

# Ergotherapie bei FASD

Gestaltung des ergotherapeutischen  
Behandlungsprozesses bei Kindern mit der  
fetalen Alkoholspektrumstörung



Janine Börgers (1737945) · Jule Erler (1716662) · Pauline Thron (1724479)

September 2018

## **Ergotherapie bei FASD**

Wie gestaltet sich die Ergotherapie bei Kindern mit der fetalen Alkoholspektrumstörung im Praxisalltag und wodurch wird sie beeinflusst?

Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gezondheidszorg“

Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

September 2018

### **Verfasser**

Janine Börgers (1737945)

Jule Erler (1716662)

Pauline Thron (1724479)

### **Begleitende Dozentin**

Cornelie Zillhardt

# Inhalt

<b>1 Einleitung</b> .....	1
1.1 Ergotherapeutische Relevanz.....	1
1.2 Motivation.....	1
1.3 Ziel der Studie und zentrale Fragestellung.....	2
1.4 Aufbau der Forschungsarbeit .....	2
1.5 Literaturrecherche .....	3
<b>2 Theoretischer Hintergrund</b> .....	5
2.1 Die fetale Alkoholspektrumstörung .....	5
2.1.1 Epidemiologie.....	5
2.1.2 Medizinische Grundlagen.....	6
2.1.3 Ausprägungsgrade der FASD .....	7
2.1.4 Diagnostik der FASD .....	8
2.1.4.1 Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen bei FASD.....	11
2.1.4.2 FASD und ADHS .....	12
2.2 Die kanadische Modelltriplekte.....	14
2.2.1 Begründung der Modellauswahl .....	14
2.2.2 Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.....	15
2.2.3 Das Canadian Practice Process Framework .....	17
2.2.4 Das Canadian Model of Client-Centred Enablement .....	18
2.3 Das Kind mit FASD .....	19
2.3.1 Syndromspezifische Besonderheiten .....	19
2.3.1.1 Einschränkungen in der kognitiven Komponente .....	19
2.3.1.2 Einschränkungen in der affektiven Komponente.....	23
2.3.1.3 Einschränkungen in der physischen Komponente .....	25
2.4 Die Umwelt.....	27
2.4.1 Das familiäre Umfeld.....	27
2.4.1.1 Aufwachsen in einer alkoholbelasteten Familie .....	27
2.4.1.2 Aufwachsen in einer Pflegefamilie.....	27
2.4.2 Begleitende Hilfen .....	28
2.5 Ergotherapeutischer Behandlungsprozess.....	29
2.5.1 Befunderhebung.....	29

2.5.2 Intervention.....	31
2.5.3 Evaluation.....	33
2.5.4 Elternarbeit .....	34
2.5.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	36
2.6 Der Ergotherapeut .....	36
2.6.1 Kompetenzen des Ergotherapeuten nach dem CMCE.....	37
2.6.2 Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten .....	38
2.7 Aktueller Forschungsstand.....	39
<b>3 Studiendesign .....</b>	<b>40</b>
3.1 Grundlagen der empirischen Sozialforschung .....	40
3.2 Begründung für das gewählte Studiendesign .....	41
3.3 Forschungsmethode.....	41
3.3.1 Methodologie.....	41
3.3.2 Gütekriterien .....	42
3.3.3 Leitfadeninterview mit Experten.....	44
3.4. Forschungsethik .....	45
<b>4 Hypothetisches Modell.....</b>	<b>46</b>
4.1 Entwicklung des hypothetischen Modells.....	46
4.2 Bedeutung der Variablen, Dimensionen und Indikatoren .....	47
4.3 Erläuterung der Variablen des hypothetischen Modells .....	47
<b>5 Studiendurchführung .....</b>	<b>49</b>
5.1 Einschlusskriterien der Studienteilnehmer .....	49
5.2 Erweiterung der Einschlusskriterien .....	50
5.3 Kontaktaufnahme zu den Studienteilnehmern.....	50
5.4 Konstruktion des Interviewleitfadens .....	51
5.5 Vorstudie .....	52
5.6 Durchführung der Hauptstudie .....	52
5.7 Transkription der Interviews .....	53
5.8 Qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010).....	54
5.8.1 Vorbereitung der Extraktion .....	55
5.8.2 Extraktion .....	55
5.8.3 Aufbereitung der Daten und Auswertung.....	56
<b>6 Darstellung der Ergebnisse.....</b>	<b>58</b>
6.1 Das Kind mit FASD .....	59

6.2 Die Umwelt.....	64
6.3 Ergotherapeutischer Behandlungsprozess.....	67
6.4 Der Ergotherapeut .....	79
<b>7 Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>82</b>
7.1 Leitfrage 1.....	82
7.2 Leitfrage 2.....	83
7.3 Leitfrage 3.....	85
7.4 Leitfrage 4.....	89
7.5 Beantwortung der zentralen Forschungsfrage .....	91
<b>8 Reflektion der Studie.....</b>	<b>93</b>
<b>9 Schlussfolgerung.....</b>	<b>95</b>
Glossar.....	96
Abbildungsverzeichnis.....	102
Tabellenverzeichnis.....	103
Literaturverzeichnis.....	104
Anhangsverzeichnis.....	120
Anhang .....	122

# Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Menschen bedanken, die uns bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit auf unterschiedliche Art und Weise begleitet und unterstützt haben.

Ein besonderer Dank richtet sich hierbei an die Studienteilnehmer, die uns ihre Zeit und ihr Vertrauen entgegenbrachten und uns an ihrer Berufserfahrung und ihrem fachlichen Wissen teilhaben ließen. Durch ihr Engagement und ihre Motivation haben sie es uns ermöglicht, diese Forschungsarbeit zu verwirklichen.

Außerdem möchten wir unserer begleitenden Dozentin Connie Zillhardt ganz herzlich danken, die uns mit ihrer offenen und humorvollen Art bei der Erstellung unserer Bachelorarbeit betreut hat. Wir danken ihr für ein offenes Ohr, ihre wertvollen fachlichen Ratschläge und ihre Zuversicht. Darüber hinaus schauen wir gerne auf die überaus lustigen Beratungsgespräche zurück, die uns stets als Motivationsschub dienten.

Ein weiterer Dank richtet sich an die vielen lieben Menschen, die uns während unserer Interviewreise so herzlich bei sich aufgenommen und uns diese Reise quer durch Deutschland überhaupt erst ermöglicht haben.

Selbstverständlich möchten wir auch denen ein großes Dankeschön zukommen lassen, die unsere Forschungsarbeit Korrektur lasen, uns konstruktives Feedback gaben und den Abstract der Arbeit ins Englische und Niederländische übersetzten.

Des Weiteren danken wir den Menschen, die unser Anschreiben für das Experteninterview weitergeleitet und uns somit neue Kontakte und Teilnehmer vermittelt haben.

Abschließend möchten wir uns außerdem bei unseren Familien, Freunden und Partnern bedanken, die uns während der Erstellung unserer Forschungsarbeit mit viel Geduld und Verständnis gegenübergetreten sind und uns den Rückhalt geboten haben, den wir benötigten.

Danke!

Thank you!

