnungen</p> <p><b>Ausbildungs- und Prüfungsverordnung/ Ausbildungsstandards</b> Gesetzliche Regelung bezüglich des Umfangs der theoretischen und praktischen Unterrichtsinhalte, Verfügbarkeit fachspezifischer pädiatrischer Praktika Stellen, pädiatrische Inhalte in der Ausbildung</p> <p><b>Berufspolitik</b> Berufsverband, Bekanntheitsgrad Ergotherapie innerhalb der Gesellschaft, Öffentlichkeitsarbeit, Projektgruppen, Fachausschuss, Leitlinien, Internationalisierung</p>
<b>Mesoebene</b>
<p><b>Institutionen</b> Praxen, Sozialpädiatrische Zentren, Heilpädagogisch-therapeutische Zentren, Frühförderzentren, Kinderkrippen, Kindergärten, Supervision, Frühförderung,</p> <p><b>Verordnungen</b> sensomotorisch-perzeptive Behandlung, motorisch-funktionelle Behandlung, psychisch-funktionelle Behandlung, Dauer und Intensität, Frequenz, Hausbesuch in Einrichtung oder im häuslichen Umfeld, Therapieberichte</p> <p><b>Interdisziplinarität</b> Physiotherapeuten, Logopäden, Erzieher, Pädagogen, Ärzte, Motopäden, Dolmetschern, Osteopathen, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Hebammen, Spieleberater, Austausch, Teamarbeit, Transparenz</p>
<b>Mikroebene</b>
<b>CMOP-E</b>
Nutzung von CMCE Skills, CMOP-E, CPPF
<b>Ergotherapeut</b>
<p>Charakter, Lebenserfahrung, Persönlichkeit, persönliche Erfahrung mit Klientel</p> <p><b>Berufserfahrung</b> Ausbildung, Praktika, Hospitationen, Dauer der praktischen Tätigkeit, Spezialisierung</p>



Kompetenzen des Ergotherapeuten
<p><b>Fachkompetenz</b> Evidenzbasiertes Arbeiten, Theorie-Praxis-Transfer, selbständige Arbeitsweise, Fähigkeiten und Qualifikationen</p> <p><b>Sozialkompetenz</b> Interaktion- und Kommunikationsfähigkeit, Empathie, interkulturelle Kompetenz, Toleranz, Konfliktmanagement</p> <p><b>Personalkompetenz</b> Respekt, Anpassungsfähigkeit, Authentizität, Initiative, Selbständigkeit</p> <p><b>Methodenkompetenz</b> Ergotherapeutische Inhalts- und Prozessmodelle, Fortbildungen, Weiterbildung, Zusatzqualifikation</p>
Therapeutischer Prozess
<p><b>Assessments und Testverfahren</b> Sensory Profile, Messbarkeit, Vergleichbarkeit, Entwicklungsraster, Entwicklungsmeilensteine, Checklisten, Fragebögen, Nachweisbarkeit, Evidenz</p> <p><b>Setting</b> Praxis, bodennah, Ebenen, Reizarmut, Spielmaterialien, Kissen, Anwesenheit der Eltern, erweiterter Klient, Sicherheitsvorkehrungen, Hygiene, Arbeitsschutz,</p> <p><b>Intervention</b> Methoden, Behandlungskonzepte, SI, Bobath, Dokumentation, Verfolgbarkeit, betätigungs- basiert, Transparenz, Kontakt, Umgang, Kommunikation, evidenzbasiert, zielorientiert, klienten- zentriert, Nutzung von Medien, Marte Meo, Beratung, Coaching, Anleitung, Castillo Morales, IntraAct Plus, Clinical Reasoning</p> <p><b>Umfeld</b> Soziale, physische, kulturelle und institutionelle Umwelt, Unterstützung, Netzwerk, Hilfe, Res- ourcen und Hindernisse, kulturelle, ethnische und religiöse Traditionen/Werte/Normen, Be- hörden, Betätigungsdurchführung, Krabbelgruppe, Kindertagesstätte, Austausch und Kontakt zu anderen Eltern, Gegebenheiten</p> <p><b>Befund und Anamnese</b> ET-Diagnose, Behandlungshypothese, ergotherapeutische Inhalts- und Prozessmodelle, Pla- nung, Erfahrung, Beobachtung, Nutzung eigener Befund- und Anamnesebögen, videogestützte Therapie, Erstgespräch, Elterngespräch, Beratung</p> <p><b>Ergotherapeutische Ziele</b> Dokumentation, Transparenz, klientenzentrierte Zielformulierung, Power-Sharing, Empower- ment, SMARTI, messbar, gemeinsame Formulierung, Anliegen der Eltern, Respekt, Wertschät- zung, betätigungsorientiert</p>

**Zielgruppe Eltern**

Partnerschaft, Ehe, Belastung, Leidensdruck, Compliance, Bildung, Schichten, Kultur, Familie, Familienstrukturen, Umfeld, Erziehung, Beziehungsgestaltung, Werte, Normen, Tagesstrukturierung, zeitliche Ressourcen, Aufklärung, Interesse, Bereitschaft, Bindung, Handling

**Zielgruppe Kind**

Babys, Säugling, Neugeborenes, Kleinkind, Regulationsstörungen, Entwicklungsverzögerungen, Schreibabys, problematisches Essverhalten, Schlafproblematik, Frühchen, motorische Entwicklung, Diagnose, U-Untersuchungen, Trotzverhalten, Dysregulation, Bindung, sensorische Wahrnehmung, Hyperaktivität



