

NOVEMBER 2021

**WIE ERGOTHERAPEUT:INNEN
KINDER BEI DER DURCHFÜHRUNG
DES COPM UNTERSTÜTZEN**

EINE QUALITATIVE STUDIE

ANNE ADAM
STUDIERENDENNUMMER: 1965190

ANNE BULLMANN
STUDIERENDENNUMMER: 1965506

EINE BACHELORARBEIT DER ACADEMIE VOOR ERGOTHERAPIE

BACHELORSTUDIENGANG ERGOTHERAPIE
DER ZUYD HOGESCHOOL

BEGLEITENDE DOZENTIN: HELEN STREBEL

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Corona Passus	V
Danksagung	VI
Lesehinweise	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Abstracts	IX
Zusammenfassung (DE)	IX
Abstract (ENG)	IX
Samenvatting (NL)	X
Informative Zusammenfassung	XI
I Einleitung	1
1 Ergotherapeutische Relevanz	1
2 Motivation	1
3 Ziel der Studie und zentrale Fragestellung	2
4 Aufbau der Forschungsarbeit	2
5 Literaturrecherche	3
II Theoretischer Hintergrund	4
6 Terminologische Grundlagen	4
6.1 Das Kanadische Modell-Triplett	4
6.1.1 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)	4
6.1.2 The Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE)	6
6.1.3 Canadian Practice Process Framework (CPPF)	6
7. COPM als Assessment im pädiatrischen Kontext	7
7.1 COPM – mit internationaler Perspektive	7
7.2 COPM und CPPF	8
8 Beleuchtung des Forschungsgegenstandes	9
8.1 Haltung des/der Ergotherapeut:in	10
8.1.1 Kindzentrierung	10
8.2 Kommunikation	11
8.2.1 Verbale Kommunikation	12
8.2.2 Nonverbale Kommunikation	15

8.2.3 Am Verhalten des Kindes angepasste Kommunikation	15
8.2.4 Gestaltung der Atmosphäre durch den/die Ergotherapeut:in	15
8.3 Setting.....	16
8.4 Material	17
8.4.1 Die Nutzung von Materialien im Kontext des COPM mit Kindern	18
9. Beschreibung des hypothetischen Modells.....	19
III Methode	21
10 Studiendesign.....	21
10.1 Gütekriterien qualitativer Inhaltsanalyse	22
11 Stichprobenziehung	23
11.1 Expertise.....	23
11.2 Akquise.....	24
12 Forschungsvorgehen	25
12.1 Zeitlicher Ablauf	25
12.2 Vorbereitung der Datenerhebung	25
12.3 Beschreibung der Stichprobe	26
12.4 Leitfadenentwicklung.....	26
12.5 Durchführung der Datenerhebung.....	27
12.6 Forschungsethische Aspekte	28
13 Vorgehen der Datenanalyse	29
13.1 Vorbereitung der Extraktion.....	29
13.2 Extraktion.....	30
13.3 Aufbereitung und Auswertung der Daten	31
IV Resultate	34
14. Allgemeine unterstützende Maßnahmen durch den/die Ergotherapeut:in.....	34
14.1 Haltung.....	34
14.2 Kommunikation.....	35
15 Gestaltung eines unterstützenden Settings.....	36
16 Spezifische unterstützende Maßnahmen bei der Durchführung des COPM	38
16.1 Erhebung der Betätigungsbedürfnisse.....	38
16.1.1 Interviewstruktur nach dem Tagesablauf	38
16.1.2 Interviewstruktur nach Stapelbildung.....	39
16.2 Skalierung der Betätigungsbedürfnisse	41
16.2.1 Die Nutzung von externem Material bei der Skalierung	41

16.2.2 Wichtigkeitsskalierung	42
16.2.3 Priorisierung	43
16.2.4 Skalierung der Ausführung.....	43
16.2.5 Zufriedenheitsskalierung	44
16.3 Outcome Messung.....	44
V Diskussion	46
17. Unterstützung von Kindern bei der Durchführung des COPM	46
17.1 Anpassung des hypothetischen Modells	46
17.2 Beantwortung von Leitfrage 1.....	47
17.3 Beantwortung von Leitfrage 2.....	48
17.4 Beantwortung von Leitfrage 3.....	51
17.5 Beantwortung der Forschungsfrage	54
18 Reflexion der Studie	55
VI Schlussfolgerung	57
Glossar	58
Literaturverzeichnis	61
Anhangsverzeichnis.....	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013)	5
Abbildung 3: CMCE (Townsend & Polatajko, 2013)	6
Abbildung 4: CPPF (Townsend & Polatajko, 2013)	6
Abbildung 5: Hypothetisches Modell Version 1	19
Abbildung 6: Zeitlicher Ablauf	25
Abbildung 7: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse (Gläser & Laudel, 2010).....	29
Abbildung 8: Auswertungsstrategie für die vergleichende Analyse vieler Fälle nach Gläser und Laudel (2010)	33
Abbildung 9: Hypothetisches Modell Version 2	46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einschlusskriterien	23
Tabelle 2: Cluster potenzieller Teilnehmer:innen	24
Tabelle 3: Auswertung - Cluster und Auswahl der potenziellen Teilnehmenden.....	24
Tabelle 4: Sampling.....	26
Tabelle 5: Entwicklung zur Vorbereitung der Extraktion	30
Tabelle 6: exemplarische Darstellung der Codierung von Kausalketten	31
Tabelle 7: exemplarische Darstellung Aufbereitung/Auswertung	32

Corona Passus

Die seit Beginn 2020 durch den COVID-19 Virus verursachte pandemische Lage hat auch 2021 Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht oder nur eingeschränkt möglich. Es erforderte den jeweils aktuellen Vorgaben entsprechenden Umgang in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren und Umsetzung. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung zur notwendigen Norm (anstatt face-to-face Kontakt), weil der direkte Kontakt mit Klient:innen und Professionals nicht möglich war. Des Weiteren war der Zugang zu den Bibliotheken überwiegend nur online möglich. Alle methodischen Vorgehensweisen sind mit der Begleiterin der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggeber:innen abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Danksagung

Zunächst möchten wir den Studienteilnehmer:innen für ihre Zeit, ihr Engagement und dafür danken, dass sie ihre Expertise im Rahmen der Interviews mit uns geteilt haben. Darüber hinaus möchten wir auch dem/der Pilot:in für die konstruktive Kritik danken.

Unser besonderer Dank geht vor allem an unsere begleitende Dozentin Helen Strebel. Sie stand uns stets mit Rat und Tat zur Seite und hatte für alle Fragen ein offenes Ohr. Wir haben besonders ihre wertschätzende Art des Feedbacks geschätzt.

Wir danken außerdem allen, die unsere Akquise durch das Weiterleiten des Flyers zur Teilnahme an der Studie unterstützt haben.

Außerordentlicher Dank gilt auch den Korrekturleser:innen für die investierte Zeit und das wertvolle Feedback.

Abschließend möchten wir unseren Familien und Freunden danken, die uns während der Erstellung der Bachelorarbeit unterstützt und motiviert haben.

Lesehinweise

- Die Umsetzung der geschlechtergerechten Sprache erfolgt bevorzugt durch geschlechtsneutrale Personenbezeichnungen wie beispielsweise „Teilnehmende“ statt „Teilnehmer:innen“ sowie durch die Anwendung von Schrägstrichen und Doppelpunkten (z.B. ein/eine Ergotherapeut:in) und bezieht alle Geschlechter (w/m/d) mit ein.
- Die Umsetzung der Zitation und des Literaturverzeichnisses erfolgt nach den APA7-Richtlinien (American Psychological Association, 2019).
- Zur Anonymisierung der Teilnehmenden werden diese von eins bis fünf durchnummeriert (z.B. TN1) und werden geschlechtsneutral benannt.
- Zitate aus Expert:inneninterviews werden mit doppelten Anführungszeichen markiert. Indirekte Rede innerhalb eines Zitates wird mit einem einfachen Anführungszeichen kenntlich gemacht.
- Zitate mit mehr als 40 Wörtern werden eingerückt und ohne doppelte Anführungszeichen wiedergegeben.
- Quellenangaben der Zitate aus Expert:inneninterviews werden wie folgt gekennzeichnet: Interview TN1, Absatz 50 wird als TN1:50 benannt
- Werden die Inhalte von Aussagen von mehr als zwei Teilnehmenden paraphrasiert, so wird beispielhaft auf ein Zitat verwiesen: (vgl. z.B. TN1:50)
- Bezieht sich eine Paraphrase ausschließlich auf die Aussage von einem oder zwei Teilnehmenden so wird die Quelle folgendermaßen angegeben: (TN1:50) oder (TN1:50; TN2:51)
- Eine Auslassung in Zitaten von weniger als einem Satz wird mit drei Punkten gekennzeichnet. Werden ein oder mehr Sätze ausgelassen, so wird dies mit vier Punkten gekennzeichnet.
- Kursiv dargestellt werden Begrifflichkeiten, die hervorgehoben werden sollen sowie Eigennamen oder genannte Buchtitel
- Autoren von Assessments, Konzepten und Modellen werden nur bei Erstnennung durch einen Kurzbeleg kenntlich gemacht.
- Paraphrasen und Inhalte, welche innerhalb eines Satzes dargestellt werden, werden durch einen Kurzbeleg vor dem Punkt gekennzeichnet.
- Inhalte von einer oder mehrerer Quellen, welche über mehrere Sätze hinweg dargelegt werden, werden am Ende des Absatzes durch Kurzbelegen nach dem Punkt zitiert.
- Abbildungen und Tabellen von anderen Autoren, werden entsprechend zitiert und im Abbildungs- bzw. Tabellenverzeichnis aufgelistet. Abbildungen oder Tabellen, die mit keiner Quelle belegt sind, wurden von den Forscherinnen im Rahmen der Bachelorarbeit erstellt.
- Querverweise dienen dazu, Zusammenhänge nachzuvollziehen und werden wie folgt gekennzeichnet:
 - (vgl. Zahlenkombination) = Verweis auf ein Kapitel
 - (vgl. Abb. Zahl) = Verweis auf eine Abbildung
 - (vgl. Tab. Zahl) = Verweis auf eine Tabelle
 - (vgl. Anhang Zahl) = Verweis auf einen Anhang

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Auseinanders.	Auseinandersetzung
Bzw.	Beziehungsweise
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COPM ^{a-kids}	Canadian Occupational Performance Measure a-kids
COSA	Child Occupational Self Assessment
CPPF	Canadian Practice Process Framework
Hrsg.	Herausgeber
Int.	Intensive
NLP	Neurolinguistisches Programmieren
Nr.	Nummer
OT	Occupational Therapy
Outcomeph.	Outcomephase
S.	Seite
SI	Sensorische Integrationstherapie
Tab.	Tabelle
TN	Teilnehmende Person
Vgl.	Vergleiche
z.B.	Zum Beispiel

Abstracts

Zusammenfassung (DE)

Einleitung

Kinder benötigen spezifische Unterstützung während der Durchführung des Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Diese Studie untersucht, wie Ergotherapeut:innen Kinder während der Durchführung des COPM durch Kommunikation, die Nutzung von Materialien sowie der Gestaltung des Settings unterstützen.

Methode

In einem qualitativen Studiendesign fanden fünf semistrukturierte Expert:inneninterviews mit Ergotherapeut:innen statt. Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte nach Gläser und Laudel (2010).

Resultate

Die kindzentrierte Haltung ist von zentraler Bedeutung bei der Unterstützung der Kinder, da diese starken Einfluss auf die Kommunikation, die Gestaltung des Settings und die Auswahl des Materials sowie deren Nutzung hat. Teilnehmende nutzen Material zur Veranschaulichung von Erhebung und Skalierung der Betätigungsbedürfnisse und begleiten diese mit kindgerechter Kommunikation. Die Gestaltung des Settings dient der Fokussierung und dem Wohlbefinden des Kindes.

Schlussfolgerung

Die Durchführung fordert eine intensive Auseinandersetzung der Ergotherapeut:innen mit einer kindzentrierten Haltung. Weitere Forschung ist notwendig, um zu untersuchen, wie unterstützendes Material zur Unterstützung bei der Durchführung aussehen sollte.

Abstract (ENG)

Purpose

Children need specific support during the application of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). This study investigates how occupational therapists support children during the COPM through communication, the use of materials and the design of the setting.

Method

Five semi-structured interviews were conducted with occupational therapists. Qualitative content analysis was performed according to Gläser and Laudel (2010).

Results

The child-centered attitude is of central importance in supporting children, as it has a strong influence on communication, the design of the setting and the selection of materials as well as their use. Participants use material to illustrate elicitation and scaling of problems and accompany them with child-appropriate communication. The design of the setting serves the child's focus and well-being.

Conclusion

The application requires the occupational therapist to intensively reflect on a child-centered attitude. Further research is needed to investigate what exactly supportive material should look like to support the application.

Samenvatting (NL)

Doel

Kinderen hebben ondersteuning nodig tijdens de toepassing van de Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Deze studie onderzoekt hoe ergotherapeuten kinderen kunnen ondersteunen tijdens de COPM door middel van communicatie, materialen en het ontwerp van de setting.

Methode

Vijf semi-gestructureerde interviews werden afgenomen met ergotherapeuten. Kwalitatieve inhoudsanalyse werd uitgevoerd volgens Gläser en Laudel (2010).

Resultaten

De kindgerichte houding is van centraal belang omdat het een sterke invloed heeft op de communicatie, het ontwerp van de setting, de selectie van materialen evenals het gebruik hiervan. Deelnemers gebruiken materiaal om problemen te ontlokken en te schalen en begeleiden dit met kind-adequate communicatie. Het ontwerp van de setting dient de focus en het welzijn van het kind.

Conclusie

De toepassing vraagt een intensieve studie naar een kindgerichte attitude van de ergotherapeut. Verder onderzoek is nodig om na te gaan hoe ondersteunend materiaal er precies uit moet zien om de toepassing te ondersteunen.

Informative Zusammenfassung

Die Erhebung und Skalierung von Betätigungsbedürfnissen bei der Durchführung des *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM; Law et al., 2017) stellt eine hohe Anforderung an Kinder und bedarf somit besonderer Unterstützung. Mit dem *COPM^{a-kids}* (Gede et al., 2014; heute *COPM mit Kindern*) wurde erstmalig eine deutschsprachige, an die besonderen Bedürfnisse von Kindern angepasste Ausgabe des COPM (Law et al., 2017) veröffentlicht.

Doch wie unterstützen Ergotherapeut:innen Kinder bei der Durchführung des COPM? Diese Frage soll den Forschungsgegenstand der vorliegenden Studie darstellen, um abschließend Handlungsempfehlungen für die bevorstehende Neuveröffentlichung des Handbuchs generieren zu können. Hierbei ist die Kommunikation, der Einsatz von Material sowie die Gestaltung des Settings von besonderem Interesse. Die Ergebnisse der Literaturrecherche beleuchten diese Aspekte im theoretischen Hintergrund. Das kanadische Modell-Triplett (Townsend & Polatajko, 2013) dient bei der Betrachtung des Forschungsgegenstandes als theoretischer Unterbau.

Im Rahmen eines qualitativen Studiendesigns fanden fünf semistrukturierte Interviews mit Expert:innen statt. Diese konnten aufgrund der COVID-19 Pandemie nicht persönlich stattfinden und wurden über die Plattform Microsoft Teams in einem Videocall mit beiden Forscherinnen durchgeführt. Die Interviews wurden durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) ausgewertet.

Die Resultate zur Gestaltung des Settings zeigen die Bedeutung einer reizarmen Umgebung sowie einer Ausrichtung der Sitzplätze auf Augenhöhe, auf. Die Entscheidung, bezüglich der Anwesenheit von Bezugspersonen während der Erhebung, wird entsprechend kindlicher Bedürfnisse gefällt. Eingesetzte Pausen und Unterbrechungen zielen auf die Erholung des Kindes ab und begünstigen eine erfolgreiche Durchführung des Interviews.

Bezüglich des Materials, welches Expert:innen verwenden, liegt der Fokus auf Visualisierungsmöglichkeiten. Fotokarten mit abgebildeten Betätigungen unterstützen Kinder dabei, über Betätigungen ins Gespräch zu kommen. Sie erleichtern die Selektion von Betätigungsbedürfnissen durch die Zuordnung zu verschiedenen Stapeln. Symbole erleichtern die Stapelbildung ebenso wie die Durchführung der Skalierung der Betätigungsbedürfnisse. Die Vereinfachung der Skalierung erfolgt zudem durch die Anpassung der Skalen selbst.

Ein zentrales Ergebnis der Forschungsarbeit stellt das Maß der angepassten Kommunikation dar. Hierbei wird deutlich, dass die Kommunikation durch die Haltung des/der Therapeut:in geprägt wird. Die Kommunikation dient dazu, Inhalte des COPM zu verdeutlichen und das Wohlbefinden und die Motivation des Kindes zu stärken.

Da die Haltung maßgeblich auf die unterstützenden Aspekte einwirkt, ist das deutliche Benennen der Kindzentrierung in der Neuauflage des Handbuchs empfohlen, ebenso wie die ausschließliche Abbildung von Handlungsempfehlungen zur Durchführung des COPM, welche mit einer kindzentrierten Haltung einhergehen. Darüber hinaus ist das Anpassen der Kommunikation, Setting und Material an die sensibel erfassten kindlichen Bedürfnisse bedeutend für eine erfolgreiche Durchführung des COPM. Ein Forschungsbedarf wird betreffend der inhaltlichen sowie visuellen Gestaltung von Fotokarten festgestellt.

I Einleitung

1 Ergotherapeutische Relevanz

Mit dem Handbuch *Kinder zu Wort kommen lassen* (Gede et al., 2014) wurde 2007 in Deutschland erstmalig eine kindgerechte Fassung des COPM (Law et al., 2017) sowie entsprechende Hilfestellungen für die Handhabung entwickelt. Der Einsatz des COPM fördert qualitativ hochwertige, klientenzentrierte und betätigungsorientierte Praxis (Law et al., 2017). Um die Klientenzentrierung sicherzustellen, die Betätigungsbedürfnisse des Kindes zu erheben sowie Wichtigkeit, Performanz, Zufriedenheit zu skalieren, sind Kommunikation, die Gestaltung des Settings und der Einsatz von Material seitens des/der Ergotherapeut:in bei der Durchführung des COPM von großer Bedeutung.

Ein Interview stellt eine hohe Anforderung an Kinder im Alter zwischen sechs und zehn Jahren dar (Delfos, 2015; Gede et al., 2014; Trautmann, 2010). Die Notwendigkeit einer angepassten Interviewführung ergibt sich zudem daraus, dass sowohl der Spracherwerb als auch die Sprachverständnisentwicklung im Grundschulalter noch nicht abgeschlossen sind (Hachul & Schönauer-Schneider, 2012; Siegmüller et al., 2006). Damit erfordert die Durchführung des COPM eine kindgerechte Unterstützung bei der Durchführung des Assessments durch den/die Therapeut:in (Gede, 2016).

Bei der Erarbeitung des ehemaligen COPMa-kids¹ (Gede et al., 2014) wurde bereits ein kindgerechter Interviewleitfaden als Adaption des COPM (Law et al., 2017) entwickelt. Dieser soll erleichtern mit Kindern "...strukturiert über alltägliche Betätigungen, deren Wichtigkeit und das Ausmaß ihrer zufriedenstellenden Performanz ins Gespräch zu kommen" (Gede et al., 2014, S.35). Dieser unterstützt Ergotherapeut:innen bei der Durchführung, geht auf die speziellen Bedürfnisse von Kindern in diesem Alter ein und sieht ebenso den Einsatz von Erhebungskärtchen zur Visualisierung vor.

Eine Co-Autorin der deutschen adaptierten Version des COPM für Kinder ermutigt Ergotherapeut:innen, das *COPM mit Kindern* weiter und stets individuell für das Kind zu adaptieren (Strebel, 2016).

2 Motivation

Das COPM ist ein Assessment, das einen wesentlichen Beitrag zur Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung in der täglichen Arbeit der Forscherinnen leistet. Bei der Anwendung des Assessments haben die Forscherinnen häufig herausfordernde Situationen erlebt und sind diesen mit eigenen Anpassungen bezüglich Kommunikation, Material oder Setting begegnet. Nach einer ersten Literaturrecherche wird deutlich, dass im deutschsprachigen Raum keine Studien zu Verfügung stehen, welche die von Ergotherapeut:innen vorgenommenen Anpassungen des *COPM mit Kindern* untersuchen. Zudem ist eine Überarbeitung des Assessments geplant, in welcher Unterstützungsmöglichkeiten seitens des/der Ergotherapeut:in aufgenommen werden sollen.

¹ *COPMa-kids* wird im Folgenden aus urheberrechtlichen Gründen als *COPM mit Kindern* bezeichnet.

So ist die Motivation hoch, herauszufinden, wie Ergotherapeut:innen Kinder bei der Durchführung des COPM unterstützen, um somit ein Beitrag für zukünftige Anpassungen des Assessments leisten zu können.

3 Ziel der Studie und zentrale Fragestellung

Das zentrale Interesse dieser Forschungsarbeit liegt auf jenen Aspekten, die seitens des/der Ergotherapeut:in an das Kind herangetragen werden, um dieses bei der Durchführung des COPM optimal zu unterstützen. Konkrete Betrachtung finden in diesem Kontext Kommunikation seitens des/der Ergotherapeut:in, die Gestaltung des Settings sowie die Nutzung von Materialien.

Die Forschungsfrage lautet entsprechend:

Wie unterstützen erfahrene Ergotherapeut:innen Kinder zwischen sechs und zehn Jahren in der Durchführung des *COPM mit Kindern* bestmöglich bei der Erhebung von Betätigungsbedürfnissen sowie deren Skalierung hinsichtlich Wichtigkeit, Performanz und Zufriedenheit in der Evaluationsphase, sowie der erneuten Skalierung in der Outcomephase?

Um eine differenzierte Beantwortung der Forschungsfrage zu ermöglichen, wurden die folgenden drei Leitfragen aufgestellt:

1. Wie gestalten erfahrene Ergotherapeut:innen das Setting bei der Durchführung des *COPM mit Kindern*?
2. Wie gestalten erfahrene Ergotherapeut:innen die Kommunikation mit Kindern bei der Durchführung des *COPM mit Kindern*?
3. Wie nutzen erfahrene Ergotherapeut:innen Material, um Kinder bei der Erhebung und Skalierung der Betätigungsbedürfnisse zu unterstützen?

Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, aus den Resultaten Handlungsempfehlungen für die Interviewgestaltung bei der Durchführung des *COPM mit Kindern* abzuleiten. Diese Handlungsempfehlungen sollen für die Neuauflage des Handbuchs zur Anwendung des *COPM mit Kindern* nutzbar sein.

4 Aufbau der Forschungsarbeit

Die vorliegende Forschungsarbeit ist in sechs Kapitel aufgeteilt, welche zur besseren Übersicht mit römischen Zahlen gekennzeichnet sind. Unterkapitel werden fortlaufend mit arabischen Zahlen nummeriert und besitzen bis zu drei Ebenen.

Nach der Einleitung (Kapitel I) findet im theoretischen Hintergrund (Kapitel II) die Beleuchtung des Forschungsgegenstandes auf Grundlage der durchgeführten Literaturrecherche statt. Dieses Kapitel schließt mit einer Darstellung des hypothetischen Modells nach Gläser und Laudel (2010) ab, welches auf den gesammelten theoretischen Vorüberlegungen zum Forschungsgegenstand basiert (Gläser & Laudel, 2010). In der Methodik (Kapitel III) beschreiben die Forscherinnen sowohl das Vorgehen entsprechend der qualitativen

Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) als auch die konkrete Umsetzung. Deren Ergebnis wird anschließend im Kapitel Resultate (Kapitel IV) dargestellt. Die Diskussion (Kapitel V) beinhaltet die Beantwortung der Leitfragen sowie der Forschungsfrage. Zudem sind in diesem Kapitel die Reflexion Stärken und Limitationen der Studie nachzulesen. Die Schlussfolgerung (Kapitel VI) schließt die Forschungsarbeit mit der Aussprache von Handlungsempfehlungen für die Durchführung des COPM ab.

5 Literaturrecherche

Um den Gegenstandsbereich zu durchleuchten und zu erfassen, bezog sich die Literaturrecherche zunächst auf die Durchführung des COPM, sowohl international als auch national. Zudem fanden Besonderheiten in der Kommunikation und Interviewführung mit Kindern, der Einsatz von Material sowie die unterstützende Gestaltung des Settings Betrachtung. Ebenso fand eine Recherche darüber statt, welche Besonderheiten sich in der Gestaltung der Durchführung des COPM aufgrund der Entwicklung (kognitiv, sprachlich, emotional) von Kindern ergeben.

Die Suche fand mithilfe von englischen und deutschen Suchbegriffen statt (vgl. Anhang 1)

Hierzu wurden die folgenden Datenbanken verwendet: Discovery Service for Zuyd Hogeschool, Google scholar, springer Link und OTSeeker.

Bei der Recherche fand eine Suche nach dem Schneeballsystem statt.

Es gibt zum aktuellen Zeitpunkt keine deutsch- oder englischsprachige Studie darüber, welche Aspekte von Ergotherapeut:innen als hilfreich erlebt werden, um Kinder bei der Durchführung des COPM bestmöglich zu begleiten.

Studien und Literatur zur Kommunikation, dem Einsatz von Material sowie zur Gestaltung des Settings im Gespräch mit Kindern waren hingegen aufzufinden und werden im theoretischen Hintergrund beleuchtet.

Zudem findet eine Einstufung des Evidenzlevels nach Tomlin und Borgetto (2011) statt (vgl. Anhang 2).

II Theoretischer Hintergrund

6 Terminologische Grundlagen

Das kanadische Modell-Triplett (Townsend & Polatajko, 2013) stellt den zentralen theoretischen Unterbau der vorliegenden Forschungsarbeit dar, da das COPM als untersuchtes Assessment ebenfalls auf diesem aufbaut. Als Einstieg in die terminologischen Grundlagen soll dieses beleuchtet und mit dem COPM im pädiatrischen Kontext verknüpft werden.

Im Anschluss daran wird der Gegenstandsbereich zentraler zu betrachtender Aspekte dieser Forschungsarbeit dargestellt, welcher sich der Terminologie des Modell-Tripletts bedient. Bei diesen Aspekten handelt es sich um die Haltung und die Kommunikation des/der Ergotherapeut:in, das Setting sowie das Material. Eine abschließende Betrachtung des theoretischen Hintergrundes findet durch die folgerichtige Beschreibung des hypothetischen Modells (Gläser & Laudel, 2010) statt.

6.1 Das Kanadische Modell-Triplett

Das COPM findet seinen Ursprung als Assessment im *Canadian Modell of Occupational Performance* (CMOP; CAOT, 1997), welches nach Weiterentwicklung und Aktualisierung 2007 in *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (CMOP-E) umbenannt wurde (Townsend & Polatajko, 2013). Gemeinsam mit dem *Canadian Model of Client-Centered Enablement* (CMCE; Townsend & Polatajko, 2013) und dem *Canadian Practice Process Framework* (CPPF; Townsend & Polatajko, 2013) bildet das CMOP-E ein Modell-Triplett. Dabei fungiert das CMOP-E als Inhaltsmodell, anhand dessen die Betrachtung der Klient:innen erfolgt, während im CMCE jene Schlüsselfertigkeiten beschrieben sind, welche Ergotherapeut:innen zum Befähigen der Klient:innen während des therapeutischen Prozesses nutzen. Das CPPF als Prozessmodell strukturiert den therapeutischen Prozess. Die Anteile des Modell-Tripletts stehen in engem Zusammenhang miteinander und werden im Folgenden mit dem Fokus auf die Relevanz in der Anwendung des COPM beschrieben.

6.1.1 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

Das 1997 eingeführte CMOP (CAOT et al., 1997) legt die Aufmerksamkeit auf die klientenzentrierte Arbeit und das Ermöglichen des Betätigens. Durch die Erweiterung des Modells 2007 um den Aspekt des *Engagements* wird deutlich, dass das Occupational Engagement einen wichtigen Aspekt der Partizipation darstellt, welcher nicht ausschließlich an der Ausführung einer Betätigung (Performanz) gemessen werden kann. Anhand des COPM, wird entsprechend die subjektive Zufriedenheit bezüglich der *Occupational Performance* und das Engagement von Klient:innen erhoben. *Occupational Engagement* beschreibt demnach, neben dem aktiven Ausführen von Betätigungen, auch das Beteiligt sein an etwas, was ein anderer tut. Hierbei wird der Betätigung eines anderen eine subjektive Bedeutung beigemessen. (Townsend & Polatajko, 2013)

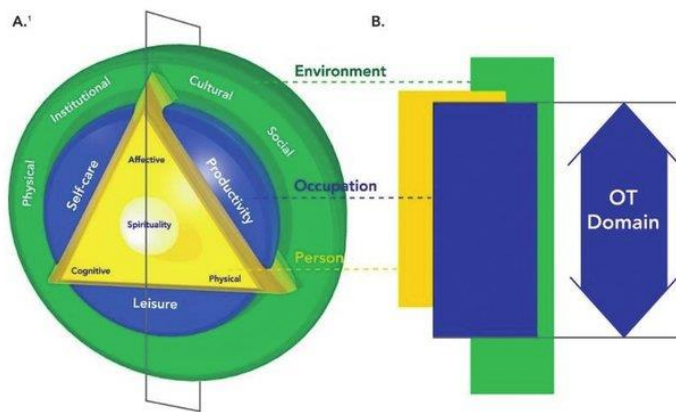


Abbildung 1: CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013)

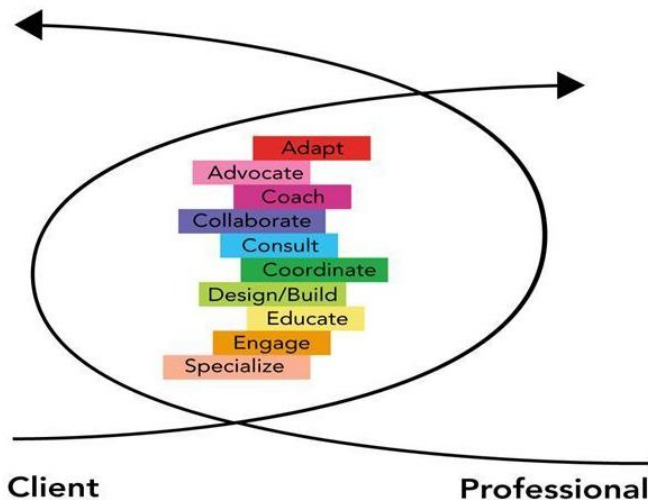
sichtbar, welche Bereiche in das Tätigkeitsfeld des/der Ergotherapeut:in fallen, die Occupational Therapy (OT) Domain. Dabei wird die Betätigung als Kerninteresse der Ergotherapie deutlich, ebenso, dass die Ergotherapie sich ausschließlich mit jenen Aspekten der Person und Umwelt beschäftigt, welche im Zusammenhang mit dem Betätigten stehen. Somit ist es von großer Wichtigkeit Betätigungsbedürfnisse (vgl. Glossar) sofort zu Beginn der Ergotherapie zu erheben. (Townsend & Polatajko, 2013)

Als zentraler Fokus der Ergotherapie steht das *Occupational Enablement* (Townsend & Polatajko, 2013). *Enablement* lässt sich mit *Befähigung* übersetzen und wird im Oxford Dictionary mit „jemanden befähigen etwas zu tun“ beschrieben (Oxford Learner's Dictionaries, 2021). Enablement in der Ergotherapie zielt auf effektive, klientenzentrierte, betätigungsorientierte Befähigung mit dem Ziel der Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Gerechtigkeit ab (Townsend & Polatajko, 2013) und ist als Basis ergotherapeutischer Klientenzentrierung beschrieben (Townsend & Polatajko, 2013 zitiert nach CAOT 1997).

Die *Klientenpartizipation*, im kanadischen Modell verankert als *Enablement Foundation* (vgl. Glossar), stellt dazu einen wichtigen Anteil dar, welcher durch die Durchführung des COPM ermöglicht wird. Der/die Therapeut:in sieht das Kind als selbstbestimmte Person an, welche die Fähigkeit und Berechtigung mitbringt Entscheidungen über die Therapie und das eigene Leben zu treffen. Das Kind ist eingeladen, als Expert:in seines/ihres Alltags darüber zu entscheiden welche Betätigungen für es bedeutungsvoll sind. Ebenso von großer Wichtigkeit ist das Power-Sharing, welches in der Anwendung des COPM praktiziert wird. Der/die Therapeut:in zeigt ehrliches Interesse am Erleben des Kindes und versteht sich in der Position vom Kind zu lernen. (Townsend & Polatajko, 2013)

6.1.2 The Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE)

Das Befähigen einer Person (Enablement) sich selbst zu betätigen oder sich an etwas zu beteiligen (Engagement), stellt die Kernkompetenz der Ergotherapie dar (Knagge, 2016; Townsend & Polatajko, 2013). *Enablement* beschreibt als Schirmwort all das, was Ergotherapeut:innen auf dem Weg zum Ermöglichen des Betätigens oder des Beteiligt-seins tun (Townsend & Polatajko, 2013). Mit dem CMCE entstand ein Modell, welches Ergotherapeut:innen im klientenzentrierten Enablement leitet. Die geschwungenen Linien stellen die Klient:innen-Therapeut:innen Beziehung dar. Die sich überschneidenden Punkte,



bilden den ersten und den letzten Aktionspunkt des CPPF, also den Beginn und das Ende der Ergotherapie, ab. Innerhalb der Klient:innen-Therapeut:innen Beziehung finden die *Enablement Skills* Anwendung. In der Grafik sind diese zehn Schlüsselfähigkeiten aus einem Spektrum von Fähigkeiten dargestellt. Obwohl diese ineinandergreifend genutzt werden, finden während der Durchführung des COPM vor allem die Skills *Collaborate*, *Coach*, und *Adapt* Anwendung (vgl. 7.2).

Abbildung 2: CMCE (Townsend & Polatajko, 2013)

6.1.3 Canadian Practice Process Framework (CPPF)

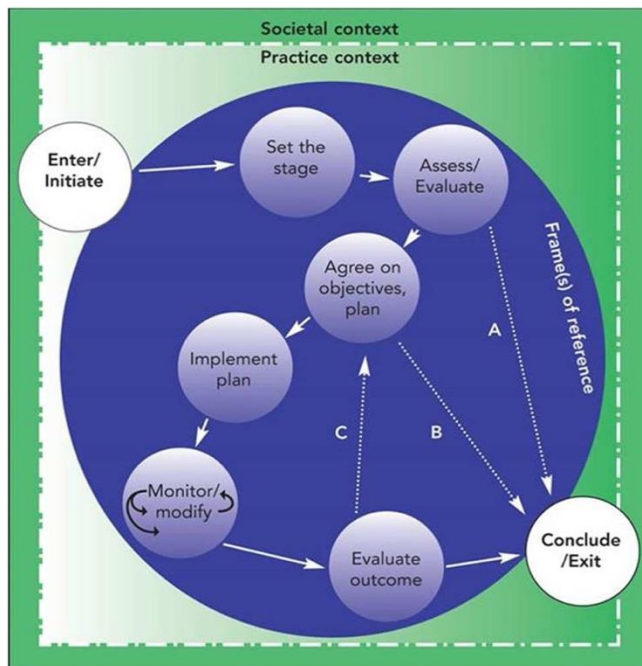


Abbildung 3: CPPF (Townsend & Polatajko, 2013)

Das CPPF bildet als Prozessmodell einen methodischen Rahmen zur Umsetzung des evidenzbasierten und klientenzentrierten Enablements. Dabei sind stetige Zusammenarbeit sowie eine kontinuierliche Reflexion obligatorisch. (Townsend & Polatajko, 2013)

Das Prozessmodell ist in vier verschiedenen Aspekten dargestellt: gesellschaftlicher Kontext, Praxiskontext, Bezugsrahmen und Aktionspunkte (vgl. Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016). Die acht Aktionspunkte bilden den Therapieprozess ab. Hierbei ist die Nutzung des COPM vor allem in Aktionspunkt zwei und sieben verortet (vgl. 7.2; Townsend & Polatajko, 2013; Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016)

Das kanadische Tripletts fasst die Durchführung des *COPM mit Kindern* ein. Dabei bietet das CMOP-E den theoretischen Unterbau des Assessments, das CMCE beschreibt die genutzten Fähigkeiten in der Durchführung und das CPPF verortet die Anwendung des COPM im therapeutischen Prozess.

7. COPM als Assessment im pädiatrischen Kontext

7.1 COPM – mit internationaler Perspektive

Das COPM basiert auf den *Guidelines for the Client-centered Practice of Occupational Therapy* (Townsend et al., 1990) und stellt die Klientenzentrierung sicher, indem der Fokus auf den Bedürfnissen der Klient:innen bzw. des Kindes liegen (Gede et al., 2014; Law et al., 2017). In der Struktur des COPM finden sich die, im CMOP-E beschriebenen, Betätigungsbereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit wieder (Gede et al., 2014). Das Assessment stellt ein Ergebnis-Messinstrument dar (Law et al., 2017) und unterstützt Ergotherapeut:innen als bewährtes und anerkanntes Assessment in der Umsetzung klientenzentrierter Praxis (Townsend & Polatajko, 2013).

Die Adaption des *COPM mit Kindern* berücksichtigt Besonderheiten in der Kommunikation mit Kindern im Alter von sechs bis zehn Jahren, die kognitiven und verbalen Fähigkeiten von Kindern dieser Altersklasse, unterstützende Rahmenbedingungen sowie Verhaltensweisen von Therapeut:innen und nonverbale Hilfestellungen. Ebenso umfasst die Adaption einen Leitfaden zur Durchführung mit Kindern sowie einen Leitfaden zur Durchführung mit Sorgeberechtigten, inklusive kindgerecht angepasster Skalen. Die Durchführungsschritte der adaptierten Version des COPM sind deckungsgleich mit denen der Version für erwachsene Klient:innen.