Hartelijk dank!

# Lesehinweise

- Die vorliegende Bachelorarbeit wird im Verlauf als „Forschungsarbeit“ bezeichnet.
- Zur besseren Lesbarkeit wird der Begriff „Forscherinnen“ als Synonym für die Autorinnen dieser Arbeit verwendet.
- Angelehnt an das verwendete Inhaltsmodell CMOP-E, welches die Klientenzentrierung und eine ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen impliziert, wird die Bezeichnung „Klient“ an Stelle von „Patient“ genutzt.
- Alle Personenbezeichnungen werden in der männlichen Form „Ergotherapeut oder Ergotherapeuten“, „Klient oder Klienten“, „Experte oder Experten“, „Teilnehmer“ sowie „Forscher“, verschriftlicht. Trotzdem wird die weibliche Form gleichermaßen eingeschlossen.
- Zur Anonymisierung der Teilnehmer werden diese mit den Zahlen 1-8 nummeriert.
- Innerhalb der verwendeten Literatur wird sowohl der Begriff FASD, als auch der Begriff FAS verwendet, um das Syndrombild zu beschreiben. Da es sich bei FASD um einen Überbegriff handelt, der das ganze Spektrum umfasst, wird dieser in der Forschungsarbeit verwendet. Bei direkten Zitaten werden die Begriffe übernommen, welche der Autor nutzt.
- Die Erziehungsberechtigten werden unter den Begriffen Pflegefamilie/ Pflegeeltern zusammengefasst.
- In der Darstellung der Ergebnisse sind Zitate der interviewten Experten durch Anführungsstriche und kursive Schrift gekennzeichnet.
- Eine Auslassung in Zitaten wird durch drei Punkte in eckigen Klammern dargestellt.
- Ein Einschub innerhalb eines direkten Zitates wird durch eckige Klammern gekennzeichnet.
- Bei englischer Literatur werden die Texte ins Deutsche übersetzt und in den Worten der Forscherinnen wiedergegeben. Direkte Zitate werden original auf Englisch zitiert, um den Inhalt nicht zu verfälschen.
- Bedeutungsvolle Wörter werden durch eine fettgedruckte Schriftart hervorgehoben.
- Kapitelbezeichnungen werden durch eine kursive Schriftart gekennzeichnet.
- Die theoretischen Inhalte werden anhand des fiktiven Fallbeispiels Max veranschaulicht.
- Die Zitation der verwendeten Literatur erfolgt nach den APA 6-Richtlinien (American Psychological Association, 2013).
- Die Autoren und Entwickler von Konzepten, Modellen, Assessments und Testverfahren werden nur bei der Erstnennung zitiert.

- Textinhalte einer Quelle, die von den Forscherinnen über mehrere Sätze zitiert oder paraphrasiert werden, sind am Ende mit einem Zitat gekennzeichnet.
- Die in der Forschungsarbeit genutzten Tabellen - und Abbildungen werden im entsprechenden Verzeichnis des Anhangs aufgelistet. Tabellen und Abbildungen, die nicht mit Quellenangaben versehen sind, wurden im Rahmen der Forschungsarbeit von den Forscherinnen entwickelt.
- Verwendete Abkürzungen werden im Abkürzungsverzeichnis dargestellt. Bei Erstnennung wird das Wort ausgeschrieben und die Abkürzung in Klammern dahinter gesetzt. Im weiteren Verlauf des Textes wird die Abkürzung verwendet.
- Um Zusammenhänge nachzuvollziehen werden innerhalb der Forschungsarbeit Querverweise zu anderen Textstellen hergestellt. Diese werden mit einem Pfeil in runden Klammern gekennzeichnet. Es werden folgende Kennzeichnungen für Querverweise verwendet:
  - (→Zahlenkombinationen) = Verweis auf ein Kapitel
  - (→Abb.) = Verweis auf eine Abbildung
  - (→Tab.) = Verweis auf eine Tabelle
  - (→A.) = Verweis auf den Anhang
  - (→G.) = Verweis auf einen Eintrag im Glossar

# Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
<b>Abs.</b>	Absatz
<b>ADHS</b>	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
<b>ARBD</b>	alcohol-related birth defects (alkoholbedingte angeborene Malformation)
<b>ARND</b>	alcohol-related neurodevelopmental disorders (alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörung)
<b>BM</b>	Behavioral Management
<b>BOT-2</b>	Bruininks-Oseretzky Test der motorischen Fähigkeiten – zweite Auflage
<b>bzw.</b>	beziehungsweise
<b>CMCE</b>	Canadian Model of Client-centred Enablement
<b>CMOP-E</b>	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
<b>COPM a-kids</b>	Canadian Occupational Performance Measure a-kids
<b>CPPF</b>	Canadian Practice Process Framework
<b>DiZ</b>	Discover information sources Zuyd
<b>DTV P2</b>	Developmental Test of Visual Perception, Second Edition
<b>DVE</b>	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
<b>D2</b>	D2 Aufmerksamkeits- und Belastungstest
<b>et al.</b>	et alii (Maskulinum), et aliae (Femininum)
<b>F.</b>	Forscherin
<b>FAS</b>	Fetal Alcohol Syndrome (Fetales Alkoholsyndrom)
<b>FASD</b>	Fetal Alcohol Spectrum Disorder (Fetale Alkoholspektrumstörung)
<b>FEW-2</b>	Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung – zweite Auflage
<b>GB</b>	geistige Behinderung
<b>ggf.</b>	gegebenenfalls
<b>Hrsg.</b>	Herausgeber
<b>ICD 10</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)

<b>ICF</b>	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
<b>ICF-CY</b>	International classification of functioning, disability and health: children and youth (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen)
<b>M-ABC-2</b>	Movement Assessment Battery for Children – second Edition
<b>MILE</b>	Math Interactive Learning Experience Program
<b>MOT</b>	Motoriktest
<b>pFAS</b>	Partial Fetal Alcohol Syndrome (partiell Fetales Alkoholsyndrom)
<b>S.</b>	Seite
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>SI</b>	Sensorische Integrationstherapie
<b>TN</b>	Teilnehmer
<b>TPK</b>	Testreihe zur Prüfung der Konzentrationsfähigkeit
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>z.B.</b>	zum Beispiel
<b>ZiFF</b>	Zentrum für integrative Förderung und Fortbildung
<b>ZNS</b>	Zentrales Nervensystem

# Abstracts

## Zusammenfassung

### **Einleitung:**

Wie gestaltet sich die Ergotherapie bei Kindern mit der fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) im Praxisalltag und wodurch wird sie beeinflusst?

### **Methode:**

Im Rahmen einer qualitativen Studie wurden acht leitfadengestützte Interviews mit Ergotherapeuten durchgeführt, welche Erfahrungen in der Behandlung von Kindern mit FASD haben. Die Auswertung erfolgte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010).

### **Resultate:**

Kinder mit FASD zeigen eine Vielfalt an syndromspezifischen Besonderheiten, sodass es keine pauschale Vorgehensweise in der ergotherapeutischen Behandlung gibt. Die Ergebnisse verdeutlichen positive Erfahrungen mit unterschiedlichen Behandlungsmethoden, wobei die Elternarbeit von großer Relevanz ist. Die unterschiedlichen Umweltfaktoren sowie die Kompetenzen des Ergotherapeuten beeinflussen die Behandlung.