## Anlage 11: Extraktionsregeln nach Gläser und Laudel (2010)

1. Das Programm F4 wird zur Extraktion genutzt
2. Alle relevanten Informationen werden extrahiert, auch wenn sie nicht direkt themenbezogen erwähnt wurden.
3. Nur die Inhalte, die transkribiert wurden, können extrahiert werden
4. Es werden vorzugsweise keine Sätze oder Satzteile in die Kategorien und die Dimensionen eingeordnet, sondern lediglich Textabschnitte, diese sind durch einen Themenwechsel gekennzeichnet.
5. Informationen der Textabschnitte werden zusammengefasst aufgenommen. Dies bedeutet, dass die Extraktion des Textes nicht in voller Länge geschehen soll.
6. Fragmentale Informationen werden nicht interpretiert, eigene Ideen werden identifiziert und getrennt protokolliert. Die Schlussfolgerungen werden später auf den gesamten Text (das empirische Material) bezogen.
7. Die Interviewfragen die den einzelnen Sachdimensionen zugeordnet wurden, werden als Hilfe für die Einordnung in die Kategorien genutzt.
8. Während der Extraktion werden Entscheidungen der Forscher, in einem weiteren Dokument, protokolliert, um sich anschließend darüber auszutauschen/ zu diskutieren.
9. Gleiche Sachverhalte, werden den gleichen Kategorien zugeordnet
10. Einzelne Informationen sollten nicht mehreren Kategorien zugeordnet werden
11. Aussagen, die in mehrere Kategorien passen, werden anhand ihrer Sachverhalte geprüft ob sie tatsächlich passen.
12. Bei Schwierigkeiten der Abgrenzung und Einordnung in einzelne Kategorien, werden Extraktionsregeln festgelegt, um in ähnlichen Situationen gleich zu verfahren
13. Aussagen, die widersprüchlich erscheinen, müssen als Zitat mit Kommentar unter der jeweiligen Variable gelagert werden.
14. Innerhalb widersprüchlichen Aussagen werden diese als [Widerspruch] gekennzeichnet und anschließend einer kurzen Erläuterung unter „Wirkungen“ eingefügt
15. Im Falle von Kausalketten, werden die Informationen auf mehrere Kategorien aufgeteilt und es wird innerhalb der Dimension ‚Ursache‘ und ‚Wirkungen‘ auf die anderen Kategorien verwiesen. (Kausalketten verbinden häufig die verschiedenen Kategorien miteinander)
16. Die Zuordnung der Kategorien beruht auf einer objektiven Einschätzung der Forscher ohne jegliche Interpretation.



## Anlage 12: Auszug der Ergebnistabelle

Kategorie	Zitate	Zusammenfassung
<b>Therapeutischer Prozess</b>	<p>„Dann dauert das manchmal trotzdem 4-5 Rezepte. ABER in der Regel geht es bei den <b>Kleinen wesentlich schneller</b>, weil halt nur ein Problem oder zwei da sind.“ (TN 13, Absatz 56)</p> <p>„Die <b>Therapiedauer bei Säuglingen ist absolut kurz</b>“ (TN 12, Absatz 20)</p> <p>„Also auch manchmal ein bisschen <b>unberechenbar</b>.“ (TN 12, Absatz 65)</p> <p>„Also dieses, dass es wirklich so direkt ist. Dass man wirklich immer ganz konkret an der konkreten Sache arbeiten kann. Dass es relativ <b>schnell erfolgreich ist</b>.“ (TN 12, Absatz 71)</p> <p>„Ich meine man kann <b>relativ schnell auch scheitern, das geht auch, wenn es schief geht kann es auch richtig schief gehen</b>. Das geht dann auch schnell, wenn es kippt (...).“ (TN 12, Absatz 71)</p> <p>„was ich GANZ wichtig finde ist ähm einfach so diese <b>Kooperation</b> im K. in B. sagt man das K. also in der Umgebung, wo man einfach welche Unterstützung kriegen kann. Die Adresse von einem guten Kinder und Baby Osteopathen ist total wichtig, die Adresse von einem guten ähm Gemeindezentrum trallala oder so (...) also alles was so ein bisschen unterstützend ist, wenn keine ähm (...) Familie da sein kann, das ist in B. häufig der Fall, dass die einfach wer weiß wo sind, die kommen hier her und haben dann niemanden und dann ist es echt wichtig, dass die Adressen zur Unterstützung haben. Weil sie sind nicht ALLEIN in der Lage das zu managen, das schaffen die nicht (...) Also inso-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Therapiedauer</b></li> <li>- Bei Kleinen wesentlich schneller</li> <li>- Bei Säuglingen absolut kurz</li> <li>- Schnell erfolgreich</li> <li>- Innerhalb kürzester Zeit (3-4 Therapieeinheit)</li> <li>- Behandlungen ganz ganz kurz und in Intervallen</li> <li>- Viel viel kürzer</li> <li>- Unheimlich schnell</li> <li>- Komplette Kindergartenzeit</li> <li>- Zwischengespräch zwischen zwei Rezepten</li> <li>- Zwischenstand-Erhebung auch öfter</li> <li>- Bottom up</li> <li>- Therapiedauer variiert zwischen 20 Minuten oder halbe Stunde oder auch länger</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Besonderheiten</b></li> <li>- Unberechenbar</li> <li>- Relativ schnell auch scheitern</li> <li>- Unheimlich intensiv</li> <li>- Wahnsinnig nah</li> <li>- Beziehung nicht da, wenn Praktikant da ist</li> <li>- Erstmal vertrauen fassen</li> <li>- Nicht so einen einheitlichen Faden</li> <li>- Besondere ist, dass man den Eltern und Kindern viel Leid erspart</li> <li>- Wir eine wichtige und stabile /starke Ressource</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Netzwerk</b></li> <li>- Netz</li> </ul>