Neben der deutschen Adaption ist auch die niederländische Adaption des COPM (Verkerk & van der Molen-Meulmeester, 2019) zu benennen. Hierbei wurden durch Verkerk und van der Molen-Meulmeester (2019), ergänzend zur niederländischen Übersetzung des COPM (Eijssen et al., 2018), kindgerechte Skalierungen sowie ein Handbuch mit konkreten Handlungsempfehlungen zur Durchführung des Interviews mit Kindern erstellt.

Verkerk et al. (2021) stellen in einer Studie heraus, dass das COPM mit adaptierten Skalen bei Kindern mit einem Entwicklungsalter von acht Jahren eingesetzt werden kann. Die Resultate der Studie bildeten deutlich ab, dass das COPM sowohl von Kindern als auch von Eltern als wertvolles Werkzeug zum Erheben von Betätigungsbedürfnissen empfunden wird. Weitergehend waren die erhobenen Bedürfnisse im weiteren Verlauf Bestandteil der therapeutischen Zielsetzungen, womit die Kindzentrierung unterstrichen wird. (Verkerk et al., 2021)

Eine australische Adaption des COPM wurde in verschiedenen Studien zur Durchführung mit Eltern von Kindern zwischen eins und acht Jahren untersucht. Hierbei wurden Teile des Interviewleitfadens ersatzlos gestrichen. Die Durchführung fand ausschließlich mit den Eltern als erweiterte Klient:innen statt, wobei diese aus eigener perspektive Betätigungsbedürfnisse benannt und skaliert haben. (Cusick et al., 2007; Ostensjø et al., 2008)

Dabei unterstützt die Anwendung des COPM die Ausrichtung auf betätigungsorientierte Anliegen zur folgenden Zielsetzung (Ostensjø et al., 2008) und erwies sich als geeignetes Assessment zur Anwendung in der Pädiatrie (Cusick et al., 2007). Bei Betrachtung der Ergebnisse gilt zu berücksichtigen, dass keine Erhebung mit dem Kind stattgefunden hat.

Da die Anwendung des COPM eingebettet im Praxiskontext stattfindet, sollte das COPM nicht isoliert betrachtet werden, sondern immer im Kontext des gesamten Behandlungsprozesses.

7.2 COPM und CPPF

Kinder sind als primäre Klient:innen Teil eines Klient:innensystems (Gede et al., 2014). In der Regel kommen sie, begleitet von Erziehungsberechtigten mit möglicherweise abweichenden Anliegen, zur Ergotherapie (Gede et al., 2014). Ebenso können weitere involvierte Personen (z.B. Lehrkräfte) als Teil der Klient:innengruppe betrachtet werden (Romein & Trees, 2016). Der Fokus dieser Forschungsarbeit liegt auf der Betrachtung der kindzentrierten Durchführung des COPM.

Während im *ersten Aktionspunkt* des CPPF der Kontakt zwischen Therapeut:in und Kind/Familie entsteht, werden im *zweiten Aktionspunkt* die Rahmenbedingungen für den therapeutischen Prozess geklärt (Gede et al., 2014; Law et al., 2017; Townsend & Polatajko, 2013; Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016). Dabei wird das Kind einbezogen, um Werte, Annahmen, Erwartungen und Wünsche an den Therapieprozess abzustimmen (Townsend & Polatajko, 2013). In diesem Rahmen findet das COPM Anwendung, indem der/die Therapeut:in das halbstrukturierte Interview mit dem Kind durchführt, um eine umfassende Erhebung der Betätigungsbedürfnisse zu erlangen (Law et al., 2017).

Darüber hinaus setzten Therapeut:innen Enablement Skills ein, indem sie die Durchführung entsprechend der Bedürfnisse des Kindes anpassen (*adapt*). Dabei schaffen sie einen Raum, in welchem das Kind Verantwortung übernehmen kann, während der/die Therapeut:in förderliche Bedingungen für eine fruchtbare Zusammenarbeit schafft (*collaborate*). Das Coaching zeichnet sich hierbei durch eine unterstützende Gesprächsführung aus, welche das Kind im Identifizieren von Herausforderungen unterstützt (*coach*). (Townsend & Polatajko, 2013)

Dies kann beispielsweise durch das konkrete Erfragen, in welchen Situationen in der Schule die Problematik auftritt, geschehen. In der Zusammenarbeit mit dem Kind liegt der Fokus darauf, etwas mit dem Kind, anstelle für das Kind zu tun - die Grundlage des Power-Sharings. Hierbei versteht der/die Therapeut:in sich neben der coachenden Rolle ebenso in der zuhörenden Rolle, um beispielsweise sensibel familiäre Belastungen zu erfassen oder zu hören, welche Lösungswege schon versucht wurden. Der/die Therapeut:in zeigt aufrichtiges Interesse. (Knagge, 2016)

Die Qualität der Anwendung von Enablement Skills hängt mit Ausbildung, Erfahrung und Möglichkeiten der Therapeut:innen zusammen (Townsend & Polatajko, 2013). Das Kind bringt die Kompetenz mit, Fragen zu beantworten, welche seine Lebensrealität betreffen und wird wie eingangs beschrieben, als Expert:in seines/ihres Betätigens angesehen. Die Orientierung an einem, für das Kind typischen, Tagesablauf kann dabei behilflich sein, über Betätigungen ins Gespräch zu kommen (Gede et al., 2014).

Angeschlossen an die Erhebung von Betätigungsbedürfnisse, wird vom Kind anhand einer Skala die Wichtigkeit der problematischen Betätigungen festgelegt. Aus allen skalierten Problemen wählt das Kind im nächsten Schritt bis zu fünf Betätigungsbedürfnisse aus, welche den Inhalt der Therapie darstellen sollen. Die ausgewählten Probleme werden anhand der Skalen nach Performanz und Zufriedenheit bewertet. (Law et al., 2017)

Eine Skala von eins bis zehn ist als Visualisierungsinstrument für Kinder hervorragend zu nutzen, da die Zahlen den Ist-Zustand und den Fortschritt innerhalb der Therapie greifbarer machen und die Kommunikation darüber erleichtern (Steiner & Berg, 2016; Vogt, 2016).

Neben der Durchführung mit dem Kind kann das COPM zusätzlich mit weiteren Personen des Bezugssystems durchgeführt werden (Gede et al., 2014; Polatajko & Mandich, 2004). Bei abweichenden priorisierten Betätigungsbedürfnissen zwischen Kind und Bezugsperson ist es zu bevorzugen, sich zunächst den kindzentriert erhobenen Betätigungsbedürfnissen anzunehmen (Polatajko & Mandich, 2004).

Die Durchführung des COPM ermöglicht es Kindern und Eltern gleich zu Beginn des therapeutischen Prozesses, Ressourcen, Fertigkeiten und Fähigkeiten einzubringen (Gede et al., 2014). Durch die Priorisierung von Betätigungsbedürfnissen wird die folgende Therapieplanung strukturiert, da mit Abschluss der Erhebung mögliche Betätigungsziele im Raum stehen (Gede et al., 2014). Diese stellen eine Grundlage für die im therapeutischen Prozess folgende Zielformulierung dar (Law & Pollock, 2015).

Während in *Aktionspunkt drei bis sechs* des CPPF die klientenzentrierte Betätigungsanalyse (Romein & Trees, 2016), die Festlegung von Zielen sowie die Durchführung des Plans unter stetiger Reflektion erfolgt, findet in *Aktionspunkt sieben* die Outcomemessung anhand des COPM statt (Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016).

Hierbei unterstützt der/die Therapeut:in das Kind erneut in der Skalierung von Ausführung und Zufriedenheit. So werden die Ergebnisse evaluiert und durch den/die Therapeut:in dokumentiert. Nach Reflektion der Ergebnisse wird über das weitere Vorgehen entschieden. Die Zusammenarbeit kann im selben Betätigungsanliegen weiter fortschreiten, die Bearbeitung eines neuen Betätigungsanliegens kann beginnen, indem wieder im vierten Aktionspunkt angesetzt wird oder die Zusammenarbeit wird beendet, wobei das Beenden der Zusammenarbeit *Aktionspunkt acht* des CPPF darstellt. (Townsend & Polatajko, 2013; Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016)

8 Beleuchtung des Forschungsgegenstandes

Der/die Ergotherapeut:in, das Setting sowie das Material stellen im Zusammenhang mit der Durchführung des COPMs bzw. der Interviewführung mit Kindern den zentralen Gegenstandsbereich der vorliegenden Forschungsarbeit dar. Nachfolgend wird das Ergebnis der Literaturrecherche sowie die aktuelle Forschungslandschaft zu den einzelnen Aspekten dargestellt.

Um zu erfassen, wie Ergotherapeut:innen Kinder optimal bei der Durchführung des COPM unterstützen können, muss der/die Ergotherapeut:in zunächst nähere Betrachtung finden.

Eine besondere Relevanz haben dabei die Kommunikation und die Gestaltung der Atmosphäre, welche durch die Haltung des/der Ergotherapeut:in beeinflusst werden.

Da die Qualität eines Interviews jedoch nicht ausschließlich von den Handlungen des/der Interviewführenden, sondern auch von den Fertigkeiten des Kindes abhängt (Delfos, 2015), muss der/die Ergotherapeut:in Kenntnis über die Fertigkeiten des Kindes und Besonderheiten Kind spezifischer Kommunikation besitzen. Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel ebenso die kindliche Entwicklung beleuchtet.

8.1 Haltung des/der Ergotherapeut:in

Bei der Anwendung des COPM ist die Haltung des/der Ergotherapeut:in von großer Wichtigkeit (Enemark Larsen et al., 2018) und beeinflusst neben der Kommunikation des/der Ergotherapeut:in auch die Gestaltung des Settings sowie die Auswahl des eingesetzten Materials.

Für eine gute Atmosphäre ist eine klientenzentrierte Haltung von Bedeutung, welche von Wärme, Respekt, Akzeptanz, Authentizität und Interesse geprägt wird. Eine Grundhaltung des Nicht-Wissens, welche von Neugier geleitet wird, vermittelt dabei dem Kind, dass seine Sichtweise auf Dinge und seine Expertise akzeptiert und respektiert wird (Steiner & Berg, 2016; Vogt, 2016). Vogt (2016) hebt vor allem eine respektvolle, wertschätzende und fragende Haltung der interviewenden Person hervor. Diese kann verbal aber vor allem nonverbal ausgedrückt werden, beispielsweise durch ein ermutigendes Nicken (Delfos, 2015; Gordon, 2012; Rogers, 1983).

Zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit dem Kind ist das Einnehmen einer wertschätzenden Haltung, welche die Bereitschaft innehat, sich sowohl physisch als auch kognitiv auf Augenhöhe zu begegnen, Voraussetzung. Diese verdeutlicht Respekt und Entscheidungsfreiheit sowie ernsthaftes Interesse an Themen des Gesprächspartners, welche Erfolgsfaktoren der Gesprächsführung mit Kindern darstellen. (Gede, 2016; Weltzien, 2011)

Therapeut:innen gehen oft intuitiv auf die Bedürfnisse des Kindes ein. Verwenden sie diese Fähigkeiten bewusst, so nehmen sie eine empathische Haltung ein (Gede et al., 2014). Die Qualität der Gesprächsführung ist von der empathischen Haltung des/der Ergotherapeut:in abhängig. Delfos (2015) beschreibt das empathische Vermögen als das „in der Lage sein, Gefühle bei einem anderen zu erspüren, auch wenn man sie selbst nicht hat oder kennt“.

8.1.1 Kindzentrierung

Eine klientenzentrierte/ kindzentrierte/ personenzentrierte Haltung stellt nicht nur eine der sechs Säulen der Ergotherapie entsprechend des zeitgenössischen Paradigmas dar (Cup & van Hartingsveldt, 2019), sondern spiegelt auch die Sichtweise des CMOP-E und den Grundgedanken des COPM wider. Die Essenz der Klientenzentrierung ist die Ansicht, dass Klient:innen einen wichtigen Anteil zur Behandlung beitragen (Polatajko & Mandich, 2004). Praktizierende im Kontext der Ergotherapie treten ihren Klient:innen respektvoll entgegen und „...lassen sie an der Entscheidungsfindung teilhaben streiten mit und für die Klienten um die Verwirklichung ihrer Belange und berücksichtigen die Erfahrung und das Wissen der Klienten.“ (le Grasse et al., 2019, Polatajko & Mandich, 2004, Townsend & Polatajko, 2013)

nach CAOT, 1997). Auch nach Ziviani et al. (2012) ist der Einbezug von Kindern in den Entscheidungsprozess von bedeutender Wichtigkeit und hebt die Autonomie hervor.

Nach einem Literature Review von Enemark Larsen et al. (2018) sind zur Erweiterung der Klientenzentrierung durch die Anwendung des COPM zwei vorherrschende Komponenten notwendig: die professionelle Kommunikationskompetenzen des/der Ergotherapeut:in und seine/ihre Haltung, welche die Bereitschaft zum Power-Sharing mit dem/der Klient:in inne hat. Da diese Forschungsarbeit die Durchführung des COPM mit dem *Kind* beleuchtet, ist eine kindzentrierte Haltung seitens des/der Ergotherapeut:in von zentraler Wichtigkeit, um die Bedürfnisse und Anliegen des Kindes zu erfassen und somit von einer erfolgreichen Anwendung des Assessments sprechen zu können. (Enemark Larsen et al., 2018)

Laut Ziviani et al. (2012) bedeutet *personen-zentrierte Praxis*, die Rechte des Kindes zu unterstützen, frei zu kommunizieren, zu entscheiden und Verbindungen einzugehen und nicht, sich an externen Einflüssen zu orientieren. Um den Besonderheiten in der Kommunikation mit Kindern erfolgreich zu begegnen, ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit Aspekten der Gesprächsführung notwendig (Gede et al., 2014).

Das Kind ist als Expert:in seiner Lebenswelt zu sehen. Es ist ebenso wie seine Eltern dazu in der Lage, mithilfe des COPM Betätigungsbedürfnisse zu erheben (Vroland-Nordstrand et al., 2016).

Es kann mit seinem Erfahrungsschatz seine Situation selbst am besten einschätzen. Je mehr Respekt der Erwachsene dem Kind entgegenbringt, desto leichter wird er Informationen erhalten. Diese Annahme zu verinnerlichen, bedeutet, mit dem Kind sein Gesagtes zu entdecken, von ihm zu lernen und durch entgegengebrachtes Interesse die Bedeutung hinter dem Gesagten zu erfassen. (Delfos, 2015; Gede et al., 2014; Steiner & Berg, 2016; Trautmann, 2010)

Um Bedürfnissen entsprechend kindlicher Entwicklung zu begegnen, sprechen Polatajko und Mandich (2004) im Rahmen des *Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance* Programms Empfehlungen zur kindzentrierten Durchführung des COPM aus. Dabei befürworten sie die Nutzung des Paediatric Activity Card Sort (Polatajko & Mandich, 2004), vor und während der Durchführung des COPM. Hierbei zeigt sich deutlich wie die kindzentrierte Haltung auf die Auswahl unterstützender Maßnahmen einwirkt.

8.2 Kommunikation

In einer Studie von Verkerk et. al (2021) wurde die Perspektive von Kindern bei der Durchführung des COPM erhoben. Die Kinder äußerten ihren Wunsch danach, dass der Kommunikationsstil des/der Ergotherapeut:in an die Bedürfnisse der Kinder angepasst ist. Die Art und Weise, wie Ergotherapeut:innen die Kommunikation gestalten, stellt einen erheblichen Bestandteil des therapeutischen Prozesses dar (Gede, 2016).

Effektive Kommunikation bedeutet laut Delfos (2015, S. 54), dass „man sich demjenigen anschließt, mit dem man spricht: den jeweiligen Interessen, der Gedanken- und Gefühlswelt und der Art und Weise der Kommunikation“. Weiter beschreibt Delfos (2015), dass für eine effektive Kommunikation drei Dinge Voraussetzung seien: die Berücksichtigung des

Entwicklungsniveaus von Kindern, Kenntnisse über die Art der Kommunikation von Kindern sowie die passenden Gesprächstechniken, welche vor allem auf das mentale bzw. kognitiv-emotionale Alter des Kindes abgestimmt werden sollte (Delfos, 2015; Vogt, 2016). Auch Trautmann (2010) und Ziviani et al. (2012) benennen das Wissen über die Spezifik kindlicher Entwicklung sowie der Spezifik des thematischen Interviewinhalts, als Kriterium eines guten Interviews.

Zajac und Brown (2018) heben Alter, Gedächtnisleistung und Kommunikationsfähigkeiten, wie beispielsweise Wortschatz oder Abstraktionsvermögen, als Aspekte der individuellen Entwicklung des Kindes hervor, welche es bei einem Interview zu betrachten gilt. Clark (2005) beschreibt, dass in der Kommunikation mit Kindern wichtig ist, die Unterschiede in Perspektive, Interessen und Bedürfnissen je nach Alter des Kindes zu berücksichtigen.

Bei der Berücksichtigung des Entwicklungsniveaus ist nicht das kalendarische Alter vorrangig zu betrachten, sondern vielmehr das sogenannte mentale Alter des Kindes. Dies begründet sich darin, dass die Fähigkeiten der Kinder innerhalb einer Altersstufe stark variieren können (Schneider & Ornstein, 2015). Bedoin und Scelles (2015) bestätigen im Kontext qualitativer Forschungsinterviews, dass die Interviewenden Kenntnis über die Charakteristika kindlicher Kommunikation haben sollten und zeigen den Forschungsbedarf bezüglich der Durchführung von Interviews mit Kindern, vor allem von Kindern mit besonderen Bedürfnissen, auf.

Betrachtet man die Meilensteine der Sprachverständnissentwicklung, so wird deutlich, dass im Alter der Zielgruppe des *COPM mit Kindern* eine rasante Weiterentwicklung stattfindet (Delfos, 2015; Hachul & Schönauer-Schneider, 2012; Piaget & Inhelder, 1993).

Die von Therapeut:innen verwendeten Worte sowie Körpersprache stellen als verbale und nonverbale Signale eine Quelle von Ermutigung und Motivation für Kinder dar. (Kertoy & Poulsen, 2012)

Im Folgenden werden die verbalen und nonverbalen Aspekte der Kommunikation, welche eine Relevanz in der Unterstützung von Kindern in der Durchführung des COPM haben, näher dargestellt. Dabei wird der Bezug zur kindlichen Entwicklung und zur Art der Kommunikation von Kindern im Allgemeinen hergestellt. Abschließend findet Betrachtung, wie die Kommunikation spezifisch an das Verhalten angepasst werden kann, welches das Kind während des Interviews zeigt.

8.2.1 Verbale Kommunikation

Als Voraussetzungen für eine hohe Qualität in der Kommunikation gelten laut Delfos (2015), dass beide Gesprächspartner:innen sich wohl fühlen, sich über die jeweiligen Ziele des Gespräches ausgetauscht haben, dass das Kind seine Meinungen und Gefühle frei äußern kann, und dass das Kind im Rahmen des Interviews Informationen *gibt*, statt dass sie ihm entlockt werden. Ebenso ist Voraussetzung, dass das Kind sich angehört fühlt und Hilfe bekommen hat, die an das anschließt, was in dem Kind vorgeht und keine Betätigungsbedürfnisse erfasst wurden, die das Kind nicht möchte oder deren Bedeutung es nicht versteht. (Delfos, 2015)

Um einen gemeinsamen Prozess im Rahmen des Interviews zu gestalten, sollte der/die Ergotherapeut:in ein Machtgefälle vermeiden, das Gespräch offen gestalten und Möglichkeiten für viele Themen und Äußerungen der Kinder zulassen. Der/die Interviewende sollte dem Kind

Raum zum Erzählen geben und sich in der Reihenfolge der Fragen flexibel halten, um mit dem Gesprächsfluss des Kindes gehen zu können. (Delfos, 2015; Gede et al., 2014 nach Faux et al., 1988).

Das Stellen von Fragen während eines Interviews dient nicht nur dem Informationsgewinn, sondern formt bereits die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung (Vogt, 2016).

Die ersten Eingangsfragen sollten für das Kind eher geschlossen gestellt und somit leicht zu beantworten sein sowie gleichzeitig eine Einführung in das Thema geben. Um sozial erwünschte Antworten zu vermeiden, ist es von Bedeutung dem Kind deutlich zu machen, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, sondern es darum geht, ihr eigenes Empfinden zu erfassen. Eine weitere wichtige Information ist für das Kind, wie der/die Ergotherapeut:in mit den Informationen umgehen wird, die er/sie vom Kind erhält. (Delfos, 2015; Gede, 2016; Gede et al., 2014)

Verschiedene Arten von Fragen können je nach Situation eingesetzt werden, wie beispielsweise Zeigefragen, welche der Rückversicherung des Verständnisses des Kindes dienen (Delfos, 2015). Weitergehend ist es ratsam die Fragen von allgemeinen zu detaillierten Fragen zu stellen (Gede et al., 2014 nach Curtin, 2001). Kinder von sechs bis acht Jahren sind sehr empfänglich für suggestive Fragen, wenn es um die Details eines Ereignisses geht (Delfos, 2015), weshalb diese gemieden werden sollten. Sturgess et al. (2002) beschreiben, dass Aspekte eines Assessments, wie beispielsweise der Einsatz vereinfachter Sprache und klarer Antwortmöglichkeiten, die Validität bei jüngeren Kindern verbessern.

Der/die Ergotherapeut:in sollte ein angemessenes Sprechtempo sowie einfache Sprache verwenden, da das Abstraktionsvermögen und der Wortschatz in dieser Altersspanne nicht voll entwickelt sind (Bedoin & Scelles, 2015; Delfos, 2015; Powrie & Hemsley, 2015; Trautmann, 2010; Vogt, 2016).

Weiter lassen sich in der lösungsfokussierten Gesprächsführung verschiedene Fragetechniken finden. In dieser liegt der Fokus auf der Validierung der Sichtweise des/der Klient:in. Der/die Interviewende stellt Fragen und sucht die Motivation des/der Klient:in. (Bannink, 2015)

Diese Art der Gesprächsführung kann sowohl bei der Erhebung als auch Skalierung der Betätigungsbedürfnisse unterstützend sein.

Um dem Kind dabei zu helfen, mögliche Betätigungsbedürfnisse zu benennen, könnte nach Anzeichen oder Merkmalen gefragt werden, an welchen das Kind oder dessen Bezugspersonen erkennen werden, dass die Ergotherapie beendet werden kann (Vogt, 2016). Verkerk et al. (2021) weisen darauf hin, dass das Wort *Problem* bei der Durchführung des COPM zu vermeiden sei, da der Fokus auf den Veränderungswünschen des Kindes liegen sollte.

Die Skalierung macht eine komplexe Interviewtechnik erforderlich (Vogt, 2016). Hilfreich kann sein, Erklärungen mehrmals zu wiederholen, weil Kinder die große Menge an Informationen in einer ungewohnten Situation unter Anspannung und Angst nicht verarbeiten können (Steiner & Berg, 2016). Zahlreiche Autoren (Bannink, 2015; Steiner & Berg, 2016; Vogt, 2016) empfehlen zudem die *Wunderfrage*, bei der sich der/die Klient:in vorstellen sollte, dass sich das Problem über Nacht beim Schlafen durch ein Wunder auflöst, wodurch sich das Kind die Veränderung in der Betätigung besser vorstellen könne. Da das Wunder den Wert Zehn auf der Skala *Ausführung* widerspiegelt, erleichtert dies die Skalierung. Bannink (2015)

betont in diesem Kontext außerdem die Wichtigkeit, das Kind zu fragen, ob es Skalierungen kennt und diese bei Bedarf zu erklären.

Trautmann (2010) und Delfos (2015) legen dem/der Interviewenden nahe, kurze Gesprächspausen oder ein Stille im Interview zuzulassen, da sie einladend auf das Kind wirken können, sich zu äußern, während interpretierendes Ergänzen vermieden werden sollte.

Das Bedürfnis nach Feedback, wie Kinder die Situation meistern, ist besonders hoch, da Kinder im Alter von sechs bis sieben Jahren empfänglicher für Ablehnung und Wertschätzung werden (Erikson, 2005). Entsprechend sollte der/die Ergotherapeut:in dem Kind Feedback bzw. Lob geben (Delfos, 2015; Kertoy & Poulsen, 2012).

Ein wichtiges Kernelement in der Gesprächsführung mit Kindern ist das *aktive Zuhören* (Gordon, 2012; Kertoy & Poulsen, 2012; Zimmermann, 2016). Dies beinhaltet, die Botschaft des Kindes zu interpretieren, für sich zu übersetzen und zur Bestätigung verbal wiederzugeben. Zu den nonverbalen Aspekten zählen beispielsweise nicken, Augenbrauen heben, leicht vorlehnen oder anschauen. Die Verwendung von Ich-Botschaften und das Stellen offener Fragen vermindern den Eindruck des *allwissenden Erwachsenen* und tragen zu einem Gespräch auf Augenhöhe bei (Gordon, 2012; Zimmermann, 2016). Es ist zudem von großer Wichtigkeit das Gesprächsziel zu Beginn zu verdeutlichen und klarzumachen, dass Fragen gestellt werden, auf die der/die Ergotherapeut:in die Antwort nicht kennt. (Bedoin & Scelles, 2015; Delfos, 2015)

Die Wahrnehmung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft von Kindern ist in der Durchführung des COPM von Interesse, da die Kinder Betätigungsbedürfnisse der Gegenwart aus Schwierigkeiten in der Vergangenheit ableiten. Die Formulierung dieser Bedürfnisse schafft eine Perspektive für die Zukunft.

Laut Vogt (2016) erleben Kinder die Welt in ihrer Aktualität und Zeitperspektive. Bezüglich der Gedächtnisleistung von Kindern unterliegt die Aufnahme von Erlebtem im Speicherungsprozess Motivationen, Erwartungen und Verzerrungen (Zajac & Brown, 2018). Zudem ist das Abrufen von Ereignissen ein rekonstruktiver Prozess, bei dem einzelne Sequenzen wieder zusammengesetzt und Lücken gefüllt werden (Howe & Knott, 2015). Dieses Auffüllen findet vor allem bei älteren Kindern statt (Brainerd et al., 2008). Je älter ein Kind, desto höher sind Qualität und Quantität der Informationen, die aus dem Gedächtnis abgerufen werden können (Zajac & Brown, 2018 nach Jack et al., 2014).

Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder effiziente Strategien anwenden, um Erfahrungen oder Informationen bewusst im Gedächtnis zu speichern oder abzurufen ist geringer als bei Erwachsenen. Die hierfür notwendige Nutzung und Auswahl kognitiver Strategien beeinflussen die Fähigkeit von Kindern sich zu erinnern. Dies erfordert somit ein höheres Maß an Unterstützung durch den/die Interviewende. (Zajac & Brown, 2018)

Diese/dieser könnte beispielsweise bewusst die Erinnerung an einen Punkt im Tagesablauf anstoßen, um das Kind bei der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse zu unterstützen.

8.2.2 Nonverbale Kommunikation

Die Bedeutung nonverbaler Kommunikation ist bei Interviews mit Kindern sehr hoch (Bedoin & Scelles, 2015; Delfos, 2015; Trautmann, 2010). Laut Trautmann (2010) wird die verbale Kommunikation stets von nonverbaler Kommunikation begleitet und besteht aus körperlichen und vokalen nonverbalen Aspekten. Diese Signale leisten einen großen Beitrag zur Motivation des Kindes, am Gespräch teilzunehmen. Ein wichtiger Aspekt ist es, dass die nonverbale mit der verbalen Botschaft zusammenpasst.

Kinder kommunizieren mithilfe von Körperbewegungen, Blicken, Imagination, Fantasie und auf andere kreative Weise, da ihre Sprachentwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Aus diesem Grund sollten alle Aspekte der Kommunikation, vor allem die nonverbalen, genau beobachtet werden. (Steiner & Berg, 2016)

Laut Delfos (2015) ist in der nonverbalen Kommunikation von großer Bedeutung, das Kind anzuschauen, um sehen zu können, was in ihm vorgeht, ob es zuhört und interessiert ist. Blickkontakt sollte jedoch nicht erzwungen werden, da dieser eine Überforderung darstellen kann oder auch kulturabhängig einen anderen Stellenwert haben kann. Auch Steiner und Berg (2016) empfehlen, Blickkontakt nicht zu erzwingen.

Grundsätzlich ist eine zugewandte, offene Körperhaltung der/des Interviewenden ratsam. Ebenso kann der Gebrauch der Stimme Wertschätzung ausdrücken. (Delfos, 2015; Powrie & Hemsley, 2015)

8.2.3 Am Verhalten des Kindes angepasste Kommunikation

Während des Interviews ist es von großer Wichtigkeit ein Augenmerk auf nonverbale oder verbale Äußerungen des Kindes zu legen, welche sinkende Aufmerksamkeit, Ermüdung oder Ablehnung signalisieren (Gede, 2016). Nehmen Kinder motiviert an einem Gespräch teil, so ist dies laut Delfos (2015) an einer zugewandten Körperhaltung, einem fröhlichen, interessierten und aufgeweckten Blick und Haltung sowie einem ausgeprägten Sprecheliefer zu erkennen. Anzeichen schwindender Motivation oder passiven Widerstände könnten sich durch eine ruhelose und abgewandte Haltung wie Rutschen auf dem Stuhl, suchende Blicke oder Beinwackeln zeigen. Weitere Anzeichen sind eine gekrümmte Körperhaltung, ein wenig aufmerksamer Blick sowie eine geringe Neigung zum Sprechen, Verweigerung oder sehr kurze Antworten, weglaufen, wegschauen oder eine Aufmerksamkeit, welche auf andere Aktivitäten gerichtet ist. (Delfos, 2015; Trautmann, 2010)

In so einem Falle steht die Metakommunikation als Werkzeug im Fokus. Der/die Interviewende kann erneut die Freiwilligkeit der Teilnahme betonen, Pausen oder einen Abbruch des Interviews anbieten, das Gesprächsziel neu benennen, ein Bewegungsangebot machen oder dem Kind positives Feedback geben. (Delfos, 2015)

8.2.4 Gestaltung der Atmosphäre durch den/die Ergotherapeut:in

Bei der Gestaltung von Interviews mit Kindern sollte der/die Interviewende eine vertrauensvolle und angenehme Atmosphäre schaffen (Bedoin & Scelles, 2015; Delfos, 2015; Sturgess et al., 2002; Vogt, 2016 nach Hargens, 2012).

Als kundige Beziehung beschreibt Vogt (2016 nach Hargens, 2012) eine Klient:innenbeziehung, in der Klient:innen sich ihrer Selbstwirksamkeit bewusst sind und bei der sie sich als Teil der Lösung wahrnehmen und durch ihr eigenes pro-aktives Verhalten zum Erreichen der therapeutischen Ziele beitragen. Damit bietet die Durchführung des COPM die

Möglichkeit, die Grundlage für eine solche therapeutische Beziehung zu schaffen. Die Voraussetzung einer therapeutischen Beziehung mit Kindern ist eine vertrauensvolle und kooperative Atmosphäre (Vogt, 2016).

In der Begrüßungs- und Aufwärmphase gilt es als Interviewer:in zunächst das Eis zu brechen um einen Gesprächsfluss entstehen zu lassen. Wichtig sind die freundliche Begrüßung des Kindes, ermutigende Worte oder die wertschätzende Erläuterung des Gesprächsanlasses. (Delfos, 2015; Trautmann, 2010)

Weiter ist stets zu beobachten, ob das Kind Bedürfnisse äußert oder ablehnende Signale sendet auf die es zu reagieren gilt. Die folgende Arbeitsphase, indem das COPM durchgeführt wird, erfolgt erst, sobald die Interviewpartner:innen Vertrauen zueinander gefasst haben und die Interviewbereitschaft besteht (Delfos, 2015; Trautmann, 2010). Hierbei gilt es, sich keinem zeitlichen Druck auszusetzen. Wie lange der Vertrauensaufbau dauert, kann sehr variieren (Bedoin & Scelles, 2015; Gede et al., 2014 nach Kortessluoma et al., 2003).

8.3 Setting

Kinder reagieren sehr sensibel auf ihre Umgebung, welche häufig viel wichtiger ist, als die verwendeten Worte (Delfos, 2015). Die Umgebung umfasst viele Eigenschaften Faktoren Kindes wirken (Dunn, 2007), deshalb sollte der Raum an die individuellen Bedürfnisse des Kindes angepasst sein (Powrie & Hemsley, 2015). Während Kinder im Interview hohen Anforderungen ausgesetzt sind (Trautmann, 2010), liegt die Evaluierung der zu verändernden Aspekte (Dunn & Ziviani, 2012) sowie die anschließende optimale Gestaltung des Settings in der Aufgabe des/der Interviewenden (Delfos, 2015; Trautmann, 2010; Vogt, 2016).

Eine warme und nährnde Umgebung hilft dem Kind dabei die eigenen Wünsche und Sichtweisen mitzuteilen (Meredith & Cuskelly, 2015). Ablenkungen hingegen sollen durch ruhige Räume vermieden werden (Gede et al., 2014; Powrie & Hemsley, 2015; Sturgess et al., 2002).

Evidenz aus verschiedenen Disziplinen bestätigt die Annahme, dass Kinder besser partizipieren, wenn sie sich in einem authentischen und bekannten Setting befinden, wenn möglich eingebettet in deren Routinen (Dunst & Raab, 2004; Noonan & McCormick, 2006; Spagnola & Fiese, 2007).

Betrachtet man die deutsch- und englischsprachige Studienlage im ergotherapeutischen Kontext gibt es lediglich wenige, ältere Studien, welche den Aspekt des Settings während der Durchführung eines Assessments mit erwachsenen Klient:innen erforschen. Hierbei legen die Resultate die Vermutung nahe, dass eine vertraute Umgebung sich positiv auf die Performanz bei der Assessmentdurchführung auswirkt (Darragh et al., 1998; Hoppes et al., 2003). Dabei beleuchtet keine Studie den Aspekt, welche Strategien von Therapeut:innen gezielt angewendet werden, um ein förderliches Setting zu schaffen.

Losgelöst vom ergotherapeutischen Kontext, beleuchtet Hoogestyn (2020) unterschiedliche Studien welche darauf hindeuten, dass die physische Umwelt dazu beitragen kann, eine Atmosphäre zu schaffen, welche die Kommunikation erleichtert. Wie in verschiedenen Quellen (Dawson et al., 2017; Okken et al., 2012, 2013; Powrie & Hemsley, 2015; Shamsul et al., 2013) verdeutlicht wird, hat die physische Gestaltung des Settings einen Einfluss auf die Bereitschaft

einer Person, Informationen zu teilen sowie auf das Wohlbefinden und das Aufmerksamkeitslevel.

Delfos (2015) empfiehlt, für Kinder sollte eine Möglichkeit zum Spannungsabbau durch Bewegung während einem Interview bestehen (Delfos, 2015). Steiner und Berg (2016) regen an, Gegenstände bereitzulegen, an welchen Kinder beim Reden herumspielen können. Weiter wird beschrieben, dass die Platzierung von Therapeut:in und Kind auf gleicher räumlicher Ebene von Bedeutung für einen Austausch auf Augenhöhe ist (Delfos, 2015; Gede et al., 2014).

Bezüglich der sozialen Umwelt empfehlen Gede et. al (2014) die Durchführung des COPM mit dem Kind allein. Anwesende Bezugspersonen können sich beeinflussend auf das Kind auswirken und es auch für den/die Therapeut:in erschweren, dem Kind volles Gehör zu schenken. Vogt (2016) hingegen empfiehlt dem Kind zu Beginn die Wahl zu lassen, ob das Gespräch mit oder ohne Bezugsperson stattfinden soll.

Auch der zeitliche Rahmen, in welchem das Interview eingebettet ist, stellt ebenso einen Aspekt des Settings dar. Delfos (2015) und Trautmann (2010) betonen die Wichtigkeit, ausreichend Zeit für ein Gespräch einzuplanen, um Interpretationen oder der Beschleunigung des Gesprächstempos, vorzubeugen. Vorzugsweise gilt es bei zeitlichen Engpässen einen zweiten Gesprächstermin zu vereinbaren (Trautmann, 2010).

8.4 Material

Neben der Kommunikation, der Haltung des/der Ergotherapeut:in und der Gestaltung eines unterstützenden Settings, wird zudem Material eingesetzt, um Kinder in gemeinsamen Interviews zu unterstützen.

Kinder im Alter zwischen sechs und zehn Jahren lernen Lesen und Schreiben. Die entstehende Fähigkeit zur Abstraktion, führt zu einer einschneidenden Veränderung in der Art zu Denken und der Perspektive auf die Welt. Für Kinder ist es besonders wichtig, sich nonverbal ausdrücken zu können. Hierzu zählt auch der Einsatz von Material, das die Kommunikation in beide Richtungen unterstützt. (Delfos, 2015)

Entsprechend sollte man Kindern die Möglichkeiten geben, sich nicht nur durch Körpersprache, sondern auch Materialien wie beispielsweise Gegenstände oder Zeichnungen mitzuteilen, wie auch MacDonald (2009) beschreibt. Visuelle Methoden können ebenso die Herausforderungen für die interviewführende Person mit Kindern abmildern (McCloy et al., 2016).