### **Schlussfolgerung:**

Eine individuelle Betrachtung des Kindes sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit seinem Umfeld ist für eine effektive Ergotherapie notwendig.

## Summery

### **Introduction:**

How is occupational therapy for children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) applied in practice and how is it influenced?

### **Method:**

In a qualitative study, eight guideline-based interviews were conducted with occupational therapists experienced in treating children with FASD. The evaluation is based on Gläser and Laudel's (2010) qualitative content analysis.

### **Results:**

Children with FASD show a variety of syndrome-specific characteristics, consequently indicating no general approach to occupational therapy treatment. The results show positive experiences with different treatment methods. The treatment is influenced by different aspects, such as parental work, environmental factors and the competences of the therapist.

### **Conclusion:**

An individual consideration of the child and the cooperation with its environment are essential for an effective occupational therapy.

## Samenvatting

### **Doel:**

Hoe wordt ergotherapie bij kinderen met het foetale alcoholyndroom vormgegeven, en waardoor wordt deze beïnvloed?

### **Methode:**

Gedurende deze kwalitatieve studie werden acht ergotherapeuten in een semi-gestructureerd interview naar hun ervaringen over de behandeling van kinderen met het FASD gevraagd. Hierbij werd gebruik gemaakt van de kwalitatief inhoudelijke analyse van Gläser en Laudel (2010).

### **Resultaten:**

Door de specifieke bijzonderheden bij kinderen met FASD is er geen gestandaardiseerde ergotherapeutische behandeling mogelijk. De resultaten verduidelijken de positieve ervaringen van diverse behandelingsmethodieken, waarbij de samenwerking met de ouders van groot belang is. Omgevingsfactoren als ook de competenties van de ergotherapeut beïnvloeden de behandeling.

### **Conclusie:**

Het kind als uniek individu te beschouwen plus de samenwerking met diens omgeving, is noodzakelijk voor een effectieve ergotherapie.

# Informative Zusammenfassung

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit den Erfahrungen deutscher Ergotherapeuten im ambulanten Setting im Hinblick auf die ergotherapeutische Behandlung von Kindern mit einer fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD). Um die zu untersuchende Thematik mit der ergotherapeutischen Theorie zu verknüpfen, fungiert die kanadische Modelltriplette als Struktur der Forschungsarbeit. Diese wird im Rahmen des theoretischen Hintergrundes vorgestellt. Außerdem werden relevante Informationen hinsichtlich der Forschungsfrage aus der aktuellen Literatur und der bestehenden Forschung zusammengefasst.

Die Forscherinnen führten acht leitfadengestützte Interviews mit Ergotherapeuten durch, welche Erfahrungen in der Behandlung von Kindern mit FASD haben. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010).

Die aus der Analyse hervorgegangenen Ergebnisse zeigen, dass Kinder mit FASD unterschiedliche Einschränkungen in den affektiven, physischen und/oder kognitiven Komponenten aufweisen, welche ihre alltäglichen Betätigungen beeinträchtigen. Aufgrund der individuellen Ausprägung des Syndrombildes gibt es keine pauschale Vorgehensweise für die ergotherapeutische Behandlung. Aus den Ergebnissen wird jedoch ersichtlich, dass die Elternarbeit in der Behandlung von Kindern mit FASD eine große Relevanz hat, wobei der Ergotherapeut vor allem eine informierende, anleitende und beratende Rolle einnimmt. Gleichweise trägt eine gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit zu einer effektiven und effizienten Behandlung bei. Darüber hinaus sollte die soziale Umwelt, welche einen großen beeinflussenden Faktor für das Kind und die Behandlung darstellt, berücksichtigt und wenn möglich in die Behandlung einbezogen werden. Der Ergotherapeut muss für die Behandlung von Kindern mit FASD eine Vielzahl an persönlichen Kompetenzen mitbringen. Spezifische Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Ergotherapeuten zu der Thematik gibt es bisher nicht. Das Weiterbilden in angrenzenden Themenbereichen trägt jedoch zu einer Qualitätssteigerung der Behandlung von Kindern mit FASD bei. Auch der Forschungsstand sowie die Studienlage zu der Thematik FASD befinden sich in Deutschland im Rückstand.

Die aus der Literatur und den Teilnehmerinterviews erhaltenen Informationen zu den Themen syndromspezifische Besonderheiten, beeinflussende Umweltfaktoren, Gestaltung des Behandlungsprozesses sowie Kompetenzen des Ergotherapeuten, werden abschließend in der Diskussion zusammengefasst und hinsichtlich der Forschungsfrage interpretiert und diskutiert.

*„Du warst süchtig -  
Ich war in Deinem Bauch.  
Du hast getrunken -  
durch Dich habe ich es auch.  
Du konntest selbst bestimmen über Dein Leben.  
Schade – leider hast Du mir die Chance nie gegeben.“*

*- H. Abel –*

# 1 Einleitung

## 1.1 Ergotherapeutische Relevanz

In Deutschland besteht noch immer ein Informationsdefizit bezüglich der FASD. Der Forschungsstand sowie die Studienlage befinden sich im Rückstand. Das spiegelt sich in einer großen Wissenslücke wider, die sowohl bei Fachleuten des Gesundheits- und Sozialsystems als auch bei den Pflegeeltern festzustellen ist (Landgraf, Albers, Rahmsdorf, Vill, Gerstl, Lippert & Heinen, 2018).

Die Diagnose einer FASD geht oftmals mit einer ernüchternden Prognose für die Zukunft des Kindes einher: „Eine lebenslange körperliche und geistige Behinderung, wahrscheinlich mit fehlender Selbstständigkeit, verbunden mit der Notwendigkeit einer ständigen Betreuung und Begleitung“ (Spohr, 2016, S.201). Frühe Hilfen durch unterschiedliche Therapieangebote werden von Spohr (2016) als besonders relevant erachtet. Auch wenn eine FASD durch gezielte Therapiemaßnahmen nicht geheilt werden kann, können in vielfältigen Bereichen Verbesserungen erzielt werden, die zu einem erfüllteren Leben des Kindes und seiner Bezugspersonen beitragen (Landeck, Thomsen, Wills, Reinhardt & Michalowski, 2012, S.24).

„Bei einer Geburtenrate von 662712 Geburten im Jahr 2011 lässt sich für Deutschland eine Rate von ca. 3000-4000 betroffenen Kindern mit einem FASD pro Jahr errechnen“ (Spohr, 2016, S.8). Diese Zahlen verdeutlichen, dass das Thema von gesellschaftlich hoher Relevanz ist und dringender Handlungsbedarf besteht.