	<p>fern da einfach ein <b>gutes NETZ</b> streuen und damit arbeiten (...) das machen wir auch, also das ist notwendig“ (TN 8, Absatz 66)</p> <p>„Also man muss echt gucken was ist machbar, auch für die Eltern machbar, <b>manchmal ist das eben nur eine halbe oder mal auch nur zwanzig Minuten</b>, dass kommt drauf an ähm und mal ist es länger.“ (TN 8, Absatz 80)</p> <p>„Andererseits finde ich das auch total klasse, weil man innerhalb <b>kürzester Zeit, also wir haben diese ganz kleinen Regulationskinder sind oft nur über 3 oder 4 Therapieeinheiten da</b>, wir machen selten ein 10er Rezept.“ (TN 6, Absatz 20)</p> <p>„Und <b>behandeln nur ganz, ganz kurz und in Intervallen.</b>“ (TN 6, Absatz 20)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kooperation</li><li>● <b>Rechtfertigung Ergotherapie</b></li><li>- ET genauso sinnvoll wie Heilpädagogik oder Physio</li><li>- Frühzeitiger zu begleiten</li><li>- Je früher umso das umfassend beobachtet wird umso eher kann auch wirklich den Familien geholfen werden</li><li>- Nicht um die reine Funktion, sondern um das Gesamtbild</li></ul>
--	--	--



## Anlage 13: Anschreiben Teilnehmerakquise Online-Umfrage

Liebe Teilnehmerinnen und liebe Teilnehmer,

Vielen Dank für ihr Interesse an dieser Umfrage teilzunehmen! Sie unterstützen uns damit bei unserer Bachelorarbeit zum Thema „Ergotherapie mit Säuglingen und Kleinkindern von 0-3 Jahren“ an der Zuyd Hogeschool in Heerlen, NL.

Unser Team besteht aus Marie Simon, Alisa Altgeld, Pia Doll und Maren Wobser (im Bild von links nach rechts). Wir sind vier Ergotherapeuten, die 2017 die Ausbildung in Deutschland abgeschlossen haben und nun ihren Bachelor an der Zuyd Hogeschool absolvieren. Wir sind zwischen 23 und 24 Jahre alt und kennen uns schon seit Beginn der Ausbildung. Zwei von uns tauchen bereits in den Praxisalltag ein.

Es geht darum, wie Sie die ergotherapeutische Behandlung Ihrer Kinder von 0-3 Jahren erfahren haben.

Wenn es Ihnen schwerfällt, eine Frage zu beantworten, wählen Sie bitte die Antwort, die am ehesten zutrifft. Da es um ihre persönliche und individuelle Meinung geht, gibt es keine richtigen oder falschen Antworten!

Die Beantwortung der Fragen wird in etwa 10 Minuten in Anspruch nehmen. Die Erhebung und die Auswertung der Studie erfolgen anonym. Dies bedeutet, dass Ihre Antworten nicht auf ihre Person zurückzuführen sind.

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig und die Bearbeitung kann zu jeder Zeit und ohne die Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Falls Sie nach Abschluss unserer Forschungsarbeit über die Ergebnisse informiert werden möchten, haben Sie am Ende der Umfrage die Möglichkeit zu diesem Zweck eine E-Mailadresse anzugeben.

Natürlich wird diese separat von ihren Antworten gespeichert, sodass ihre Anonymität gesichert bleibt.



## Anlage 14: Aushang

# Mitmachen

**Sie haben ein Kind im Alter von 0-3 Jahren,  
das aktuell Ergotherapie bekommt?  
Teilen Sie Ihre Erfahrungen  
und nehmen Sie an unserer Umfrage teil!**

Für unsere Bachelorarbeit über die Ergotherapeutische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern, suchen wir Eltern, die uns einen Einblick gewähren und an einer kurzen Online-Umfrage teilnehmen möchten.  
Nähere Informationen sind hier zu finden:

**Einfach diesen Barcode scannen**



oder folgenden Link eingeben:

[https://ww2.unipark.de/uc/msimon\\_ZUYD\\_Hogeschool/2d03/](https://ww2.unipark.de/uc/msimon_ZUYD_Hogeschool/2d03/)

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Das Team von "Kleine Klienten ganz groß"

Zuyd  
Hogeschool

**ZU  
YD**





## Anlage 15: Online-Elternfragebogen

Der Fragebogen beginnt mit einer kurzen Einleitung, über Inhalt und Ziel der Umfrage und eine Aufklärung über den Umgang und die Verarbeitung der erhobenen Daten. Erst bei Zustimmung kann die Umfrage begonnen werden.

# Zuyd Hogeschool

# ZU YD

Liebe Teilnehmerinnen und liebe Teilnehmer,

Vielen Dank für ihr Interesse an dieser Umfrage teilzunehmen! Sie unterstützen uns damit bei unserer Bachelorarbeit zum Thema „Kleine Klienten ganz groß - Ergotherapie mit Säuglingen und Kleinkindern von 0-3 Jahren“ an der Zuyd Hogeschool in Heerlen, NL.

In unserer Studie wollen wir einen Überblick über dieses spannende Arbeitsfeld geben, mit dem Ziel den ergotherapeutischen Behandlungsprozess mit Säuglingen, Kleinkindern und ihren Familien darzustellen. In diesem Teil der Studie geht es darum, wie Sie die ergotherapeutische Behandlung Ihres Kindes von 0-3 Jahren erfahren haben.

Unser Team besteht aus Alisa Altgeld, Pia Doll, Marie Simon und Maren Wobser. Wir sind vier Ergotherapeuten, die 2017 die Ausbildung in Deutschland abgeschlossen haben und nun ihren Bachelor an der Zuyd Hogeschool absolvieren. Wir sind zwischen 23 und 26 Jahre alt und kennen uns schon seit Beginn der Ausbildung. Zwei von uns tauchen bereits in den Praxisalltag ein.

Wenn es Ihnen schwerfällt, eine Frage zu beantworten, wählen Sie bitte die Antwort, die am ehesten zutrifft. Da es um Ihre persönliche und individuelle Meinung geht, gibt es keine falschen Antworten!

Die Beantwortung der Fragen wird etwa 10 Minuten in Anspruch nehmen.