Die Art der Anpassung oder Unterstützung durch Materialien sollte dabei am Entwicklungsstand des Kindes bemessen sein. Die Fähigkeit sich selbst einzuschätzen und Ziele zu formulieren, verlangt ein gewisses Abstraktionslevel, das die meisten Kinder nicht vor ihrem achten oder neunten Lebensjahr erreichen (Rodger & Kennedy-Behr, 2017). Dies macht den Einsatz von Visualisierung von sprachlichen Inhalten notwendig, welche eine förderliche Komponente im Sprachverstehen für Kinder darstellen können (Hachul & Schönauer-Schneider, 2012; Vogt, 2016). Kinder von acht bis zehn Jahren können mit Zusammenhängen und Symbolik experimentieren, was durch Materialien hervorragend zu nutzen ist (Delfos,

2015; Gede et al., 2014). Materialien haben den Vorteil, dass das Interesse von Kindern geweckt und aufrechterhalten wird sowie die verbale Sprache unterstützt wird (Sturgess et al., 2002). Zahlreiche weitere Autoren legen die Bedeutung der Unterstützung durch konkretes, grafisches bzw. visuelles Material in der Kommunikation von Kindern dar (Delfos, 2015; Hachul & Schönauer-Schneider, 2012; Harter & Pike, 1984; Krüger, 2006; Powrie & Hemsley, 2015; Steiner & Berg, 2016). Die Autor:innen benennen den Einsatz von Bildern, Zeichnungen, Piktogramme, bildhafte Skalen, Videos, Symbolen, Miniatur-Objekte, reale Gegenstände wie Spielzeug oder Darstellungen in schriftlicher Form.

Hervorzuheben gilt dabei die Bedeutung von Fotomaterial während Interviews mit Kindern. Ford et al. (2017) beleuchten in ihrer Studie die Vorgehensweise einer selbstständigen Fotoerhebung durch Kinder. Mit dieser methodologischen Vorgehensweise nahmen die Forschenden Einfluss auf das Maß der aktiven Beteiligung der Kinder. Durch das fotografische Darstellen der eigenen Erlebensperspektive, innerhalb gesetzter Rahmenbedingungen, wurden die Kinder empowert, das Interview über die klassische Rolle des/der Befragten hinaus mitzugestalten. Auch McCloy et al. (2015) unterstützen die Nutzung der Fotoerhebung durch Kinder, da so eine bedeutungsvolle und authentische Betrachtung des kindlichen Erlebens erfolgen kann.

Neben den Einsatz von Fotografien wird auch der Wert von Zeichnungen im Kontext von Interview mit Kindern deutlich: Konkrete Stimuli, wie z.B. Bilder, verbessern die Validität von Assessments bei jüngeren Kindern (Sturgess et al., 2002).

Der Einsatz diverser Objekte, künstlerische Ausdrucksformen, grafischer Symbole oder von „Rohmaterialien“ unterstützt die Kommunikation mit Kindern und stärkt sie darin, sich auszudrücken (Ahlskog-Björkman & Björklund, 2016; Steiner & Berg, 2016).

8.4.1 Die Nutzung von Materialien im Kontext des COPM mit Kindern

Bei der Durchführung des COPM (Gede et al., 2014) werden die Kinder durch konkretes Visualisierungsmaterial anhand von Symbolen bei den Skalierungen zur Bewertung von Wichtigkeit, Performanz und Zufriedenheit unterstützt.

Verkerk et al. (2021) zeigen in ihrer Studie auf, dass manche Kinder Schwierigkeiten bei der Skalierung von Ausführung und Zufriedenheit hatten. Die Autoren weisen darauf hin, dass diese Kinder von Symbolen profitieren könnten, welche die Bedeutung der Zahlen unterstreichen. Sie empfehlen außerdem bezüglich der Skalierung den Einsatz von Farben sowie eine Vereinfachung. (Verkerk et al., 2021)

2007 wurden die *Kids Activity Cards* (Büscher et al., 2007) veröffentlicht, welche die Durchführung des Interviews ergänzend unterstützen sollen. Darüber hinaus bietet sich jedoch auch die Möglichkeit mit selbst entwickelten Fotoserien zu arbeiten, da die auf den *Kids Activity Cards* dargestellte Lebenswelt nicht unbegrenzt übertragbar ist (Oetken, 2008). Townsend und Polatajko (2013) befassen sich ebenfalls mit der Unterstützung der Assessmentdurchführung durch Visualisierung: “We are learning that occupational narratives (Kirsh, 1996) and visual cues (Mandich et al., 2004) are promising methods to assist clients who may have difficulty using the COPM. Such methods warrant further investigation.” (Townsend & Polatajko, 2013, S. 291).

9. Beschreibung des hypothetischen Modells

Das vorliegende hypothetische Modell nach Gläser und Laudel (2010) zeigt die sechs miteinander in Beziehung stehenden Variablen, basierend auf dem theoretischen Hintergrund.

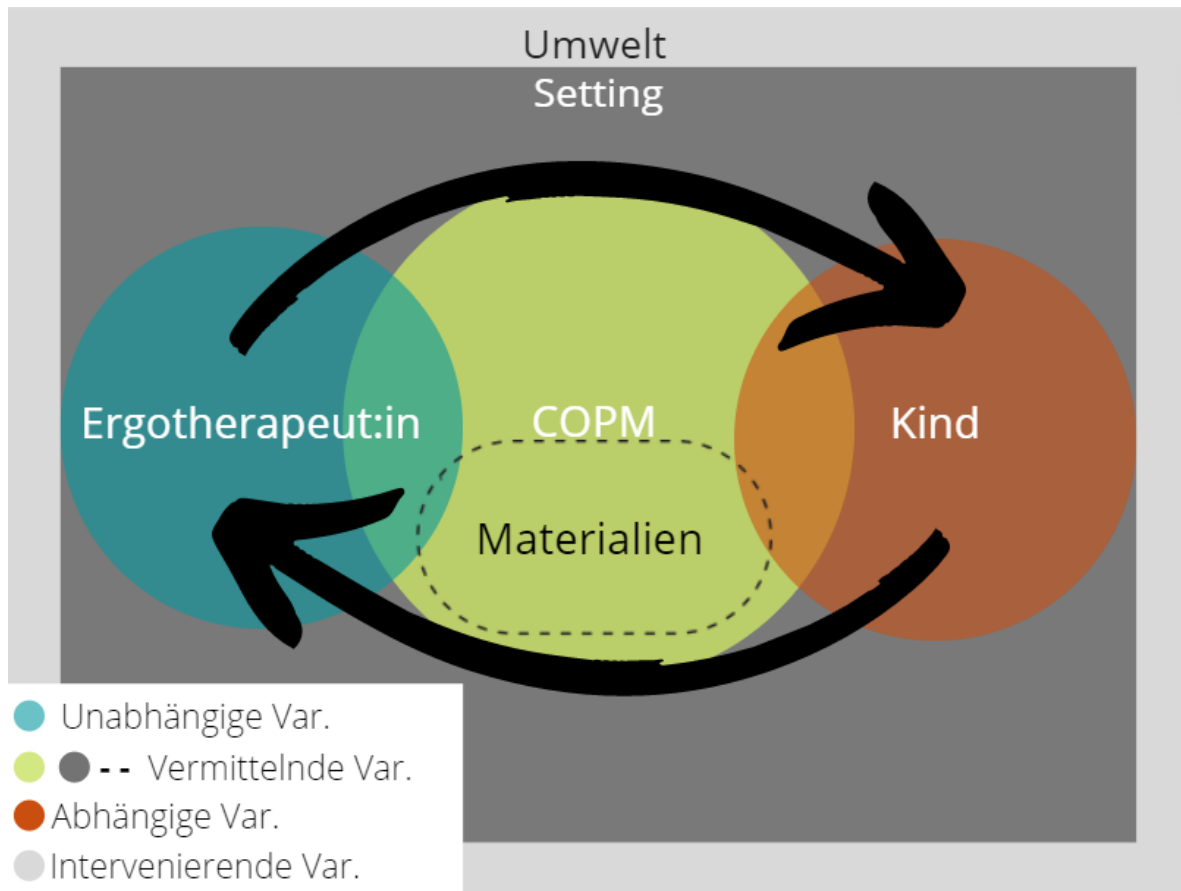


Abbildung 4: Hypothetisches Modell Version 1

In dieser Forschungsarbeit ist von zentralem Interesse, wie die unabhängige Variable *Ergotherapeut:in* die abhängige Variable *Kind* in der Durchführung des COPM durch den Einsatz der drei vermittelnden Variablen *COPM*, *Material* und *Setting* unterstützt bzw. beeinflusst. In diesem Prozess gehen Ergotherapeut:in und Kind über die vermittelnden Variablen in einen wechselseitigen, kommunikativen Austausch, welcher durch die Pfeile dargestellt wird.

Die intervenierende Variable *Umwelt* wird im Hintergrund dargestellt. Dies zeigt, dass die Umwelt den Kausalmechanismus beeinflusst und somit auch die abhängige Variable des Kindes. Aus diesem Grund muss die Umwelt bei der Untersuchung berücksichtigt werden, auch wenn das eigentliche Forschungsinteresse nicht der Umwelt gilt. (Gläser & Laudel, 2010)

Ergotherapeut:in und Kind sind horizontal auf einer Ebene und in gleichgroßen Kreisen dargestellt, um die partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu symbolisieren. Trotz dieser wechselseitigen Beziehung stellt der/die Ergotherapeut:in eine unabhängige Variable dar, da nur dessen Wirkung auf andere Variablen von Interesse ist, also die Rolle als Ursache. Folgerichtig stellt das Kind die abhängige Variable dar, da nur von Interesse ist, wodurch das Kind beeinflusst wird, während die Wirkung auf andere Variablen vernachlässigt wird. (Gläser & Laudel, 2010)

Die folgenden Variablen beschreiben die Vermittlungsprozesse (Gläser & Laudel, 2010):

Die Variable COPM liegt als Forschungsinteresse im Zentrum des Modells und stellt den größten Kreis dar. Als vermittelnde Variable setzt der/die Ergotherapeut:in das COPM ein, um Betätigungsbedürfnisse zu erheben und diese hinsichtlich Zufriedenheit, Performanz und Ausführung zu skalieren. Dabei handelt es sich um einen wechselseitigen Austausch in Form eines kreisförmig verlaufenden kommunikativen Prozesses, welcher durch die kreisförmig positionierten Kreise ebenso wie durch die Überlappung der drei Kreise dargestellt wird.

Die gestrichelte Linie der Variable Material zeigt, dass dieses eng in die Durchführung des COPM eingebunden ist und nicht losgelöst davon zu betrachten ist. Das Material ist in das COPM eingebettet, überschneidet sich jedoch auch mit Ergotherapeut:in und Kind, da diese, wie die Pfeile zeigen, über das Material in Austausch über die Erhebung der Betätigungsbedürfnisse sowie die Skalierung treten.

Die für die Durchführung des COPM relevanten Aspekte der Umwelt werden in Form des Settings dargestellt. Dieses liegt in Anlehnung an die Umwelt ebenfalls im Hintergrund dargestellt, hebt sich durch die farbliche Veränderung jedoch ab.

III Methode

10 Studiendesign

Das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit liegt in der Unterstützung, welche Ergotherapeut:innen Kindern bei der Durchführung des COPM entgegenbringen. Die Schwerpunkte liegen hierbei auf der Unterstützung durch eingesetztes Material, die Gestaltung des Settings sowie der Einsatz von Kommunikation. Die konkrete Forschungsfrage lautet:

Wie unterstützen erfahrene Ergotherapeut:innen Kinder zwischen sechs und zehn Jahren in der Durchführung des *COPM mit Kindern* (Gede et al., 2014) bestmöglich bei der Erhebung von Betätigungsbedürfnissen sowie deren Skalierung hinsichtlich Wichtigkeit, Performanz und Zufriedenheit in der Evaluationsphase, sowie der erneuten Skalierung in der Outcomephase?

Entsprechend der Forschungsfrage wurden die folgenden Leitfragen aufgestellt:

1. Wie gestalten erfahrene Ergotherapeut:innen das Setting bei der Durchführung des *COPM mit Kindern*?
2. Wie gestalten erfahrende Ergotherapeut:innen die Kommunikation mit Kindern bei der Durchführung des *COPM mit Kindern*?
3. Wie nutzen erfahrene Ergotherapeut:innen Material, um Kinder bei der Erhebung und Skalierung der Betätigungsbedürfnisse zu unterstützen?

Die genannten Fragen werden qualitativ beantwortet, da die Absicht der Forschungsarbeit das Erfassen des subjektiven Erlebens von Ergotherapeut:innen in der Umsetzung des *COPM mit Kindern* darstellt. Als Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung steht soziales Handeln im Mittelpunkt. Dieses „Handeln soll in seinem Ablauf und in seinen Wirkungen ursächlich“ erklärt werden, um dieses Handeln im Anschluss „deutend zu verstehen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 24). Auftrag qualitativer Forschung stellt das Rekonstruieren von Sinn und Sichtweisen mit der Absicht des Verstehens dar (Helfferich, 2011), womit auf das Entwickeln von Hypothesen und Theorien abgezielt wird (Döring & Bortz, 2016). Qualitative Methoden stellen eine angemessene Herangehensweise für die Interpretation menschlichen Handelns dar (Gläser & Laudel, 2010). Offenheit ist im Vorgehen dabei ein zentrales Grundprinzip qualitativer Forschung (Helfferich, 2011). In der Datenerhebung zur vorliegenden Forschung erfordert dies vor allem, den Expert:innen im Interview den nötigen Raum zu geben, Erlebtes zu rekonstruieren, zu reflektieren und dabei subjektiven Gedankengängen zu folgen, ohne zu sehr durch die Forscherinnen beschränkt zu sein. Durch das freie Erzählen und das Beschreiben des Erlebten wird das ganzheitliche Untersuchen lebensweltlicher Phänomene möglich (Döring & Bortz, 2016; Ritschl et al., 2016). Dabei wird auch der Fokus auf der detaillierten Betrachtung weniger Fälle deutlich, welcher typisch in der qualitativen Forschung ist (Döring & Bortz, 2016).

Zur Strukturierung und Konkretisierung des Designs wählen die Forscherinnen das Vorgehen nach Gläser und Laudel (2010). Bei der Beantwortung der oben genannten Forschungsfrage ist das ursächliche Erklären sozialen Handelns notwendig und somit das Ziel der Forschung.

Hierzu müssen die Faktoren ergründet werden, die dieses “Handeln mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit hervorbringen, und – zweitens zeigen können, wie die gefundenen Faktoren das Resultat erzeugen” (Gläser & Laudel, 2010, S. 25). Die Erfassung dieser Kausalzusammenhänge stellt die zentrale Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) dar.

Im Rahmen der mechanismusorientierten Untersuchung erstellen die Forscherinnen das hypothetische Modell (vgl. 9). Hierbei werden die theoretischen Vorüberlegungen auf die interessierenden Ursachen und Effekte sowie intervenierenden Einflüsse und Kausalmechanismen übertragen und grafisch dargestellt. So wird visualisiert, welche Variablen, bezogen auf das Forschungsinteresse aufeinander wirken. Die Entwicklung der Forschungsfrage sowie der Leitfragen erfolgt parallel zu den theoretischen Vorüberlegungen, welche dem Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens entsprechen. (Gläser & Laudel, 2010)

Da der Forschungsgegenstand sich aus einzelnen Themen zusammensetzt, welche für sich bereits erforscht sind, stellt dieser Teil der vorliegenden Arbeit die deduktive Komponente dar (vgl. 8). Die Aspekte des Gegenstandsbereichs miteinander in Kontext gesetzt (vgl. 9), sind noch unerforscht, sodass die Forschungsarbeit zudem auf Theoriebildung abzielt und somit ebenso eine induktive Komponente aufweist.

10.1 Gütekriterien qualitativer Inhaltsanalyse

Nach Gläser und Laudel (2010) erfordert die Extraktion durch mehrere Personen besondere methodische Vorbereitungen. Ein gewisses Maß an *Interkoder-Reliabilität* wird durch die Übereinstimmung über die Sachverhalte der Auswertungskategorien erreicht, da diese vor der Extraktion gemeinsam erstellt und ausführlich diskutiert werden. Des Weiteren werden nach der Extraktion eines Interviews die Extraktionsergebnisse abgeglichen und gemeinsam diskutiert. Dies ermöglicht ein gemeinsames Verständnis von der Anwendung des Suchrasters sowie eine Erweiterung der Extraktionsregeln. Interpretationen, welche durch die Extraktion unterschiedlicher Forscherinnen voneinander abweichen, sind bereichernd, da deren Diskussion die Vielfalt möglicher Bedeutungen der Texte schärft. (Gläser & Laudel, 2010)

Dies entspricht der von Mayring (2015) beschriebenen *kommunikativen Validierung*.

Die *Authentizität*, also die „Authentische Beschreibung der Wahrnehmung und Gefühle der Studienteilnehmenden“ (Ritschl et al., 2016, S. 128) wird durch die genaue Beschreibung der Vorgehensweise in der Studie gewährleistet.

Die *Glaubwürdigkeit*, welche sich durch die „Korrektheit der Ergebnisse aus Sicht der Studienteilnehmenden“ (Ritschl et al., 2016, S. 128) auszeichnet, wird in der vorliegenden Forschungsarbeit durch die Forscherinnentriangulation sowie durch die Überprüfung durch Studienteilnehmende bzw. das Member-Checking sichergestellt. Die Forscherinnentriangulation wird durch die Datenanalyse durch beide Forscherinnen mit anschließender Diskussion der Analyse und der Ergebnisse sichergestellt. Das Member-Checking geschieht durch die Möglichkeit der Kontrolle und Anpassung der Transkripte durch die Teilnehmenden.

Nachvollziehbarkeit, also die „Gewissheit, dass die Daten den Antworten der Studienteilnehmenden entsprechen“ (Ritschl et al., 2016, S. 128), sowie die *intersubjektive Reproduzierbarkeit*, entstehen durch die Triangulationen, die Darstellung des sich

verändernden Codesystems nach jedem Interpretationsschritt sowie durch das stringente Mitführen der Quellen bei der Aufbereitung, Auswertung und Darstellung der Resultate. Die Möglichkeit, die Studienergebnisse auf andere Situationen oder Personen zu übertragen (*Übertragbarkeit*), erhöht sich durch die genaue Beschreibung der Vorgehensweise in der Studie. (Gläser & Laudel, 2010; Ritschl et al., 2016 nach Cope, 2014 und Lincoln und Guba, 1985)

Das systematische und schrittweise Vorgehen bei der Auswertung der qualitativen Daten nach Gläser und Laudel (2010) ermöglicht es, die Interpretationsschritte und deren Konsequenzen für die Untersuchung aufzuzeigen, die in die Auswertung eingehen und somit die *Reproduzierbarkeit* in der vorliegenden Arbeit zu erhöhen.

11 Stichprobenziehung

11.1 Expertise

Die Forscherinnen haben zwingend erforderliche sowie bevorzugte Kriterien erster und zweiter Priorität für die Auswahl der Teilnehmenden bestimmt. Bevorzugte Kriterien erster Priorität (vgl. Tabelle 1) spiegeln besonders eine relevante Expertise für die Beantwortung der Forschungsfrage wieder. Wie in Tabelle 1 zu sehen, ergeben sich die folgenden Kriterien:

Tabelle 1: Einschlusskriterien

Zwingende Kriterien	Bevorzugte Kriterien, Priorität 1	Bevorzugte Kriterien, Priorität 2
Mindestens drei Jahre Berufserfahrung Pädiatrie		Mindestens vier Jahre Berufserfahrung Pädiatrie
Mindestens sechs Mal jährlich Durchführung des COPM	Mindestens zehn Mal jährlich Durchführung des COPM	
Intensive Auseinandersetzung mit Gesprächsführung	Intensive Auseinandersetzung spezifisch angegeben	
COPM Nutzung in Outcomephase <i>manchmal</i>		COPM Nutzung in Outcomephase <i>immer</i>

Für die Datenerhebung der Studie sind Interviews mit sechs Expert:innen geplant, da die hohen Einschlusskriterien die Vermutung nahelegen, dass ausschließlich eine kleine Population den hohen Kriterien entspricht.

Wie Tabelle 2 zeigt, ergeben sich aus den Kriterien verschiedene Cluster von Expert:innen, welche eine Bevorzugung der geeignetsten Interessierten bei der Auswahl als Teilnehmende erleichtert.

Tabelle 2: Cluster potenzieller Teilnehmer:innen

Cluster	Zu erfüllende Kriterien
Cluster 1 	Zwingende Kriterien erfüllt, Priorität 1 und 2 bevorzugte Kriterien vollständig erfüllt
Cluster 2 	Zwingende Kriterien erfüllt, Priorität 1 bevorzugte Kriterien vollständig erfüllt
Cluster 3 	Zwingende Kriterien erfüllt, Priorität 1 bevorzugte Kriterien teilweise erfüllt
Cluster 4 	Zwingende Kriterien nicht vollständig erfüllt

11.2 Akquise

Das Sampling findet durch Selbstaktivierung statt, um die Freiwilligkeit der Teilnahme sicherzustellen und eine hohe Motivation für die Teilnahme zu erreichen. (Reinders, 2005). Ein digitaler Flyer (vgl. Anhang 3) gibt einen Überblick über das Thema der Studie, informiert sowohl über erforderliche Kriterien für die Teilnahme an der Studie als auch über den zeitlichen Ablauf.

Der Flyer wird durch Social Media Postings in unterschiedlichen Plattformen (Facebook, Instagram) sowie über E-Mail-Verteiler (DVE-Fachausschüsse, Fortbildungsinstitute) und Bekannte verbreitet, um möglichst viele Personen der Zielgruppe zu erreichen.

Die Auswahl findet über ein Umfrage-Tool (<https://www.survio.com/de/>) statt. Interessierte erreichen diese digital über einen Link auf dem Flyer, welchem zudem zu entnehmen ist, dass die Umfrage für 14 Tage zur Verfügung steht. Die Umfrage erfragt die für die Teilnahme relevanten Kriterien (vgl. Tab. 1) und bietet die Möglichkeit die E-Mail-Adresse für die Kontaktaufnahme zu hinterlassen (vgl. Anhang 4).

Die individuellen Antworten wurden zunächst tabellarisch dargestellt (vgl. Anhang 5). Die Auswahl der Teilnehmenden fand in Anlehnung an eine Cluster-Stichprobe statt (Schaffer, 2014). Nach farblicher Einteilung der Teilnehmenden in Cluster (vgl. Anhang 5) erfolgte die Auswahl potenzieller Teilnehmender, wie in Tabelle 3 dargestellt. Hierzu erhielt *Cluster 1* in vollem Umfang eine Zusage. Interessierte der Cluster 2 und 3 wurden per Losverfahren ausgewählt, wobei Cluster 2 bevorzugt zur Teilnahme eingeladen wurde. Eine interessierte Person aus Cluster 2 wurde als Pilot:in ausgelost.

Tabelle 3: Auswertung - Cluster und Auswahl der potenziellen Teilnehmenden

Anzahl	Cluster	zu erfüllende Kriterien	Auswahl durch
4 Pers.	Cluster 1 	Zwingende K. erfüllt, Prio. 1 und 2 bevorzugte K. vollständig erfüllt	direkte Zusage
5 Pers.	Cluster 2 	Zwingende K. erfüllt, Prio. 1 bevorzugte K. vollständig erfüllt	1. Losverfahren
9 Pers.	Cluster 3 	Zwingende K. erfüllt, Prio. 1 bevorzugte K. teilweise erfüllt	2. Losverfahren
15 Pers.	Cluster 4 	Zwingende K. nicht vollständig erfüllt	Absage

12 Forschungsvorgehen

12.1 Zeitlicher Ablauf

Wie in Abbildung 6 zu sehen, sind verschiedene Schritte der Forschungsdurchführung parallel zueinander verlaufen. Im Folgenden wird konkret auf die einzelnen Durchführungsschritte eingegangen, beginnend mit der Vorbereitung der Datenerhebung.

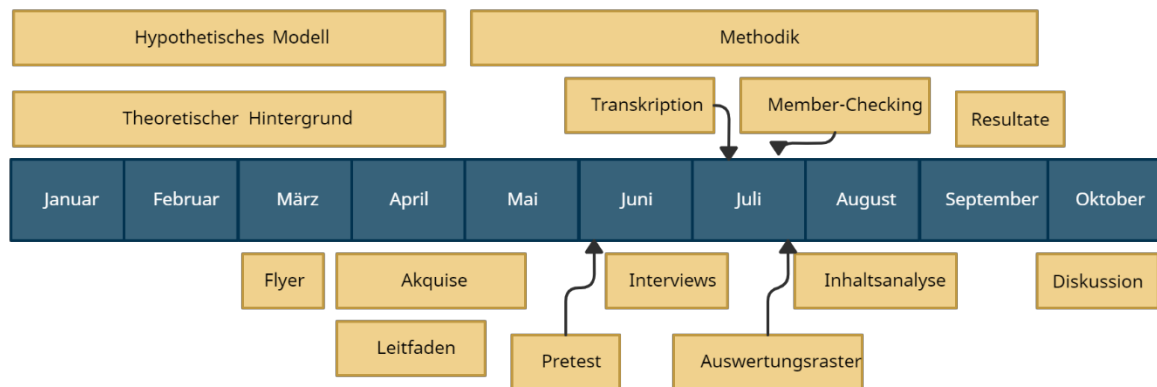


Abbildung 5: Zeitlicher Ablauf

12.2 Vorbereitung der Datenerhebung

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden Expert:inneninterviews eingesetzt. Expert:innen dienen hierbei als Medium zum Rekonstruieren sozialer Situationen oder Prozesse, wodurch den Forscherinnen das Wissen über den Sachverhalt, welcher von Interesse ist, zugänglich wird. Sie haben eine besondere Stellung im sozialen Kontext der Durchführung des COPM. (Gläser & Laudel, 2010; Helfferich, 2014)

Teil der Expert:inneninterviews sollte auch das Besprechen von eigenen Fotografien des Settings bei der Durchführung des COPM sowie des genutzten Materials sein. Die Fotografien sollten der Unterstützung der Expertise der Teilnehmenden sowie der Gesprächsführung im Interview dienen. Eine gesonderte Auswertung oder Analyse der Fotografien ist kein Teil der Forschungsarbeit, sondern sollte ausschließlich über die Transkription des Gesprochenen im Rahmen des Interviews erfolgen. Einige Wochen vor der geplanten Durchführung der Interviews wurden die Teilnehmenden telefonisch kontaktiert (vgl. Anhang 6).

Die geplante Durchführung der Interviews fand in Kalenderwoche 25 bis Kalenderwoche 27 2021 per Videocall statt, um relevanten Bestimmungen aufgrund der COVID-19 Pandemie gerecht zu werden. Dieser fand durch beide Forscherinnen gemeinsam statt. Vorteilhaft ist hierbei, dass die beiden Interviewenden unterschiedliche Perspektiven auf die Interviews gewinnen konnten, welche in die Auswertung einfließen können. Zudem ermöglichte erst die Teilnahme beider Forschenden eine „Triangulation des Erhebungsinstrumentes“, welche eine methodische Kontrolle des Erhebungsprozesses darstellt (Gläser & Laudel, 2010, S. 154).

Die Teilnahme beider Forscherinnen begünstigte einen positiven Verlauf des Interviews durch die Aufteilung von Aufgaben bezüglich der Interviewführung, der Überwachung der Technik und des Interviewleitfadens.

Auch wenn die Vorteile hier klar überwiegen, gilt bei dieser Vorgehensweise jedoch zu bedenken, dass die Anwesenheit beider Forscherinnen die Interviewsituation negativ

beeinflussen kann, da Teilnehmende durch einen zweiten Zuschauer womöglich in ihren Antworten gehemmt sein könnten (Gläser & Laudel, 2010).

12.3 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 4 ist das Erfahrungsprofil der Teilnehmenden zu entnehmen. Aufgrund der kurzfristigen Absage einer teilnehmenden Person reduzierte sich die Stichprobe auf fünf Teilnehmende.

Tabelle 4: Sampling

TN	Nr.	Berufs- erfahrung	COPM jährlich	Intensive Auseinanders.	Art der Auseinandersetzung	Outcome- phase
TN1	23	Mehr als 4 Jahre	Mehr als 10x	Ja	Fortbildung, Fachliteratur, NLP- Master	Ja, immer
TN2	19	Mehr als 4 Jahre	Mehr als 10x	Ja	Fortbildungen (PÄD- Ergo, Du und Ich- Konzept, Coaching), Fachliteratur, Hausarbeit zum Thema	Manchmal
TN3	11	Mehr als 4 Jahre	Mehr als 10x	Ja	Fortbildungen (Gesprächsführung, SI)	Ja, immer
TN4	2	Mehr als 4 Jahre	Mehr als 10x	Ja	COPM, COSA und Foto-Interview, Auseinandersetzung mit Kommunikation	Ja, immer
TN5	17	Mehr als 4 Jahre	Mehr als 10x	Ja	Literatur zu lösungsfokussierter Gesprächsführung, Literatur und Videos zu gewaltfreier Kommunikation	Manchmal

Alle Teilnehmenden unterschreiben die informierte Einwilligung nachdem sie die Möglichkeit hatten Fragen zu stellen und über die Speicherung der Daten informiert wurden (vgl. Anhang 7).

12.4 Leitfadenentwicklung

Der Interviewleitfaden strukturiert das Interview durch eine systematisch angewandte Vorgabe zur Gestaltung des Ablaufs des Interviews. Die Auswahl der Interviewform ist hierbei auf das Leitfadeninterview (nichtstandardisierte Interviews) gefallen. Dieses ermöglicht durch den Leitfaden eine Vereinheitlichung der Fragen, die gestellt werden müssen, wobei die genaue Formulierung sowie die Reihenfolge variieren können. Ebenso hat diese Interviewart den Vorteil, dem Gesprächsfluss des/der Expert:in zu folgen. (Gläser & Laudel, 2010; Helfferich, 2014)

Die Entwicklung des Interviewleitfadens fand in Anlehnung an Helfferich statt (2014). Dieser wurde durch beide Forscherinnen entwickelt und diskutiert. Dieser (vgl. Anhang 8) beinhaltet neben einer Einführung in das Gespräch, explizit vorformulierte Fragestellungen sowie ergänzende, optionale Erzählimpulse bzw. Stichpunkte für freiformulierbare Nachfragen. (Gläser & Laudel, 2010; Helfferich, 2014)

“Wie steigst du in das Gespräch ein?”

“Wie machst du dem Kind deutlich, worum es geht?”

“Was hast du dabei als hilfreich erlebt?”

Der/die Pilot:in hat mehr als vier Jahre pädiatrische Berufserfahrung, führt das COPM häufiger als zehn Mal jährlich mit Kindern durch und hat sich durch Fortbildungen zur Kommunikation mit Kindern auseinandergesetzt. Darüber hinaus nutzt die Person das COPM manchmal zur Outcome Messung. Die Pilotierung erfolgte entsprechend der geplanten Durchführung der Interviews (vgl. 11.2), gefolgt von einer mündlichen Evaluation des Interviewleitfadens. In der Anpassung des Interviewleitfadens fanden Anmerkungen des/der Pilot:in als auch eigene Notizen der Forscherinnen Betrachtung, welche die im folgenden genannten Änderungen ergaben. Nach der Pilotierung wurde der Leitfaden durch eine ausführliche Einleitung ergänzt, welche das Ziel der Studie klärt und einen strukturellen Überblick über das Interviews verschafft. Zudem fand eine leichte Abänderung der Struktur statt. Zunächst werden unterstützende Aspekte des Settings erfragt, um anschließend das Interview an der Struktur des Ablaufs eines COPMs zu orientieren. Die angesprochenen Schritte in der Erhebung sind „Gesprächseinstieg in das Interview“, „Erhebung der Betätigungsbedürfnisse“, „Skalierung“ sowie „Outcome Messung“. Bei jedem der genannten Schritte werden unterstützende Faktoren, der Einsatz von Material und der Umgang mit Herausforderungen angesprochen. Zudem wurde die Frage nach einer unterstützenden Haltung während der Durchführung durch Beispiele konkretisiert. Zum Abschluss des Interviews wird der Umgang mit herausforderndem Verhalten von Kindern bei der Durchführung sowie der unterstützende Einsatz nonverbaler Kommunikation abgefragt.

12.5 Durchführung der Datenerhebung

Die geplante Videoaufzeichnung der Interviews erfolgte durch die Aufzeichnungsfunktion der Plattform *Microsoft Teams* (Microsoft Corporation, o. J.), über welche auch der Video Call geführt wurde. Anders als geplant, wurde ein Interview aus organisatorischen Gründen nur mit einer Forscherin durchgeführt.

Im Anschluss erfolgte die Transkription mit Softwareunterstützung (Happy Scribe Ltd., o. J.) in Anlehnung an Dresing und Pehl (2018), welche die Kontrolle und Korrektur durch eine der Forscherinnen erforderte.

12.6 Forschungsethische Aspekte

Die Autonomie, das Wohltun, Nicht-Schaden, Abwägen von Risiko und Nutzen sowie die Gerechtigkeit stellen die zentralen forschungsethischen Aspekte dar.

Die Autonomie wurde durch die Aufklärung mithilfe verständlicher Informationen sowie der Einwilligung der Teilnehmenden gewährleistet. Zudem wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme sichergestellt.

Im Sinne des Wohltuns verpflichteten sich die Forscherinnen für das Wohl der Teilnehmenden Sorge zu tragen. Dies geschah durch einen achtsamen und empathischen Umgang unter Beachtung des Wohlbefindens während des Interviews sowie im wertschätzenden Umgang bei der Kommunikation mit den Teilnehmenden. Darüber hinaus wurde sichergestellt, dass die Teilnehmenden einen Nutzen aus der Studienteilnahme ziehen können, indem ihnen die Übermittlung der Forschungsergebnisse zugesichert wurde.

Die Vermeidung von Schäden bzw. das Nicht-Schaden wurde einerseits durch das Schützen der Daten gewährleistet, andererseits auch durch die Datenerhebungsform, bei welcher ausschließlich wenig sensible Inhalte besprochen wurden. Zudem wurde die Vermeidung von Schäden durch eine Nutzen-Risiko-Abwägung gewährleistet. Nach dieser Abwägung ist das Risiko für die Teilnehmenden, abgesehen von dem Einsatz zeitlicher Ressourcen, äußerst gering. Demgegenüber wurde der Nutzen für die anschließende Anpassung des Assessment-Handbuchs als sehr hoch eingeschätzt.

Mit Gerechtigkeit ist hier die Lasten-Risiko-Verteilung von Studien sowie die Möglichkeit gemeint, dass alle Menschen einer Gesellschaft im gleichen Maße von einem medizinischen Fortschritt profitieren können. Da die Forschungsarbeit kein Forschungsinteresse begrenzter Ressourcen bedient, sondern die Ergebnisse von allen Interessierten genutzt werden können, besteht kein Risiko der ungerechten Verteilung. (Gläser & Laudel, 2010; Reichel et al., 2009a, 2009b; Ritschl et al., 2016 nach Druml, 2010)

Ein weiterer forschungsethischer Aspekt stellt die Anonymität bzw. der Datenschutz der Teilnehmenden dar. Sowohl die primären als auch sekundären Identifikationsmerkmale der Teilnehmenden wurden anonymisieren, sodass durch die Kombination verschiedener Merkmale eine Identifikation von Personen ausgeschlossen ist. (Ritschl et al., 2016)

13 Vorgehen der Datenanalyse

Der Ablauf der Auswertung der Ergebnisse erfolgte entsprechend Abbildung 7 in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser Laudel (2010).

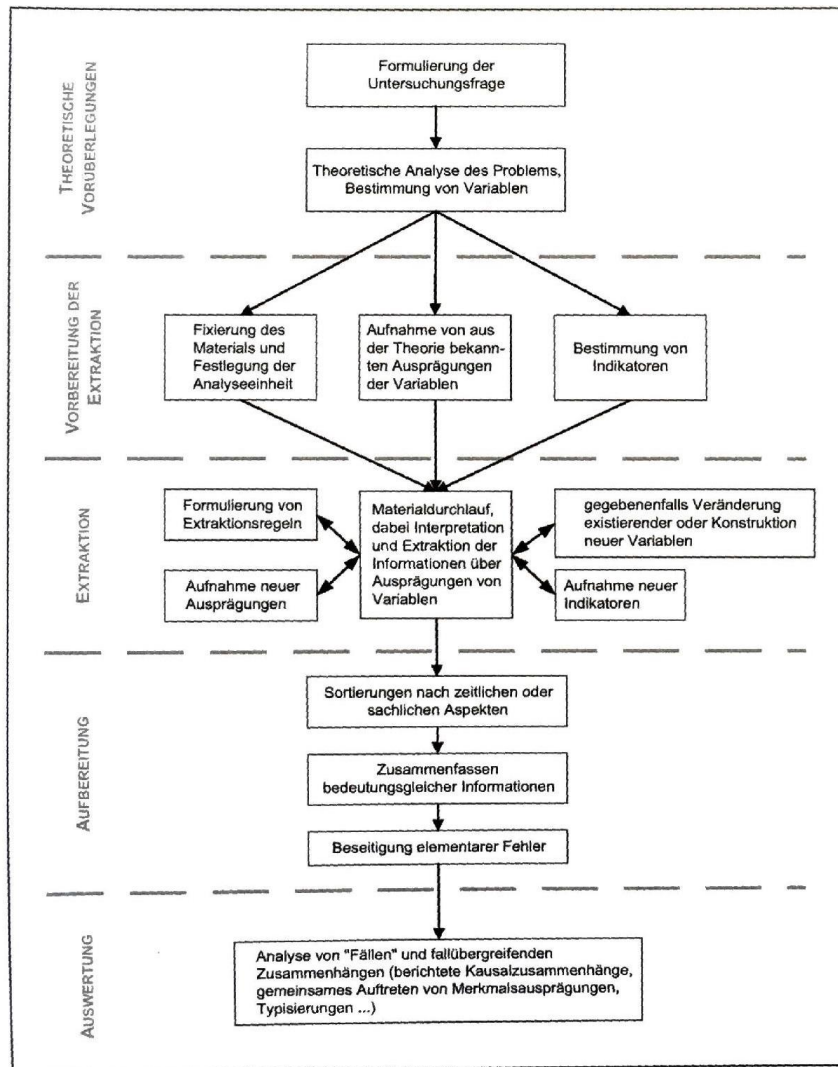


Abbildung 6: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse (Gläser & Laudel, 2010)

13.1 Vorbereitung der Extraktion

Zur inhaltlichen Vorbereitung der Extraktion legten die Forscherinnen die *Definitionen und Dimensionen der Variablen des hypothetischen Modells* (vgl. Anhang 9) dem Auswertungsraster zugrunde. Anhand gesammelter Erkenntnisse aus dem Prozess der Datenerhebung überprüften die Forscherinnen die Inhalte anhand von Reflexionsfragen nach Gläser und Laudel (2010). Zur Konstruktion des Auswertungsrasters (vgl. Anhang 10) wurden erweiternde Anpassungen vorgenommen, welche der Konstruktion oder Anpassung einzelner Sach- und Zeitdimensionen dienen. Ebenso wurden Definitionen erweitert, um die empirische Abgrenzung der interessierenden Phänomene zu ermöglichen. Darüber hinaus wurden die Indikatoren anhand gewonnenen Wissens ergänzt. Im Zuge der Konstruktion des Auswertungsrasters entstanden Kausaldimensionen als Erweiterung der einzelnen Variablen. Entsprechend der Funktion der ursprünglichen Variablen wurden die vermittelnden Variablen

COPM, *Material* und *Setting* durch jeweils eine Ursachen- und Wirkungsdimension ergänzt. Die abhängige Variable *Kind* fand Ergänzung durch eine Ursachendimension, wohingegen die unabhängige Variable *erfahrene Ergotherapeut:in* um eine Wirkungsvariable erweitert wurde. (Gläser & Laudel, 2010)

Wie exemplarisch in Tabelle 5 nachzuvollziehen, wurden in der Variable *Material* zur Vorbereitung der Extraktion die zwei Sachdimensionen *Intention der Nutzung des Materials* sowie *Vorgenommene Anpassungen der COPM-Materialien*, basierend auf den Erkenntnissen der Erhebung, hinzugefügt.