## 1.2 Motivation

Die Thematik der vorliegenden Forschungsarbeit entwickelte sich aus verschiedenen Motivationen der Forscherinnen heraus. Im Vordergrund stand bei der Themenauswahl, dass alle drei Forscherinnen ihren Interessenschwerpunkt im Fachbereich Pädiatrie haben. Ihre Intention war es, ein Krankheitsbild zu untersuchen, welches bisher wenig erforscht und in der eigenen praktischen Arbeit präsent ist. Aus diesen Vorüberlegungen entstand die Idee, die ergotherapeutische Behandlung bei Kindern mit FASD zu beleuchten. Schon im Rahmen der ersten Literaturrecherche bemerkten die Forscherinnen eine große Forschungslücke zu der Thematik sowie einen Mangel an evidenzbasierten, ergotherapeutischen Behandlungsansätzen. Daher besteht ein großes Interesse zu untersuchen, wie die Ergotherapeuten den Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD gestalten.

### 1.3 Ziel der Studie und zentrale Fragestellung

Die Forscherinnen möchten im Rahmen der Forschungsarbeit aufzeigen, welche Möglichkeiten es für die ergotherapeutische Behandlung von Kindern mit FASD gibt und wodurch der Behandlungsprozess beeinflusst wird. Da eine Forschungslücke zu dieser Thematik besteht (→2.7), soll die Arbeit dazu motivieren, weitere Forschungen zu betreiben.

Aus den theoretischen Vorüberlegungen entwickelten die Forscherinnen die folgende zentrale Fragestellung:

Wie gestaltet sich die Ergotherapie bei Kindern mit FASD im Praxisalltag und wodurch wird sie beeinflusst?

Um die Forschungsfrage zu beantworten und eindeutige Resultate zu erhalten, wurden folgende vier Leitfragen aufgestellt:

1. Welche syndromspezifischen Besonderheiten zeichnen die Arbeit mit Kindern mit FASD aus?
2. Welche Umweltfaktoren beeinflussen die Behandlung von Kindern mit FASD?
3. Wie gestalten Ergotherapeuten den Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD?
4. Welche besonderen Kompetenzen muss der Ergotherapeut für die Behandlung von Kindern mit FASD mitbringen?

### 1.4 Aufbau der Forschungsarbeit

Die vorliegende Forschungsarbeit ist in neun Kapitel unterteilt, um eine übersichtliche Gestaltung zu gewährleisten und die aufgeführten Themen voneinander abzugrenzen. Jedes Kapitel wird in aufsteigender Reihenfolge nummeriert und beinhaltet mehrere zugehörige Unterkapitel. Diese sind stufenweise in bis zu vier Gliederungsebenen eingeteilt.

Nachdem im ersten Kapitel (*Einleitung*) die zentrale Forschungsfrage, basierend auf einer ersten Literaturrecherche begründet wird, werden im zweiten Kapitel (*Theoretischer Hintergrund*) die theoretischen Vorüberlegungen beschrieben. Im Rahmen dessen wird das Syndrombild FASD vorgestellt und die kanadische Modelltriplekte erläutert. Auf dieser Basis werden das Kind mit FASD, seine Umwelt, der ergotherapeutische Behandlungsprozess sowie der Ergotherapeut mit seinen Kompetenzen betrachtet. Der theoretische Hintergrund schließt mit einem Fazit zu dem aktuellen Forschungsstand ab.

Um das methodische Vorgehen der vorliegenden Forschungsarbeit transparent und nachvollziehbar darzulegen, beschreiben die Forscherinnen das Studiendesign, das hypothetische Modell und die Realisierung der Studie in drei Kapiteln. Diesbezüglich erläutern sie im dritten Kapitel (*Studiendesign*) die Grundlagen des qualitativen Denkens und die Durchführung von Experteninterviews als Erhebungsmethode. Die Beschreibung des hypothetischen Modells in Anlehnung an Gläser und Laudel (2010) erfolgt im vierten Kapitel (*Hypothetisches Modell*). Im fünften Kapitel (*Durchführung der Studie*) werden die Vorbereitung sowie Umsetzung der Vor- und Hauptstudie erläutert.

Die erhaltenen Informationen aus den Experteninterviews werden im sechsten Kapitel (*Darstellung der Ergebnisse*) der Forschungsarbeit verschriftlicht. Die Ergebnisdarstellung erfolgt anhand der herausgearbeiteten Kategorien und Dimensionen. Im siebten Kapitel (*Diskussion der Ergebnisse*) beantworten die Forscherinnen die vier Leitfragen unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrundes und der gewonnenen Daten. Daraufhin findet die Beantwortung der zentralen Forschungsfrage statt.

Der Forschungsprozess wird im Rahmen einer Stärken- und Schwächenanalyse im achten Kapitel (*Reflektion der Studie*) kritisch betrachtet. Abschließend ziehen die Forscherinnen im neunten Kapitel (*Schlussfolgerung*) ein Fazit aus den gewonnenen Ergebnissen.

## 1.5 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte auf unterschiedlichen Wegen. Dazu wurden verschiedene Datenbanken sowie ergotherapeutische Fachzeitschriften hinzugezogen, welche im Anhang tabellarisch dargestellt sind (→A.1). Folgende Suchbegriffe und Kombinationen wurden unter anderem bei der Suche verwendet: „fetal alcohol spectrum disorder AND occupational therapy“, „fetales Alkoholsyndrom AND Ergotherapie“, „fetal alcohol syndrome AND occupational therapy AND intervention“. Darüber hinaus zogen die Forscherinnen die Literaturverzeichnisse von Büchern, Artikeln und Studien heran, um weitere themenspezifische Literatur ausfindig zu machen.

Grundsätzlich konnten nur wenige deutsche Fachartikel und Studien zum Thema FASD gefunden werden. Innerhalb der Literaturrecherche über die Datenbank Discover information sources Zuyd (DIZ) wurden beispielsweise mit den deutschen Suchbegriffen „Fetales Alkoholsyndrom AND Ergotherapie“ lediglich 25 Ergebnisse angezeigt. Im Gegensatz dazu führte die Suche mit den englischen searchterms „fetale alcohol spectrum disorder AND occupational therapy“ zu 5.074 Ergebnissen.

Um das Evidenzlevel der Studien zu bestimmen, wurde die Forschungspyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) genutzt. Eine Einordnung des Evidenzlevels wird beispielhaft im Anhang dargestellt (→A.2).

## 2 Theoretischer Hintergrund

Im theoretischen Hintergrund werden Informationen zum Störungsbild FASD dargestellt, die eine Relevanz in Bezug auf die Forschungsfrage darstellen. Diese werden mit der Ergotherapie und dem aktuellen Forschungsstand in einer Literaturzusammenfassung verknüpft. Ebenso wird die kanadische Modelltriplette erläutert, welche als Struktur der Forschungsarbeit dient.