### Warum erheben und verarbeiten wir Ihre Daten

Für die Arbeitsfeldbeschreibung der Bachelorarbeit erheben wir mit diesem Fragebogen Ihre Daten und werten diese anonym aus. Dies bedeutet, dass Ihre Antworten nicht auf Ihre Person zurückzuführen sind. Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig und die Bearbeitung kann zu jeder Zeit und ohne die Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Falls Sie nach Abschluss unserer Forschungsarbeit über die Ergebnisse informiert werden möchten, haben Sie am Ende der Umfrage die Möglichkeit zu diesem Zweck eine E-Mailadresse anzugeben. Natürlich wird diese separat von Ihren Antworten gespeichert, sodass Ihre Anonymität gesichert bleibt.

Hiermit bestätige ich, dass ich volljährig bin, die oben genannten Informationen gelesen habe und bereit bin an dieser Studie teilzunehmen.

Wenn Sie mehr Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wünschen, bitte auf [folgenden Link](#) klicken.

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäss den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

[Ich möchte nicht teilnehmen](#) WEITER ZUR UMFRAGE



Bei den ersten beiden Fragen handelt es sich um Filterfragen, um nur die Eltern in die Umfrage mit einzubeziehen, die unsere Einschlusskriterien erfüllen.

**Zuyd Hogeschool** **ZU YD**

Befindet sich Ihr Kind *aktuell* in ergotherapeutischer Behandlung?

Ja  Nein

3% WEITER

Falls die Frage mit „Nein“ beantwortet wird, endet die Umfrage automatisch:

**Zuyd Hogeschool** **ZU YD**

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserer Umfrage teilzunehmen, jedoch erfüllen Sie leider nicht die nötigen Voraussetzungen. Wir danken Ihnen dennoch sehr für Ihre Zeit und Ihr Engagement!

100%

Wird mit „Ja“ geantwortet, folgt die zweite Filterfrage:

**Zuyd Hogeschool** **ZU YD**

Hatte Ihr Kind schon *drei oder mehr* ergotherapeutische Therapieeinheiten?

Ja  Nein

7% WEITER



Auch hier wird die Umfrage automatisch beendet, falls mit „Nein“ geantwortet wird:

**Zuyd Hogeschool** **ZU YD**

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserer Umfrage teilzunehmen, jedoch erfüllen Sie leider nicht die nötigen Voraussetzungen. Wir danken Ihnen dennoch sehr für Ihre Zeit und Ihr Engagement!

100%

Wurden die ersten beiden Filterfragen mit „Ja“ beantwortet, geht es mit folgenden Fragen weiter.

**Zuyd Hogeschool** **ZU YD**

**Inwieweit treffen die folgenden Begriffe für Sie auf Ergotherapie zu?**

Welche Begriffe assoziieren Sie mit Ergotherapie aufgrund Ihrer Erfahrungen?

	Trifft nicht zu	Neutral	Trifft zu
Beschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funktionsverbesserung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebensqualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alltag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7% WEITER



### In welchem Alter hatte Ihr Kind zum ersten Mal Ergotherapie?

Bitte geben Sie das Alter Ihres Kindes in Jahren und Monaten an (z.B. 1 Jahr und 3 Monate).

Jahr(e)  Monate

11% WEITER

### Mit welcher Diagnose kam Ihr Kind zur Ergotherapie?

Bitte geben Sie die Diagnose so genau wie möglich an.

15% WEITER

### Wie lange befindet sich Ihr Kind schon in ergotherapeutischer Behandlung?

- Zwischen 3 -10 Therapieeinheiten  Zwischen 10 - 30 Therapieeinheiten  Mehr als 30 Therapieeinheiten

18% WEITER



**Zuyd Hogeschool** **ZU YD**

Erhält Ihr Kind noch weitere Therapien?

Ja  Nein

22% WEITER

Bei der vorangegangenen Frage handelt es sich erneut um eine Filterfrage. Falls diese mit „Ja“ beantwortet wurde, folgt die nächste Frage:

**Zuyd Hogeschool** **ZU YD**

Welche weiteren Therapien erhält Ihr Kind?

Hier sind mehrere Antworten möglich.

Osteopathie  Heilpädagogische Behandlung  Logopädie  Motopädische Behandlung

Psychologische Behandlung  Physiotherapie  Sonstiges:

26% WEITER

Andernfalls (bei Auswahl: Antwort „Nein“) wird der Teilnehmer sofort zur nächsten Frage weitergeleitet.

**Zuyd Hogeschool** **ZU YD**

Wer sprach eine Empfehlung für die Ergotherapie aus?

Kinderarzt  Kindergarten/Kinderkrippe  Eigene Entscheidung  Andere Eltern

Sonstiges:

30% WEITER



### Warum wurde Ihnen Ergotherapie empfohlen?

- Auffälligkeiten beim Schreiverhalten  Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme  Nicht angepasste Entwicklung
- Schwierigkeiten beim Schlafverhalten  Sonstiges:

33%

WEITER

### Wie haben Sie Ihre/n Ergotherapeut/in ausgewählt?

- Nach Empfehlung  Nach Qualifikation  Zeitnahe Termin  Wohnortnah  Es stand nur eine/r zur Auswahl
- Sonstiges:

37%

WEITER



### Welche Erwartungen hatten Sie an die Therapie?

Hier sind mehrere Antworten möglich.

- Dass die/der Ergotherapeut/In meinen Leidensdruck lindert.
- Dass ich die Schwierigkeiten meines Kindes besser verstehe.
- Dass die/der Ergotherapeut/In mein Kind behandelt, sodass es weniger Probleme hat.
- Dass mir gezeigt wird, wie ich mein Kind besser unterstützen kann.
- Sonstiges:

41% WEITER

### War während der Behandlung mindestens ein Elternteil anwesend?

- Nie
- Selten
- Häufig
- Immer

44% WEITER

Bei dieser Filterfrage wird er Teilnehmer bei der Auswahl der Antwortmöglichkeiten „Häufig“ oder „Immer“ zu folgender Frage weitergeleitet:



**Zuyd Hogeschool** **ZU YD**

Wie haben Sie Ihre Anwesenheit empfunden?