Tabelle 5: Entwicklung zur Vorbereitung der Extraktion

	Vor Vorbereitung der Extraktion	Nach Vorbereitung der Extraktion
Material	• Gegenstand/Inhalt des Materials • Art und Weise der Nutzung des Materials	• Gegenstand Inhalt des Materials • Art und Weise der Nutzung des Materials • Intention der Nutzung des Materials • Vorgenommene Anpassungen der COPM-Materialien

13.2 Extraktion

Unter Nutzung des entstandenen Auswertungsrasters führten beide Forscherinnen als Grundlage für die folgende Triangulation die Extraktion eines Interviews anhand der Software F4 (Dr. Dresing & Pehl GmbH, 2021) durch.

Hierbei stellt das Auswertungsraster die Grundlage des Codiersystems der Software dar. Dieses ist jedoch gleichzeitig als zu erweiterndes Konstrukt zu verstehen, welches es ermöglicht, flexibel entsprechend des Datenmaterials zu codieren. Das Extrahieren von Informationen erfolgte durch das Prüfen eines Absatzes im Transkript (vgl. Anhang 11) auf relevanten Inhalt und die anschließende Zuordnung zu der entsprechenden Dimension einer Variable. Zudem fand die fortwährende Ergänzung der Extraktionsregeln statt (vgl. Anhang 12). Durch diese konnte die Codierung von Textstellen, welche mehreren Sachdimensionen oder Variablen zugeordnet werden könnten, klar und einheitlich bestimmt werden. (Gläser & Laudel, 2010)

Tabelle 6 zeigt exemplarisch wie dabei die entsprechende Variable, zu welcher die Kausalität besteht, als Memo beschrieben ist.

Tabelle 6: exemplarische Darstellung der Codierung von Kausalketten

Textmaterial	Codierung
„Ich sag denen dann Ne', ich erzähl so ein bisschen vom Interview, was so ein Interview bedeutet und ob es da schon mal Fernsehen gesehen hat.“ (TN4, Absatz 88)	COPM – Einstieg Erhebung
„Und dann finden Sie es direkt total toll. Wow ein Interview, ich werde interviewt. Ja, das macht so den Einstieg immer so hab ich es letztens letzte Woche noch erlebt so ein bisschen lockerer.“ (TN4, Absatz 88)	COPM – Wirkungsdimension (Memo: Kind personenbezogene Faktoren)

Im Laufe der Extraktion wurde deutlich, dass sich die Variable *Kind* und *Ergotherapeut:in* gegenseitig bedingen (vgl. 17.1). Das Kind hat mit seinem Verhalten einen Einfluss auf die von dem/der Ergotherapeut:in ausgewählte Unterstützung in der Durchführung. Somit wird das Kind neben seiner Funktion als abhängige Variable ebenso zur unabhängigen Variable, je nach betrachteter Situation. So wird der/die Ergotherapeut:in neben der Funktion als unabhängigen Variable, je nach Situation, zur abhängigen Variable. Entsprechend findet sich im Auswertungsraster bei beiden Variablen sowohl eine Wirkungsdimension als auch eine Ursachendimension (Gläser und Laudel, 2010).

Im Zuge dessen wurden Kausalitäten durch das Codieren von Kausalketten als Ursachen-, Sach- und Wirkungsdimensionen erfasst. Nach Abschluss der Extraktion des ersten Interviews fand die Triangulation statt. Beide Forscherinnen prüften und diskutierten abweichend codierte Textstellen bis zum vollständigen Konsens. Dabei wurden bestehende Extraktionsregeln überarbeitet und neue hinzugefügt.

Im Anschluss daran erfolgte die Extraktion der übrigen Interviews durch jeweils eine forschende Person. Nach Abschluss dieses Schrittes fand eine Überprüfung der Codierung durch die jeweils andere Forscherin statt, gefolgt von gemeinsamer Diskussion bei eventuell abweichender Einschätzung bezüglich der Codierung. Nach Abschluss der Triangulation, fand die Aufbereitung und Auswertung der Daten statt.

13.3 Aufbereitung und Auswertung der Daten

Die Aufbereitung ist nicht gänzlich von der Auswertung der Daten zu trennen, sodass diese parallel stattfinden (Gläser & Laudel, 2010).

Zunächst wurden die Daten aller Interviews mit der Software F4 zusammengeführt, sodass ein gemeinsames Codesystem entstand (vgl. Anhang 13). Bei der Aufbereitung sollte aus der Sammlung an codierten Textstellen eine Zusammenfassung entstehen. Hierzu wurden codierte Textstellen der Transkripte nach Codes sortiert gesichtet. Eventuell aufgetretene Fehler in der Codierung der Sach- oder Zeitdimensionen bzw. deren Unterodes wurden berichtigt und sich überschneidende Themen zusammengefasst, wie in Tabelle 7 exemplarisch dargestellt.

Tabelle 7: exemplarische Darstellung Aufbereitung/Auswertung

Textmaterial TN übergreifend	Codierung	Zusammenfassung durch Aufbereitung/Auswertung
„Zuerst mal gehe ich nochmal durch, was das Kind schon alles kann. Und dann geh durch. So, "da hast du gesagt, das klappt noch nicht so gut" und das und das und das“ (TN1:94)	COPM – Abschluss Erhebung	Wiederholung der erfassten Schwierigkeiten und Rückversichern beim Kind sowie das gemeinsame Formulieren eines Betätigungsbedürfnisses (TN1:94; TN5:344)
„und dann kann sich das Kind nochmal ein bisschen besser erinnern und kann mir dann sagen: "So, das sind wichtige Punkte." Die versuche ich dann als Betätigungsbedürfnisse zu formulieren mit dem Kind. Ich hol mir dann das Okay ein vom Kind: "Ist das so richtig formuliert?" Und dann sagt es entweder ja oder hat eine andere Idee.“ TN1:94)	COPM – Wirkungsdimension	
„Ich gehe alle Sachen, die das Kind benannt hat, mit dem Kind durch und sage dann "stimmt das so, dass es was, was gerade noch ein bisschen schwierig ist, was du gerne verändern möchtest?".“ (TN5:344)	COPM – Abschluss Erhebung	

Hierbei fand unter Umständen eine Neustrukturierung der Dimensionen im Auswertungsraster statt. Beginnend mit einem Subcode unterster Ebene erfolgte eine erste Abstraktion der Textstellen durch die inhaltliche Wiedergabe in Stichpunkten, wobei sehr ähnliche oder gleiche Aussagen zusammengefasst wurden. Die Quellen wurden hierbei mitgeführt.

War ein Code vollständig in Stichpunkten zusammengefasst, so wurde abschließend eine kurze Zusammenfassung des Subcodes formuliert. Anschließend wurde der Code auf nächsthöherer Ebene bearbeitet, sodass schließlich eine Zusammenfassung der jeweiligen Sach-/Zeitdimension und schließlich der Variable entstand.

Zur Erfassung von Kausalketten zeigen Gläser und Laudel zwei verschiedene Wege zur Auswertung der Daten auf. Die „Auswertungsstrategie für die Analyse vieler Fälle“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 252) scheint aufgrund der Menge der Kausalketten in den Daten geeignet. Wie in Abbildung 8 zu sehen ist werden zunächst die Merkmalsausprägungen in den Fällen verglichen auf Gemeinsamkeiten hin untersucht. Damit werden Typisierungen vorgenommen, um die Zusammenfassung der Informationsbasis zu erleichtern. „Eine Typisierung ist die

Gruppierung von Fällen entsprechend ihrer Merkmalsausprägungen in einer oder mehreren Dimensionen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 250).

Diese Vorgehensweise birgt durch die Zusammenfassung von Kausalketten das Risiko eines Informationsverlustes. Um dieses Risiko zu minimieren, erfolgte durch die Forscherinnen eine Kontrolle der zusammengefassten Kausalketten am Ursprungsmaterial. (Gläser & Laudel, 2010)

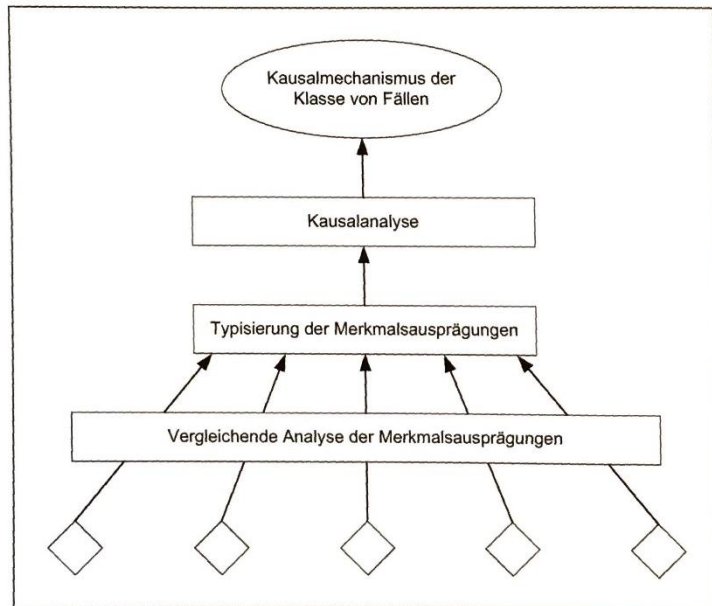


Abbildung 7: Auswertungsstrategie für die vergleichende Analyse vieler Fälle nach Gläser und Laudel (2010)

Die Forscherinnen teilten die Variablen zur Aufbereitung und Auswertung untereinander auf und ergänzten sowie überprüften die Interpretation der Stichpunkte (Triangulation).

Mit Abschluss der Aufbereitung und Auswertung der Daten entstand das abgeschlossene Codesystem/Auswertungsraster (vgl. Anhang 14). Dimensionen, welche zu diesem Zeitpunkt keine Zuordnung von Textstellen beinhalteten, wurden zur besseren Übersichtlichkeit aus dem Auswertungsraster gelöscht.

IV Resultate

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) dargestellt.

Die Resultate werden der Reihenfolge nach, anhand der Variablen Ergotherapeut:in, Setting, COPM und Material dargestellt. Die Variablen COPM und Material werden dabei inhaltlich zusammengefasst und nach den Prozessschritten des COPM strukturiert wiedergegeben.

14. Allgemeine unterstützende Maßnahmen durch den/die Ergotherapeut:in

Die Resultate zeigen, dass der/die erfahrene Ergotherapeut:in Kinder bei der Durchführung des COPM durch den Einsatz seiner/ihrer Gesprächsführung sowie nonverbalen Kommunikation, als auch seiner/ihrer Haltung unterstützt, welche durch die Kommunikation zum Ausdruck kommt. Durch die eingesetzte Kommunikation wird ebenso die Gesprächsatmosphäre positiv beeinflusst.

14.1 Haltung

Das Einnehmen einer Haltung welche Offenheit, Neugierde und Wertschätzung gegenüber dem Kind innehat, sowie ein freundliches, ruhiges Verhalten und das Kommunizieren auf Augenhöhe werden als unterstützend wahrgenommen (vgl. z.B. TN2:60). Dabei sehen die Teilnehmenden sich in der Rolle des/der Begleiter:in, Unterstützer:in, Therapeut:in und des Professionals, welcher Wissen vermitteln will (vgl. z.B. TN2:270).

Alle Expert:innen benennen, eine *klientenzentrierte Haltung* bei der Durchführung des *COPM mit Kindern* einzunehmen. Sichtbar wird diese durch das Übertragen von Entscheidungen an das Kind, wodurch dieses den Weg für die Therapie vorgibt (TN3:272; TN5:546). Dies trägt zu einer positiven therapeutischen Beziehung bei, in der sich das Kind ernstgenommen fühlt (TN5:548). TN3 beschreibt hierzu: „...Dass wir da wirklich auch partnerschaftlich zusammenarbeiten können und nicht ich sage: ‚Das, das und das musst du üben, das haben deine Eltern gesagt.‘“ (TN3:276)

TN3 benennt ebenso eine *Anwaltschaft des Kindes*. Diese wird von ihm/ihr so verstanden, dass der/die Ergotherapeut:in das Gespräch auf jene Betätigungen lenkt, welche nach Angabe der Eltern schwierig für das Kind sind, auch wenn TN3 einräumt, dass das Kind letzten Endes Entscheidungen über relevante Betätigungsbedürfnisse trifft (TN3:98,272). Unklar bleibt hierbei, ob TN3 eher als Anwalt/Anwältin der Eltern fungiert.

Alle Expert:innen betonen, dass die Haltung, das *Kind als Expert:in* seiner/ihrer Lebenswelt anzusehen, einen unterstützenden Faktor bei der Durchführung darstellt. Dabei sehen einzelne Teilnehmende nicht nur das Kind als Expert:in, sondern Bezugspersonen gemeinsam mit dem Kind als einheitliches Expert:innenteam (vgl. z.B. TN5:584-586). Insgesamt scheint hier noch nicht deutlich, wie die klientenzentrierte Haltung mit der Expert:innenrolle der einzelnen Personen zu vereinbaren ist.

Mehrere Expert:innen berichten, dass das Kind durch eine Haltung des *Nicht-Wissens* unterstützt wird. Dies führe zur Verantwortungsübernahme durch das Kind und reduziert den Eindruck des Kindes vom *allwissenden Erwachsenen* (TN2:270; TN5:578).

TN2 begründet dies: „...damit auch Eltern und Kinder merken, dass irgendwie die Lösung auch bei ihnen liegen...“ (TN2:270) und schlägt damit ebenso wie weitere Expert:innen die Brücke zu einer lösungsfokussierten Haltung bei der Durchführung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der/die Ergotherapeut:in das Kind bei der Durchführung durch seine Haltung unterstützt, indem er/sie das Kind in den Mittelpunkt stellt, es als Expert:in seiner Lebenswelt sieht und dessen Bedürfnisse als wegweisend betrachtet. Unklar bleibt, was eine klientenzentrierte Haltung beim Einsatz des Assessments mit Kindern bedeutet, da unterschiedliche Sichtweisen dazu benannt werden, ob Bezugspersonen und Kind eine Einheit als Klient:in darstellen.

14.2 Kommunikation

Im folgenden Kapitel werden zunächst die erzielten Resultate der Unterstützungsmöglichkeiten unabhängig von kindbezogenen Faktoren beleuchtet, woran sich die Betrachtung der Gesprächsführung in Abhängigkeit des kindlichen Verhaltens anschließt

Das Kind sollte über Ziel und Zweck des COPM in Kenntnis gesetzt werden (TN4:338,494; TN5:58). Ebenso wird eine unaufgeregte, ruhige, freundliche Tonlage sowie eine langsame Sprechgeschwindigkeit, bei der wichtige Worte akzentuiert werden (vgl. z.B. TN2:320; TN3:360), sowie die Nutzung von Beispielen (TN4:664) als unterstützend beschrieben. Eine einfache Sprache mit wenigen Worten erleichtere das Verständnis, so TN2,

.... weil ich merke, dass es oft eine kurze, prägnante Erklärung eigentlich nur braucht, dass ich auch viel Zeit lasse und auch viele Pausen lasse, das wirklich Zeit ist, um einfach nachzudenken...(TN2:242)

Darüber hinaus werden Fragetechniken wie Verständnisfragen, Detailfragen, Wiederholungsfragen/Spiegeln als hilfreich erachtet (vgl. z.B. TN3:344). Hervorgehoben werden lösungsorientierte sowie teils offene oder geschlossene Fragetechniken. (vgl. z.B. TN5:296; TN1:74)

Teilt der/die Ergotherapeut:in private Informationen mit dem Kind oder legt die eigene Fehlbarkeit offen, so kann das Kind angeregt werden selbst zu erzählen und Informationen preiszugeben, so TN1, 4 und 5 (vgl. Z.B. TN1:302).

Darüber hinaus bewirkt aktives Zuhören, dass das Kind spürt, dass es im Mittelpunkt steht und der/die Ergotherapeut:in keine wertvollen Informationen verpasst (TN1:242; TN5:46,634). Auch der Einsatz von Humor wird als unterstützend benannt (vgl. z.B. TN1:298; TN2:274).

Zur Unterstützung abhängig vom Verhalten eines Kindes beschreibt TN1: „Und wenn ich merke, so es schweift dann doch sehr ab. Dann muss ich schauen, oder dann warte ich einen guten Moment ab, wo es denn wieder zum Wesentlichen zurückkommen kann.“ (TN1:242) und

betont dabei die Wichtigkeit davon, dass das Kind nicht das Gefühl bekommt, unterbrochen worden zu sein und im Zentrum des Interesses steht (vgl. z.B. TN1:234; TN5:134).

Zeigen Kinder oppositionelles Verhalten, so verwendet TN3 eine besonders klare und deutliche Sprache (TN3:376). Sind Kinder unsicher, schüchtern, meiden den Blickkontakt und zeigen wenig Selbstwertgefühl, so solle die Gesprächsführung langsam bzw. angepasst an das Tempo des Kindes, vorsichtig und positiv unterstützend gestaltet werden. Ebenso wurde hierbei der Einsatz von ressourcen- und lösungsorientierten Fragetechniken hervorgehoben. (vgl. z.B. TN3:376).

Hat ein Kind keine Lust mehr oder wird unruhig, so wird als unterstützend erlebt das Kind zu loben, es zu bestärken, einen Ausblick auf das baldige Ende der Durchführung zu geben, den Zweck des COPM zu wiederholen oder aber etwas Positives in Aussicht zu stellen, was nach der Durchführung gemacht wird (vgl. z.B. TN2:246-248; TN4:624).

Bezüglich der *nonverbalen Kommunikation* ist der Aufbau von Blickkontakt durch den/die Ergotherapeut:in zentral (vgl. z.B. TN3:360). Darüber hinaus betonen Teilnehmende die Bedeutung einer offenen, zugewandten und leicht vorgebeugten Körperhaltung sowie den Einsatz von Mimik und Gestik um Interesse zu zeigen und sprachliche Barrieren zu überwinden (vgl. z.B. TN1:298).

Zusammenfassend betrachtet scheint die Art und Weise des Sprechens und des Sprachgebrauchs, der Einsatz von Fragetechniken, das aktive Zuhören sowie der gezielte Einsatz von Körperhaltung, Mimik und Blickkontakt zentral.

Zum einen zielt die Gesprächsführung darauf ab, das Kind darin zu unterstützen Betätigungsbedürfnisse zu erheben und zu skalieren. Zum anderen darauf, dass das Kind sich wohl fühlt und in der Situation ankommen kann, sodass eine angenehme therapeutische Beziehung aufgebaut werden kann. In beiden Fällen steht die eingesetzte Gesprächsführung im engen Zusammenhang mit der Haltung des/der Ergotherapeut:in.

15 Gestaltung eines unterstützenden Settings

Die Resultate zeigen, dass Ergotherapeut:innen neben dem Einsatz des Use of Self auf Aspekte der Umwelt einwirken, indem sie das Setting gezielt vorbereiten, steuern und anpassen.

Als allgemein unterstützende Eigenschaft des Settings wurde die reizarme Umwelt zur Durchführung benannt, da der Fokus auf das COPM gelenkt wird (vgl. z.B. TN1:50). TN5 erläutert: "...dann ist das, was auf dem Tisch ist, schon das Spannendste eigentlich.“ (TN5:42). Darüber hinaus ist eine Ausrichtung der Sitzplätze auf gleicher Höhe bedeutend, damit eine Möglichkeit zum Blickkontakt besteht, so mehrere Teilnehmende (vgl. z.B. TN2:252). Ein ausreichendes Zeitfenster zur Skalierung wird von TN3 beschrieben um ein Ausführliches Besprechen einzelner Anliegen zu gewährleisten (TN3:216).

Über die Anwesenheit von Bezugspersonen entscheiden mehrere Teilnehmende während der Durchführung entsprechend ihres Eindrucks der Reife oder des Wesens des Kindes (vgl. z.B. TN5:68).

Expert:innen unterscheiden sich jedoch auch unabhängig von personenbezogenen Faktoren des Kindes in der Meinung, ob Bezugspersonen generell anwesend sein sollen oder nicht (vgl. z.B. TN2:24).

Anpassungen des Settings entsprechend dem Verhalten des Kindes werden von den Teilnehmenden individuell vollzogen. Bei unkonzentriertem oder unruhigem Verhalten des Kindes kann ein Positionswechsel, ebenso wie eine Adaption der Sitzmöglichkeit unterstützend wirken (vgl. z.B. TN:280).

Reagiert ein Kind abgelenkt auf die Aspekte des Raumes so kann ein Raumwechsel oder ein Perspektivwechsel innerhalb des Raumes wirksam sein (TN5:40,44).

Verhält sich ein Kind zurückhaltend, so empfindet ein/eine Expert:in das Verlagern der Durchführung auf eine Matte als unterstützend, da sie in dieser Position besser mit dem Kind auf Augenhöhe agieren und auf es eingehen kann (TN3:336).

TN5 zieht eine Bezugsperson hinzu, wenn ein Kind sehr verunsichert auf die Situation reagiert, mit einer nahezu fremden Person ein Interview zu führen (TN5:82).

Ergotherapeut:innen setzen dosiert Pausen ein, um eine Fortsetzung des COPM durch Erholung des Kindes zu begünstigen. In den Pausen kann sich bewegt, getrunken oder gespielt werden. Häufig trifft das Kind dabei die Auswahl. (vgl. z.B. TN2:308)

TN1 beschreibt: „... das Kind erst mal vom Tisch aufsteht und sich erst mal bewegt und dann geht es dann nach fünf Minuten dann vielleicht auch weiter.“ (TN1:266). Das in Aussicht stellen von Spiel- oder Bewegungspausen wird außerdem als Motivation zur Durchführung genutzt (TN5:18,150).

Unterbrechungen des COPM bis zur nächsten Therapieeinheit werden genutzt, wenn Pausen nicht zur ausreichenden Erholung des Kindes führen. Darüber hinaus kann eine Unterbrechung auch bei Kindern mit geringer Aufmerksamkeitsspanne und hoher motorischer Unruhe wirksam sein (TN5:604). Das Kind kann dabei in die Entscheidung miteinbezogen werden: „Ich sage dem Kind, dass ich sehe, dass es schwierig für ihn ist. Ob er aufhören möchte?“ (TN4:602). Sowohl der Zeitpunkt während der Erhebung der Betätigungsanliegen als auch der Übergang zur Skalierung werden als günstige Zeitpunkte zur Unterbrechung beschrieben (TN2:332; TN5:480).

Ein kurzer Rückblick erleichtert den Wiedereinstieg: „So, kannst du dich noch erinnern, wie das war, was wir letztes Mal besprochen haben. Da warst du von der Schule gekommen und warst du beim Mittagessen.“ (TN1:262).

Zusammenfassend zeigt sich, dass Ergotherapeut:innen auf das Setting einwirken, indem sie eine Entscheidung über die Anwesenheit von Bezugspersonen treffen und eine reizarme physische Umwelt vorbereiten. Darüber hinaus passen sie das Setting während der Durchführung flexibel an die Bedürfnisse des Kindes an, beispielsweise durch Positionswechsel oder den Einsatz von Pausen oder Unterbrechungen.

16 Spezifische unterstützende Maßnahmen bei der Durchführung des COPM

Das folgende Kapitel beleuchtet unterstützende Aspekte während der Durchführung der einzelnen Prozessschritte des COPM. Das Handbuch des COPM sieht dabei die Nutzung von Visualisierungsmaterialien vor.

Darüber hinaus verwenden erfahrene Ergotherapeut:innen externe Materialien, welche im Handbuch nicht vorgesehen sind.

16.1 Erhebung der Betätigungsbedürfnisse

Die Resultate bezüglich der Erhebung von Betätigungsbedürfnissen berücksichtigen neben gezielten Aspekten der Gesprächsführung in diesem zentralen Prozessschritt auch die Wahl der Struktur sowie geeigneter Materialien zur Unterstützung des Kindes.

Zur unterstützenden Gestaltung des Einstiegs in die Erhebung nennen die Befragten das Erläutern der Absicht des Gesprächs (vgl. z.B. TN2:48). TN5 legt eine Erläuterung beispielhaft dar:

...,was du schon kannst, was dir Spaß macht, was du richtig gerne machst. Aber vielleicht auch Dinge, die du noch besser lernen möchtest, die du noch besser kennen möchtest, wo du dich vielleicht manchmal ärgerst, dass das noch schwer für dich ist.‘
(TN5:112)

Das Erklären einzelner Worte wie *Alltag*, *Betätigungsbedürfnis* oder *Interview* scheint ebenso zentral (vgl. z.B. TN1:62; TN3:83), Beispiele helfen dabei zur Verdeutlichung (vgl. z.B. TN5:218; TN4:174)

Transparenz über den Ablauf der Therapieeinheit (vgl. z.B. TN5:148) sowie über Gesprächsregeln, welche die Rolle des Kindes unterstreichen (vgl. z.B. TN5:114-116) begünstigen die Klarheit des Kindes.

Prägnante Sprache stellt das Kind in den Mittelpunkt der Erhebung, wie TN5 darlegt: „Ich sage sowas wie ‚Ich möchte rausfinden was dir wichtig ist‘ und sage *nicht* ‚Ich möchte nicht herausfinden, was nochmal Papa oder deine Lehrer gesagt haben.‘“ (TN5:116).

Ebenso von Wichtigkeit ist es, dem Kind gegenüber zu benennen, dass die geteilten Informationen sicher aufgehoben sind (TN5:120). Darüber hinaus werden Fotokarten unterstützend eingesetzt um den Gesprächseinstieg zu erleichtern (TN3:90; TN4:236-238).

16.1.1 Interviewstruktur nach dem Tagesablauf

Die Orientierung am Tagesablauf ermöglicht insgesamt einen guten Gesprächseinstieg (TN3:82) und bietet eine hilfreiche Struktur, um das Gespräch immer wieder zum Kern zurückzuführen (TN1:238). Dabei stellen die Expert:innen konkrete Detailnachfragen (vgl. z.B. TN1:66; TN2:100). TN1 legt beispielhaft dar: „‘So, für mich beginnt der Tag mit Schlafen. Wie sieht es denn aus mit Schlafen. Schläfst du durch? Oder schläfst du gut oder schläfst du schlecht? Oder wie ist das genau?’“ (TN1:74).

TN3 und TN5 geben an, im Verlauf Vorinformationen aus Erstgesprächen zu nutzen, indem sie bei Betätigungen, welche ihnen als problembelastet bekannt sind, spezifische detaillierte Nachfragen stellen (vgl. z.B. TN5:258).

Zwei Teilnehmende kombinieren die Strukturierung anhand des Tagesablaufs und die Nutzung von Fotokarten. Diese werden vorab nach dem vermuteten Tagesablauf vorsortiert, einzeln präsentiert und mit Fragen zum Alltag begleitet (vgl. z.B. TN1:86).

TN5 gibt zu bedenken, dass die *Kids Activity Cards* zu umfangreich für die Nutzung in der Interviewstruktur nach dem Tagesablauf seien (TN5:290).

16.1.2 Interviewstruktur nach Stapelbildung

Fotokarten seien für alle Kinder unterstützend, vor allem jedoch für Kinder, die nicht verstehen, was das Ziel des Interviews ist oder bei denen eine sprachliche Barriere vorliegt. TN3 begründet: „...weil da einfach die visuelle Unterstützung nochmal gut ist, dass die dann wissen, wovon ich da spreche“ (TN3:340). Der/die Ergotherapeut:in schafft dabei durch detaillierte Fragen einen Übertrag auf den Alltag des Kindes (TN5:262).

Speziell die *Kids Activity Cards* werden von allen Teilnehmenden als unterstützend erlebt (vgl. z.B. TN2:78) und zur Verdeutlichung von Betätigungen eingesetzt (vgl. z.B. TN2:286; TN3:140). Auch der kombinierte Einsatz verschiedener Fotokarten, wie beispielsweise eine Ergänzung durch Karten des Fotointerviews (De Hoop, 2018) oder selbst erstellte Fotokarten wird beschrieben (vgl. z.B. TN5:194; TN2:76).

Fotokarten erleichtern das Interview durch das Schaffen von Struktur und visueller Unterstützung (vgl. z.B. TN5:266), gleichzeitig gibt TN5 zu bedenken, dass die Fotokarten das Kind auch darin einschränken können, frei von seinem Tag zu berichten (TN5:266)

Unabhängig von der Art der genutzten Fotokarten, fand bei allen Teilnehmenden der Einsatz in Stapelbildung statt, bei der die Fotokarten dem Kind, von Fragen begleitet, einzeln zur Sortierung gereicht werden (vgl. z.B. TN3:114).

Alle Expert:innen bilden einen Stapel für Betätigungsbedürfnisse sowie einen Stapel für Betätigungen, welche bereits vom Kind beherrscht werden. Mehrere Teilnehmende bilden zusätzlich einen *Egal-Stapel* für Betätigungen, welche das Kind nicht lernen möchte oder ihm unwichtig sind (vgl. z.B. TN5:186).

Der Stapel mit den gesammelten Betätigungsbedürfnissen wird entweder als "das kann ich nicht" (TN4:158) oder als "das möchte ich lernen" (TN2:88) bzw. "das möchte ich besser können" (TN5:184) bezeichnet. Hierbei äußern Expert:innen, dass sie die eher ressourcenorientierte Variante als unterstützend bei der Erhebung erleben (vgl. z.B. TN2:88). Der Stapel mit Betätigungen, die bereits gekonnt werden, wird meist "das kann ich schon" (vgl. z.B. TN5:184) genannt.

Die Kennzeichnung der verschiedenen Stapel dient meist dazu, die Bedeutung der einzelnen Stapel zu verdeutlichen und somit die Sortierung zu vereinfachen. Dies erfolgt durch externes Material wie Smileys mit verschiedenen Gesichtsausdrücken, verschieden farbige Behälter, funkelnde Steine, Schleich-/ Kuscheltiere mit unterschiedlichen Kompetenzen oder laminierte Karten, auf denen die Bezeichnung der Stapel zu lesen ist (vgl. z.B. TN2:198).

Manche Expert:innen sortieren die Karten farblich nach Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit und besprechen diese mit den Kindern nach Bereichen sortiert (TN4:104).

Andere Teilnehmende sortieren die Karten, ähnlich zur Nummerierung, nach dem Tagesablauf und verwenden diese ergänzend mit strukturierten Fragen nach dem Alltag (TN5:230-232).

Eine weitere benannte Möglichkeit besteht darin, die Karten komplett unsortiert zu präsentieren, sodass die drei Betätigungsbereiche automatisch gemischt sind. Die bewusste Mischung vermindert die Gefahr der Frustration, da laut einem/einer Expert:in bei der Produktivität gehäuft mit Betätigungen zu rechnen ist, welche nicht gekonnt werden (TN5:234).

Ein/eine Expert:in gibt an, einige Fotokarten vor der Erhebung auszusortieren, um Zeit einzusparen, aber auch um Kindern keine Betätigungen vorzuschlagen, welche aus ihrer/seiner Sichtweise nicht durch ambulante Ergotherapie in einer Praxis begleitet werden können (TN2:190). Ähnlich schränkt TN3 die Auswahl der Betätigungen durch eine Vorsortierung ein, wenn er/sie einschätzt, dass gewissen Betätigungen finanziell für die Familie nicht möglich seien und selektiert damit: „Ist es ein echtes Betätigungsbedürfnis oder ist es eigentlich nur ein Wunsch des Kindes?“ (TN3:122).

Kommunizieren Kinder Wünsche oder Bedürfnisse, welche über das Leistungsspektrum der Ergotherapie hinausgehen, ist es laut TN5 unterstützend, einerseits die ergotherapeutischen Grenzen transparent zu kommunizieren, darüber hinaus das Kind in der Überlegung nach möglichen Unterstützer:innen zu begleiten. TN5 schildert die Kommunikation beispielhaft: „Ich sehe, das ist dir super wichtig und ich unterstütze dich, soweit ich das kann. Aber wir brauchen hier...nochmal mehr andere Unterstützer.“ Mama, Papa, Schwimmlehrer, wen auch immer.“ (TN5:454-456).

TN4 benennt zudem, dass der Stapel mit bereits gekonnten Betätigungen positiv hervorgehoben werden kann, um eine motivierende Wirkung zu erzielen. Diese Möglichkeit stellt einen Vorteil der Stapelbildung gegenüber einer Struktur nach dem Tagesablauf dar. (TN4:180)

Unabhängig von der genutzten Struktur ist zum Abschluss der Erhebung das Wiederholen der erfassten Schwierigkeiten, das Rückversichern beim Kind sowie das gemeinsame Formulieren von Betätigungsbedürfnissen unterstützend in diesem Prozessschritt (vgl. z.B: TN1:94).

Bei abschließender Betrachtung des Prozessschrittes der Erhebung wird deutlich, dass die befragten Expert:innen Kinder durch einen an die kindliche Entwicklung angepassten Einstieg in die Erhebung unterstützen. Darüber hinaus treffen sie Entscheidungen in der Auswahl einer unterstützenden Struktur des Gesprächs sowie der entsprechenden Kommunikation während der Erhebung und zum gemeinsamen Abschließen des Prozessschrittes. Dabei steht der Einsatz verständlicher Kommunikation zum Verdeutlichen der Absicht im Mittelpunkt. Zudem scheint der Einsatz von visuellem externem Material von zentraler Bedeutung für alle Teilnehmenden. Besonders Fotokarten werden, zumeist durch Stapelbildung, verwendet. Um die Bedeutung der einzelnen Stapel zu verdeutlichen greifen die Teilnehmenden auf eine Vielzahl kreativer visueller Hilfen zurück.

16.2 Skalierung der Betätigungsbedürfnisse

Zum allgemeinen Vorgehen im Prozessschritt der Skalierung haben die befragten Expert:innen unterstützendes Verhalten beschrieben, welches die an das Kind gerichtete Sprache, COPM-Materialien, die soziale Umwelt, zeitliche Aspekte sowie den Umgang mit herausfordernden Aspekten der Skalierung umfasst.

Expert:innen beschreiben, bei der Skalierung Wert auf eine einfache und konkrete Sprache, angepasst an personenbezogene Faktoren des Kindes, zu legen (TN1:130, TN2:140). Bei Bedarf können ausführlichere Erklärungen folgen (TN5:350).

Die Nutzung der Skalen als Visualisierung wird insgesamt von allen Expert:innen als förderlich beschrieben, hierbei sagen zwei Expert:innen aus, dass die verbildlichende Wirkung das Verständnis im Kontext der Skalierung verbessert (vgl. z.B. TN2:124).

Vier Expert:innen haben die Skalen laminiert, vergrößert und teilweise farbig gestaltet (vgl. z.B. TN4:270). Darüber hinaus hat TN4 die Skalen ausgeschnitten, um die Visualisierung der Abstufungen zwischen den abgebildeten Stufen, Smileys und Männchen zu verstärken und gibt beispielhaft eine kindliche Aussage wider: „...,die Stufe geht runter, dann kann ich es nicht so gut, ne?“ und „Stufe geht hoch dann kann ich es viel, viel besser“ (TN4:258).

Ist das Kind unsicher in der Skalierung, so zieht TN2 Bezugspersonen als Berater:innen hinzu. (TN2:170,202).

Entsteht bei dem/der Ergotherapeut:in der Eindruck, dass nicht realistisch skaliert wurde, so wird die Skalierung von TN1 dennoch angenommen und unter Umständen nach Abschluss des COPM erneut thematisiert (vgl. z.B. TN1:186). TN3 hingegen lässt sich von Vorinformationen durch Dritte leiten und fragt bei Betätigungen, welche laut Aussage der Eltern schwierig seien konkret nach (TN3:224).

Das Verdeutlichen des zeitlichen Rahmens kann sich bei einem erschöpften Kind motivierend auswirken (TN2:190).

16.2.1 Die Nutzung von externem Material bei der Skalierung

Mehrere Befragte beschreiben Anpassungen der Skalen sowie ein angepasstes Vorgehen mit externem Material.