### 2.1 Die fetale Alkoholspektrumstörung

FASD fasst als Oberbegriff eine Reihe verschiedener Syndromausprägungen zusammen, die durch eine intrauterine (→G.) Alkoholexposition hervorgerufen werden (Landgraf & Heinen, 2016). Das Störungsbild ist durch physische und mentale Beeinträchtigungen sowie Verhaltens- und Lernauffälligkeiten charakterisiert (Spohr, 2016). Die intrauterinen Schädigungen des kindlichen Gehirns sind biologisch irreversibel und führen zu vielfältigen Beeinträchtigungen, die ein Leben lang erhalten bleiben (Landgraf, Hilgendorff & Heinen, 2014). Die Auswirkungen der pränatalen (→G.) Schädigungen durch Alkohol sind unterschiedlich ausgeprägt, sodass in der Diagnostik (→2.1.4) differenziert werden muss (Schindler, 2017). Unter dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) wird das klassische Syndrombild mit den typischen Charakteristika verstanden (Spohr, 2016). Weitere Unterteilungen sind das partielle Fetale Alkoholsyndrom (pFAS), die alkoholbedingten neurologischen Entwicklungsstörungen (ARND) sowie die alkoholbedingten angeborenen Malformationen (ARBD). Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) von der World Health Organization (WHO, 2016) erfasst unter der Verschlüsselung Q 86.0 die Diagnose Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien). Eine weitere komplexere Einteilung wird nicht vorgenommen (Schindler, 2017).

#### 2.1.1 Epidemiologie

Die Literaturrecherche ergibt differente Aussagen zur Epidemiologie (→G.) von FASD, da es keine repräsentative epidemiologische Studie zur Häufigkeit des Syndrombildes gibt. In Deutschland besteht keine Meldepflicht für festgestellte Diagnosen bei Kindern mit FASD, sodass die Zahlen häufig auf Annahmen beruhen, die aus dem internationalen Forschungsstand abgeleitet werden (Landgraf et al., 2018). Aus italienischen Studien geht hervor, dass etwa vier von 1000 Kindern das Vollbild FAS haben und 19 von 1000 Kindern eine andere Ausprägungsform der FASD zeigen (May et al. 2006; May et al. 2011). Daraus ergibt sich eine Prävalenz von 2-5% in der Durchschnittsbevölkerung, wobei

Expertenschätzungen in Deutschland von etwa 1% ausgehen (Landgraf & Heinen, 2016). Die Dunkelziffer wird jedoch weitaus höher erachtet, da das Syndrombild bei vielen Kindern nicht diagnostiziert wird. Die Häufigkeit von FASD variiert in Bezug auf das Land, die Region sowie die soziale Herkunft und hängt von der Stellung des Alkohols in der jeweiligen Gesellschaft ab (Günther, 2003, zitiert nach Schindler, 2017).

## 2.1.2 Medizinische Grundlagen

Alkohol ist eine teratogene Substanz (→G.), die intrauterin zu einer permanenten Schädigung des Fetus (→G.) führen kann (Spohr, 2016).

Der Stoffaustausch zwischen Mutter und Kind findet in der pränatalen Phase (→G.) über die Plazenta statt (ter Horst, 2010). Diese trennt das mütterliche vom kindlichen Blut und stellt somit eine Schranke für verschiedene im Blut gelöste Substanzen dar (Spohr, 2016). Da diese Schranke kaum als Blockade für Fremdstoffe wie Alkohol wirkt, kann dieser ungehindert die Plazenta passieren und in den Blutkreislauf des Fetus gelangen. Konsumiert die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol, steigt somit nicht nur ihr Blutalkoholspiegel, sondern auch der ihres ungeborenen Kindes (Thomsen, Michalowski, Landeck & Lepke, 2014).

Alkohol wird über die Leber abgebaut. Der erwachsene Organismus der Mutter kann den Alkohol schnell abbauen, die noch unreife Leber des Ungeborenen jedoch nicht. Der hohe kindliche Blutalkoholspiegel muss entlang des Konzentrationsgefälles in den niedriger werdenden mütterlichen Blutalkoholspiegel übergehen. Durch diesen Vorgang ist der Fetus über eine längere Zeit dem Alkohol und seinen Abbauprodukten ausgesetzt, welche als „[...] zellschädigende und zellteilungshemmende Substanzen physikalisch und biochemisch in viele Stoffwechselforgänge des Ungeborenen eingreifen“ (Thomsen et al., 2014, S.12). Die Alkoholexposition kann während der gesamten Schwangerschaft Schaden beim ungeborenen Kind anrichten und sich negativ auf die Organbildung, das Nervensystem sowie auf das körperliche Wachstum auswirken (ter Horst, 2010). Die Schäden sind davon abhängig, in welcher Entwicklungsphase welche Menge an Alkohol konsumiert wurde (Thomson et al., 2014).

Die nachfolgende Abbildung (→Abb.1) verdeutlicht die zeitversetzte Entwicklung der Organe eines Embryos (→G.) und Fetus. Ein Organ reagiert in bestimmten Phasen besonders empfindlich auf Störungen wie Alkohol, während es in anderen Phasen unempfindlicher ist. Somit zeigen Kinder mit FASD kein einheitliches Störungsbild. Die Bildung des Gehirns findet während der gesamten Schwangerschaft statt, sodass sich der toxische Einfluss besonders gravierend darauf auswirkt (ter

Horst, 2010). „Die dunkelblauen Balken geben den Zeitpunkt der höchsten Empfindlichkeit in der entsprechenden Organentwicklung an“ (Spohr, 2016, S.125).