Stressig  Hilfreich  Frustrierend  Interessant  Aufwühlend  Sonstiges:

Während der Therapie...

...habe ich hauptsächlich dem/der Therapeut/in dabei zugeschaut, wie Sie mein Kind behandelt hat.

...hat mich der/die Therapeut/in angeleitet, wie ich mit meinem Kind anders umgehen kann.  Sonstiges:

48% WEITER

Ohne den Filter bzw. danach folgt diese Frage:

**Zuyd Hogeschool** **ZU YD**

Die Ziele in der Therapie...

...wurden mir von dem/r Ergotherapeut/in mitgeteilt.  ...habe ich gemeinsam mit dem/r Therapeut/in entwickelt.

...waren für mich nicht ersichtlich.

52% WEITER



War Ihnen zu jedem Zeitpunkt der Verlauf und die Ziele der Therapie klar?

Ja  Nein

55%

WEITER

Wurde während des Therapieverlaufs flexibel und empathisch auf Sie eingegangen?

Ja, ich konnte meine Anliegen jederzeit äußern und diese wurden in der Therapie berücksichtigt.

Nein, auf mich und meine Anliegen wurde nicht ausreichend eingegangen.

59%

WEITER

Haben Sie im Verlauf der Therapie (in der Therapie/Zuhause/in der Krippe etc.) Erfolge beobachtet, die Sie auf die Ergotherapie zurückführen können?

Ja  Nein

63%

WEITER

Wurde bei dieser Filterfrage mit „Ja“ geantwortet, folgt diese Frage:



Welche Erfolge konnten Sie auf die Ergotherapie zurückführen?

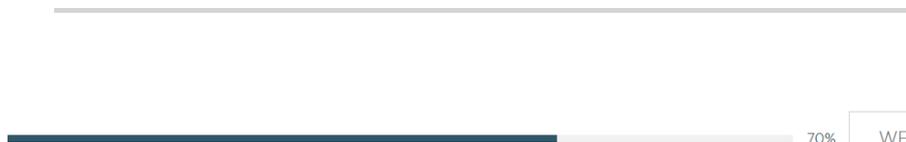
Bitte erläutern Sie kurz.

Danach geht es mit dieser Frage weiter:

Wie zufrieden sind Sie mit der Therapie

1 = sehr unzufrieden 10 = sehr zufrieden

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



70%

WEITER

Was hat sich Ihrer Meinung nach am meisten durch die Therapie verändert?



74%

WEITER



Wie hoch war der Leidensdruck *vor* der Ergotherapie für Sie?

1 = sehr niedrig 10 = sehr hoch



78%

WEITER

Wie schätzen Sie Ihren Leidensdruck *jetzt* ein?

1 = sehr niedrig 10 = sehr hoch



81%

WEITER

Würden Sie Ergotherapie weiterempfehlen?

Ja  Nein

85%

WEITER



Möchten Sie Ihre E-Mailadresse angeben, um über die Ergebnisse dieser Umfrage informiert zu werden?

Ja  Nein

89%

WEITER

Auf diese Filterfrage folgt das Eingabefeld, falls die E-Mailadresse angegeben werden möchte.

Bitte geben Sie hier Ihre E-Mailadresse ein.

Mit der Angabe Ihrer E-Mailadresse sind die zuvor eingegebenen Daten nicht mehr anonym.

93%

WEITER

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Umfrage!

100%

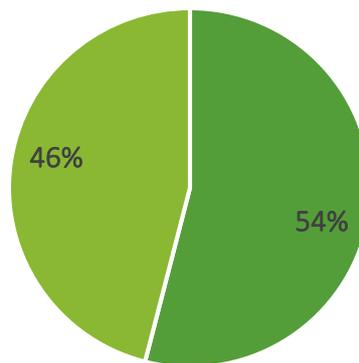


## Anlage 16: Diagramme Online-Fragebogen

### Ausschlussfrage 1

Befindet sich Ihr Kind aktuell in ergotherapeutischer Behandlung? (n=39)

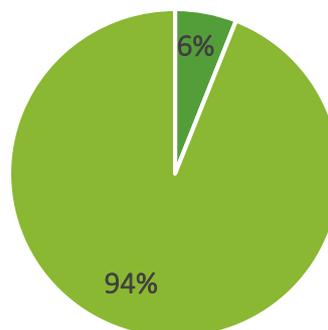
■ Nein ■ Ja



### Ausschlussfrage 2

Hatte Ihr Kind schon drei oder mehr ergotherapeutische Therapieeinheiten? (n=18)

■ Nein ■ Ja

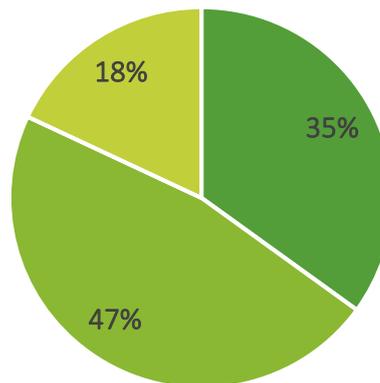




Frage 4

Wie lange befindet sich Ihr Kind schon in ergotherapeutischer  
Behandlung? (n=17)

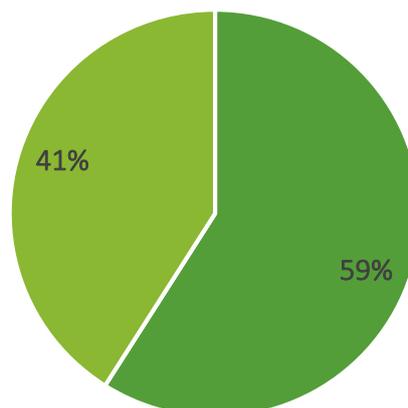
- Zwischen 3 -10 Therapieeinheiten
- Zwischen 10 - 30 Therapieeinheiten
- Mehr als 30 Therapieeinheiten