Um ein realistischeres Ergebnis zu erhalten, benennt TN2 als hilfreich, die Abstufung der Skalen deutlicher zu kennzeichnen, „...weil sonst ist es auch bei manchen Kindern, wenn man nur die Zahlen sagt, dann sagen wir sofort die Zehn, obwohl das irgendwie noch gar nicht erreicht ist“ (TN2:162). Dies kann im Falle der Zufriedenheitsskala beispielsweise durch Smileys mit unterschiedlichen Gesichtsausdrücken erfolgen (vgl. z.B. TN2,160; TN4:356-362).

Bei der Skalierung nach dem Einsatz von Fotokarten wird die betreffende Karte mit dem Betätigungsbedürfnis zur Verdeutlichung neben die Skala gelegt (TN5:380-382).

TN5 empfindet dreidimensionale, treppenartige Skalen, unterstützender als Zweidimensionale (TN5:418). Eine aufrechte Platzierung der Skalen ermöglicht, dass ein symbolischer Gegenstand auf die jeweilige Treppenstufe gestellt werden könne (vgl. z.B. TN5:364). In diesem Kontext benannte Gegenstände sind Figuren aus Lego/Playmobil, Schleich-/Kuscheltiere, Spielfiguren, Holzfiguren oder Edelsteine (vgl. z.B. TN5:406).

TN5 erläutert die Kommunikation, in dem er/sie das Kind ermutigt, ein Kuscheltier um Rat zu fragen: “‘weißt du, der Fritzi ... Der kennt dich ja richtig gut. Er ist immer bei dir, der lebt in deinem Kinderzimmer, der weiß, was du so machst. Der kann dir wirklich gut helfen, das einzuschätzen.’” (TN5:438).

Um die Skalierung plastischer zu gestalten, werden von einigen Teilnehmenden Gegenstände wie Muggelsteine genutzt. Dabei steht die Menge der Steine für die Höhe der skalierten Zahl (vgl. z.B. TN2:208).

Zur ergänzenden Unterstützung bei der Skalierung kann sich TN4 vorstellen, die Skalierungskarten des Fotointerviews (Darstellung der Skala als Berg oder Leiter) bei der Durchführung des COPM zu verwenden (TN4:386).

16.2.2 Wichtigkeitsskalierung

Zum Einstieg in die Wichtigkeitsskalierung erläutert TN3 „...dass wir jetzt schauen, was an Dingen für das Kind am wichtigsten ist oder was es vielleicht auch als erstes üben möchte, wenn es dann zur Ergotherapie geht.“, und schafft damit Klarheit betreffend dem Anlass der Skalierung. (TN3:176)

Das konkrete Benennen der Betätigung und der Wichtigkeit legt TN3 beispielhaft dar: „...wie wichtig ist es dir, dass du dir selber die Kleidung aus dem Schrank holst?“ (TN3:176). Die prägnante Gesprächsführung unterstützt das Kind im Verständnis des Auftrags „dass klar wird 'was schätzt du da eigentlich gerade ein?' Es ist die Wichtigkeit und in Bezug auf welche Betätigung“ (TN5:352).

Eine Möglichkeit der Unterstützung durch Visualisierung ist das Zuordnen von Betätigungsanliegen zu den einzelnen Stufen der Wichtigkeitsskala, beispielsweise durch das Ablegen von beschrifteten Kärtchen auf der Skala oder das Beschriften der Stufen. (TN3:160,180). Hierzu wird die Wichtigkeitsskala ausgeschnitten und laminiert genutzt (TN3:118).

Um Ermüdung vorzubeugen, wird von einem/einer teilnehmenden Person das Rückversichern der Richtigkeit der erhobenen Anliegen, sowie das Skalieren der Wichtigkeit zusammengefasst in einem Schritt benannt. (TN5:344)

Ist das Kind sich unsicher in der Zuordnung zwischen zwei Zahlen, kann mit bereits bewerteten Anliegen verglichen werden (TN5:358).

Zur Verdeutlichung des Zwecks der Wichtigkeitsskalierung wurde das in Zusammenhang setzen von Vorteil und Wichtigkeit als unterstützend empfunden (TN5:446).

16.2.3 Priorisierung

Der Großteil der Expert:innen legt Wert auf die separate Priorisierung der Anliegen, im Anschluss an die Wichtigkeitsskalierung (vgl. z.B. TN1:158). TN5 beschreibt diesbezüglich:

Das, finde ich, ist ein Irrtum, dass man sagt, die Sachen, die mit Zehn bewertet wurden, müssen jetzt in diese Liste kommen Und wenn das dann das ist mit Sieben ist es ja wurscht, dann ist es jetzt gerade irgendwie das Wichtigste... (TN5:370-372)

Dem entgegen steht das Vorgehen von TN3, welche/welcher ebenso Wert auf die zuvor durchgeführte Skalierung der Wichtigkeit legt, jedoch im Anschluss die am höchsten skalierten Anliegen als Priorisierung übernimmt, ohne erneute Befragung des Kindes. (TN3:180)

TN2 gibt an, die Skalierung der Wichtigkeit zu überspringen, indem er/sie das Kind unmittelbar nach der Erhebung drei bis fünf Anliegen auswählen und in die priorisierte Reihenfolge bringen lässt (TN2:106). Dabei werden auch die Eltern aktiv mit einbezogen und legen mit dem Kind gemeinsam die Auswahl der Anliegen sowie die Priorisierung fest. In Einzelfällen agiert auch der/die Therapeut:in als Vertreter/in Dritter und wählt einzelne Anliegen mit aus. (vgl. z.B. TN2:106)

Auch bei der Priorisierung ist es sinnvoll, für Klarheit zu sorgen, indem das Kind über das Verfahren mit den übrigen Anliegen aufgeklärt wird. TN5 stellt beispielhaft die Kommunikation mit dem Kind dar: „Die anderen sind auch wichtig, die kommen alle hinterher. Sobald du hier irgendwas schon besser kannst, was auf die Liste kommt, das heißt, die vergessen wir nicht, die sind genauso relevant.“ (TN5:368).

16.2.4 Skalierung der Ausführung

Auch hier profitiert das Kind von Transparenz durch die Erläuterung des Zwecks (vgl. z.B. TN2:146). Ein/eine Expert:in gibt die Kommunikation mit dem Kind wieder:

„Nach der Therapie, wenn du so ziemlich fertig bist oder zwischendurch gucken wir dann nochmal auf die Liste und vergleichen das, wie das denn in Zukunft dann ist oder was du dann verbessert hast.“ Damit das auch so einen Sinn von dieser Bewertung bekommt. (TN1:138).

Eingesetztes Visualisierungsmaterial zur Skalierung umfasst die Performanz-Skala (TN1:98) welche von TN5 anhand einer Erläuterung genutzt wird:

„dieses eine Männchen das ist noch so ein bisschen schwächer und es ist einfach noch nicht so stark. Es hat noch nicht so viel Kraft. Das kann viele Sachen einfach noch nicht so gut. Und dieses große Männchen, das ist richtig stark. Es kann einfach Sachen richtig gut.“ (TN5: 398)

Weitergehend wird das Zuordnen beschrifteter Kärtchen oder das Beschriften laminierter Skalen benannt (TN3:184).

Zur Verdeutlichung finden Beispiele Anwendung (vgl. z.B. TN5:396), darüber hinaus erfolgt die Fragestellung unter konkreter Benennung des Betätigungsbedürfnisses (vgl. z.B. TN2:140).

16.2.5 Zufriedenheitsskalierung

Die Zufriedenheitsskalierung bedarf einer deutlichen Erläuterung in Abgrenzung zur Skalierung der Ausführung (vgl. z.B. TN1:166). Dazu wird der Begriff in der Sprache des Kindes erläutert (vgl. z.B. TN5:402-406).

Die Symbolik der Skala erleichtert das Verständnis der Zufriedenheitsskalierung beim Kind (TN3:188). TN3 erklärt dem Kind: „Okay, das kleine Gesicht, das bedeutet, das macht dich vielleicht gar nicht glücklich. Das große Gesicht bedeutet: Das macht dich sehr glücklich!“ (TN3:188). Darüber hinaus initiiert die Nutzung der Skala als Visualisierung beim Kind eine Antwort in Form einer Zahl oder das Zeigen auf den betreffenden Smiley, anstelle einer erzählenden Antwort (TN2:140).

Bei der Frage nach der Zufriedenheit wird die Betätigung sowie die Zahl der Ausführung von dem Großteil der Expert:innen konkret mitbenannt (vgl. z.B. TN1:102). TN1 erläutert diesbezüglich seine/ihre Kommunikation:

...,Bei diesem Punkt hast du ja gesagt, du kannst das nur 'zwei' gut. Wie zufrieden bist du denn damit, dass du das nur so 'zwei' gut kannst? Bist du überhaupt nicht zufrieden damit? Oder bist du hochzufrieden damit?‘ (TN1:142)

Zusammenfassend betrachtet zeigt sich, dass alle Adaptionen oder das Hinzuziehen von externen Materialien auf eine Verstärkung der Visualisierung abzielen. Weitergehend bedienen sich Ergotherapeut:innen prägnanter Fragestellungen, der Sprache des Kindes und Beispielen, um das Verständnis des Kindes zu unterstützen. Die Priorisierung entfällt teilweise, während andere Expert:innen großen Wert auf eine alleingestellte Durchführung dieses Schrittes legen.

16.3 Outcome Messung

Bezüglich des Einstiegs in die Outcome Messung beschreibt TN5 die im Therapieprozess bestehende Transparenz darüber, dass eine Outcome Messung stattfinden wird: „Also eigentlich wissen die Kinder bei mir immer ziemlich genau, dass wir immer wieder gucken: Ist das Ziel schon erreicht oder nicht.“ (TN5:512). Anderenfalls wird der Anlass der Outcome Messung deutlich gemacht, indem Bezug auf die Ersterhebung und den Therapieprozess genommen wird (vgl. z.B. TN1:194).

Mehrere Befragte sehen sich mit dem Kind gemeinsam die Entwicklung der Zahlenwerte an (TN1:202; TN2:226). TN1 beschreibt diesbezüglich: „Ich zeige dem auch einfach die Zahlen. Das können sie dann ja auch selber sehen, um wieviel sich das verbessert hat...“ (TN1:202).

Die Outcome Messung wird auch zum deutlich machen erreichter Teilaspekte genutzt, so ein/eine Therapeut:in (TN2:238). Darüber hinaus kann der Zeitpunkt auch genutzt werden, um mit dem Kind zu besprechen, ob weitere Betätigungsbedürfnisse aufgenommen werden sollen: „Vielleicht gibt es dann ja auch noch andere Dinge, wo du sagst: Okay, das habe ich jetzt geschafft, aber da gibt's noch zwei, drei andere Sachen, die möchte ich jetzt vielleicht noch angehen.“ (TN3:244).

Drei Teilnehmende weisen darauf hin, dass sie bei der Outcome Messung bewusst die gleichen Skalen verwenden, wie bei der Ersterhebung, damit das Kind diese wiedererkennt (vgl. z.B: TN2:230).

Abschließend betrachtet wird deutlich, dass das unterstützende Verhalten von Ergotherapeut:innen im Kontext der Outcome Messung vor allem die Einführung in die erneute Erhebung, sowie die Betrachtung der Ergebnisse umfasst. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass externe Materialien, welche zuvor im Skalierungsprozess Anwendung gefunden haben, auch in der Outcome Messung eingesetzt werden.

V Diskussion

17. Unterstützung von Kindern bei der Durchführung des COPM

Abschließend werden nun die Resultate vor dem theoretischen Hintergrund und weiteren Evidenzen diskutiert. Die Resultate zeigen zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten aus der Perspektive der Ergotherapeut:innen.

17.1 Anpassung des hypothetischen Modells

Da es sich bei der Durchführung des COPM um ein semistrukturiertes Interview handelt, befinden sich Kind und Ergotherapeut:in in einem wechselseitigen miteinander. In den Resultaten wird deutlich, dass eine optimale Unterstützung des Kindes nur gewährleistet werden kann, wenn der/die Ergotherapeut:in nicht nur eigenaktiv Unterstützungen anbietet, sondern diese auch reaktiv an das Verhalten und die Bedürfnisse des Kindes anpasst. Hieraus ergibt sich, dass der/die Ergotherapeut:in nicht nur eine unabhängige sondern auch eine abhängige Variable darstellt, abhängig von der betrachteten Interviewsituation. Folgerichtig erfüllt das Kind neben seiner Funktion als abhängige Variable ebenso die Funktion der unabhängigen Variable, wie in Abbildung 8 deutlich wird.

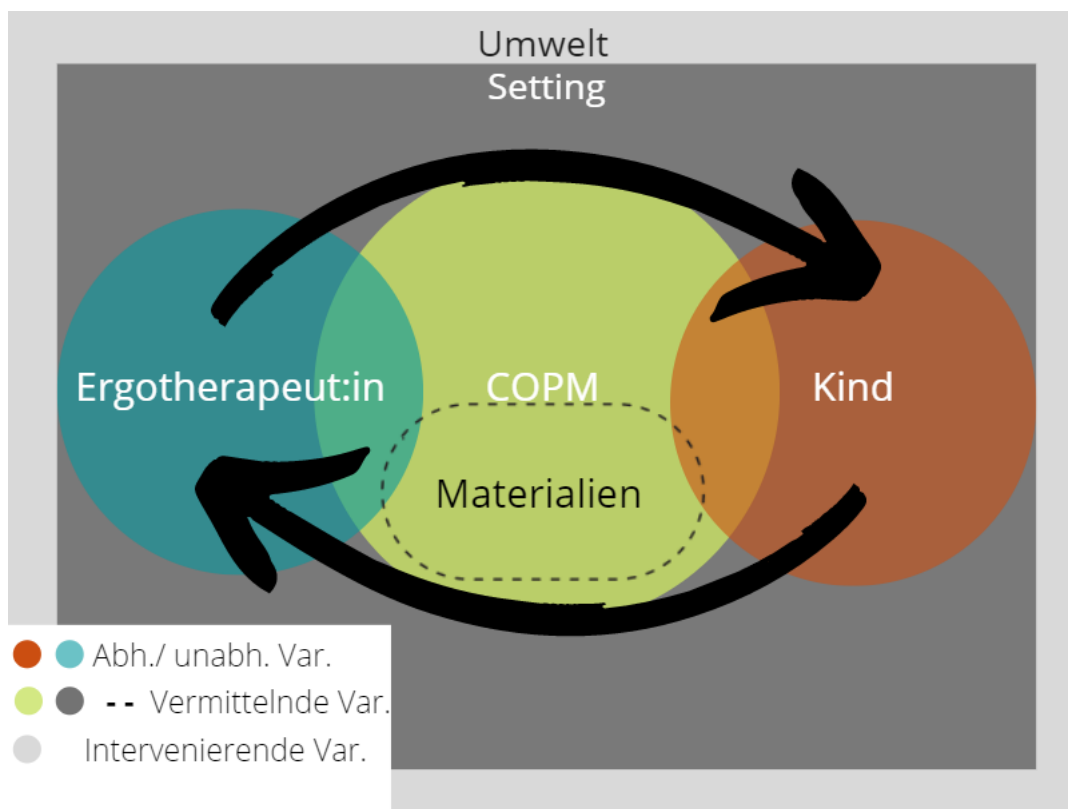


Abbildung 8: Hypothetisches Modell Version 2

Im Folgenden findet zunächst eine Beantwortung der einzelnen Leitfragen statt. Abschließend erfolgt die Beantwortung der Forschungsfrage.

17.2 Beantwortung von Leitfrage 1

Wie gestalten erfahrene Ergotherapeut:innen das Setting bei der Durchführung des *COPM mit Kindern*?

Entsprechend des Wissens über unterstützende Faktoren der physischen und sozialen Umwelt, sowie der Wirkung von Pausen und Unterbrechungen, reagieren Ergotherapeut:innen adäquat unterstützend unter der Nutzung ihrer Kompetenzen. Hierbei werden sie den Forderungen von Trautmann (2010), Delfos (2015) und Vogt (2016) gerecht, als Interviewende das Setting optimal entsprechend der kindlichen Bedürfnisse zu gestalten.

Dabei spiegelt das von den Expert:innen beschriebene sensible Wahrnehmen der Bedürfnisse sowie das entsprechende Anpassen des Settings die Ansichten von Dunn und Ziviani (2012) wieder.

Bei der Gestaltung der physischen Umwelt liegt der Fokus laut der Expert:innen auf einer reizarmen Umgebung. Dies deckt sich mit der Empfehlung im Handbuch der niederländischen Auflage des *COPM mit Kindern* (Verkerk & van der Molen-Meulmeester, 2019). Diese reizarme Umgebung signalisiere dem Kind Klarheit über den Anlass der Intervention und kanalisiert die Aufmerksamkeit des Kindes auf die Durchführung des COPM (vgl. z.B. TN5:22).

Darüber hinaus scheint eine Sitzposition, welche das Halten von Blickkontakt möglich macht, ebenso von Wichtigkeit. Damit stellt die Gestaltung des physischen Settings eine Grundlage für einen unterstützenden Aspekt der nonverbalen Kommunikation dar (Delfos, 2015). Hoogesteyn (2020) beschrieb den möglichen Einfluss des physischen Settings auf eine erleichterte Kommunikation. Die Resultate stimmen dem zu.

Ebenso nehmen die Ergotherapeut:innen Einfluss auf die Gestaltung der sozialen Umwelt im Praxiskontext. Einige Teilnehmende präferieren, kongruent mit der Empfehlung von Gede et al. (2014) die Durchführung ohne Anwesenheit von Bezugspersonen, um einer Beeinflussung vorzubeugen. Teilweise wird die Anwesenheit der Bezugspersonen prinzipiell erwünscht (vgl. z.B. TN2:24), dabei werden diese im Verlauf der Erhebung vermehrt hinzugezogen um ihre Sichtweise einzubringen oder in der Skalierung mitzuwirken (TN2:170). Unter dem Gesichtspunkt der Kindzentrierung ist die Vermischung der Perspektiven (vgl. z.B. TN3:320) kritisch zu betrachten, da das Kind den/die primären/primäre Klient:in darstellt und als Expert:in seiner Lebenswelt dazu in der Lage ist, Betätigungsbedürfnisse zu erheben (Vroland-Nordstrand et al., 2016).

Für die Umsetzung der kindzentrierten Haltung bei der Gestaltung der sozialen Umwelt ist vor allem das sensible Erfassen kindlicher Bedürfnisse wichtig. Denn die Anwesenheit der Bezugspersonen ist im Sinne der Kindzentrierung nur unterstützend, wenn sie ausschließlich dazu dient, dem Kind Rückhalt bei der Durchführung zu bieten (Verkerk et al., 2021), nicht jedoch, wenn eine Fusion der Ansichten angestrebt wird.

Deckungsgleich mit den Empfehlungen von Delfos (2015) setzen Ergotherapeut:innen Pausen während des Interviews, entsprechend kindbezogener Faktoren ein und begünstigen damit eine

vollständige Durchführung des COPM mit dem Kind (TN1:266). In den Pausen wird Kindern in der Regel die Möglichkeit zur Bewegung geboten.

Führt der Einsatz von Pausen nicht zum gewünschten Erfolg, wird die Erhebung abgebrochen. Dabei wird beschrieben, wie das Kind durch transparente Kommunikation in die Entscheidung mit einbezogen wird. Diese Unterstützung wird auch von Delfos (2015) als Reaktion auf schwindende Motivation oder Widerstand beschrieben. Bei der Wiederaufnahme in der Folgeinheit hat es sich bewährt, mit dem Kind auf die bereits begonnene Erhebung zurückzublicken (vgl. TN1:262). Auch Verkerk und van der Molen-Meulmeester (2019) befürworten die Abnahme des COPM in mehreren Teilen, wenn die kindlichen Bedürfnisse dies indizieren.

17.3 Beantwortung von Leitfrage 2

Wie gestalten erfahrene Ergotherapeut:innen die Kommunikation mit Kindern bei der Durchführung des *COPM mit Kindern*?

Um diese Leitfrage zu beantworten, müssen zunächst die Resultate bezüglich der Haltung des/der Ergotherapeut:in in Zusammenhang mit der Literatur betrachtet werden, da die Haltung einen zentralen Einfluss auf die Kommunikation mit dem Kind hat.

Die Teilnehmenden geben an, eine klientenzentrierte Haltung einzunehmen und heben hervor, dass diese deutlich wird, indem Kinder im Erhebungsprozess eigene Entscheidungen treffen können (vgl. z.B. TN5:546). Damit zeichnet sich ab, dass Kindern eine Möglichkeit zum Übernehmen von Verantwortung, im Sinne des Power Sharings, gegeben wird, was Enemark Larsen et al. (2018) als notwendige vorherrschende Komponente zur Erweiterung der Klientenzentrierung beschreiben. Ziviani et al. (2012) beschreiben außerdem, dass der Einbezug von Kindern in Entscheidungsprozesse die Autonomie hervorhebt. Dies bestätigt sich in den Resultaten, welche deutlich machen, dass die Einflussnahme der Kinder auf den therapeutischen Prozess dazu führt, dass diese sich ernstgenommen fühlen.

Die Resultate zeigen zudem auf, dass das Kind im Kontext der kindzentrierten Erhebung nicht von allen Expert:innen isoliert als Expert:in seiner Lebenswelt angesehen wird, sondern vermehrt als Teil einer Expert:innenkonstellation bzw. eines/einer erweiterten Klient:in (vgl. z.B. TN5:584-586). Eine Durchführung des COPM kann und soll, *zusätzlich* zu der Erhebung mit dem Kind, mit erweiterten Klient:innen erfolgen, um die wertvolle Perspektive derer zu erfassen, welche Teil der Lebenswelt des Kindes darstellen (Polatajko & Mandich, 2004). Erhobene Betätigungsanliegen sollten im Anschluss gemeinsam mit dem Klient:innensystem priorisiert werden, bevor es zur Zielvereinbarung kommt (Costa, 2016). Im Zuge der kindzentrierten Durchführung des COPM mit dem Kind sollte jedoch alleinig die Expertise des Kindes im Mittelpunkt der Erhebung stehen. Kinder ab einem kognitiven Alter von vier bis fünf Jahren sind dazu in der Lage, ihre Ziele und Wünsche sowie deren Beweggründe zu äußern (Costa, 2016 nach Costa, Brauchle et al. 2016; Tam, Teachman et al. 2008) und sollten entsprechend ernstgenommen und als Expert:in angesehen werden. Ziviani et al. (2012) sehen die Aufgabe entsprechend der personen-zentrierten Praxis darin, das Kind zu unterstützen, ohne Orientierung an äußeren Einflüssen frei zu kommunizieren und zu entscheiden.

Die Anwaltschaft für das Kind wird von TN3 so verstanden, dass er/sie das Interview so lenkt, dass Betätigungen, welche laut Aussage der Eltern schwierig seien, von dem Kind als Betätigungsbedürfnis ausgewählt werden. Entsprechend des CMCE Skills *advocate* sprechen und argumentieren Ergotherapeut:innen zugunsten der Klient:innen (Townsend & Polatajko, 2013). Der/die Ergotherapeut:in ist also gegenüber den Eltern und anderen Bezugspersonen ein/eine Fürsprecher:in für die Wünsche und Betätigungsbedürfnisse der Kinder, und setzen sich im Sinne der Klientenzentrierung für "...die Verwirklichung ihrer Belange" ein (Townsend & Polatajko, 2013 nach CAOT, 1997). In der Durchführung sollte das Kind somit nicht beeinflusst werden. Da Kinder von sechs bis acht Jahren sehr empfänglich für suggestive Fragen sind (Delfos, 2015), sollten diese in besonderem Maße gemieden werden.

Die Resultate bestätigen die Bedeutung der Unterstützung durch eine Haltung des Nicht-Wissens (Steiner & Berg, 2016; Vogt, 2016). Delfos (2015) und Bedoin und Scelles (2015) beschreiben ebenso wie teilnehmende Personen die Wichtigkeit dessen, den Eindruck des allwissenden Erwachsenen zu reduzieren, indem verdeutlicht wird, dass der Erwachsene die Antworten nicht kennt. Expert:innen regen dazu an, das Kind ebenso Fragen stellen zu lassen und als interviewführende Person seine/ihre eigene Fehlbarkeit offenzulegen. Auch die empathische und wertschätzende Haltung, welche das Kind unterstützt (Delfos, 2015; Gordon, 2012; Rogers, 1983; Vogt, 2016) findet sich in den Aussagen der Expert:innen wieder.

Aufbauend auf die Haltung, folgt nun die Diskussion der Kommunikation selbst, welche aus den Resultaten hervorgeht.

In den Resultaten bestätigen sich die Erkenntnisse von Verkerk et al. (2021), dass Kinder sich einen Kommunikationsstil wünschen, welcher an deren Bedürfnisse angepasst ist. Hierzu ist das Entwicklungsniveau des Kindes im Allgemeinen, ebenso wie individuelle Bedürfnisse an die Kommunikation, zu berücksichtigen (Bedoin & Scelles, 2015; Delfos, 2015; Trautmann, 2010; Vogt, 2016; Ziviani et al., 2012). Diese Berücksichtigung findet bei den befragten Expert:innen durch eine Vielzahl an Anpassungen statt. Beispiele hierfür sind eine an das Kind angepasste Sprechgeschwindigkeit, eine klare, einfache Sprache oder die Akzentuierung wichtiger Worte, wie zahlreiche Autor:innen ebenso bestätigen (Bedoin & Scelles, 2015; Delfos, 2015; Powrie & Hemsley, 2015; Sturgess et al., 2002; Trautmann, 2010; Vogt, 2016). Teilnehmende legen großen Wert darauf, dass das Kind sich wohlfühlt, über Ziel und Zweck des Interviews informiert ist, die Gesprächsregeln kennt und seine Anliegen frei und freiwillig äußern kann, wie auch Delfos (2015) bestätigt.

Zudem betonen die befragten Teilnehmenden ebenso wie einige Autor:innen ein gleichberechtigtes Gespräch auf Augenhöhe, in dem das Kind Raum zum Erzählen hat und durch eine Flexibilität des Interviewenden in einen Gesprächsfluss kommen kann (Delfos, 2015; Gede et al., 2014 nach Faux et al., 1988).

Bezüglich des Einsatzes verschiedener Fragetechniken benennen die Expert:innen beispielsweise Verständnisfragen, Detailfragen und Spiegeln. Wie ein/eine Expert:in betont, wird durch Fragen bei dem Kind das Bewusstsein dafür geschaffen, dass es Lösungen in sich trägt (TN2:270). Die lösungsfokussierte Haltung wird in den Fragetechniken der Teilnehmenden in den verschiedenen Prozessschritten des Assessments deutlich. Wie

zahlreiche Autoren (Bannink, 2015; Steiner & Berg, 2016; Vogt, 2016) belegen, fördern diese die Motivation und Partizipation des Kindes. Auch Verkerk et al. (2021) weist darauf hin, das Wort „Problem“ bei der Durchführung des COPM zu vermeiden ist.

Eine weitere Möglichkeit, die Motivation des Kindes zu stärken, ist durch Lob, Wertschätzung und Feedback darüber, wie die Kinder die Situation meistern. Dies betonen die Expert:innen ebenso wie einige Autor:innen, dass Kinder im Alter der Durchführung empfänglich für Ablehnung und Wertschätzung sind (Delfos, 2015; Erikson, 2005; Kertoy & Poulsen, 2012). Auch eine Orientierung durch die Verdeutlichung eines zeitlichen Rahmens oder die Aussicht auf Aktivitäten, die sich an das Interview anschließen, werden von Teilnehmenden als motivierend für das Kind beschrieben. Dies bestätigen Verkerk et al. (2021), in dem sie berichten, dass Kinder sich eine Belohnung nach der Durchführung des COPM wünschen.

Ein wichtiges Element in der Gesprächsführung ist zudem das aktive Zuhören (Gordon, 2012; Kertoy & Poulsen, 2012; Zimmermann, 2016), welches zudem den Eindruck des allwissenden Erwachsenen reduziert (Gordon, 2012; Zimmermann, 2016). Teilnehmende bestätigen dies und erläutern, dass dadurch das Kind im Mittelpunkt steht und der/die Interviewende keine wichtigen Informationen verpasst.

Aus den Resultaten gehen unterschiedliche Strukturierungen in der Interviewgestaltung hervor. Alle Teilnehmenden nutzen eine Strukturierung nach dem Tagesablauf des Kindes. Dies deckt sich mit der Empfehlung nach Gede et al. (2014).

Laut Verkerk et al. (2021) sollten Kinder ausreichend Zeit bei der Formulierung eigener Betätigungsbedürfnisse sowie der Skalierung erhalten, wie auch TN2 betont (TN2:242).

Ein/eine Teilnehmende beschreibt, dem Kind gegenüber zu benennen, dass die Informationen bei dem/der Therapeut:in gut und sicher aufgehoben sind (TN5:120). Dies könnte bei dem Kind den Eindruck erwecken, dass der/die Ergotherapeut:in zum/zur Geheimnisträger:in wird. Da es für das Kind eine wichtige Information darstellt, wie der/die Ergotherapeut:in mit den gewonnen Informationen umgehen wird (Delfos, 2015; Gede, 2016; Gede et al., 2014), sollte eine Transparenz darüber geschaffen werden.

Wie Vogt (2016) beschreibt, erfordert die Skalierung eine komplexe Interviewtechnik, welche auch die befragten Expert:innen beschreiben. Sie verwenden eine konkrete Sprache, ziehen Beispiele hinzu, passen sich bei dem Umfang der Erläuterungen an die Bedürfnisse des Kindes an und erläutern einzelne Worte.

Dass der Einsatz der Skalen immer im Zusammenhang mit einer Erläuterung dieser steht, zeigt, dass die verbale Sprache durch deren Einsatz unterstützt, jedoch nicht ersetzt wird, wie auch von Sturgess et al. (2002) beschrieben.

Der Einsatz nonverbaler Kommunikation ist bei Kindern von großer Bedeutung (Bedoin & Scelles, 2015; Delfos, 2015; Trautmann, 2010), da Kinder stark mithilfe von Körperbewegungen und Blicken kommunizieren und ihre Sprachentwicklung noch nicht abgeschlossen ist (Steiner & Berg, 2016). Die befragten Expert:innen bestätigen ebenso die Bedeutung nonverbaler Kommunikation und beschreiben dessen Einsatz:

Alle Expert:innen betonen den Aufbau von Blickkontakt seitens des/der Ergotherapeut:in, welcher jedoch nicht unbedingt immer seitens des Kindes eingefordert wird. Dies deckt sich mit den Empfehlungen von Delfos (2015), Steiner und Berg (2016).

Die Expert:innen bestätigen zudem die Bedeutung einer zugewandten, offenen, leicht vorgebeugten Körperhaltung sowie von Mimik und Gestik (Delfos, 2015; Powrie & Hemsley, 2015).

17.4 Beantwortung von Leitfrage 3

Wie nutzen erfahrene Ergotherapeut:innen Material, um Kinder bei der Erhebung und Skalierung der Betätigungsbedürfnisse zu unterstützen?

Nachdem sich Strebel (2016) als Co-Autorin des *COPM mit Kindern* für die weitere Adaption unterstützender Materialien in der Praxis ausgesprochen hat, liefern die Resultate erste Studienergebnisse dazu, wie die Adaption in der Praxis von erfahrenen Ergotherapeut:innen umgesetzt wird.

Die Resultate zeigen, dass Ergotherapeut:innen in der Praxis sowohl die von Gede et al. (2014) vorgesehenen adaptierten Materialien zur Nutzung bei der Durchführung des *COPM mit Kindern* nutzen, als auch weiter adaptierte Versionen der Skalen sowie externes, im Handbuch nicht berücksichtigtes Material verwenden.

Bei der Erhebung und Skalierung der Betätigungsbedürfnisse zielt die visuelle Unterstützung vor allem darauf ab, Kinder in der Kommunikation zu unterstützen (Delfos, 2015; Hachul & Schönauer-Schneider, 2012; Harter & Pike, 1984; Krüger, 2006; Powrie & Hemsley, 2015; Steiner & Berg, 2016)

Die befragten Expert:innen nutzen die adaptierten Skalen nach Gede et al. (2014), da die Visualisierung des Messbereichs den Kindern die Skalierung verständlicher macht. Um die Visualisierungswirkung zu verstärken haben verschiedene Expert:innen die Skalen laminiert, vergrößert, farbig gestaltet oder ausgeschnitten. Die farbige Gestaltung der Skalen deckt sich hierbei mit der Anregung pädiatrischer Klient:innen (Verkerk et al., 2021).

Es ist empfohlen Kindern eine Chance zur nonverbalen Ausdrucksweise durch Zeichnen, Schreiben oder die Nutzung von Gegenständen zu bieten (MacDonald, 2009; Verkerk & van der Molen-Meulmeester, 2019). Gede et al. (2014) empfehlen im Handbuch die Nutzung von Erhebungskärtchen während des Interviews. Die Resultate zeigen auf, dass keiner/keine der Expert:innen Erhebungskärtchen bei der Erhebung nutzen. TN5 merkt an, dass dies sowohl für Ergotherapeut:innen, als auch für die Kinder in einer ohnehin schon herausfordernden Situation wie dem COPM nicht zu schaffen sei (TN5:380,390).

Dem entgegen stehen die Erkenntnisse von Wiseman et al. (2019). Hierbei wurden die Kinder gebeten, bevorzugte Aktivitäten zu malen. Durch offene und geschlossene Fragen wurde die Verbalisierung der Inhalte unterstützt und somit die Kommunikation erleichtert (Wiseman et al., 2019).

Bei der Skalierung setzen Expert:innen teilweise kleine, mit Betätigungsbedürfnissen beschriftete Kärtchen ein, um diese den entsprechenden Stufen der Skala zuzuordnen. Alternativ werden die Betätigungsbedürfnisse auf die laminierte Skala geschrieben. Verkerk und van der Molen-Meulmeester (2019) empfehlen in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Visualisierung durch die Nutzung von Aufklebern.

Deutlich zeigt sich bei der Betrachtung der Kritik an dem Assessment sowie der Tatsache, dass die Expert:innen sich sowohl an Material anderer Assessments bedienen, als auch selbst kreative Lösungen zur Ergänzung des Materials finden, dass Anpassungsbedarf des COPM besteht.

Von besonderer Bedeutung scheint eine anschauliche Darstellung von Betätigungen durch Fotokarten, welche Kinder darin unterstützen über eigene Betätigungsbedürfnisse ins Gespräch zu kommen. Der Einsatz von Fotomaterial fördert die aktive Beteiligung der Kinder und empowern diese, das Interview aktiv mitzugestalten und unterstützen eine authentische Betrachtung des kindlichen Erlebens (Ford et al., 2017; McCloy et al., 2016).

Dies geschieht meist durch die Nutzung der *Kids Activity cards*. Einige Befragte äußern, dass sie die *Kids Activity Cards* zwar nutzen, da sie das beste verfügbare Material darstellen, diese jedoch unvollständig, nicht zeitgemäß, nicht ansprechend und die glänzende Oberfläche ungünstig aufgrund von Lichtreflektionen sei (vgl. z.B. TN4:52; TN5:250). Die farbliche Kennzeichnung der Betätigungsbereiche sei zudem irreführend bei der Stapelbildung (TN5:232,250).

Mehrere Befragte gaben an, die Fotokarten aus diesen Gründen zu ergänzen. Hier wird der Wunsch nach aktuellen, umfangreichen und ansprechend gestalteten Fotokarten deutlich, um Kinder optimal bei der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse unterstützen zu können. Eigene vorgenommene Anpassungen des Fotomaterials stellen beispielsweise die Erweiterung durch eigene Fotos oder die Ergänzung durch andere Fotokarten dar und entsprechen damit dem Vorschlag von Oetken (2008), die *Kids Activity cards* zu erweitern.

Gomez (2020) zeigt eine weitere Möglichkeit der Nutzung von Fotomaterial auf: Durch die Kombination der partizipativen Methode, Kinder eigene Fotos erstellen zu lassen und darüber hinaus, anhand der Fotos das Interview zu führen, wird die Aussagekraft der Fotos genutzt, um als Teil des Interviewprozesses die subjektive Bedeutung des Kindes zu erfassen. Hierbei bieten sich Einblicke, welche durch ein reines Interview nicht zu erfassen sind.

Neben der Struktur und der visuellen Unterstützung, welche durch Fotokarten geschaffen werden, gibt TN5 zu bedenken, dass die Fotokarten auch darin einschränken, frei von seinem/ihrer Tag zu berichten (TN5:266). Zusammenfassend betrachtet überwiegt jedoch deutlich der Nutzen beim Einsatz der Fotokarten. Dies deckt sich mit der Erkenntnis, dass der Einsatz von Fotomaterial die Partizipation des Kindes an einem Interview fördert (Ford et al., 2017; Gomez, 2020; McCloy et al., 2016).

Beim Einsatz von Fotokarten wird von den meisten Teilnehmenden die Stapelbildung einer Strukturierung nach dem Tagesablauf vorgezogen, da diese eine klare Sortierung schafft.

Die lösungsorientierte Haltung der Expert:innen wird dadurch deutlich, dass die Bezeichnung des Stapels “das möchte ich lernen” statt “das kann ich nicht” von einigen der Expert:innen bevorzugt werden.

Symbolik scheint hier nicht nur bei der Kennzeichnung der Stapel von großer Bedeutung zu sein, sondern auch bei der Verdeutlichung der Skalen. Beispiele hierfür stellen Edelsteine, Tiere, Smileys, Spielzeuge oder farbliche Behälter dar. Kinder wünschen sich laut Verkerk et al. (2021) eine attraktivere Gestaltung des Assessments durch Farben.