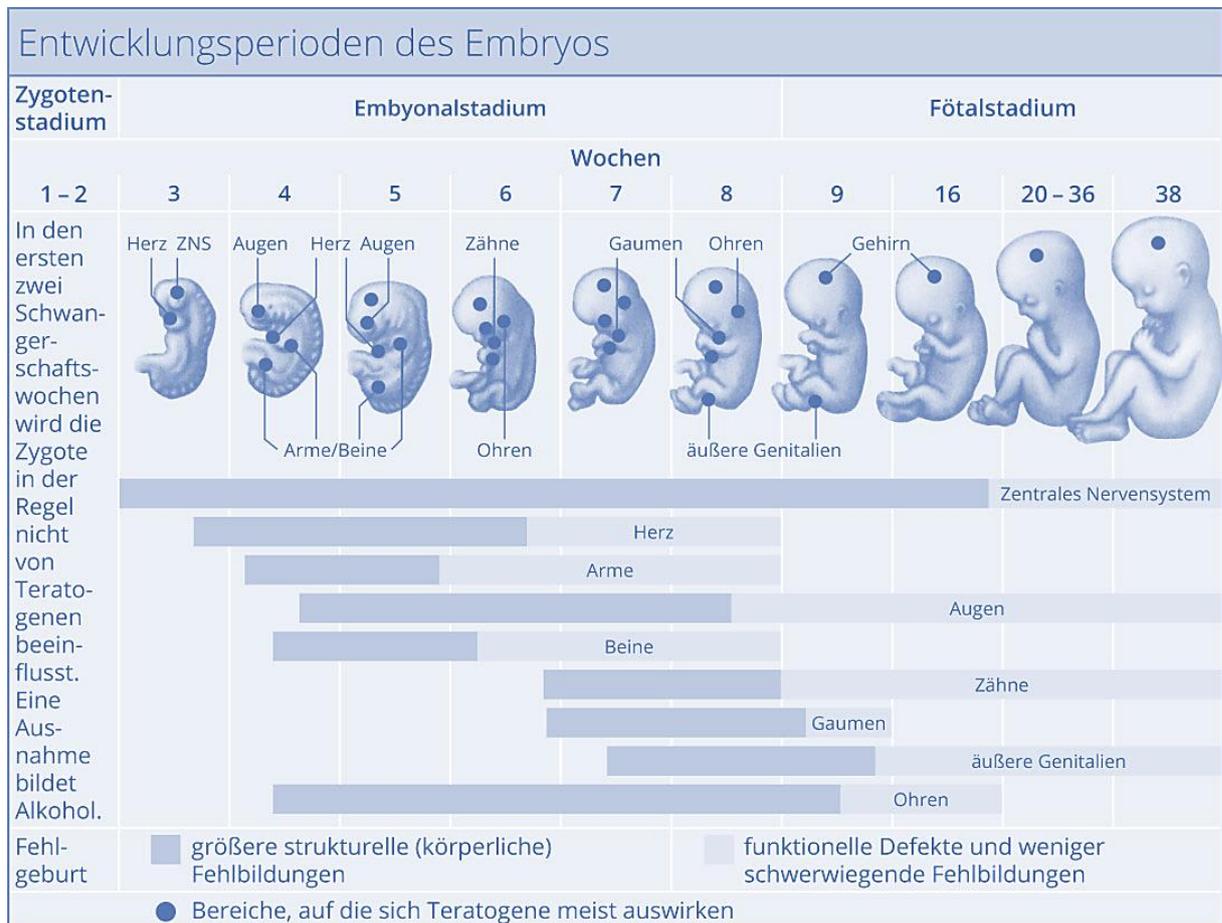


Abbildung 1: Darstellung der embryonalen Organentwicklung (Spohr, 2016, S. 125)

### 2.1.3 Ausprägungsgrade der FASD

Durch das Institute of Medicine (Stratton, Howe & Battaglia) wurde im Jahr 1996 erstmalig eine ausführliche Beschreibung der verschiedenen Ausprägungsgrade fetaler Schädigung durch Alkohol vorgenommen. Der Oberbegriff FASD umfasst die gesamten Facetten alkoholbedingter Schädigungen auf den Fetus (Thomsen et al., 2014), welcher wiederum in die Einzeldiagnosen FAS, pFAS, ARND und ARBD unterteilt wird (Spohr, 2016).

Die Diagnose FAS wird gestellt, wenn die typischen Charakteristika wie Wachstumsauffälligkeiten, faziale Auffälligkeiten und Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems (ZNS) vorliegen (Landgraf & Heinen, 2016). In diesem Fall ist eine Diagnose möglich, selbst wenn die Information über den Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft fehlt. Beim FAS handelt es sich um das typische Syndrombild, welches oftmals als Synonym für den Oberbegriff FASD verwendet wird (Spohr, 2016).

Laut der S3-Leitlinie (Landgraf & Heinen, 2016) wird ein pFAS diagnostiziert, wenn faziale und ZNS-Auffälligkeiten bestehen sowie eine intrauterine Alkoholexposition bestätigt oder vermutet wird. Spohr (2016) wiederum schreibt, dass pFAS diagnostiziert wird, wenn ein Kind trotz einer gesicherten Alkoholexposition keine typischen Dysmorphiezeichen zeigt, jedoch durch seine kognitiven, sozialen und emotionalen Störungen auffällt. Die unterschiedlichen Angaben in der Literatur verdeutlichen, dass es noch immer Unsicherheiten und

Unstimmigkeiten bei der Diagnostik gibt. Im weiteren Verlauf wird sich bei differenten Aussagen bezüglich der Diagnostik an der S3-Leitlinie (Landgraf & Heinen, 2016) orientiert.

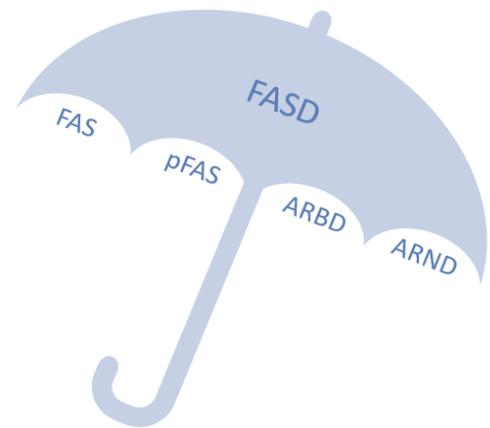


Abbildung 2: Ausprägungsgrade der FASD

Auch bei der Diagnose des ARND ist der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft gesichert und es bestehen ZNS-Auffälligkeiten (Landgraf & Heinen, 2016). Es sind keine körperlichen Merkmale wie typische Gesichtsveränderungen oder Minderwuchs sichtbar (Thomsen et al., 2014). Dadurch wird eine Diagnose erschwert. Auffällig sind jedoch „[...] ein komplexes Muster an nicht altersgemäßer Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten und kognitiver Störungen [...], die nicht allein durch genetische Prädisposition, psychosozialen Hintergrund und damit verbundene Belastungen erklärt werden können“ (Spohr, 2016, S.12).

Der Begriff ARBD wurde eingeführt, um angeborene Fehlbildungen an den Organ-Systemen zu klassifizieren, die durch die Wirkung des Alkohols verursacht wurden (Spohr, 2016). Oftmals liegen Veränderungen im Gesicht, am Skelett und an den Organen wie beispielsweise Herzfehler vor (Thomsen et al., 2014). „ARBD soll in Deutschland, wegen der fehlenden Spezifität der Malformationen und der fehlenden Evidenz für ARBD als eindeutige Krankheits-Entität [(→G.)], nicht als Diagnose verwendet werden“ (Landgraf & Heinen, 2016, S.82).

PFAS, ARBD und ARND sind keine harmloseren Varianten innerhalb der FASD. Sie beeinträchtigen die Gesamtentwicklung der Kinder ihr Leben lang und verursachen die gleichen Schwierigkeiten im Alltag wie bei einem FAS (Thomsen et al., 2014).

#### 2.1.4 Diagnostik der FASD

Eine frühe Diagnosestellung ist für eine günstige Entwicklung von Kindern mit FASD unverzichtbar (Spohr & Steinhausen, 2008) und stellt laut Thomsen et al. (2014) einen wichtigen schützenden Faktor

dar. Insbesondere die Beeinträchtigungen der ZNS-Funktionen äußern sich bei Kindern mit FASD im Alltag und werden von vielen Leuten fehlgedeutet. Wenn die Ursache der Auffälligkeiten bekannt ist, können diese als Symptome einer Hirnschädigung angesehen werden und werden nicht als Persönlichkeitsmerkmal oder Erziehungsfehler ausgelegt (Thomsen et al., 2014). Die Suche nach der Ursache für das Anderssein des betroffenen Kindes hat ein Ende. Ohne eine eindeutige Diagnose wird es deutlich erschwert eine adäquate therapeutische, soziale und staatliche Hilfe einzufordern (Spohr, 2016). Erst durch eine klare Bestimmung der Stärken und Schwächen des Kindes kann eine Überforderung vermieden und die Betreuung, Erziehung, Förderung sowie Beschulung angepasst werden (Landgraf, Giese & Heinen, 2016).