Frage 5 a

Erhält Ihr Kind noch weitere Therapien? (n=17)

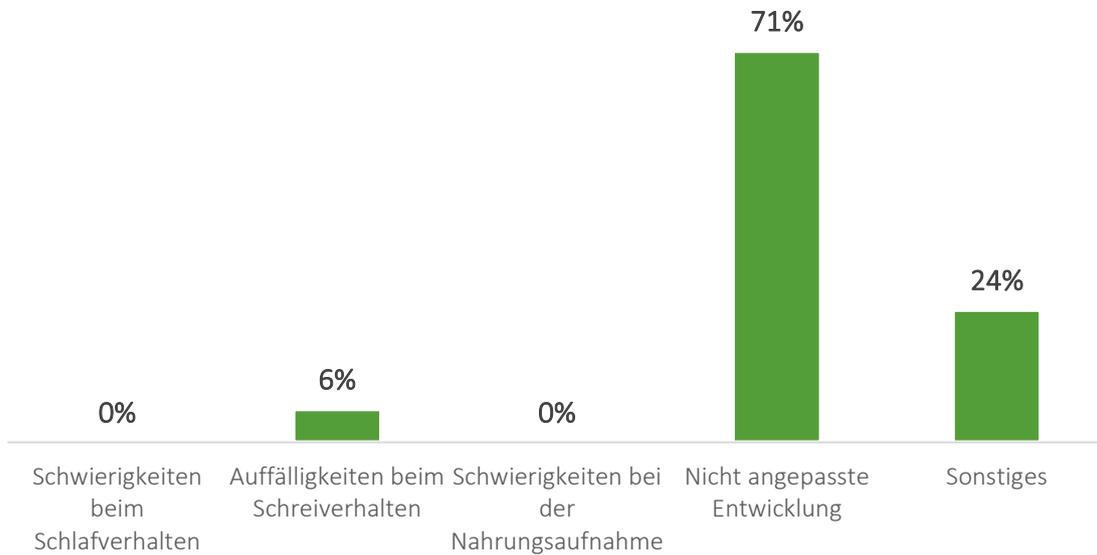
- Ja
- Nein





### Frage 7

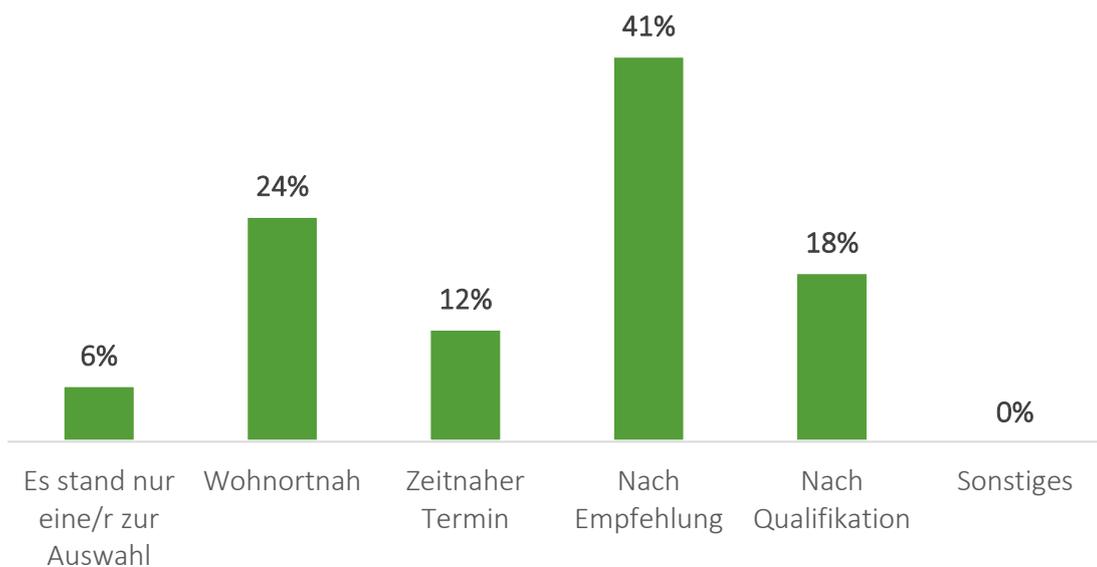
#### Warum wurde Ihnen Ergotherapie empfohlen? (n=17)



Sonstiges: Probleme beim Bewegen; Der Kopf wurde nur in eine Richtung gedreht; Störungen im Bewegungsablauf, selbstverletzendes Verhalten, Probleme Körperwahrnehmung und Gleichgewichtssinn; Unruhe, Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Grenzen

### Frage 8

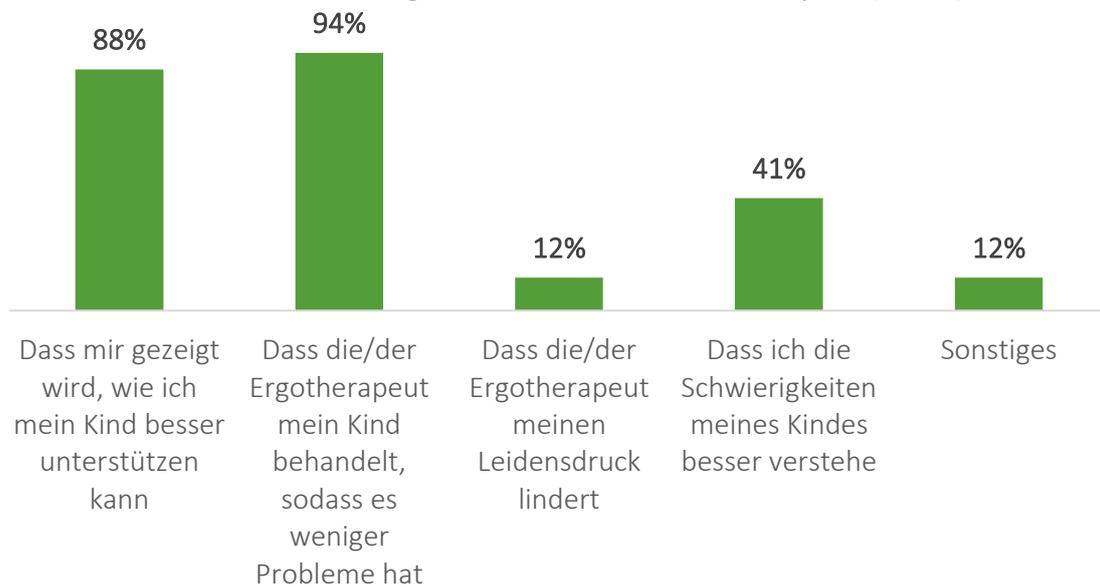
#### Wie haben Sie ihre(n) Ergotherapeut/in ausgewählt? (n=17)