Wie zahlreiche Autoren belegen, ist der Einsatz von Bildern, Zeichnungen, Piktogrammen, bildhaften Skalen, Videos, Symbolen, Miniatur-Objekten, reale Gegenständen wie Spielzeug oder Darstellungen in schriftlicher Form von großer Bedeutung für eine kindgerechte visuelle Unterstützung (Delfos, 2015; Hachul & Schönauer-Schneider, 2012; Harter & Pike, 1984; Krüger, 2006; Powrie & Hemsley, 2015; Steiner & Berg, 2016). Die Verwendung von Gegenständen bietet somit eine geeignete Ausdrucksmöglichkeit (MacDonald, 2009).

Zwei der Befragten gaben an, Fotokarten vor der Durchführung auszusortieren, um den Kindern Betätigungen vorzuenthalten, welche aufgrund von begrenzten finanziellen Ressourcen oder der ambulanten ergotherapeutischen Behandlungsform laut der Befragten nicht umsetzbar seien. Zudem wird zwischen *Wunsch* und *Betätigungsbedürfnis* unterschieden (TN2:190; TN3:122). Die Unterscheidung zwischen einem Wunsch und einem Betätigungsbedürfnis ist nicht im Sinne der Klientenzentrierung. Betätigungen, welche ein Kind zu tun wünscht, aber nicht tun kann, entsprechen nach Law et al. (2017) sowie Gede et al. (2014) einem Betätigungsbedürfnis. Die kindzentrierte Erfassung sieht vor, das Kind darin zu unterstützen, frei zu kommunizieren (Ziviani et al., 2012).

Das gezielte Ausschließen von Betätigungen aus der Erhebung durch den/die Therapeut:in, zeichnet hingegen ein Ungleichgewicht der Machtverteilung in der Klient:innenbeziehung ab. Im Sinne des Power-Sharings sollte durch den/die Therapeut:in eine ausgeglichene Zusammenarbeit ermöglicht werden (Townsend & Polatajko, 2013). Die offenbarten Bedürfnisse des Kindes stehen im Mittelpunkt der Erhebung (Townsend & Polatajko, 2013). Hierbei ist es die Aufgabe des/der Therapeut:in die Erfüllung eines Betätigungsbedürfnisses unter Einsatz der CMCE Skills *Consult*, *Coordinate* oder *Educate* (vgl. Knagge, 2016) ambulant zu begleiten und das Kind zu *enablen* (Townsend & Polatajko, 2013).

Da einige Kinder Schwierigkeiten bei der Skalierung haben, empfiehlt Verkerk et al. (2021) eine Anpassung der Skalen durch Symbole, um die Bedeutung der Zahlen zu verdeutlichen. Kinder äußerten in der Studie, dass sie sich eine einfachere Skalierung wünschen.

Bei der Betrachtung der Resultate im Zusammenhang mit Skalierung zeigt sich, dass der Großteil der Expert:innen die Skalen selbst anpassen, um die visuelle Unterstützung zu verstärken. Dies geschieht durch den Einsatz von Smileys mit unterschiedlichen Gesichtsausdrücken (vgl. 16.3.1).

17.5 Beantwortung der Forschungsfrage

Wie unterstützen erfahrene Ergotherapeut:innen Kinder zwischen sechs und zehn Jahren in der Durchführung des *COPM mit Kindern* bestmöglich bei der Erhebung von Betätigungsbedürfnissen sowie deren Skalierung hinsichtlich Wichtigkeit, Performanz und Zufriedenheit in der Evaluationsphase, sowie der erneuten Skalierung in der Outcomephase?

Die Gesamtheit der Resultate zeigt, dass die Haltung einen zentralen Einfluss auf die Kommunikation, die Auswahl des Materials und die Gestaltung des Settings hat, um Kinder bestmöglich bei der Durchführung des COPM zu unterstützen.

Im Fokus steht hier vor allem die kindzentrierte Haltung des/der Ergotherapeut:in. Sie schafft eine Basis für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Kind, stellt das Kind in das Zentrum des Interesses und ermöglicht erst eine erfolgreiche Durchführung des COPM.

Bei der Verdeutlichung dieser Haltung zur optimalen Unterstützung scheint der Begriff *Kindzentrierung* geeigneter, da er kennzeichnet, dass das Kind im Fokus steht und die vorliegende Forschungsarbeit nur die Erhebung mit dem Kind beleuchtet. Die *Klientenzentrierung* hingegen könnte den/die Leser:in vermuten lassen, dass erweiterte Klient:innen miteinbezogen sind.

Das Einnehmen einer Haltung, in der das Kind als Expert:in seiner Lebenswelt gesehen wird, stellt die Grundlage zum Power-Sharing dar. Dem Kind sollte seine wichtige Rolle in der Erhebung deutlich vermittelt werden, indem der/die Therapeut:in aufrichtiges Interesse zeigt und das Kind ernst nimmt.

Ergotherapeut:innen unterstützen Kinder zudem durch eine lösungsfokussierte Haltung bei dem Einsatz von Material und Kommunikation. Unterstützung findet außerdem durch eine an die Bedürfnisse des Kindes angepasste Kommunikation statt. Die adaptierte Gesprächsführung unterstützt Kinder nicht nur bei der Erhebung und Skalierung der Betätigungsbedürfnisse, sondern auch dabei, sich im Interview wohlfühlen und motiviert zu sein. Hierbei nutzen Ergotherapeut:innen beispielsweise einfache Sprache, die Akzentuierung einzelner Worte sowie unterschiedliche Fragetechniken. Außerdem leistet der Einsatz wertschätzender und zugewandter nonverbaler Kommunikation seinen Beitrag.

Ergotherapeut:innen strukturieren das Interview bezüglich der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse nach dem Tagesablauf oder in Form von Stapelbildung durch Fotokarten, welche Betätigungen zeigen.

Eine Strukturierung nach dem Tagesablauf hat den Vorteil, dass Kinder frei über bedeutungsvolle Betätigungen ihres Alltages ins Gespräch kommen können. Die Resultate haben jedoch gezeigt, dass Visualisierungsmaterial eine zentrale Unterstützungsmöglichkeit bei der Durchführung darstellt. Aus diesem Grund ist eine Strukturierung der Erhebung von Betätigungsbedürfnissen durch Stapelbildung und der Einsatz von Fotokarten dem Einsatz von Tagesablauf ohne Material zu bevorzugen. Durch die Zuordnung der Betätigungen zu verschiedenen Stapeln entscheidet das Kind bewusst und eigenständig zwischen bedeutungsvollen und nicht bedeutungsvollen Betätigungen. Dies vereinfacht entscheidend den

abstrakten Vorgang der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse, welcher bei einer Strukturierung des Tagesablaufes lediglich durch Worte statt Handlungen erfolgt.

Die Möglichkeit, die Karten individuell durch Zeichnungen, eigene Fotografien oder ähnliches zu erweitern, wird von erfahrenen Ergotherapeut:innen aufgezeigt.

Zur visuellen Unterstützung nutzen Ergotherapeut:innen Symbole, Farben und Gegenstände sowohl zur Veranschaulichung der Funktionsweise und Bedeutung der Stapel, als auch bei der Skalierung. Auch die Skalen selbst werden zur besseren Veranschaulichung angepasst.

Bei der Durchführung der Outcome Messung unterstützen Ergotherapeut:innen, indem sie das Vorgehen transparent kommunizieren und das gleiche Materials wie bei der Ersterhebung nutzen.

Bezüglich der Gestaltung eines unterstützenden Settings ist vor allem das Arrangieren einer reizarmen Umwelt sowie die Ausrichtung der Sitzplätze auf Augenhöhe relevant, womit eine Grundlage zum Aufbau von Blickkontakt geschaffen wird.

Ergotherapeut:innen unterstützen bezüglich der Gestaltung der sozialen Umwelt, indem Bezugspersonen nicht anwesend sind oder ausschließlich zu dem Zweck hinzugezogen werden, um den emotionalen Rückhalt des Kindes zu stärken, sofern dies notwendig ist. Hierbei ist eine Beeinflussung des Kindes bei der Durchführung zu vermeiden.

Darüber hinaus setzen Ergotherapeut:innen Pausen und Unterbrechungen entsprechend kindlicher Bedürfnisse ein und begünstigen damit eine erfolgreiche kindzentrierte Erhebung anhand des *COPM mit Kindern*.

18 Reflexion der Studie

Das methodische Vorgehen der Studie fand, stringent durchgeführt, nach Gläser und Laudel (2010) statt. Dabei strukturierte das zunächst deduktive Vorgehen, sowie die Erstellung des hypothetischen Modells die Forschung. So konnten die zum Teil gut erforschten einzelnen Themen des Forschungsinteresses bereits eine Grundlage für das Vorgehen bieten. Gleichzeitig ermöglichte die Offenheit im Prozess der Extraktion das Generieren induktiver Dimensionen. Dies ermöglichte die Erfassung aller relevanten Informationen zum Erschließen von Kausalzusammenhängen. Das Studiendesign sowie die Methode wird von den Forscherinnen als geeignet gesehen, da soziales Handeln untersucht werden konnte und die Resultate Schlussfolgerungen bezüglich Handlungsempfehlung zur Durchführung des Assessments erlaubten.

Die Stärken der Studie bemessen sich zudem an den erreichten Gütekriterien der Interkoder-Reliabilität, kommunikative Validierung, Authentizität, Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit (vgl. 10.1 Gütekriterien in Methodik).

Die Umwelt als intervenierende Variable beeinflusst die Kausalmechanismen (Gläser & Laudel, 2010). Dieser Einfluss wurde bei der Auswertung der Daten berücksichtigt. Beispielsweise haben die Schutzmaßnahmen aufgrund der COVID-19 Pandemie die aktuelle Wahrnehmung der Therapiesituation beeinflusst. Hierdurch war die Wahrnehmung der

Teilnehmenden bezüglich des Settings durch Abstandsregelungen, Trennwände und Mund-Nase Schutz beeinflusst. Die Teilnehmenden nahmen in den Interviews immer wieder Bezug auf diese Situation. Da die Forscherinnen davon ausgehen, dass unterstützende Maßnahmen ohne den Einfluss von Schutzmaßnahmen relevantere Ergebnisse für die Zukunft liefern, galt dieser Einfluss nicht dem Forschungsinteresse, auch wenn er Berücksichtigung fand.

Aufgrund der COVID-19 Pandemie konnte kein persönlicher Kontakt zu den Expert:innen hergestellt werden. Durch die Notwendigkeit von Videocalls werden einerseits möglicherweise potenzielle Teilnehmende durch fehlendes technisches Wissen ausgeschlossen. Andererseits hat dies ermöglicht, Teilnehmende aus verschiedensten Regionen zu erreichen und den Aufwand durch die Teilnahme von zu Hause zu reduzieren.

Es konnte keine Datensättigung erreicht werden, da bei jedem der Interviews neue Erkenntnisse deutlich wurden.

Eine der Forscherinnen hat langjährige praktische Erfahrung in der Arbeit mit der betreffenden Klient:innengruppe sowie dem Einsatz des *COPM mit Kindern*. Diese intensive Beteiligung kann sich auf die Interpretation im Rahmen der qualitativen Datenanalyse ausgewirkt haben und eine Beeinflussung im Interview mit Expert:innen nach sich gezogen haben. Durch die Erfahrung konnte jedoch der Interviewleitfaden passender an die Arbeitssituation der Teilnehmenden angepasst werden.

VI Schlussfolgerung

Im Rahmen der Schlussfolgerung leiten die Forscherinnen aus den Resultaten Handlungsempfehlungen für die Durchführung des *COPM mit Kindern* ab, welche für die Neuauflage des Assessment-Handbuches genutzt werden können.

Das zentrale Ergebnis der Forschungsarbeit stellt dar, dass die Haltung von zentraler Wichtigkeit bei der Unterstützung von Kindern bei der Erhebung und Skalierung der Betätigungsbedürfnisse ist. Die Haltung beeinflusst das unterstützende Verhalten des/der Ergotherapeut:in, wie beispielsweise die eingesetzte Kommunikation, die Gestaltung des Settings, sowie die Auswahl des Materials und dessen Art und Weise des Einsatzes. Bei Betrachtung dieser Aspekte sind vor allem die Kommunikation und das Material von besonderer Wichtigkeit.

Es ist entsprechend zu empfehlen in der Neuauflage auf den Bedarf einer intensiven Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung hinzuweisen. Darüber hinaus ist jedoch auch von Wichtigkeit, die Kindzentrierung explizit zu benennen und ausschließlich Handlungsempfehlungen abzubilden, welche mit einer kindzentrierten Haltung vereinbar sind. Eine überzeugte kindzentrierte Haltung beeinflusst die Qualität der Durchführung des COPM mit dem Kind positiv und steigert die Validität der entstandenen Ergebnisse.

Auch die Einnahme einer lösungsfokussierten Haltung bietet eine große Chance zur Verbesserung der Durchführung des Assessments, da dessen positiver Einfluss im Einsatz von Material und in der Kommunikation deutlich wurde.

Da der Bedarf nach einer Unterstützung durch verstärkte Visualisierungsmöglichkeiten deutlich wurde, sind Anpassungen der Skalen sowie eine Erweiterung des Einsatzes von verschiedenen Materialien, entsprechend der Resultate zu empfehlen.

Bezüglich des Einsatzes visueller Unterstützungsmöglichkeiten wird der Bedarf an Fotokarten deutlich, welche Betätigungen abbilden, die sowohl umfassend, als auch von aktueller Relevanz für Kinder im deutschsprachigen Kulturraum sind. Hierzu ist weitere Forschung notwendig, da noch nicht klar scheint, welche Betätigungen für Kinder von aktueller Relevanz sind und welche Art einer kindgerechten Gestaltung Kinder bestmöglich in der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse unterstützt.

Da bezüglich der genauen Anpassung der Skalierung keine Datensättigung im Verlauf der Studie erreicht werden konnte, bedarf die genaue Anpassung der Skalen weiterer Forschung.

In der Neuauflage sollten Empfehlungen bezüglich der Gestaltung des Settings und der Kind spezifischen Kommunikation entsprechend der Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit mit einfließen.

Glossar

Betätigungsbedürfnis

- „Eine Betätigung, die eine Person tun möchte, tun muss oder die von ihr erwartet wird, die sie aber nicht tun kann, nicht tut oder mit deren Ausführung sie nicht zufrieden ist.“ (Law et al., 2017)

CMCE Skills

- *Coach*
Das Coaching im ergotherapeutischen Prozess zeichnet sich durch eine unterstützende Gesprächsführung aus, welche Klient:innen darin begleitet herauszufinden, was für sie wichtig ist und welche Ressourcen und Stärken es gibt. Im weiteren Verlauf unterstützt Coaching auch in den folgenden Aktionspunkten Zielsetzung, Planung, Umsetzung, Reflektion und Bewertung des Ergebnisses sowie das Beenden der Therapie. Im Coaching unterstützt der/die Therapeut:in Klient:innen dahingehend, sich gedanklich zu sortieren und zu öffnen, um Möglichkeiten zum Herstellen von Kongruenz zwischen Wunsch und Handeln zu erreichen, sowie das Entdecken von Herausforderungen und Lösungswegen (Townsend & Polatajko, 2013).
- *Collaborate*
Die Machtteilung (Power Sharing) bildet die Grundlage für Zusammenarbeit. Sie zeichnet sich aus, indem etwas *mit* dem/der Klient:in anstelle *für* ihn/sie getan wird. Die Zusammenarbeit zwischen Klient:in und Ergotherapeut:in basiert auf entgegengebrachter Empathie, altruistischen Motiven sowie dem Schaffen einer Vertrauensbasis und adäquater Kommunikation. (Townsend & Polatajko, 2013 nach Linden, 2003)

CMOP-E Komponenten

- Die *Person* im Sinne des CMOP-E umfasst neben der affektiven, physischen und kognitiven Komponente, die Spiritualität im Zentrum. Die Spiritualität ist als “Essenz einer Person” beschrieben (Townsend & Polatajko, 2013, S. 30), damit umfasst sie die Motivation eines Menschen Dinge zu tun und gibt Betätigungen Bedeutung (Townsend Polatajko, 2013, nach CAOT, 1997). Die Spiritualität ist das Wesen eines Menschen, dem kann, muss jedoch nicht, religiöser Glaube zu Grunde liegen.
- Die *Betätigung* wird von Townsend und Polatajko (2013) als Verbindungsglied zwischen Person und Umwelt beschrieben. Durch Betätigung wirkt die Person auf ihre Umwelt ein, die Umwelt wiederum nimmt Einfluss auf die Betätigung des Menschen (Gede et al., 2014).
- Die *Umwelt* stellt das dritte Glied der wechselseitigen Verbindung dar. Sie unterteilt sich in vier Komponenten in welchen Betätigungen wirken: physisch, institutionell, kulturell und sozial.

Enablement Foundations

Einflüsse welche das Enablement Reasoning, den Auswahlprozess der genutzten Kompetenzen und Enablementskills, prägen sind die Enablement Foundations (Townsend & Polatajko, 2013):

- *Coice, Risk, Responsibility*
Hier spielen die Achtung der Klientenperspektive, der Erfahrungen, Interessen und der Sicherheit des/der Klient:innen eine Rolle. Außerdem das Bewusstsein darüber, die Rechte des/der Klient:in sowie sein/ihr Ermessen von Risikobereitschaft zu achten. Gleichzeitig sind im therapeutischen Prozess rechtliche und berufliche Verantwortungen zu bedenken. Jene Aspekte gilt es auszuloten und gemeinschaftlich mit dem/der Klient:in zu vereinigen. (Townsend & Polatajko, 2013)
- *Client Participation*
Hiermit ist die Sicht auf den/die Klient:in als mündigen/mündige Bürger:in gemeint, welche die Fähigkeit und Berechtigung haben, Entscheidungen über die Therapie und ihr Leben zu treffen. Klient:innen sind einzuladen am Prozess aktiv beteiligt zu sein (Townsend & Polatajko, 2013).
- *Vision of possibilities*
Visionen über Möglichkeiten können Offenheit, Bereitschaft Entscheidungen zu treffen, Risiken einzugehen, Verantwortung zu übernehmen, initiieren. Die Visionen zu Betätigungen von Ergotherapeut:innen sind durch eigene Erfahrungen aber auch durch die Forschung sowie ein inklusives Weltbild geprägt. „Ergotherapeut:innen verfolgen das Bestreben Zuversicht, Hoffnung, Respekt, Bereitschaft und Widerstandsfähigkeit zu wecken und sie mit Hartnäckigkeit und Optimismus im Wandel zu unterstützen“ (Townsend & Polatajko, 2013, S.103).
- *Change*
Die Ergotherapeut:in lädt den/die Klient:in ein, aktiv Veränderung in den Angestrebten Bereichen herbeizuführen. Hierbei werden die Wahlmöglichkeit sichergestellt und die Balance zwischen Risiko und Verantwortung gehalten. Darüber hinaus gilt es die Anliegen zum Wandel über die Performance hinaus zu beachten. Unterschiedliche Zielgruppen wie Individuen, Familien oder Gruppen formen unterschiedliche Anliegen für Wandel, welche es zu beachten gilt. Dabei können Ergotherapeut:innen sich immer wieder die Frage stellen, was sie beitragen können um sozialen Wandel herbeizuführen wenn ihre Kernkompetenz im Ermöglichen von Betätigten liegt. (Townsend & Polatajko, 2013)
- *Justice*
Diese beinhaltet die kritische Reflektion der eigenen und anderer Wertevorstellungen, immer dann, wenn impliziert wird, jemand müsse sich verändern um in irgendeiner Art und Weise zu verbessern, beispielsweise in Bezug auf das Streben nach dem Erlangen von Selbstständigkeit. Wichtig ist das Wahrnehmen systematischer Ungerechtigkeit, welche vulnerable Gruppen erleben, sowie das bedingungslose Annehmen der betreffenden Personen sowie das Handeln auf der Annahme, dass jeder Mensch so wie er ist, das Recht auf Partizipation in der Gemeinschaft hat. Hierbei ist zu beachten, dass Ziele ergotherapeutischer Interventionen ausschließlich auf den bewussten und informierten Entscheidungen der Klient:innen beruhen, nicht etwa auf unreflektierten

Wertvorstellungen und gesellschaftlichen Normen. So kann auf die Klient:innen Entscheidung hin, in der Intervention beispielsweise am Befähigen von Betätigungen zur Reduktion der Pflegebedürftigkeit gearbeitet werden oder jedoch daran, den/die Klient:in in ihrer Position zu bestärken und für sie bei entsprechenden Personen fürzusprechen. Ebenso kann die Intervention im Gegensatz zur Anpassung des/der Klient:in auf die Anpassung der Umwelt abzielen. (Townsend & Polatajko, 2013)

- *Power Sharing*

Um klientenzentrierte Zusammenarbeit möglich zu machen, ist es wichtig, Klient:innen deutlich zu machen, dass die Machtteilung, die aktive Teilnahme am Prozess von ihnen erwünscht und wichtig ist.

Durch die Erwartung an einen professionellen Experten, sowie die gewohnte Hierarchie im Gesundheitsberuf, erfordert die Ausübung von Power Sharing für Klient:innen offensive Möglichkeiten Verantwortung und Macht zu übernehmen. Dies kann beispielsweise Geschehen, indem Klient:innen die Macht gegeben wird zu äußern, was sie wollen und brauchen. Ergotherapeut:innen zeigen ehrliches Interesse am Erleben der Klient:innen und verstehen sich selbst in der Position durch den Austausch voneinander lernen zu können. (Townsend & Polatajko, 2013)

Literaturverzeichnis

- Ahlskog-Björkman, E., & Björklund, C. (2016). Communicative tools and modes in thematic preschool work. *Early Child Development and Care*, 186(8), 1243–1258. <https://doi.org/10.1080/03004430.2015.1085863>
- American Psychological Association (Hrsg.). (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association: 7th Edition, 2020 Copyright* (007 Edition). AMER PSYCHOLOGICAL ASSn.
- Bannink, F. (2015). *Lösungsfokussierte Fragen: Handbuch für die lösungsfokussierte Gesprächsführung* (W. Heitzer-Gores, Übers.). Hogrefe.
- Bedoin, D., & Scelles, R. (2015). Qualitative Research Interviews of Children with Communication Disorders: Methodological Implications. *European Journal of Special Needs Education*, 30(4), 474–489.
- Brainerd, C. J., Reyna V. F., & Ceci, S. J. (2008). Developmental Reversals in False Memory: A Review of Data and Theory. *Psychological Bulletin*, 134(3), 343–382.
- Büscher, S., Mester, D., & Wilbers, S. (2007). *Kids Activity Cards* (1. Aufl.). Schulz-Kirchner.
- CAOT, Stanton, S., & Canadian Association of Occupational Therapists (Hrsg.). (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (3. Aufl. Canadian Association of Occupational Therapists).
- Clark, A. (2005). Listening to and Involving Young Children: A Review of Research and Practice. *Early Child Development and Care*, 175(6), 489–505.
- Costa, U. M. (2016). Zielfindung mit Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen. In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert—betätigungsorientiert—evidenzbasiert* (1. Auflage). Schulz-Kirchner Verlag.
- Cup, E., & van Hartingsveldt, M. (2019). Ausgangspunkte der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S.197-198). Thieme.
- Cusick, A., Lannin, N. A., & Lowe, K. (2007). Adapting the Canadian Occupational Performance Measure for use in a paediatric clinical trial. *Disability and Rehabilitation*, 29(10), 761–766. <https://doi.org/10.1080/09638280600929201>
- Darragh, A. R., Sample, P. L., & Fisher, A. G. (1998). Environment effect on functional task performance in adults with acquired brain injuries: Use of the assessment of motor and process skills. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(4), 418–423. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(98\)90143-5](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(98)90143-5)

- Dawson, E., Hartwig, M., Brimbal, L., & Denisenkov, P. (2017). A room with a view: Setting influences information disclosure in investigative interviews. *Law and Human Behavior*, 41(4), 333–343. <https://doi.org/10.1037/lhb0000244>
- De Hoop, A. (2018, 29. Oktober). *Foto-Interview Deutsch*. X11 - ergotherapie & onderwijs. Abgerufen am 31.10.2021 von <https://datkanx11.nl/foto-interview-deutsch/>
- Delfos, M. F. (2015). „Sag mir mal ...“: *Gesprächsführung mit Kindern ; 4 bis 12 Jahre* (10., vollst. überarb. und erw. Neuaufl.). Beltz.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Dr. Dresing & Pehl GmbH. (2021). *F4analyse | audiotranskription*. <https://www.audiotranskription.de/f4analyse/>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag.
- Dunn, W. (2007). Supporting children to participate successfully in everyday life by using sensory processing knowledge. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Early Childhood Intervention*, 20(2), 84–101. <https://doi.org/10.1097/01.iyc.0000264477.05076.5d>
- Dunn, W., & Ziviani, J. (2012). Structuring and working with the environment. In J. Ziviani, A. A. Poulsen, & M. Cuskelly (Hrsg.), *The art and science of motivation: A therapist's guide to working with children*. Jessica Kingsley Publishers.
- Dunst, C. J., & Raab, M. (2004). Parents' and practitioners' perspectives of young children's everyday natural learning environments. *Psychological reports*, 94(1), 251–256. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.1.251-256>
- Eijssen, I., Verkerk, G., & van Hartingsveldt, M. (2018). *Nederlandse vertaling van: M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. J. Polatajko, & N. Pollock, Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (5th edition)*. CAOT Publications ACE.
- Enemark Larsen, A., Rasmussen, B., & Christensen, J. R. (2018). Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*, 2018, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2018/5956301>
- Erikson, E. H. (2005). *Kindheit und Gesellschaft* (M. von Eckardt-Jaffé, Übers.; 14. Edition). Klett-Cotta /J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger.
- Ford, K., Bray, L., Water, T., Dickinson, A., Arnott, J., & Carter, B. (2017). Auto-driven Photo Elicitation Interviews in Research with Children: Ethical and Practical Considerations. *Comprehensive Child & Adolescent Nursing*, 40(2), 111–125. <https://doi.org/10.1080/24694193.2016.1273977>

- Gede, H. (2016). Hätte mir früher mal jemand zugehört ... Mit Kindern Gespräche führen. In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert—Betätigungsorientiert—Evidenzbasiert* (1. Auflage, S. 109–118). Schulz-Kirchner Verlag.
- Gede, H., Strebel, H., van Kampen, S., & Sulzmann, I. (2014). *Kinder zu Wort kommen lassen: Die adaptierte Version des Canadian Occupational Performance Measure für Grundschulkinder (COPM a-kids) ; Handbuch und Materialien zur praktischen Anwendung* (3., aktualisierte Aufl.). Schulz-Kirchner.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage). VS Verlag.
- Gomez, R. (2020). Photostories: A participatory photo elicitation visual research method in Information Science. *Qualitative & Quantitative Methods in Libraries*, 9(1), 47–63.
- Gordon, T. (2012). *Familienkonferenz: Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind*. Heyne Verlag.
- Hachul, C., & Schönauer-Schneider, W. (2012). *Sprachverstehen bei Kindern: Grundlagen, Diagnostik und Therapie - mit Zugang zum Elsevier-Portal*. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Happy Scribe Ltd. (o. J.). *Happy Scribe: Audio Transcription & Video Subtitles*. Happy Scribe. Abgerufen 6. Oktober 2021, von <https://www.happyscribe.com/>
- Harter, S., & Pike, R. (1984). The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. *Child Development*, 55(6), 1969–1982.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>
- Helfferrich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2014. Aufl.). Springer VS.
- Hoogesteyn, K. (2020). *What's the room got to do with it?: Examining the influence of environmental aspects in investigative interviews*. Maastricht University.
- Hoppes, S., Davis, L. A., & Thompson, D. (2003). Environmental Effects on the Assessment of People With Dementia: A Pilot Study. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(4), 396–402. <https://doi.org/10.5014/ajot.57.4.396>
- Howe, M. L., & Knott, L. M. (2015). The fallibility of memory in judicial processes: Lessons from the past and their modern consequences. *Memory*, 23(5), 633–656. <https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1010709>

- Jack, F., Leov, J., & Zajac, R. (2014). Age-related Differences in the Free-recall Accounts of Child, Adolescent, and Adult Witnesses. *Applied Cognitive Psychology*, 28(1), 30–38. <https://doi.org/10.1002/acp.2951>
- Kertoy, M. K., & Poulsen, A. A. (2012). Using language to motivate. In J. Ziviani, A. A. Poulsen, & M. Cuskelly (Hrsg.), *The art and science of motivation: A therapist's guide to working with children*. Jessica Kingsley Publishers.
- Knagge, S. (2016). Modelle in der pädiatrischen Ergotherapie. In *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert—Betätigungsorientiert—Evidenzbasiert* (1. Auflage). Schulz-Kirchner Verlag.
- Krüger, H.-H. (2006). Forschungsmethoden in der Kindheitsforschung. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 1(1), 91–115. <https://doi.org/10.25656/01:987>
- Law, M., Baptiste, S., & Carswell, A. (2017). *COPM: Canadian Occupational Performance Measure ; 5th Edition* (B. Dehnhardt, S. George, & A. Harth, Übers.; 5th edition). Schulz-Kirchner Verlag.
- le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinebanian, A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie*.
- MacDonald, A. (2009). Drawing Stories: The Power of Children's Drawings to Communicate the Lived Experience of Starting School. *Australasian Journal of Early Childhood*, 34(3), 40–49. <https://doi.org/10.1177/183693910903400306>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl). Beltz.
- McCloy, L., White, S., Lee Bunting, K., & Forwell, S. (2016). Photo-Elicitation Interviewing to Capture Children's Perspectives on Family Routines. *Journal of Occupational Science*, 23(1), 82–95. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.986666>
- Meredith, P., & Cuskelly, M. (2015). The centrality of relatedness to collaborative goal setting in therapy. In A. A. Poulsen, J. Ziviani, & M. Cuskelly (Hrsg.), *Goal setting and motivation in therapy: Engaging children and parents*. Jessica Kingsley Publishers.
- Microsoft Corporation. (o. J.). *Microsoft Teams*. Abgerufen 2. November 2021, von <https://www.microsoft.com/de-de/microsoft-teams/group-chat-software>
- Oetken, A. (2008). CO-OP-Ansatz für Kinder – Verbesserte Koordination durch kognitive Strategien. *ergopraxis*, 01(01), 16–19. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262185>
- Okken, V., van Rompay, T., & Pruyn, A. (2012). Exploring Space in the Consultation Room: Environmental Influences during Patient–Physician Interaction. *Journal of Health Communication*, 17(4), 397–412. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.626498>

- Okken, V., van Rompay, T., & Pruyn, A. (2013). When the World Is Closing In: Effects of Perceived Room Brightness and Communicated Threat During Patient-Physician Interaction. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 7(1), 37–53. <https://doi.org/10.1177/193758671300700104>
- Ostensjø, S., Oien, I., & Fallang, B. (2008). Goal-oriented rehabilitation of preschoolers with cerebral palsy—A multi-case study of combined use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) and the Goal Attainment Scaling (GAS). *Developmental Neurorehabilitation*, 11(4), 252–259. <https://doi.org/10.1080/17518420802525500>
- Oxford Learner's Dictionaries. (2021). In *Oxford Learner's Dictionaries* Abgerufen am 06.11.2021, von <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/enablement?q=enablement>
- Noonan, M. J., & McCormick, L. (2006). *Young Children with Disabilities in Natural Environments: Methods and Procedures*. Brookes Pub.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1993). *Die Psychologie des Kindes*. dtv.
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2004). *Enabling Occupation in Children: The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) Approach*. CAOT Publications ACE.
- Powrie, B., & Hemsley, B. (2015). Goal identification when communication is a challenge. In A. A. Poulsen, J. Ziviani, & M. Cuskelly (Hrsg.), *Goal setting and motivation in therapy: Engaging children and parents*. Jessica Kingsley Publishers.
- Reichel, K., Marotzki, U., & Schiller, S. (2009a). Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland, Teil 1 – eine nationale und internationale Bestandsaufnahme. *ergoscience*, 4(02), 56–70. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1109375>
- Reichel, K., Marotzki, U., & Schiller, S. (2009b). Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland – Teil 2: Mögliche Ebenen der Anwendung und Umsetzung. *ergoscience*, 4(03), 98–106. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1109579>
- Reinders, H. (2005). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden*. Oldenbourg.
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. A. (Hrsg.). (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Springer.
- Rodger, S., & Kennedy-Behr, A. (2017). *Occupation-Centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists* (2. Edition). Wiley-Blackwell.

- Rogers, C. R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy* (20. Edition). FISCHER Taschenbuch.
- Romein, E., & Trees, H. (2016). Klientenzentrierte Betätigungsanalyse—Zwei Methoden. In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert—Betätigungsorientiert—Evidenzbasiert* (1. Auflage, S. 119–132). Schulz-Kirchner Verlag.
- Schaffer, H. I. (2014). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit: Eine Einführung* (3., überarb. Aufl.). Lambertus.
- Schneider, W., & Ornstein, P. A. (2015). The Development of Children's Memory. *Child Development Perspectives*, 9(3), 190–195. <https://doi.org/10.1111/cdep.12129>
- Shamsul, B. M. T., Sia, C. C., Ng, Y. G., & Karmegan, K. (2013). Effects of Light's Colour Temperatures on Visual Comfort Level, Task Performances, and Alertness among Students. *American Journal of Public Health Research*, 1, 159–165. <https://doi.org/10.12691/ajphr-1-7-3>
- Siegmüller, J., Bartels, H., Brendel, B., Giel, B., Glück, C. W., Hammer, S., Lauer, N., Pahn, C., Richter, J., & Ziegler, W. (2006). *Leitfaden Sprache Sprechen Stimme Schlucken*. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Spagnola, M., & Fiese, B. H. (2007). Family Routines and Rituals: A Context for Development in the Lives of Young Children. *Infants & Young Children*, 20(4), 284–299. <https://doi.org/10.1097/01.IYC.0000290352.32170.5a>
- Steiner, T., & Berg, I. K. (2016). *Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern* (A. Hildenbrand, Übers.; 7. Auflage). Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Strebel, H. (2016). Mit Kindern Alltagsschwierigkeiten erheben – Assessment: COPMa-kids. *ergopraxis*, 9(03), 36–38. <https://doi.org/10.1055/s-0042-101511>
- Sturgess, J., Rodger, S., & Ozanne, A. (2002). A Review of the Use of Self-Report Assessment with Young Children. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 108–116.
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189–196. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000828>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Hrsg.). (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation ; 9th Canadian occupational therapy guidelines ; official practice guidelines for the Canadian Association of Occupational Therapists* (2. ed). Canadian Association of Occupational Therapists.

- Townsend, E. A., Brintnell, S., & Staisey, N. (1990). Developing Guidelines for Client-Centred Occupational Therapy Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 69-76. <https://doi.org/10.1177/000841749005700205>
- Trautmann, T. (2010). *Interviews mit Kindern: Grundlagen, Techniken, Besonderheiten, Beispiele* (1. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Verkerk, G. J. Q., & van der Molen-Meulmeester, Drs. E. A. (2019). *Aanvullende handleiding voor het gebruik van de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) bij kinderen zelf*.
- Verkerk, G. J. Q., van der Molen-Meulmeester, L., & Alsem, M. W. (2021). How children and their parents value using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) with children themselves. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 14(1), 7–17. <https://doi.org/10.3233/PRM-190604>
- Vogt, M. (2016). *Lösungsfokussierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen: Mit E-Book inside* (1. Auflage). Beltz.
- Vroland-Nordstrand, K., Eliasson, A., Jacobsson, H., Johansson, U., & Krumlinde-Sundholm, L. (2016). Can children identify and achieve goals for intervention? A randomized trial comparing two goal-setting approaches. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(6), 589–596. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12925>
- Weltzien, D. (2011). *Gesprächsführung und Gesprächssetting*. kita-fachtexte. <https://www.kita-fachtexte.de/de/fachtexte-finden/gespraechsfuehrung-und-gespraechssetting>
- Wiseman, N., Rossmann, C., Lee, J., & Harris, N. (2019). „It’s like you are in the jungle“: Using the draw-and-tell method to explore preschool children’s play preferences and factors that shape their active play. *Health Promotion Journal of Australia*, 30, 85–94. <https://doi.org/10.1002/hpja.209>
- Zajac, R., & Brown, D. A. (2018). Conducting Successful Memory Interviews with Children. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 35(3), 297–308. <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0527-z>
- Zillhardt, C., & Merklein de Freitas, C. (2016). Das Canadian Practice Process Framework (CPPF). In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert—betätigungsorientiert—evidenzbasiert* (1. Auflage, S. 87–107). Schulz-Kirchner Verlag.
- Zimmermann, T. (2016). Kommunikation in der Familie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 164(7), 565–573. <https://doi.org/10.1007/s00112-016-0102-2>
- Ziviani, J., Poulsen, A. A., & Cuskelly, M. (Hrsg.). (2012). *The art and science of motivation: A therapist’s guide to working with children*. Jessica Kingsley Publishers.