Ein Versuch, alle durch Alkohol verursachten Schädigungen zu erfassen, stellt der „4-Digit Diagnostic Code“ von Astley und Clarren aus dem Jahr 2000 dar (Thomsen et al., 2014). Erst mit der Entwicklung dieses standardisierten Diagnoseinstrumentes kam es laut Spohr (2016) zu einer deutlich größeren Diagnosesicherheit des FAS und seiner Varianten. „Der 4-Digit Diagnostic Code weist jedoch keine eindeutige Evidenzbasierung auf und ist aufgrund seiner Komplexität in der deutschen Praxis nicht ausreichend etabliert“ (Landgraf & Heinen, 2016, S.9).

Seit Dezember 2012 steht zur ärztlichen Diagnose des Vollbildes FAS für Kinder und Jugendliche von 0-18 Jahren eine S3-Leitlinie zur Verfügung (Schindler, 2017), welche an den 4-Digit Diagnostic Code angelehnt ist (Spohr, 2016). Im Juni 2016 wurde die S3-Leitlinie „Diagnose der fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD“ (Landgraf & Heinen, 2016) um die anderen fetalen Alkoholspektrumstörungen pFAS, ARND und ARBD ergänzt. „Damit liegen nunmehr für alle pränatalen Beeinträchtigungen durch Alkohol verlässliche evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen zu den diagnostischen Kriterien der daraus folgenden Fetalen Alkoholspektrumstörungen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Volljährigkeit vor“ (Schindler, 2017, S.5). Aktuell basiert die Untersuchung entsprechend der S3-Leitlinie (Landgraf & Heinen, 2016) auf folgenden vier diagnostischen Säulen, um das gesamte Spektrum fetaler Alkoholexposition zu erfassen:

#### 1. Wachstumsauffälligkeiten:

Viele Kinder, bei denen die Mutter in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert hat, „[...] kommen bereits als untergewichtige und zu kleine Neugeborene (small-for-date babies) oder als Frühgeborene zur Welt und bleiben oft auch über Jahre klein und dystroph“ (Spohr, 2016, S.27). Wie auch in der S3-Leitlinie (Landgraf & Heinen, 2016) aufgegriffen, belegen beispielsweise Fallstudien von Klug et al. (2003) und Day et al. (2011), dass Wachstumsverzögerungen bei Kindern mit intrauteriner Alkoholexposition im Vergleich zu Kontroll-Kindern statistisch signifikant häufiger auftreten.

## 2. Faziale Auffälligkeiten:

Bei Kindern mit dem fetalen Alkoholsyndrom treten im Bereich des Gesichtes bestimmte Auffälligkeiten mit einer deutlich erhöhten Häufigkeit auf. Dazu zählen kurze Lidspalten, ein verstrichenes Philtrum (→G.) und eine schmale Oberlippe (Hennicke & Hoffmann, 2015). Spohr (2016) schreibt, dass Smith (1981) diese drei dysmorphen fazialen Auffälligkeiten als diagnostische Schlüsselkriterien für das Syndrom identifizierte und dass empirische Studien wie von Roussotte et al. (2012) einen Zusammenhang zwischen den beschriebenen fazialen Dysmorphiezeichen und einer zugrundeliegenden Hirnschädigung beweisen.

## 3. ZNS-Auffälligkeiten:

Auffälligkeiten im Bereich des (ZNS) werden grob in zwei Kategorien unterteilt. Es handelt sich zum einen um funktionelle Auffälligkeiten, wodurch die zu erwartende Funktionalität beziehungsweise (bzw.) Leistungsfähigkeit wie zum Beispiel (z.B.) im kognitiven und affektiven Bereich eingeschränkt sind. Diesbezüglich werden Aspekte wie die globale oder kombinierte Entwicklungsverzögerung sowie die Sprache, Feinmotorik, räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten, Lern- oder Merkfähigkeiten, exekutive Funktionen, Rechenfertigkeiten, Aufmerksamkeit und soziale Fertigkeiten oder Verhalten untersucht (Hennicke & Hoffmann, 2015) (→2.3.1). Anhand der aktuellen Studienlage kann bisher kein einheitliches neuropsychologisches Profil von Kindern mit FASD bestimmt werden. Zur Diagnose von FASD reichen somit die funktionellen ZNS-Auffälligkeiten nicht als alleiniges Kriterium aus (Landgraf & Heinen, 2016).

Zum anderen handelt es sich um strukturelle Auffälligkeiten des ZNS, wie z.B. eine Mikrozephalie (Hennicke & Hoffmann, 2015). Strukturelle ZNS-Auffälligkeiten treten häufig bei Kindern mit FASD auf, sind jedoch nicht spezifisch für das Krankheitsbild. „Aufgrund der schlechten Evidenzlage und der fehlenden Validitätskriterien der bisherigen Studien im Bereich der strukturellen ZNS-Auffälligkeiten hat sich die Leitliniengruppe entschieden, strukturelle ZNS-Auffälligkeiten, außer der Mikrozephalie, vorerst nicht als Kriterium für die Diagnose FAS (und auch nicht für FASD) bei Kindern und Jugendlichen gelten zu lassen“ (Landgraf & Heinen, 2016, S.62).

## 4. Bestätigte oder nicht bestätigte intrauterine Alkohol-Exposition:

Zuverlässige Informationen über den mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft sind ein wichtiges Kriterium für eine genaue und eindeutige Diagnose (Spohr, 2016).

„Die Diagnosestellung einer Fetalen Alkoholspektrumstörung anhand der S3-Leitlinien sollte von einem interdisziplinären Team vorgenommen werden, um alle Auswirkungen, die Alkohol auf das

ungeborene Kind haben kann, mehrdimensional zu erfassen“ (Schindler, 2017, S.5). Nach genauer Untersuchung werden die vier aufgeführten Teilaspekte beurteilt und mit ein bis vier Punkten bewertet. Das Ergebnis ist eine Ziffernkombination, die den Grad der Beeinträchtigung bestimmt und eine definitive Diagnose ermöglicht (Seiffert, 2011).

Zur Diagnosestellung eines FAS sollten alle vier Kriterien zutreffen. Bei wenigen Betroffenen ist jedoch auch eine sogenannte „Prima vista-Diagnose“ (Spohr, 2016, S.10) möglich. Das bedeutet, dass eine Bestätigung der intrauterinen Alkohol-Exposition für eine eindeutige Diagnosestellung nicht benötigt wird, wenn die ersten drei Kriterien erfüllt sind und somit eine klassische Ausprägung der Dysmorphiezeichen besteht (Landgraf & Heinen, 2016). Bei der Mehrzahl der Betroffenen muss jedoch für die Diagnose ein Nachweis über den mütterlichen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft vorliegen (Spohr, 2016). Wenn dies nicht der Fall ist, bleibt es oftmals bei der unbefriedigenden Diagnose Verdacht auf FAS (ter Horst, 2010).