Frage 9

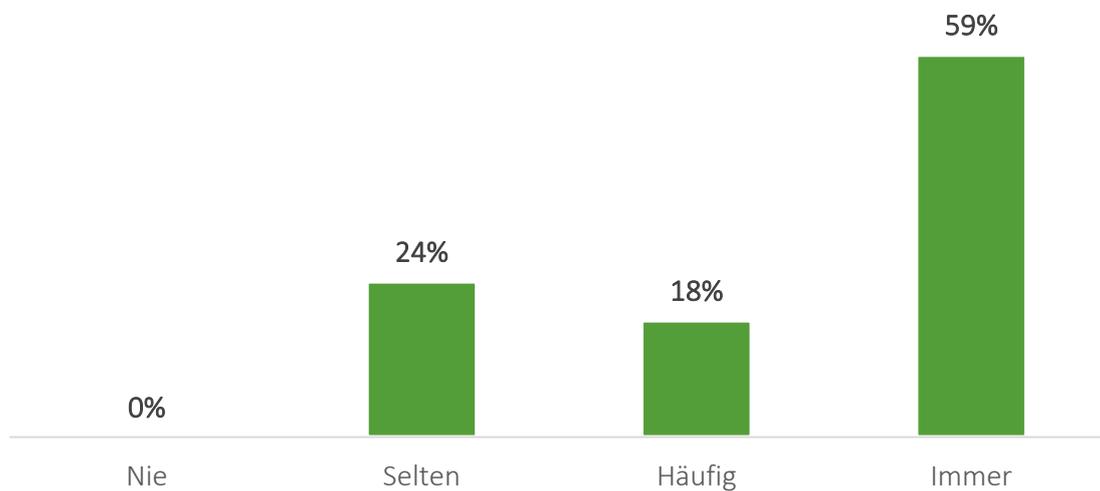
Welche Erwartungen hatten Sie an die Therapie? (n=17)



Sonstiges: Das mir gezeigt/ beraten wird wie ich besser mit meinem Kind umgehen kann

Frage 10 a

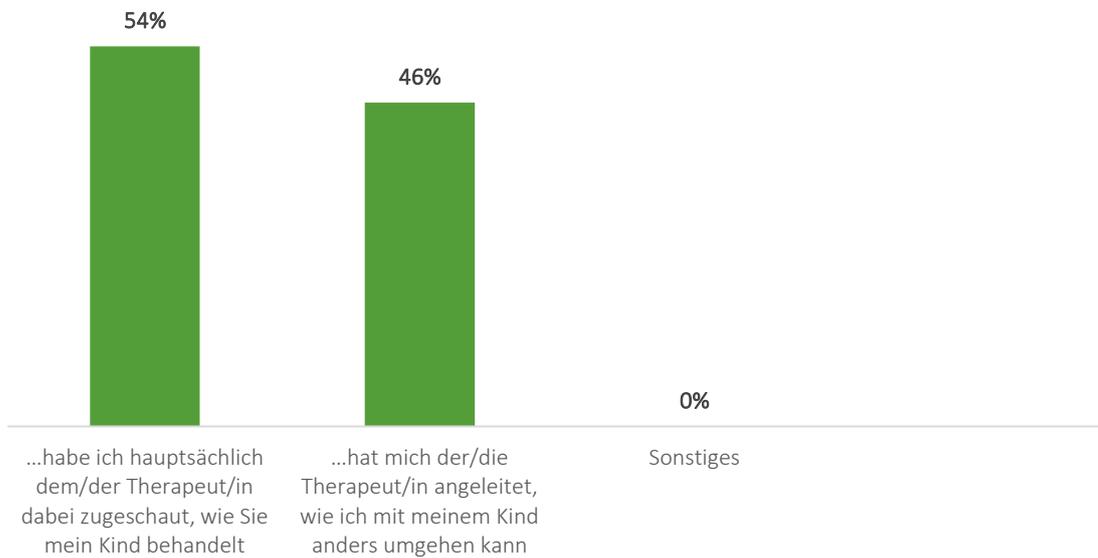
War während der Behandlung mindestens ein Elternteil anwesend? (n=17)