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Auszug Suchbegriffe	69
Anhang 2: Einstufung des Evidenzlevels nach Tomlin und Borgetto (2011)	70
Anhang 3: Flyer Akquise	71
Anhang 4: Online-Umfrage.....	72
Anhang 5: Ergebnis Online-Umfrage	73
Anhang 6: Vorgespräch.....	74
Anhang 7: Informationen für die Teilnahme an einer Studie.....	75
Anhang 8: Interviewleitfaden.....	81
Anhang 9: Definitionen und Dimensionen der Variablen des hypothetischen Modells	84
Anhang 10: Auswertungsraster nach inhaltlicher Vorbereitung der Extraktion	87
Anhang 11: Beispielhafter Transkriptauszug	92
Anhang 12: Extraktionsregeln.....	94
Anhang 13: Auswertungsraster nach abgeschlossener Extraktion.....	95
Anhang 14: Auswertungsraster nach abgeschlossener Aufbereitung und Auswertung	102

Anhang 1: Auszug Suchbegriffe

Deutsch

(Kommunikation* or Gesprächsführung or interviewführung*) and (Kind or Kinder or Kindern)

(copm or "canadian occupational performance measure") and (gesprächsführung or interviewführung or gesprächs* or kommunikation)

Gesprächsführung and Kind* and Grundschüler and Ergotherapie and Material

Assessment* and Kind* and (setting or Rahmenbedingung* or raum* oder reizarm* or beziehung*)

(Setting or Rahmenbedingung* or Umgebung or Umwelt) and (Gespräch or Kommunikation or Gesprächs* or interview*) and (kind or kinder or grundschüler or grundschule)

Englisch

(COPM or "Canadian Occupational Performance Measure") child* interview N2 (technique* or strateg*)

("contextual factors" or "contextual effects") and (interview or conversation) and children

Assessment* and Kind* and (setting or Rahmenbedingung* or raum* oder reizarm* or beziehung*)

("setting" or "environment*" or "condition*") and impact or effect or influence or consequence and assessment and ("occupational therapy" or "ot")

Anhang 2: Einstufung des Evidenzlevels nach Tomlin und Borgetto (2011)

Studie	Forschungsmethode	Forschungsdesign	Evidenzlevel
Verkerk, G. J. Q., van der Molen-Meulmeester, L., & Alsem, M. W. (2021)	Qualitative Forschung	Qualitative Studie an mehreren Personen, hohe Güte	2
Bedoin, D., & Scelles, R. (2014)	Qualitative Forschung	Metaanalyse	1
Enemark Larsen, A., & Rasmussen, B. (2016)	Deskriptive Forschung	Multiple Fallstudien ohne Kontrollgruppen	3
Ostensjø, S., Oien, I., & Fallang, B. (2008)	Versorgungsforschung	Forschung an bestehender Gruppen ohne Kovarianzanalyse	3
Vroland-Nordstrand, K., et al. (2015)	Quantitative klinisch experimentelle Forschung	RCT	2
Shamsul, B. M. T., et al. (2013)	Quantitative klinisch experimentelle Forschung	Klinisch kontrollierte, nicht randomisierte Studie	3
McCloy, L., et al. (2016)	Qualitative Forschung	Qualitative Studie an mehreren Personen, hoher Güte	2
Ahlskog-Björkman, E., Björklund, C. (2016)	Qualitative Forschung	Qualitative Studie an mehreren Personen, geringer Güte	3

BACHELORARBEIT ZUYD HOGESCHOOL

**ZU
YD**

STUDIE COPM mit KINDERN

COPM mit Kindern (ehemals COPM a kids)

- Wie führen Ergotherapeut:innen das COPM mit Kindern durch?
- Welche Aspekte werden dabei als hilfreich empfunden?

Diesen Fragen gehen wir nach, um Handlungsempfehlungen für die geplante Neuauflage des Handbuchs zu schaffen.

WIR SUCHEN SIE!

wenn Sie

- drei Jahre mit Kindern im Grundschulalter gearbeitet haben
- das COPM als Erhebungsinstrument mit Kindern im Grundschulalter nutzen
- Freude an der Auseinandersetzung mit der Kommunikation und Gesprächsführung mit Kindern zwischen 6 und 10 Jahren haben.



ABLAUF

Das bringen Sie alles mit? Super! Nehmen Sie bis zum 10. Mai 2021 an unserer Auswahl der Teilnehmer:innen teil:

<https://bit.ly/3ncaFYJ>



Bei Auswahl als Teilnehmer:in führen wir im Juni ein gemeinsames Gespräch, welches aufgrund der aktuellen Bestimmungen online stattfinden wird.

KONTAKTIEREN SIE UNS BEI FRAGEN UNTER

copmmitkindern@gmx.de

WIR FREUEN UNS VON IHNEN ZU HÖREN

Anhang 4: Online-Umfrage

Auswahl zur Studie zum COPM mit Kindern

1. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie im Bereich der pädiatrischen Ergotherapie?

- Unter 3 Jahren
- 3-4 Jahre
- Mehr als 4 Jahre

2. Wie oft haben Sie im Durchschnitt das COPM mit Kindern im Grundschulalter jährlich angewandt?

- 0-5 mal
- 6-10 mal
- Mehr als 10 mal

3. Haben Sie sich bisher mit Kommunikation/Gesprächsführung mit Kindern im Grundschulalter auseinandergesetzt?*

* Auseinandersetzung mit der Thematik beispielsweise durch Teilnahme an einer Fortbildung oder durch selbständige intensive Auseinandersetzung anhand von Fachliteratur/Videos

- Ja
- Nein
- Wenn ja, wie? _____

4. Nutzen Sie das COPM neben dem Erheben von Betätigungsbedürfnissen zur erneuten Skalierung im Verlauf oder am Ende der Behandlung?*

*Nutzung des COPM in der Evaluations- und Outcomephase

- Ja, immer
- Manchmal
- Nein, nie

5. Unter welcher Emailadresse dürfen wir Sie kontaktieren?

Anhang 5: Ergebnis Online-Umfrage

#	Berufserfahrung	COPM jährlich	Gesprächs- Ja	Gesprächs- Nein	Wenn ja, wie?	Outcomephase
33	mehr als 4 Jahre	6-10 mal	Ja			Manchmal
32	3-4 Jahre	0-5 mal	Ja		Fortbildung	Manchmal
31	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja			Manchmal
30	unter 3 Jahren	6-10 mal	Ja		Mache zur Zeit eine Marte Meo Fortbildung	Manchmal
29	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja		Fortbildung	Manchmal
28	mehr als 4 Jahre	0-5 mal		Nein		Manchmal
27	unter 3 Jahren	mehr als 10 mal	Ja			Ja, immer
26	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja		Durch Fortbildungen	Manchmal
25	unter 3 Jahren	mehr als 10 mal	Ja		Studium, Fortbildungen	Manchmal
24	unter 3 Jahren	mehr als 10 mal		Nein		Manchmal
23	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja		Fortbildung, Fachliteratur	Ja, immer
22	mehr als 4 Jahre	6-10 mal		Nein		Manchmal
21	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja		Fachliteratur. Ich unterrichte dieses Thema selber in der Weiterbildung	Ja, immer
20	3-4 Jahre	6-10 mal		Nein		Manchmal
19	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja		Fortbildungen, Fachliteratur, Hausarbeit zum Thema COPM	Manchmal
18	3-4 Jahre	6-10 mal	Ja			Ja, immer
17	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja		Literatur zur lösungsfokussierten Gesprächsführung, Literatur und Videos zur gewaltfreie Kommunikation,	Manchmal
16	3-4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja		Fortbildung, Fachliteratur	Manchmal
15	mehr als 4 Jahre	0-5 mal		Nein		Manchmal
14	3-4 Jahre	6-10 mal	Ja			Manchmal
13	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja			Manchmal
12	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal		Nein		Manchmal
11	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja			Ja, immer
10	unter 3 Jahren	mehr als 10 mal	Ja			Ja, immer
9	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal		Nein		Manchmal
8	3-4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja			Ja, immer
7	mehr als 4 Jahre	6-10 mal	Ja		PÄDergo Fortbildung bei Insight	Manchmal
6	mehr als 4 Jahre	6-10 mal	Ja			Manchmal
5	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal		Nein		Ja, immer
4	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja		Fortbildungen u.a. copm	Ja, immer
3	unter 3 Jahren	mehr als 10 mal		Nein		Manchmal
2	mehr als 4 Jahre	mehr als 10 mal	Ja		COPM , COSA und Foto-Interview	Ja, immer
1	3-4 Jahre	0-5 mal	Ja		Selbständige intensive Auseinandersetzung, Fachliteratur	Manchmal

Anhang 6: Vorgespräch

- Einstieg, Bedanken
- Wir wollen Interviews durchführen, das Telefonat ist dazu da, vorab Fragen zu beantworten und damit die Person schonmal weiß, wonach wir Fragen werden und die Möglichkeit hat sich auf das Gespräch vorzubereiten
- Ziel der Studie: herausfinden, wie Ergotherapeut:innen Kinder im zwischen sechs und zehn Jahren bei der Durchführung des COPM (Betätigungsbedürfnisse erheben, Skalieren) unterstützen
- Konkret interessiert uns die dabei angewendete Kommunikation, der Einsatz von Material und die Gestaltung des Settings
- Kurz Beispiele für Kommunikation, Material und Setting geben
- Überleiten dazu, dass sie gerne Material abfotografiert mitbringen können und Fotos zuschicken vorher, auch Fotos vom Setting. Bei Fotos darauf achten ohne Köpfe der Kinder oder mit schwarzem Balken – Anonymisierung gewährleisten
- Angst vor dem Interview nehmen: Wir stellen Fragen, leiten sie dadurch, das wird in MS Teams stattfinden, die bekommen vorher eine Mail mit der Einladung
- Hat TN Fragen? -> Bei Fragen im Nachhinein auf copmmitkindern@gmx.de verweisen
- Datenschutz erklären. Wie verfahren wir mit den Daten. Fragen beantworten,
- Datenschutz-Erklärung bitte unterschrieben an uns zurück
- Termin für das Interview vereinbaren.

Anhang 7: Informationen für die Teilnahme an einer Studie

Wie Ergotherapeut:innen Kinder bei der Durchführung des *COPM mit Kindern* unterstützen - eine qualitative Studie **Einleitung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mit diesem Brief fragen wir Sie, ob Sie an unserer Studie teilnehmen möchten. Die Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie teilnehmen möchten, benötigen wir Ihre schriftliche Einverständniserklärung.

Bevor Sie entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten, erklären wir Ihnen, wie die Studie genau aussieht und was die Teilnahme für Sie bedeutet. Lesen Sie diesen Brief gründlich und sprechen Sie mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen, wenn Sie Fragen haben.

1. 1. Allgemeine Informationen

Diese Studie wird von Anne Adam und Anne Kockelmann, Ergotherapeut*innen, die im Bachelorstudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) studieren, im Rahmen ihrer Bachelorarbeit durchgeführt.

An dieser Studie sollen ungefähr 6 Personen teilnehmen.

1. 2. Ziel der Studie

Das Ziel der Studie ist es herauszufinden, wie erfahrene Ergotherapeut:innen Kinder durch Kommunikation, Material und die Gestaltung des Settings, bei der Durchführung des *COPM mit Kindern* unterstützen.

1. 3. Hintergrund der Studie

Das ehemalige *COPM^{a-kids}* soll neu aufgelegt werden. Diese Studie stellt einen Teil der Forschung dar, die in die geplante Neuauflage des *COPM mit Kindern* einfließen soll.

1. 4. Was bedeutet es für Sie, wenn Sie teilnehmen

Wenn Sie an unserer Studie teilnehmen, dauert das insgesamt ungefähr eine Stunde.

Im Rahmen unserer Studie möchten wir mit Ihnen ein Interview führen. Vorab werden wir Sie in einem Telefonat bereits über den Inhalt des Interviews und eventuelle Vorbereitungen informieren sowie einen Termin für das Interview vereinbaren. Dieses wird im Zeitraum vom 07.06.2021 bis zum 20.06.2021 stattfinden. Aufgrund der Bestimmungen durch die Pandemie wird das Interview online per Videocall via MS Teams stattfinden. Beide Forscherinnen (Anne Adam und Anne Kockelmann) werden anwesend sein. Das Interview wird digital aufgezeichnet und im Anschluss

transkribiert. Die erhobenen Daten werden anonymisiert, vertraulich und mit besonderer Sorgfalt behandelt. Im Anschluss haben Sie die Möglichkeit das Transkript zu kontrollieren, sodass die Möglichkeit zu Ergänzungen und Streichungen besteht.

Bitte informieren Sie die für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen rechtzeitig, wenn

- Sie nicht mehr an der Studie teilnehmen möchten
- sich Ihre Kontaktdaten ändern.

1. 5. Wenn Sie nicht teilnehmen oder Ihre Teilnahme vorzeitig beenden möchten
Sie entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, brauchen Sie nichts weiter zu unternehmen.

Wenn Sie teilnehmen, können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie beenden. Die Daten, die bis zu diesem Zeitpunkt erhoben wurden, werden für die Studie genutzt, wenn Sie nicht ausdrücklich widersprechen.

1. 6. Beendigung der Studie
Ihre Teilnahme an der Studie endet, wenn

- das Interview abgeschlossen ist, Sie die Möglichkeit hatten das Transkript zu kontrollieren und eventuelle Änderungen rückgemeldet haben.
- Sie Ihre Teilnahme beenden möchten.

Die Studie endet, wenn alle Teilnehmer die Kontrolle des Interviewtranskripts abgeschlossen haben.

Nach der Analyse der Daten informieren wir Sie gerne über die wichtigsten Ergebnisse unserer Studie und lassen Ihnen bei Interesse unsere Bachelorarbeit zukommen. Das wird voraussichtlich Ende Februar 2022 sein.

1. 7. Verwendung und Aufbewahrung Ihrer Daten

Im Rahmen dieser Studie werden personenbezogene Daten von Ihnen erhoben, verwendet und aufbewahrt. Es geht um Daten wie Ihren Namen, Ihre (E-Mail-)Adresse, Ihr Geburtsdatum und Daten zu Ihrer Durchführung des COPM mit Kindern. Dies ist erforderlich, um die Fragen, die im Rahmen dieser Studie gestellt werden, beantworten zu können und um die Ergebnisse veröffentlichen zu können. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis Ihre Daten im Rahmen dieser Studie verwenden zu dürfen.

Geheimhaltung Ihrer Daten

Um Ihre Privatsphäre zu wahren und den Datenschutz zu gewährleisten, erhalten Ihre Daten einen Code. Ihr Name und andere Daten, mithilfe derer Sie identifiziert werden könnten, werden hierbei weggelassen. Nur mit dem Schlüssel zu diesem Code können die Daten zu Ihnen zurückverfolgt werden. Der Schlüssel zu diesem Code wird sicher in der Zuyd Hogeschool aufbewahrt. Auch in der Bachelorarbeit oder möglichen weiteren Veröffentlichungen dieser Studie können die Daten nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden und sind Sie als Person nicht zu erkennen.

Zugang zu / Einsicht in Ihre[n] Daten zu Kontrollzwecken

Einige Personen können Ihre gesamten Daten einsehen, auch die ohne Code. Dies ist erforderlich, um kontrollieren zu können, ob die Studie gut und vertrauenswürdig ausgeführt wurde. Personen, die zu Kontrollzwecken Einsicht in Ihre Daten erhalten, sind Helen Strebel (Dozentin), Anne Adam und Anne Kockelmann. Sie halten Ihre Daten geheim. Wir bitten Sie, dieser Einsicht zuzustimmen.

Aufbewahrungszeitraum für Ihre Daten

Ihre Daten müssen 10 Jahre bei der Zuyd Hogeschool aufbewahrt werden. Audioaufnahmen von Interviews werden direkt nach der Transkription vernichtet.

Einverständnis zurückziehen

Sie können Ihr Einverständnis zur Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit wieder zurückziehen. Die Daten, die bis zu diesem Zeitpunkt erhoben wurden, werden in der Studie verwendet, wenn Sie dem nicht ausdrücklich widersprechen.

Weitere Informationen zu Ihren Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten

Um allgemeine Informationen zu Ihren Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten zu erhalten, können Sie die Website der „Autoriteit Persoonsgegevens“ besuchen.

Bei Fragen zu Ihren Rechten können Sie Kontakt mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen oder dem Datenschutzbeauftragten der Zuyd Hogeschool aufnehmen. Das sind bei dieser Studie:

Anne Adam, Anne Kockelmann

Der Datenschutzbeauftragte der Zuyd Hogeschool. Kontaktdaten siehe Anhang A und <https://www.zuyd.nl/algemeen/footer/privacyverklaring>.

Bei Fragen oder Beschwerden raten wir Ihnen zuerst Kontakt mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen aufzunehmen.

1. 8. Keine (Unkosten-)Vergütung für die Teilnahme

Sie erhalten keine (Unkosten-)Vergütung für die Teilnahme an dieser Studie.

1. 9. Haben Sie noch Fragen?

Bei Fragen können Sie mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen [Namen Studierende] Kontakt aufnehmen.

Wenn Sie sich über diese Studie beschweren möchten, können Sie dies mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen besprechen. Möchten Sie das lieber nicht, können Sie sich auch an Frau Petra Vanweersch (E-Mail: petra.vanweersch@zuyd.nl oder Telefon: +31 (0)45 400 62 48) wenden. Alle Daten finden Sie in Anhang A: Kontaktdaten.

1. 10. Unterschreiben der Einverständniserklärung

Wenn Sie ausreichend Bedenkzeit hatten, werden Sie gebeten, sich mit der Teilnahme an dieser Studie einverstanden zu erklären. Wir bitten Sie, dies mithilfe der angehängten Einverständniserklärung schriftlich zu bestätigen. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie an, dass Sie die Informationen verstanden haben und in die Teilnahme an der Studie einwilligen.

Sowohl Sie als auch die für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen erhalten eine unterschriebene Version dieser Einverständniserklärung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

1. 11. Anhang

Anhang A: Kontaktdaten der für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen und von Zuyd Hogeschool

Anne Adam und Anne Kockelmann: copmmitkindern@gmx.de

Bei Beschwerden:

Datenschutzbeauftragter der Zuyd Hogeschool: Maarten Wollersheim (E-Mail: maarten.wollersheim@zuyd.nl und Telefon: +31 (0)45 400 6025

Für weitere Informationen zu Ihren Datenschutzrechten: [Kontaktdaten [inclusive Website] des Datenschutzbeauftragten der Zuyd Hogeschool]:

Anhang B: Einverständniserklärung Teilnehmer*innen

Wie Ergotherapeut:innen Kinder bei der Durchführung des *COPM mit Kindern* unterstützen - eine qualitative Studie

<verpflichtend:>

- Ich habe die Informationen zur Studie gelesen und konnte meine Fragen hierzu stellen. Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet und ich hatte genug Zeit um zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte.
- Ich bin mir bewusst, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich jederzeit die Möglichkeit habe meine Teilnahme an der Studie ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen bzw. meine Teilnahme während der Studie stoppen kann.
- Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Daten/Beiträge im Rahmen der Studie gesammelt und verwendet werden dürfen.
- Ich bin mir bewusst, dass zur Kontrolle der Studieninhalte einige Personen Zugang zu all meinen Daten/Beiträgen erhalten können. Diese Personen sind in dem Informationsschreiben benannt. Ich gebe meine Zustimmung, dass diese Personen Einblick in meine Daten/Beiträge erhalten.
- Ich möchte an der Studie teilnehmen.

Name Studienteilnehmer*in:

Unterschrift:

Datum : __ / __ / __

Ich erkläre, dass o. g. Studienteilnehmer*in vollständig zum Inhalt der Studie aufgeklärt und informiert habe.

Sollten während der Studie neue Informationen ergänzt werden, die der Zustimmung o. g. Studienteilnehmer*in bedürfen, informiere ich o. g. Studienteilnehmer*in rechtzeitig.

Name Studienleiter*in:

Unterschrift:

Datum: __ / __ / __

<sofern notwendig>

Ergänzende Informationen wurden von folgender Person gegeben:

Name:

Funktion:

Unterschrift:

Datum: __ / __ / __

* Nicht Zutreffendes bitte herausnehmen.

*Der/die Studienteilnehmer*in erhält das gesamte Informationsschreiben sowie eine vom/von der Studienleiter*in unterschriebene Version der Einverständniserklärung.*

Anhang 8: Interviewleitfaden

Wir möchten das Interview aufzeichnen um es anschließend auswerten zu können, wenn das für dich in Ordnung ist würden wir die Aufnahme jetzt starten – ok?

Notizen zur Teilnehmer:in

Berufserfahrung:

COPM durchschnittlich jährlich:

Auseinandersetzung Kommunikation durch:

Evaluation & Outcome?:

Wenn unvollständig ergänzend nachfragen!

Einführung:

Sinn der Studie nochmal ins Gedächtnis rufen (Forschungsfrage erläutern, wieso wir bei allem was unterstützt nochmal nachbohren werden)

Wir möchten uns beim Interview an der Struktur des COPM entlanghangeln und werden dir zu den einzelnen Schritten Fragen stellen. Am Ende fragen wir noch nach herausforderndem Verhalten von Kindern und wie du damit umgehst.

Lass dir bei allen Fragen gerne Zeit zum Beantworten und Nachdenken, wir erwarten nicht, dass du sofort drauflosschießt.

Du hast wahrscheinlich schon sehr unterschiedliche Durchführungen des COPM erlebt, bei den Fragen die wir dir stellen geht es uns um eine Zusammenfassung deiner Erfahrung in der Durchführung mit Grundschulkindern.

Bevor wir in die Struktur einsteigen, beschreibe uns bitte wie der Raum aussieht in dem du das COPM durchführst und wer dabei ist

- Berichte bitte darüber, wo du die Gespräche durchführst.
 - Bereitest du den Raum vor der Durchführung eines COPM vor?
 - Wenn ja, wie gestaltest du den Raum?
 - Warum hast du die Situation räumlich so gestaltet? Wovon hängt ab wie du sie gestaltest?
 - Wer ist bei dem Gespräch in der Regel mit dabei?
 - Wie wird entschieden wer während des Gesprächs mit dabei ist?
 - Welche Aspekte des Raumes erlebst du als unterstützend für das Kind?
 - Welche Aspekte des Raumes erlebst du als hemmend für das Kind?

Wie steigst du in das Gespräch ein?

- Wie machst du dem Kind deutlich worum es geht?
- Was hast du dabei als hilfreich erlebt?
- Was hast du als hemmend/hinderlich erlebt?

Wir möchten nun mehr über die Erhebung der Betätigungsbedürfnisse wissen. Beschreibe, wie du das Gespräch dabei gestaltest.

- Wie erklärst du ein *Betätigungsbedürfnis*?
- Was sagst du?
- Wie ist das strukturiert? / Wie gehst du bei der Erhebung von Betätigungsbedürfnissen vor?
- Unterscheidet sich diese Struktur bei Einsatz der kids activity cards? Auch tagesablauf?
- Wie kommunizierst du dem Kind das Ergebnis?

Wir bleiben im Schritt der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse. Gibt es Dinge die du dabei schwierig findest?

- Herausforderung bei dem Schritt "Erheben"
- Wie gehst du damit um?

Verwendest du Material bei der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse? Erzähle bitte, welches Material du wie einsetzt.

- Wie sieht der Einsatz genau aus? (Beschreibe anhand von Fotos)
- Welche Vorteile und Schwierigkeiten ergeben sich daraus?
- Nutzt du auch externe Materialien?
 - Ja -> dann beschreibe uns bitte auch hier den Einsatz genau
 - Vorteile Schwierigkeiten?

Wir gehen über zum Schritt der Skalierung. Beschreibe uns bitte, wie du die Skalierungen mit dem Kind durchführst.

- Wie erläuterst du die Skalierung?
- Wie erklärst/erhebst du *Wichtigkeit, Performanz* und *Zufriedenheit*?
- Wie erarbeitest du mit dem Kind die Priorisierung der Betätigungsbedürfnisse?
- Was hat sich bei der Skalierung als besonders hilfreich/hemmend erwiesen?

Nutzt du bei der Skalierung unterstützende Materialien? Beschreibe bitte welches Material du wie einsetzt.

- Welches Material nutzt du?
- Wie wird es eingesetzt?
- Wann setzt du es genau ein?
- Nutzt du externe Materialien bei der Skalierung? Ja -> welches Material? Einsatz?
- Wovon hängt die Entscheidung über die Auswahl des Materials ab?

Welchen Herausforderungen bist du bei der Skalierung schon begegnet?

- Wie gehst du damit um?
- Wie reagierst du, wenn ein Kind scheinbar wahllos Zahlen bei der Skalierung nennt / überfordert scheint / scheinbar nicht versteht was es tun soll? Was ist dann hilfreich?

Wir kommen zur Outcome Messung. Wie führst du die wiederholte Skalierung durch?

- Wie machst du den Anlass der erneuten Skalierung deutlich?
- Nutzt du dabei Material?
 - ja-> welches? Wie nutzt du es?
- Wie kommunizierst du dem Kind das Ergebnis?

Das COPM ist ein klientenzentriertes Assessment, wie setzt du die Klientenzentrierung im Gespräch um?

- Kannst du ein Beispiel nennen, wie man die klientenzentrierte Haltung in deiner Durchführung erkennt?
- Gibt es neben der Klientenzentrierung noch einen anderen Aspekt der Haltung gegenüber dem Kind, der dir wichtig erscheint? Mit Haltung meinen wir, welchen Blick du auf das Kind hast.
 - Ja-> beschreibe
 - In der Literatur ist das Kind als Experte seiner eigenen Lebenswelt beschrieben, wie ist deine Meinung dazu?
 - In der Literatur steht außerdem, dass es hilfreich sein kann eine Haltung des “Nicht-Wissens” einzunehmen, da Kinder häufig den Eindruck von allwissenden Erwachsenen haben. Wie stehst du dazu?

Wenn du nun nochmal die gesamte Durchführung des COPM mit dem Kind betrachtest, kannst du von weiteren Herausforderungen erzählen?

- Wie unterstützt du das Kind in so einer Situation?
- Was sagst du oder tust du wenn du merkst, dass das Kind nicht mehr engagiert teilnimmt?
- Wie machst du Inhalte deutlich wenn das Kind etwas nicht richtig versteht?
- Wie gehst du damit um, wenn das Kind sehr verunsichert ist?
- Wie gehst du damit um, wenn das Kind nicht kooperiert/unkonzentriert ist/keine Ausdauer mehr hat?
- Wie reagierst du auf Verhalten wie schweigen, zappeln, Bewegungsdrang knappe Antworten, Meiden von Blickkontakt..?
- Wie gehst du damit um wenn der COPM unterbrochen werden muss?
- Machst du Pausen?
 - Ja-> was geschieht in den Pausen

Wie nutzt du deine Körperhaltung, Stimme, Tonlage, Blickkontakt etc. Um das Kind in den verschiedenen Schritten des COPMs zu unterstützen?

- Wie setzt du nonverbale Kommunikation in herausfordernden Situationen ein?

Wir haben viele wertvolle Informationen gewonnen, gibt es noch etwas was wir nicht angesprochen haben, du jedoch gerne mit uns teilen würdest?

Anhang 9: Definitionen und Dimensionen der Variablen des hypothetischen Modells

Ergotherapeut:in (unabhängige Variable)	
Definition	Ein/eine Ergotherapeutin ist eine Person mit einer abgeschlossenen Ausbildung zum Ergotherapeuten/zur Ergotherapeutin, welche Menschen jeden Alters unterstützt und begleitet, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist dabei, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. (Definition - Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), 2007) Der/die erfahrene Ergotherapeut*in verfügt über besondere Kenntnisse in der Durchführung des COPM mit Kindern sowie der Gesprächs- und Interviewführung mit Kindern. Er/sie hat mindestens drei Jahre Berufspraxis im Bereich der Pädiatrie und führt das COPM ^{a kids} „manchmal“ sowohl in der Evaluations- als auch Outcomephase durch. Der/die erfahrene Ergotherapeut*in unterstützt Kinder bei der Durchführung des COPM durch den Einsatz seiner/ihrer Kompetenzen (Fachwissen und Kommunikationskompetenzen) sowie seiner/ihrer Haltung.
Zeitdimension	• Zeitpunkt in der Durchführung, an dem der/die Ergotherapeut:in Material, Teile des COPM einsetzt bzw. das Setting beeinflusst.
Sachdimension	• Kompetenz: Fachwissen (z.B. über kindliche Entwicklung und kindspezifisches Erzählverhalten) • Kompetenz: Kommunikation ○ In Anpassung an Entwicklung des Kindes ○ In Anpassung an Verhalten des Kindes ○ Gestaltung der Atmosphäre • Haltung (Empathie, Wertschätzung, Sechs Säulen der Ergotherapie (Cup & van Hartingsveldt, 2019))

Kind (abhängige Variable)	
Definition	Ein Kind ist ein „Mensch, der sich noch im Lebensabschnitt der Kindheit befindet (etwa bis zum Eintritt der Geschlechtsreife), noch kein Jugendlicher ist; noch nicht erwachsener Mensch“ (<i>Duden Kind Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft</i>, o. J.). In dieser Forschungsarbeit finden nur Kinder zwischen sechs und zehn Jahren Betrachtung. Da die Fähigkeiten innerhalb dieser Altersspanne stark variieren können, zeichnet sich das Kind durch das individuelle Entwicklungsniveau bzw. das sogenannte mentale Alter mit den entsprechenden Fähigkeiten und daraus resultierenden Bedürfnissen bezüglich der Durchführung des COPMs aus (Clark, 2005; Schneider & Ornstein, 2015).

Zeitdimension	• Zeitpunkt der Bereitschaft des Kindes ein Gespräch zu führen • Zeitpunkt des Unterstützungsbedarfs
Sachdimension	• Personenbezogene Faktoren (z.B. Entwicklungsstand, Sprachverstehen, Erzählkompetenz, verbale/nonverbale Zeichen von Ermüdung, etc.) • Spiritualität • Betätigung • Umwelt

COPM (vermittelnde Variable)	
Definition	<i>COPM (Canadian Occupational Performance Measure)</i> (Law et al., 2017). Eingeschlossen werden hierbei die zugehörigen Skalen als auch die für Kinder adaptierte Version des COPM, mit angepassten Skalen, Erhebungskärtchen und Interviewleitfaden. (Gede et al., 2014) Das COPM ist ein spezifisches Messinstrument in Form eines semistrukturierten Interviews zur Erhebung bedeutungsvoller Betätigungsbedürfnisse und der Skalierung hinsichtlich Wichtigkeit, Ausführung und Zufriedenheit (Law et al., 2017).
Zeitdimension	• COPM-Prozess (Durchführung in vier Schritten: 1. Erhebung der Betätigungsbedürfnisse, 2. Einstufung der Wichtigkeit, 3. Bewertung der Ausführung und Zufriedenheit, 4. Erneute Bewertung der Ausführung und Zufriedenheit) • Zeitpunkt der Durchführung des COPM im Behandlungsprozess
Sachdimension	• Gegenstand/Inhalt der genutzten COPM-Materialien (Skalen, Erhebungskärtchen oder Erhebungsbogen) • Art und Weise der Nutzung von COPM-Materialien • Interviewleitfaden • Gegenstandsbereich (Nutzung des COPM um Betätigungsbedürfnisse erheben und/oder als Outcome Assessment erneut nutzen um Veränderungen auf der Performanz und Engagementebene abzubilden)

Material (vermittelnde Variable)	
Definition	Material ist die “Gesamtheit von Hilfsmitteln, Gegenständen, die für eine bestimmte Arbeit [...] benötigt werden” (<i>Duden Material Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft</i>, o. J.) Gemeint sind hiermit Hilfsmittel oder Gegenstände, die der/die Ergotherapeut:in im Kontext der Durchführung des COPM mit Kindern (Gede et al., 2014) verwendet, um das Kind bei der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse sowie bei der Skalierung von Ausführung, Wichtigkeit und Zufriedenheit zu unterstützen. Ausgenommen davon sind der Erhebungsbogen, die Skalen und Erhebungskärtchen des COPM, da diese im Handbuch vorgesehen und somit der Variable <i>COPM</i> zuzuordnen sind.

Zeitdimension	• Zeitpunkt der Nutzung der Materialien während der Durchführung des COPM
Sachdimension	• Gegenstand/ Inhalt des Materials • Art und Weise der Nutzung des Materials

Setting (vermittelnde Variable)	
Definition	Setting meint die “Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, erlebt wird” (<i>Duden Setting Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft</i>, o. J.) Das Setting ist im Aspekt der Umwelt eingebettet und umschreibt die einflussnehmenden Umweltfaktoren im Kontext der Durchführung des COPM. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit ist bezieht sich das Setting auf die Aspekte der physischen und sozialen Umwelt, also alle Dinge, die man sehen oder anfassen kann und auf die der/die Ergotherapeut*in bewusst Einfluss nimmt, um das Kind bei der Durchführung des COPMs zu unterstützen. Ausgeschlossen werden dabei die für die Durchführung des COPM notwendigen Gebrauchsgegenstände, welche sich in den Variablen <i>Materialien</i> und <i>COPM</i> wiederfinden.
Zeitdimension	• Zeitpunkt der Einflussnahme auf Umweltaspekte des Settings durch den/die Ergotherapeut*in bei der Durchführung des COPM • Zeitliche Rahmenbedingung (genügend Zeit, Pausen, Gesprächsdauer)
Sachdimension	• Relevante Umweltaspekte (physikalisch, kulturell, sozial, institutionell) im Setting, die man sehen oder anfassen kann

Umwelt (intervenierende Variable)	
Definition	Kulturelle, institutionelle, physikalische und soziale Faktoren, die das Handeln des Einzelnen beeinflussen und von ihm beeinflusst werden (Townsend & Polatajko, 2013, S. 375). Die Umwelt bildet damit den gesellschaftlichen Kontext von Ergotherapeut:in und Kind ab. Hierzu können beispielsweise das Gesundheitssystem, Heilmittelrichtlinien oder das familiäre Umfeld des Kindes zählen. Eingebettet in der Umwelt befinden alle zuvor beschriebenen Variablen.

Anhang 10: Auswertungsraster nach inhaltlicher Vorbereitung der Extraktion

Erfahrene Ergotherapeut:in (unabhängige Variable)	
Definition	Ein/eine Ergotherapeutin ist eine Person mit einer abgeschlossenen Ausbildung zum Ergotherapeuten/zur Ergotherapeutin, welche Menschen jeden Alters unterstützt und begleitet, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist dabei, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. (Definition - Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), 2007) Der/die erfahrene Ergotherapeut*in verfügt über besondere Kenntnisse in der Durchführung des COPM mit Kindern sowie der Gesprächs- und Interviewführung mit Kindern. Er/sie hat mindestens drei Jahre Berufspraxis im Bereich der Pädiatrie und führt das COPM ^{a kids} „manchmal“ sowohl in der Evaluations- als auch Outcomephase durch. Der/die erfahrene Ergotherapeut*in unterstützt Kinder bei der Durchführung des COPM durch den Einsatz seiner/ihrer Kompetenzen (Fachwissen und Kommunikationskompetenzen) sowie seiner/ihrer Haltung.
Zeitdimension	• Zeitpunkt der eingesetzten Unterstützung durch Kompetenzen oder Haltung seitens des/der Ergotherapeut*in unabhängig vom Material des COPM bzw. externen Materials und Gestaltung des Settings
Sachdimension	• Kompetenz: Fachwissen (z.B. über kindliche Entwicklung und kindspezifisches Erzählverhalten) • Intention der unterstützenden Handlung • Kompetenz: Kommunikation ○ In Anpassung an Entwicklungsstufe bzw. sogenanntes mentales Alter des Kindes ○ In Anpassung an Verhalten/Bedürfnisse des Kindes ○ Gestaltung der Atmosphäre • Haltung (Empathie, Wertschätzung, Sechs Säulen der Ergotherapie (Cup & van Hartingsveldt, 2019))
Indikatoren	• Eingesetzte Unterstützung, die aus Kommunikationskompetenzen resultieren: Nonverbale und verbale Kommunikation • Eingesetzte Unterstützung, die aus der Haltung resultieren: Empathie, Wertschätzung, Sechs Säulen der Ergotherapie, Kind ist Experte, Haltung des Nicht-Wissens, ... • Aussagen zur Absicht der genutzten Unterstützung •

Kausaldimension (Auswertungskategorie)	Wirkungsdimension auf das Kind: Der/die Ergotherapeut*in beeinflusst/unterstützt das Kind (= für Forschungsfrage relevanter Sachverhalt) direkt und über die vermittelnden Variablen COPM, Material und Setting
---	---

Kind (abhängige Variable)	
Definition	Ein Kind ist ein „Mensch, der sich noch im Lebensabschnitt der Kindheit befindet (etwa bis zum Eintritt der Geschlechtsreife), noch kein Jugendlicher ist; noch nicht erwachsener Mensch“ (<i>Duden Kind Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft</i>, o. J.). In dieser Forschungsarbeit finden nur Kinder zwischen sechs und zehn Jahren Betrachtung. Da die Fähigkeiten innerhalb dieser Altersspanne stark variieren können, zeichnet sich das Kind durch das individuelle Entwicklungsniveau bzw. das sogenannte mentale Alter mit den entsprechenden Fähigkeiten und daraus resultierenden Bedürfnissen bezüglich der Durchführung des COPMs aus (Clark, 2005; Schneider & Ornstein, 2015).
Zeitdimension	- Zeitpunkt der Bereitschaft des Kindes ein Gespräch zu führen - Zeitpunkt des Unterstützungsbedarfs
Sachdimension	- Personenbezogene Faktoren (vgl. Glossar) inklusive Entwicklungsstufe bzw. sogenanntes mentales Alter des Kindes, resultierende Bedürfnisse bezüglich der Durchführung des COPM - Spiritualität (vgl. Glossar) - Betätigung (vgl. Glossar) - Umwelt (vgl. Glossar)
Indikatoren	- Beschriebenes Verhalten des Kindes als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin - Beschriebene personenbezogene Faktoren als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin - Beschriebene Betätigungen, welche das Kind im Rahmen der Durchführung des COPM tut, als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin - Beschriebene Aspekte der Spiritualität als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	Ursachendimension: Informationen sind von Interesse, warum/wie Merkmalsausprägungen des Kindes beeinflusst wurden. Einfluss durch den/die Ergotherapeut*in, welcher direkt aber auch durch die vermittelnden Variablen COPM, Material und Setting Einfluss auf Merkmalsausprägungen nimmt.