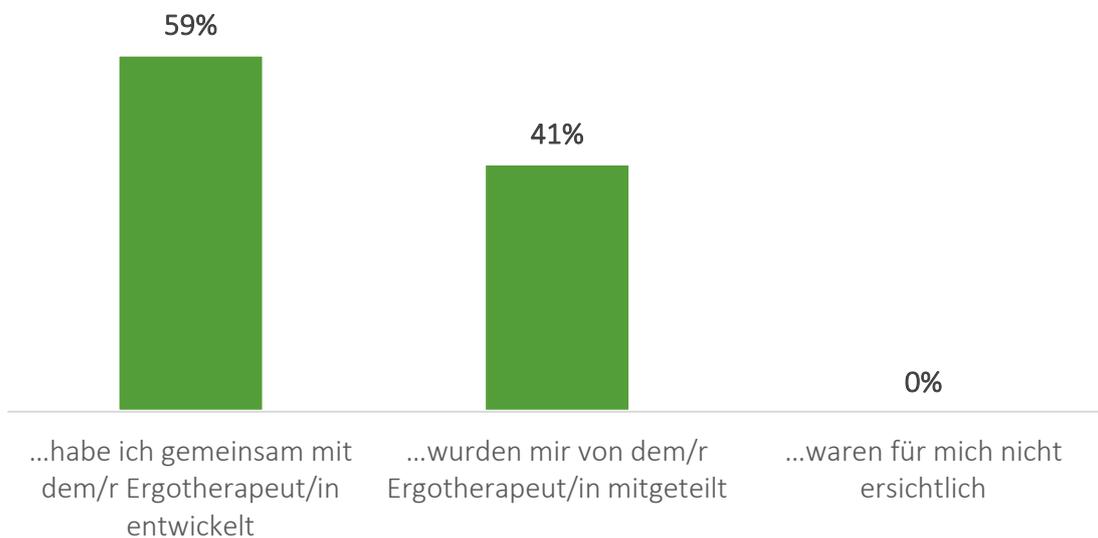
Frage 10 c

Während der Therapie... (n=13)



Frage 11

Die Ziele in der Therapie... (n=17)

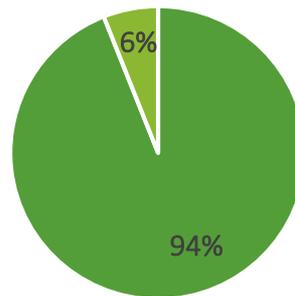




Frage 13

Wurde während des Therapieverlaufs flexibel und empathisch auf Sie eingegangen? (n=17)

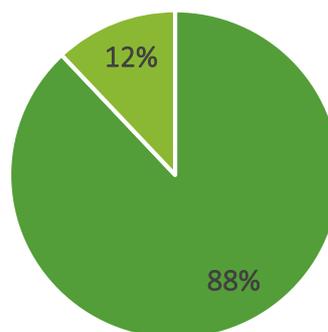
- Ja, ich konnte meine Anliegen jederzeit äußern und diese wurden in der Therapie berücksichtigt
- Nein, auf mich und meine Anliegen wurde nicht ausreichend eingegangen



Frage 14 a

Haben Sie im Verlauf der Therapie (in der Therapie/Zuhause/in der Krippe etc.) Erfolge beobachtet, die Sie auf die Ergotherapie zurückführen können? (n=17)

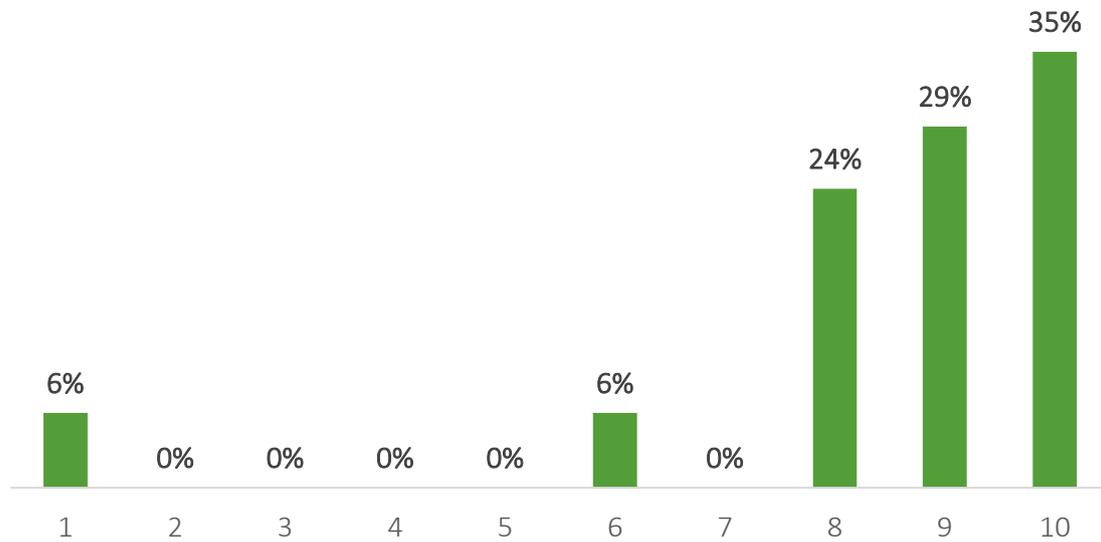
■ Ja ■ Nein





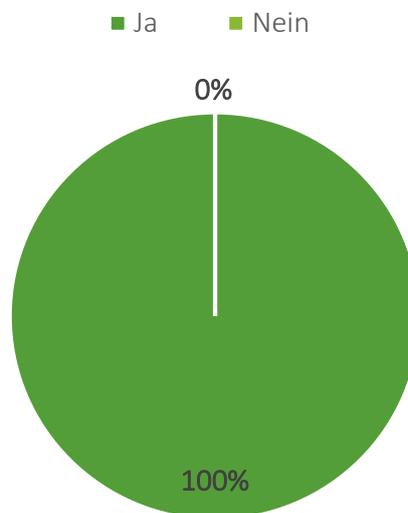
Frage 15

Wie zufrieden sind Sie mit der Therapie? (n=17)



Frage 19

Würden Sie Ergotherapie weiterempfehlen? (n=17)





## Anlage 17: Ehrenwörtliche Erklärung

### Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern wir, Alisa Altgeld, Pia-Regine Doll, Marie Kathleen Simon und Maren Wobser, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt haben.

Insbesondere versichern wir, dass wir alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht haben. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, den 06.09.18  
Datum

Alisa Altgeld  
Alisa Altgeld

Heerlen, den 06.09.18  
Datum

Pia-Regine Doll  
Pia-Regine Doll

Heerlen, den 06.09.18  
Datum

Marie Kathleen Simon  
Marie Kathleen Simon

Heerlen, den 06.09.18  
Datum

Maren Wobser  
Maren Wobser