COPM (vermittelnde Variable)	
Definition	<i>COPM (Canadian Occupational Performance Measure)</i>(Law et al., 2017). Eingeschlossen werden hierbei die zugehörigen Skalen als auch die für Kinder adaptierte Version des COPM, mit angepassten Skalen, Erhebungskärtchen und Interviewleitfaden. (Gede et al., 2014) Das COPM ist ein spezifisches Messinstrument in Form eines semistrukturierten Interviews zur Erhebung bedeutungsvoller Betätigungsbedürfnisse und der Skalierung hinsichtlich Wichtigkeit, Ausführung und Zufriedenheit (Law et al., 2017).
Zeitdimension	• COPM-Prozess (Durchführung in vier Schritten: 1. Erhebung der Betätigungsbedürfnisse, 2. Einstufung der Wichtigkeit, 3. Bewertung der Ausführung und Zufriedenheit, 4. Erneute Bewertung der Ausführung und Zufriedenheit) • Reihenfolge der Prozessschritte
Sachdimension	• Gegenstand/Inhalt der genutzten COPM-Materialien (Skalen, Erhebungskärtchen oder Erhebungsbogen) • Art und Weise der Nutzung von COPM-Materialien • Art und Weise der Nutzung des Interviewleitfaden • Zweck der Nutzung (Nutzung des COPM um Betätigungsbedürfnisse erheben und/oder als Outcome Assessment) • Vorgehen innerhalb eines Prozessschrittes
Indikatoren	• Art und Weise der Nutzung von COPM Materialien • Aussagen bezüglich der Reihenfolge der Prozessschritte • Aussagen zur Strukturierung bzw. Vorgehensweise innerhalb der Prozessschritte wie beispielsweise Stapelbildung, Tagesablauf
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse wie die Variable COPM zur Unterstützung des Kindes (=für Forschungsfrage relevanter Sachverhalt) beeinflusst. Diese Beeinflussung wird durch die unabhängige Variable Ergotherapeut*in gesteuert und wirkt auf die Variable Kind. • Ursachendimension: Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen (wie z.B. warum die Reihenfolge verändert wurde, oder warum COPM Material auf jene Weise genutzt wurde) auftraten.

Material (vermittelnde Variable)	
Definition	Material ist die “Gesamtheit von Hilfsmitteln, Gegenständen, die für eine bestimmte Arbeit [...] benötigt werden” (<i>Duden</i>

	<i>Material</i> <i>Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft, o. J.</i>) Gemeint sind hiermit Hilfsmittel oder Gegenstände, die der/die Ergotherapeut:in im Kontext der Durchführung des COPM mit Kindern (Gede et al., 2014) verwendet, um das Kind bei der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse sowie bei der Skalierung von Ausführung, Wichtigkeit und Zufriedenheit zu unterstützen. Ausgenommen davon sind der Erhebungsbogen, die Skalen und Erhebungskärtchen des COPM, da diese im Handbuch vorgesehen und somit der Variable <i>COPM</i> zuzuordnen sind.
Zeitdimension	• Zeitpunkt der Nutzung des Materials während der Durchführung des COPM
Sachdimension	• Gegenstand/Inhalt des Materials • Art und Weise der Nutzung des Materials • Intention der Nutzung des Materials • Vorgenommene Anpassungen der COPM-Materialien
Indikatoren	• Beschreibungen des genutzten externen Materials (z.B. Bilder, Zeichnungen, Piktogramme, bildhafte Skalen, Videos, Symbole, Miniatur-Objekte, reale Gegenstände wie Spielzeug oder Darstellungen in schriftlicher Form) • Beschriebenes Vorgehen bei der Nutzung des Materials • Anwendungsbereich oder Zweck des externen Materials (WIE unterstützt das Material/unterstützende Faktoren des Materials) • Aussagen zur Intention des genutzten Materials
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse, wie die Variable Material das Kind unterstützt bzw. beeinflusst (=für die Forschungsfrage relevante Sachverhalte). Diese Beeinflussung wird durch die unabhängige Variable Ergotherapeut*in gesteuert und wirkt auf die Variable Kind. • Ursachendimension: Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen (wie z.B. Gegenstand des Materials) auftraten.

Setting (vermittelnde Variable)	
Definition	Setting meint die “Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, erlebt wird” (<i>Duden</i> <i>Setting</i> <i>Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft, o. J.</i>) Das Setting ist im Aspekt der Umwelt eingebettet und umschreibt die einflussnehmenden Umweltfaktoren im Kontext der Durchführung des COPM. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit ist bezieht sich das Setting auf die Aspekte der physischen und sozialen Umwelt, also alle Dinge, die man sehen oder anfassen kann und auf die der/die Ergotherapeut*in bewusst Einfluss nimmt, um das Kind bei der Durchführung des

	COPMs zu unterstützen. Ausgeschlossen werden dabei die für die Durchführung des COPM notwendigen Gebrauchsgegenstände, welche sich in den Variablen <i>Materialien</i> und <i>COPM</i> wiederfinden.
Zeitdimension	• Zeitpunkt der unterstützenden Einflussnahme auf das Setting • Unterstützende Einflussnahme auf zeitliche Aspekte (z.B. genügend Zeit, Pausen, Gesprächsdauer)
Sachdimension	• Relevante Umweltaspekte (physikalisch, sozial) im Setting, die man sehen oder anfassen kann
Indikatoren	• Beschriebene bewusste Anpassung während der Durchführung des COPMs des Settings an individuelle Bedürfnisse des Kindes • Beschriebene bewusste Anpassung des Settings vor der Durchführung des COPMs an antizipierte allgemeine Bedürfnisse des Kindes an das Setting (= beschriebene unterstützende Faktoren des Settings)
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse, wie die Variable Setting das Kind unterstützt bzw. beeinflusst (=für die Forschungsfrage relevante Sachverhalte). Diese Beeinflussung wird durch die unabhängige Variable Ergotherapeut*in gesteuert und wirkt auf die Variable Kind. • Ursachendimension: Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen (wie z.B. Aspekte der physischen Umwelt) auftraten.

Umwelt (intervenierende Variable)	
Definition	Kulturelle, institutionelle, physikalische und soziale Faktoren, die das Handeln des Einzelnen beeinflussen und von ihm beeinflusst werden (Townsend & Polatajko, 2013, S. 375). Die Umwelt bildet damit den gesellschaftlichen Kontext von Ergotherapeut:in und Kind ab. Hierzu können beispielsweise das Gesundheitssystem, Heilmittelrichtlinien oder das familiäre Umfeld des Kindes zählen. Eingebettet in der Umwelt befinden alle zuvor beschriebenen Variablen.

Anhang 11: Beispielhafter Transkriptauszug

43

[00:04:47.570] - I2

44

Vielleicht steigen wir erst mal so ein, dass du uns beschreibst, wie der Raum aussieht. Du hast ja auch schon Fotos geschickt, haben wir gesehen. Und auch, wer dabei ist.

45

[00:04:59.180] - TN4

46

Also ich lade eigentlich immer die Eltern und Kinder zusammen ein beim ersten Mal. Es sei denn, es ist irgendwie so, dass die Eltern schon sagen, dass es sehr schwierig ist und das Kind verschiedene Sachen nicht wissen darf.

47

[00:05:10.430] - TN4

48

Aber es kommt fast immer vor, dass ich mit Eltern und Kind am Tisch sitze. Das Kind sitzt mir gegenüber, die Eltern sitzen daneben und ja, jetzt im Moment mache ich es häufig so ähm, also das ähm jetzt mittlerweile wieder halt Plexiglas Scheibe und dann machen sie den Mundschutz ab, weil es einfach ehm blöd ist am Anfang ehm vor allen Dingen für Kinder, wenn man sich nicht sieht und gar nicht das Gesicht genau wahrnehmen kann. Das hatte ich erst letzte Woche noch wo ich euch jetzt auch dieses Foto geschickt habe.

49

[00:05:40.610] - TN4

50

Und ja, ich mache erst einmal immer dieses Organisatorische mit den Eltern. Und dann sage ich den Kindern eigentlich immer, dass ich jetzt ein Interview mit ihnen führe und vergleich' das dann immer so ein bisschen wie mit Fußball und Leute werden interviewt und so weiter, weil viele Kinder wissen ja gar nicht, was ein Interview ist. Ja, und normal ist es ja so, dass man eigentlich mal die Kinder oder die Eltern mal komplett den Tagesablauf durchgehen lässt und dann anhand dessen dann so das COPM durchgeht.

51

[00:06:13.520] - TN4

52

Ich bin aber mittlerweile vor allen Dingen durch das Foto Interview da sehr geprägt, dass ich es doch mit den Karten eigentlich immer mache, auch mit-. Also die Karten muss ich ganz ehrlich sagen. Ich find' sie ja mittlerweile diese COPM karten, die müssen wirklich erneuert werden, die sind echt einfach alt und grässlich.

53

[00:06:30.650] - I2

54

Ach ja

55

[00:06:33.350] - TN4

56

und genau dann lege ich das Ding dann-. Jetzt sitzen wir uns halt gegenüber und ich hab dann ja meine Formulare hier vor mir liegen und am gibt den Kindern eigentlich die Karten an und befrage sie dazu, ob sie das schon können.

57

[00:06:50.150] - TN4

58

Wie das denn zu Hause läuft? Zum Beispiel anziehen, ne'. "Wie läuft das zu Hause ab? Kannst du das alles alleine oder? Ne' Erzähl mal davon". Ich versuch echt wirklich mittlerweile auch mit den Kindern schon, also den Kindern offene Fragen zu stellen, dann muss ich das hab ich mittlerweile auch so immer im Hinterkopf, dass sie selber von sich aus erzählen. Genau so läuft es ab und die Eltern sitzen daneben und können halt auch dann einschreiten. So ist dann halt die Situation.

59

[00:07:18.910] - I2

60

Ja okay, du hast hier ja schon so ein bisschen den Raum beschrieben. Das heißt, ihr sitzt immer am Tisch oder kommt es auch vor, dass ihr das mal anders nutzt?

61

[00:07:28.740] - TN4

62

Es ist schon vorgekommen, dass ich dann irgendwann in letzter Zeit wenig. Aber irgendwann hab ich mal gewusst, es ist ein Autist, der kommt und der mag gerne Bewegung, dann sind wir direkt in großen Raum und haben dann da auf dem Boden angefangen. Aber ich finde es ist eigentlich schon am besten, am Tisch. Haben ne' Praktikantin das kann ich vielleicht mal kurz erzählen die hat jetzt in letzter Zeit- sie hats jetzt mit dem Foto-Interview gemacht, aber das kann man genauso gut mit COPM machen.

63

[00:07:58.410] - TN4

64

Die hat die Karten quasi auch im Raum versteckt. So und hat dann die Karten suchen lassen und dann zum Tisch bringen lassen. Und dann ist so ins Gespräch gekommen mit dem Kind. So kann man es ja auch machen. Das fand ich nen total guten Ansatz

65

[00:08:09.720] - I2

66

spannend.

67

[00:08:10.350] - I2

68

Habe ich ja noch nicht gehört. Und bereitest du den Raum irgendwie speziell vorführten COPM oder nimmst du den immer so wie er ist?

69

[00:08:19.260] - TN4

70

Wir haben da so unsere Tisch Anordnung. Ich gucke dann beim ersten Gespräch auch danach, dass auch irgendwie-. Wir haben einen großen, ein großes Regal mit ganz viel Sachen, das die Vorhänge zu sind, damit wenig Reize drum herum sind. Genau. Aber sonst nicht ganz so besonders nee.

Anhang 12: Extraktionsregeln

1. Wenn ein TN nach etwas gefragt wird (wie z.B. Vorgehen im Prozessschritt, ob er Tagesablauf macht) und er antwortet, indem er direkte Rede oder indirekte Rede wiedergibt (beschreibt, was er zu dem Kind sagen würde), dann wird das der Variable bezüglich des Inhaltes der Frage zugeordnet. In dem Fall wäre es „COPM“
2. Wenn ein TN das Vorgehen im COPM-Prozess oder während eines Prozessschrittes beschreibt und dieses Vorgehen von externem Material abhängt, dann wird das zu Material sortiert (Code: Art und Weise des Vorgehens innerhalb eines Prozessschrittes)
3. Wenn COPM Materialien lediglich laminiert, coloriert oder Ähnliches sind werden sie nicht zu externem Material sondern bleiben Variable COPM
4. Aussage darüber, ob externes Material oder nur COPM Material verwendet wird -> Code COPM Variable
5. Beispiel: “ich mache Scherze zwischendurch natürlich, dass es auch locker sein soll” Unterstützende Handlung wird im direkten Kontext der Intention beschrieben. Codieren der Unterstützenden Handlung wird hier prioritär behandelt. (Immer beschriebene Unterstützung über Intention beim codieren)
6. Wird das Vorgehen innerhalb eines Prozessschrittes COPM beschrieben (z.B. Aussage: Ich frage erst nach dem Tagesbeginn) dann kommt das zu “Vorgehen innerhalb eines Prozessschrittes” im Code COPM, **mit und ohne** parallele Nutzung des COPM-Materials
7. Wenn TN etwas beschreibt, was unterstützende Absicht hatte, jedoch nicht funktioniert hat: nicht extrahieren, weil irrelevant
8. Wenn TN im Kontext des Settings Gegebenheiten beschreibt, ohne diese zu werten (wie z.B. mein Raum sieht so aus), dann wird nicht extrahiert weil unklar, ob unterstützend oder nicht.
9. Ursachen und Wirkungsdimensionen sind immer an eine Sachdimension gebunden, es wird immer in der Kategorie der Sachdimension kodiert
10. Jede Wirkungs- oder Ursachendimension erfordert: Textstelle kopieren (Strg+C) , Memo von dazugehöriger Sachdimension erstellen, Inhalt des Memos: “Wirkungsdimension: Zitat (entsteht durch Strg+V)”, sodass im Memo der Sachdimension die dazugehörigen Wirkungs- und/oder Ursachendimensionen nachzulesen sind.
11. Eine Ursachendimension oder Wirkungsdimension kann zu mehreren Sachdimensionen gehören.
12. Wenn TN von Ideen erzählen, die sie sich als unterstützend vorstellen, sie aber noch nicht ausprobiert haben: In jeweiliger Sachdimension codieren, mit Memo, dass es nur eine Idee ist und Vermerk zu Diskussionsteil
13. Regel zur Codierung von Wirkungsdimensionen: Informationen darüber wie die Variable das Kind beeinflusst/unterstützt hat. Also konkrete Aussagen über “Wie hat das Setting das Kind unterstützend beeinflusst?” “Wie hat die Kommunikation das Kind unterstützend beeinflusst” “Wie hat das Material das Kind beeinflusst”.
14. Regel zur Codierung von Ursachendimensionen: Informationen darüber warum eine Dimension aufgetreten ist

Anhang 13: Auswertungsraster nach abgeschlossener Extraktion

Erfahrene Ergotherapeut:in (unabhängige und abhängige Variable)	
Definition	Ein/eine Ergotherapeutin ist eine Person mit einer abgeschlossenen Ausbildung zum Ergotherapeuten/zur Ergotherapeutin, welche Menschen jeden Alters unterstützt und begleitet, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist dabei, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. (Definition - Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), 2007) Der/die erfahrene Ergotherapeut*in verfügt über besondere Kenntnisse in der Durchführung des COPM mit Kindern sowie der Gesprächs- und Interviewführung mit Kindern. Er/sie hat mindestens drei Jahre Berufspraxis im Bereich der Pädiatrie und führt das COPM ^{a kids} „manchmal“ sowohl in der Evaluations- als auch Outcomephase durch. Der/die erfahrene Ergotherapeut*in unterstützt Kinder bei der Durchführung des COPM durch den Einsatz seiner/ihrer Kompetenzen (Fachwissen und Kommunikationskompetenzen) sowie seiner/ihrer Haltung.
Zeitdimension	• Zeitpunkt der eingesetzten Unterstützung durch Kompetenzen oder Haltung seitens des/der Ergotherapeut*in unabhängig vom Material des COPM bzw. externen Materials und Gestaltung des Settings ○ Einstieg ins Gespräch
Sachdimension	• Kompetenz: Fachwissen (z.B. über kindliche Entwicklung und kindspezifisches Erzählverhalten) • Intention der unterstützenden Handlung • Kompetenz: Kommunikation ○ In Anpassung an Entwicklungsstufe bzw. sogenanntes mentales Alter des Kindes ○ In Anpassung an Verhalten/Bedürfnisse des Kindes ○ Gestaltung der Atmosphäre ○ Kennenlernen ○ Zuhören ○ Verbale Kommunikation ○ Nonverbale Kommunikation ○ Gesprächsführung • Haltung (Empathie, Wertschätzung, Sechs Säulen der Ergotherapie (Cup & van Hartingsveldt, 2019)) ○ Nichtwissen ○ Kind als Experte ○ Klientenzentrierung

Indikatoren	• Eingesetzte Unterstützung, die aus Kommunikationskompetenzen resultieren: Nonverbale und verbale Kommunikation • Eingesetzte Unterstützung, die aus der Haltung resultieren: Empathie, Wertschätzung, Sechs Säulen der Ergotherapie, Kind ist Experte, Haltung des Nicht-Wissens, ... • Aussagen zur Absicht der genutzten Unterstützung •
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension auf das Kind: Der/die Ergotherapeut*in beeinflusst/unterstützt das Kind (= für Forschungsfrage relevanter Sachverhalt) direkt und über die vermittelnden Variablen COPM, Material und Setting • Ursachendimension: Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen von Ergotherapeut:in auftreten

Kind (abhängige und unabhängige Variable)	
Definition	Ein Kind ist ein „Mensch, der sich noch im Lebensabschnitt der Kindheit befindet (etwa bis zum Eintritt der Geschlechtsreife), noch kein Jugendlicher ist; noch nicht erwachsener Mensch“ (<i>Duden Kind Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft</i>, o. J.). In dieser Forschungsarbeit finden nur Kinder zwischen sechs und zehn Jahren Betrachtung. Da die Fähigkeiten innerhalb dieser Altersspanne stark variieren können, zeichnet sich das Kind durch das individuelle Entwicklungsniveau bzw. das sogenannte mentale Alter mit den entsprechenden Fähigkeiten und daraus resultierenden Bedürfnissen bezüglich der Durchführung des COPMs aus (Clark, 2005; Schneider & Ornstein, 2015).
Zeitdimension	• Zeitpunkt der Bereitschaft des Kindes ein Gespräch zu führen • Zeitpunkt des Unterstützungsbedarfs
Sachdimension	• Personenbezogene Faktoren (vgl. Glossar) inklusive Entwicklungsstufe bzw. sogenanntes mentales Alter des Kindes, resultierende Bedürfnisse bezüglich der Durchführung des COPM • Spiritualität (vgl. Glossar) • Betätigung (vgl. Glossar) • Umwelt (vgl. Glossar)
Indikatoren	• Beschriebenes Verhalten des Kindes als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin • Beschriebene personenbezogene Faktoren als Auslöser für eingesetzte Unterstützung des/der Ergotherapeut:in

	• Beschriebene Betätigungen, welche das Kind im Rahmen der Durchführung des COPM tut, als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin • Beschriebene Aspekte der Spiritualität als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Ursachendimension: Informationen sind von Interesse, warum/wie Merkmalsausprägungen des Kindes beeinflusst wurden. Einfluss durch den/die Ergotherapeut*in, welcher direkt aber auch durch die vermittelnden Variablen COPM, Material und Setting Einfluss auf Merkmalsausprägungen nimmt. • Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse, wie das Kind den/die Ergotherapeut:in beispielsweise darin beeinflusst, welche Unterstützung er/sie wählt

COPM (vermittelnde Variable)	
Definition	<i>COPM (Canadian Occupational Performance Measure)(Law et al., 2017).</i> Eingeschlossen werden hierbei die zugehörigen Skalen als auch die für Kinder adaptierte Version des COPM, mit angepassten Skalen, Erhebungskärtchen und Interviewleitfaden. (Gede et al., 2014) Das COPM ist ein spezifisches Messinstrument in Form eines semistrukturierten Interviews zur Erhebung bedeutungsvoller Betätigungsbedürfnisse und der Skalierung hinsichtlich Wichtigkeit, Ausführung und Zufriedenheit (Law et al., 2017). COPM Materialien sind: Bogen, Interviewleitfaden/Handbuch, Skalen, Erhebungskärtchen (Wenn diese laminiert, coloriert ö.ä. sind, gehören sie dennoch zu COPM-Material)
Zeitdimension	• COPM-Prozess (Durchführung in vier Schritten: 1. Erhebung der Betätigungsbedürfnisse, 2. Einstufung der Wichtigkeit, 3. Bewertung der Ausführung und Zufriedenheit, 4. Erneute Bewertung der Ausführung und Zufriedenheit) • Reihenfolge der Prozessschritte
Sachdimension	• Gegenstand/Inhalt der genutzten COPM-Materialien (Skalen, Erhebungskärtchen oder Erhebungsbogen) • Art und Weise der Nutzung von COPM-Materialien • Art und Weise der Nutzung des Interviewleitfaden • Zweck der Nutzung (Nutzung des COPM um Betätigungsbedürfnisse erheben und/oder als Outcome Assessment) • Art und Weise des Vorgehens innerhalb eines Prozessschrittes

	○ Erhebung ▪ Erhebung der Betätigungsbedürfnisse allgemein ▪ Ergebnis der Erhebung ▪ Einstieg in die Erhebung ▪ Tagesablauf ○ Skalierung ▪ Priorisierung ▪ Wichtigkeit ▪ Ausführung ▪ Zufriedenheit ▪ Einstieg in Skalierung ▪ Ergebnis der Skalierung ▪ Skalierung allgemein ○ Outcome Messung
Indikatoren	• Art und Weise der Nutzung von COPM Materialien • Aussagen bezüglich der Reihenfolge der Prozessschritte • Aussagen zur Strukturierung bzw. Vorgehensweise innerhalb der Prozessschritte wie beispielsweise Stapelbildung, Tagesablauf
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse wie die Variable COPM zur Unterstützung des Kindes (=für Forschungsfrage relevanter Sachverhalt) beeinflusst. Diese Beeinflussung wird durch die unabhängige Variable Ergotherapeut*in gesteuert und wirkt auf die Variable Kind. • Ursachendimension: Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen (wie z.B. warum die Reihenfolge verändert wurde, oder warum COPM Material auf jene Weise genutzt wurde) auftraten.

Material (vermittelnde Variable)	
Definition	Material ist die “Gesamtheit von Hilfsmitteln, Gegenständen, die für eine bestimmte Arbeit [...] benötigt werden” (<i>Duden Material Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft</i>, o. J.) Gemeint sind hiermit Hilfsmittel oder Gegenstände, die der/die Ergotherapeut:in im Kontext der Durchführung des COPM mit Kindern (Gede et al., 2014) verwendet, um das Kind bei der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse sowie bei der Skalierung von Ausführung, Wichtigkeit und Zufriedenheit zu unterstützen. Ausgenommen davon sind der Erhebungsbogen, die Skalen und Erhebungskärtchen des COPM, da diese im Handbuch vorgesehen und somit der Variable <i>COPM</i> zuzuordnen sind.

Zeitdimension	• Zeitpunkt der Nutzung des Materials während der Durchführung des COPM
Sachdimension	• Gegenstand/Inhalt des Materials ○ Fotokarten ○ Skalen • Art und Weise der Nutzung des Materials innerhalb eines Prozessschrittes ○ Erhebung ▪ Einstieg in Erhebung ▪ Erhebung anhand externen Material unabhängig von Stapelbildung ▪ Stapelbildung ▪ Tagesablauf ○ Skalierung ▪ Skalierung allgemein ▪ Priorisierung ▪ Zufriedenheit ▪ Ausführung ○ Outcome Messung ▪ Ergebnis Outcome Messung • Art und Weise der Nutzung übergreifend in Prozessschritten • Intention der Nutzung des Materials • Vorgenommene Anpassungen der COPM-Materialien
Indikatoren	• Beschreibungen des genutzten externen Materials (z.B. Bilder, Zeichnungen, Piktogramme, bildhafte Skalen, Videos, Symbole, Miniatur-Objekte, reale Gegenstände wie Spielzeug oder Darstellungen in schriftlicher Form) • Beschriebenes Vorgehen bei der Nutzung des Materials • Anwendungsbereich oder Zweck des externen Materials (WIE unterstützt das Material/unterstützende Faktoren des Materials) • Aussagen zur Intention des genutzten Materials
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse, wie die Variable Material das Kind unterstützt bzw. beeinflusst (=für die Forschungsfrage relevante Sachverhalte). Diese Beeinflussung wird durch die unabhängige Variable Ergotherapie*in gesteuert und wirkt auf die Variable Kind. • Ursachendimension: Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen (wie z.B. Gegenstand des Materials) auftraten.

Setting (vermittelnde Variable)	
Definition	Setting meint die “Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, erlebt wird” (<i>Duden Setting Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft, o. J.</i>)

	Das Setting ist im Aspekt der Umwelt eingebettet und umschreibt die einflussnehmenden Umweltfaktoren im Kontext der Durchführung des COPM. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit ist bezieht sich das Setting auf die Aspekte der physischen und sozialen Umwelt, also alle Dinge, die man sehen oder anfassen kann und auf die der/die Ergotherapeut*in bewusst Einfluss nimmt, um das Kind bei der Durchführung des COPMs zu unterstützen. Ausgeschlossen werden dabei die für die Durchführung des COPM notwendigen Gebrauchsgegenstände, welche sich in den Variablen <i>Materialien</i> und <i>COPM</i> wiederfinden.
Zeitdimension	• Zeitpunkt der unterstützenden Einflussnahme auf das Setting • Unterstützende Einflussnahme auf zeitliche Aspekte (z.B. genügend Zeit, Pausen, Gesprächsdauer) ○ Pausen ○ Unterbrechungen des COPM ○ Dauer des COPM
Sachdimension	• Relevante Umweltaspekte (physikalisch, sozial) im Setting, die man sehen oder anfassen kann ○ Physisch ○ Sozial • Beschriebene bewusste Anpassung des Settings vor der Durchführung des COPMs an antizipierte allgemeine Bedürfnisse des Kindes an das Setting (= beschriebene unterstützende Faktoren des Settings) • Beschriebene bewusste Anpassung während der Durchführung des COPMs des Settings an individuelle Bedürfnisse des Kindes
Indikatoren	• Beschriebene bewusste Anpassung während der Durchführung des COPMs des Settings an individuelle Bedürfnisse des Kindes • Beschriebene bewusste Anpassung des Settings vor der Durchführung des COPMs an antizipierte allgemeine Bedürfnisse des Kindes an das Setting (= beschriebene unterstützende Faktoren des Settings)
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse, wie die Variable Setting das Kind unterstützt bzw. beeinflusst (=für die Forschungsfrage relevante Sachverhalte). Diese Beeinflussung wird durch die unabhängige Variable Ergotherapeut*in gesteuert und wirkt auf die Variable Kind. • Ursachendimension: Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen (wie z.B. Aspekte der physischen Umwelt) auftraten.

Umwelt (intervenierende Variable)

Definition	Kulturelle, institutionelle, physikalische und soziale Faktoren, die das Handeln des Einzelnen beeinflussen und von ihm beeinflusst werden (Townsend & Polatajko, 2013, S. 375). Die Umwelt bildet damit den gesellschaftlichen Kontext von Ergotherapeut:in und Kind ab. Hierzu können beispielsweise das Gesundheitssystem, Heilmittelrichtlinien oder das familiäre Umfeld des Kindes zählen. Eingebettet in der Umwelt befinden alle zuvor beschriebenen Variablen.
------------	---

Anhang 14: Auswertungsraster nach abgeschlossener Aufbereitung und Auswertung

Erfahrene Ergotherapeut:in (unabhängige und abhängige Variable)	
Definition	Ein/eine Ergotherapeutin ist eine Person mit einer abgeschlossenen Ausbildung zum Ergotherapeuten/zur Ergotherapeutin, welche Menschen jeden Alters unterstützt und begleitet, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist dabei, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. (Definition - Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), 2007) Der/die erfahrene Ergotherapeut:in verfügt über besondere Kenntnisse in der Durchführung des COPM mit Kindern sowie der Gesprächs- und Interviewführung mit Kindern. Er/sie hat mindestens drei Jahre Berufspraxis im Bereich der Pädiatrie und führt das COPM ^{a kids} „manchmal“ sowohl in der Evaluations- als auch Outcomephase durch. Der/die erfahrene Ergotherapeut*in unterstützt Kinder bei der Durchführung des COPM durch den Einsatz seiner/ihrer Kompetenzen (Fachwissen und Kommunikationskompetenzen) sowie seiner/ihrer Haltung.
Zeitdimension	
Sachdimension	• Kompetenz: Kommunikation ○ Nonverbale Kommunikation ○ Gesprächsführung • Haltung (Empathie, Wertschätzung, Sechs Säulen der Ergotherapie (Cup & van Hartingsveldt, 2019)) ○ Haltung allgemein ○ Nichtwissen ○ Kind als Experte ○ Klientenzentrierung
Indikatoren	• Eingesetzte Unterstützung, die aus Kommunikationskompetenzen resultieren: Nonverbale und verbale Kommunikation • Eingesetzte Unterstützung, die aus der Haltung resultieren: Empathie, Wertschätzung, Sechs Säulen der Ergotherapie, Kind ist Experte, Haltung des Nicht-Wissens, ... • Aussagen zur Absicht der genutzten Unterstützung
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension auf das Kind: Der/die Ergotherapeut*in beeinflusst/unterstützt das Kind (= für Forschungsfrage relevanter Sachverhalt) direkt und über die vermittelnden Variablen COPM, Material und Setting • Ursachendimension:

	Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen von Ergotherapeut:in auftreten
--	--

Kind (abhängige und unabhängige Variable)	
Definition	Ein Kind ist ein „Mensch, der sich noch im Lebensabschnitt der Kindheit befindet (etwa bis zum Eintritt der Geschlechtsreife), noch kein Jugendlicher ist; noch nicht erwachsener Mensch“ (<i>Duden Kind Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft</i>, o. J.). In dieser Forschungsarbeit finden nur Kinder zwischen sechs und zehn Jahren Betrachtung. Da die Fähigkeiten innerhalb dieser Altersspanne stark variieren können, zeichnet sich das Kind durch das individuelle Entwicklungsniveau bzw. das sogenannte mentale Alter mit den entsprechenden Fähigkeiten und daraus resultierenden Bedürfnissen bezüglich der Durchführung des COPMs aus (Clark, 2005; Schneider & Ornstein, 2015).
Zeitdimension	
Sachdimension	
Indikatoren	• Beschriebenes Verhalten des Kindes als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin • Beschriebene personenbezogene Faktoren als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin • Beschriebene Betätigungen, welche das Kind im Rahmen der Durchführung des COPM tut, als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin • Beschriebene Aspekte der Spiritualität als Auslöser für eingesetzte Unterstützung der Ergotherapeutin
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Ursachendimension: Informationen sind von Interesse, warum/wie Merkmalsausprägungen des Kindes beeinflusst wurden. Einfluss durch den/die Ergotherapeut*in, welcher direkt aber auch durch die vermittelnden Variablen COPM, Material und Setting Einfluss auf Merkmalsausprägungen nimmt. • Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse, wie das Kind den/die Ergotherapeut:in beispielsweise darin beeinflusst, welche Unterstützung er/sie wählt

COPM (vermittelnde Variable)	
Definition	<i>COPM (Canadian Occupational Performance Measure)</i>(Law et al., 2017). Eingeschlossen werden hierbei die zugehörigen Skalen als auch die für Kinder adaptierte Version des COPM, mit angepassten Skalen, Erhebungskärtchen und Interviewleitfaden. (Gede et al., 2014)

	Das COPM ist ein spezifisches Messinstrument in Form eines semistrukturierten Interviews zur Erhebung bedeutungsvoller Betätigungsbedürfnisse und der Skalierung hinsichtlich Wichtigkeit, Ausführung und Zufriedenheit (Law et al., 2017). COPM Materialien sind: Bogen, Interviewleitfaden/Handbuch, Skalen, Erhebungskärtchen (Wenn diese laminiert, coloriert ö.ä. sind, gehören sie dennoch zu COPM-Material)
Zeitdimension	• Reihenfolge der Prozessschritte
Sachdimension	• Art und Weise der Nutzung von COPM-Materialien • Zweck der Nutzung • Art und Weise des Vorgehens innerhalb eines Prozessschrittes ○ Erhebung ▪ Erhebung der Betätigungsbedürfnisse allgemein ▪ Einstieg in die Erhebung ▪ Ergebnis der Erhebung ▪ Tagesablauf ▪ Abschluss der Erhebung ○ Skalierung ▪ Skalierung allgemein ▪ Priorisierung ▪ Wichtigkeit ▪ Ausführung ▪ Zufriedenheit ▪ Einstieg in Skalierung ▪ Ergebnis der Skalierung ○ Outcome Messung
Indikatoren	• Art und Weise der Nutzung von COPM Materialien • Aussagen bezüglich der Reihenfolge der Prozessschritte • Aussagen zur Strukturierung bzw. Vorgehensweise innerhalb der Prozessschritte wie beispielsweise Stapelbildung, Tagesablauf
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse wie die Variable COPM zur Unterstützung des Kindes (=für Forschungsfrage relevanter Sachverhalt) beeinflusst. Diese Beeinflussung wird durch die unabhängige Variable Ergotherapeut*in gesteuert und wirkt auf die Variable Kind. • Ursachendimension: Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen (wie z.B. warum die Reihenfolge verändert wurde, oder warum COPM Material auf jene Weise genutzt wurde) auftraten.

Material (vermittelnde Variable)	
Definition	Material ist die “Gesamtheit von Hilfsmitteln, Gegenständen, die für eine bestimmte Arbeit [...] benötigt werden” (<i>Duden Material Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft</i>, o. J.) Gemeint sind hiermit Hilfsmittel oder Gegenstände, die der/die Ergotherapeut:in im Kontext der Durchführung des COPM mit Kindern (Gede et al., 2014) verwendet, um das Kind bei der Erhebung der Betätigungsbedürfnisse sowie bei der Skalierung von Ausführung, Wichtigkeit und Zufriedenheit zu unterstützen. Ausgenommen davon sind der Erhebungsbogen, die Skalen und Erhebungskärtchen des COPM, da diese im Handbuch vorgesehen und somit der Variable <i>COPM</i> zuzuordnen sind.
Zeitdimension	
Sachdimension	• Material allgemein • Gegenstand/Inhalt des Materials • Art und Weise der Nutzung des Materials innerhalb eines Prozessschrittes ○ Erhebung ▪ Erhebung allgemein ▪ Einstieg in Erhebung ▪ Stapelbildung ▪ Tagesablauf ○ Skalierung ▪ Skalierung allgemein ▪ Priorisierung ▪ Ausführung ○ Outcome Messung ▪ Outcome Messung allgemein ▪ Ergebnis Outcome Messung
Indikatoren	• Beschreibungen des genutzten externen Materials (z.B. Bilder, Zeichnungen, Piktogramme, bildhafte Skalen, Videos, Symbole, Miniatur-Objekte, reale Gegenstände wie Spielzeug oder Darstellungen in schriftlicher Form) • Beschriebenes Vorgehen bei der Nutzung des Materials • Anwendungsbereich oder Zweck des externen Materials (WIE unterstützt das Material/unterstützende Faktoren des Materials) • Aussagen zur Intention des genutzten Materials
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse, wie die Variable Material das Kind unterstützt bzw. beeinflusst (=für die Forschungsfrage relevante Sachverhalte). Diese Beeinflussung wird durch die unabhängige Variable Ergotherapeut*in gesteuert und wirkt auf die Variable Kind.

	• Ursachendimension: Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen (wie z.B. Gegenstand des Materials) auftraten.
--	---

Setting (vermittelnde Variable)	
Definition	Setting meint die “Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, erlebt wird” (<i>Duden Setting Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft</i>, o. J.) Das Setting ist im Aspekt der Umwelt eingebettet und umschreibt die einflussnehmenden Umweltfaktoren im Kontext der Durchführung des COPM. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit bezieht sich das Setting auf die Aspekte der physischen und sozialen Umwelt, also alle Dinge, die man sehen oder anfassen kann und auf die der/die Ergotherapeut*in bewusst Einfluss nimmt, um das Kind bei der Durchführung des COPMs zu unterstützen. Ausgeschlossen werden dabei die für die Durchführung des COPM notwendigen Gebrauchsgegenstände, welche sich in den Variablen <i>Materialien</i> und <i>COPM</i> wiederfinden.
Zeitdimension	• Unterstützende Einflussnahme auf zeitliche Aspekte ➤ Pausen ➤ Unterbrechungen des COPM
Sachdimension	• Beteiligung von Bezugspersonen/Eltern • Unterstützende Eigenschaften des Settings • Anpassung entsprechend kindbezogener Faktoren
Indikatoren	• Beschriebene bewusste Anpassung während der Durchführung des COPMs des Settings an individuelle Bedürfnisse des Kindes • Beschriebene bewusste Anpassung des Settings vor der Durchführung des COPMs an antizipierte allgemeine Bedürfnisse des Kindes an das Setting (= beschriebene unterstützende Faktoren des Settings)
Kausaldimension (Auswertungskategorie)	• Wirkungsdimension: Informationen sind von Interesse, wie die Variable Setting das Kind unterstützt bzw. beeinflusst (=für die Forschungsfrage relevante Sachverhalte). Diese Beeinflussung wird durch die unabhängige Variable Ergotherapeut*in gesteuert und wirkt auf die Variable Kind. • Ursachendimension: Informationen darüber, warum Merkmalsausprägungen (wie z.B. Aspekte der physischen Umwelt) auftraten.

Umwelt (intervenierende Variable)	
Definition	Kulturelle, institutionelle, physikalische und soziale Faktoren, die das Handeln des Einzelnen beeinflussen und von ihm

	beeinflusst werden (Townsend & Polatajko, 2013, S. 375). Die Umwelt bildet damit den gesellschaftlichen Kontext von Ergotherapeut:in und Kind ab. Hierzu können beispielsweise das Gesundheitssystem, Heilmittelrichtlinien oder das familiäre Umfeld des Kindes zählen. Eingebettet in der Umwelt befinden alle zuvor beschriebenen Variablen.
--	---

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Trier den 8. November 2021



Anne Adam

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Köln den 8. November 2021



Anne Bullmann