Die Diagnose FASD wird durchschnittlich im Alter von 3,3 Jahren gestellt. Nur 6,5% der Kinder mit FASD werden bei der Geburt diagnostiziert und 63% im Alter von fünf Jahren (Elliott, Payne, Morris, Haan & Bower, 2008). Da die leibliche Mutter eine Diagnose aufgrund von Schuldgefühlen oder Scham oftmals vermeiden möchte, findet diese meist nur unter der Voraussetzung statt, dass das Kind bereits in einer Pflegefamilie lebt. In Pflegefamilien scheitert die Diagnose häufig an mangelnden Informationen über eine mögliche Belastung in der Schwangerschaft durch Alkohol. Aus Datenschutzgründen erfolgt oftmals keine Aufklärung über die Vorgeschichte des Kindes. Teilweise besteht kein Kontakt zu der leiblichen Mutter oder diese leugnet den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Die Diagnose einer vorhandenen pränatalen Alkoholexposition wird außerdem häufig aus Unkenntnis sowie Angst vor einer Stigmatisierung der Kinder nicht in Erwägung gezogen. Ein weiterer Grund ist, dass die Ärzte teilweise nicht über genügend diagnostische Kenntnisse verfügen. Komorbiditäten wie Wachstumsstörungen oder eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) können die Diagnose maskieren und zu einer Fehldiagnose führen (Spohr, 2016).

#### 2.1.4.1 Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen bei FASD

**Komorbiditäten** sind Diagnosen, die zusätzlich zu einer bestehenden Grunderkrankung gestellt werden (Landeshauptstadt München Sozialreferat Stadtjugendamt, 2017), sodass zwei oder mehr diagnostisch unterscheidbare Krankheiten nebeneinander bei einer Person vorhanden sind (Pschyrembel, 2004). Die Diagnose FASD zeichnet sich dadurch aus, dass eine Vielzahl an Komorbiditäten bestehen (Schindler, 2017). Die Kinder zeigen beispielsweise eine Bandbreite an psychischen Erkrankungen (Green, 2007). In einer Studie von O’Connor et al. (2002) hatten 87% der 5

bis 13-jährigen neben der Diagnose FASD noch zusätzliche psychiatrische Diagnosen. Mögliche Komorbiditäten sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 1: Komorbiditäten bei FASD (Hoff-Emden, 2011, zitiert nach Thomsen et al., 2014)

F90.0	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	43%
F81	Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten	38%
F90.0	Einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung	26%
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung	26%
F70	Leichte Intelligenzminderung	12%
F98	Primäre Enuresis	10%
F94	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	10%
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen	9.5%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	7%
F92	Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	5%
F98.1	Enkopresis	5%
G44.8	Kopfschmerzsymptomatik	5%
F80.8	Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache	5%

Bei der **Differenzialdiagnostik** handelt es sich um die Krankheitsbestimmung durch eine unterscheidende, abgrenzende Gegenüberstellung mehrerer Krankheitsbilder mit ähnlichen Symptomen (Bibliographisches Institut GmbH, 2018g). Auch bei der Diagnostik von FASD muss geklärt werden, ob die Ursache für die bestehenden Symptome möglicherweise eine andere Grunderkrankung ist. Störungsbilder wie ADHS, Faziale Dysmorphie, geistige Behinderung (GB), Autismus oder Bindungsstörung überschneiden sich häufig mit der FASD-Symptomatik (Landeshauptstadt München Sozialreferat Stadtjugendamt, 2017).

#### 2.1.4.2 FASD und ADHS

Bei FASD kommt es oftmals zu der Aufstellung von Fehldiagnosen. Das Ergebnis einer Studie von Chasnoff, Wells und King (2015) verdeutlichte, dass 86,5% der Diagnosen inkorrekt oder überhaupt nicht gestellt werden. Als ausschlaggebenden Grund dafür gaben die Forscher unter anderem die vermeintliche Diagnosestellung ADHS an.

Die ADHS, welche von der WHO (2016) unter der Verschlüsselung F90.0 erfasst wird, gilt als eine der häufigsten komorbiden Störungen bei Kindern mit FASD (→Tab.1). Eine Beziehung zwischen einer ADHS und einem FASD ist bisher jedoch noch nicht genügend definiert (Spohr, 2016). Laut der Studie

von Peadon und Elliott (2010) liegt die Prävalenz einer ADHS bei Kindern mit starker pränataler Alkoholexposition zwischen 49,4% und 94%.

Eine diagnostische Unterscheidung zwischen einer ADHS und einem FAS vorzunehmen ist laut Spohr (2016) schwierig und teilweise unmöglich, besonders wenn eine intrauterine Alkohol-Exposition unbekannt ist. Er stellt heraus, dass viele der ADHS-Symptome durch die pränatale Alkoholexposition „getriggert“ (Spohr, 2016, S.103) werden können. Symptome, die bei Kindern mit ADHS auftreten, sind auch häufig bei Kindern mit FASD zu beobachten (Thomsen et al., 2014). Spohr (2016) schlussfolgert aus mehreren Studien zwei konstant auftretende Unterschiede im Bereich Aufmerksamkeit. Kinder mit einer ADHS haben eher Schwierigkeiten im Verlagern ihrer Aufmerksamkeit, Verstehen von Informationen und dem Problemlösen. Kinder mit ADHS hingegen zeigen Schwierigkeiten im Fokussieren und Aufrechterhalten ihrer Aufmerksamkeit (Spohr, 2016).

Im Hinblick auf die theoretischen Vorüberlegungen gehen die Forscherinnen davon aus, dass Kinder häufig mit einer ADHS-Diagnose in die Ergotherapie kommen, welche eine mögliche FASD überdeckt. In der Behandlung sollte jedoch aufgrund der beschriebenen Unterschiede differenziert vorgegangen werden. Dementsprechend ist es nach Überlegungen der Forscherinnen von großer Wichtigkeit, eine eindeutige Diagnose zu stellen, um eine effektive und effiziente Therapie zu gewährleisten.

## 2.2 Die kanadische Modelltriplette

Um den theoretischen Hintergrund der Forschungsarbeit mit der ergotherapeutischen Berufspraxis zu verknüpfen, wird sich auf die kanadische Modelltriplette gestützt. Diese besteht aus dem Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Polatajko, Townsend & Craik, 2007), dem Canadian Practice Process Framework (CPPF) (Polatajko, Craik, Davis & Townsend, 2007) und dem Canadian Model of Client-centred Enablement (CMCE) (Townsend, Polatajko, Craik & Davis, 2007). Im Rahmen der folgenden Kapitel wird die Auswahl begründet und die Modelltriplette vorgestellt.

Bei der Darstellung des Prozessmodells CPPF werden die Begriffe nach der deutschen Übersetzung von Flotho (2009) verwendet. Die CMCE-Skills werden nach Strebel (2016) ins Deutsche übersetzt.

### 2.2.1 Begründung der Modellauswahl

Die Modelltriplette bietet im pädiatrischen Kontext die Möglichkeit, das gesamte Klientensystem mit allen Stakeholdern (→G.) zu betrachten (Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016), sodass alle relevanten Aspekte zur Beantwortung der Leitfragen sowie der übergeordneten Forschungsfrage erfasst werden.

Im Hinblick auf die ersten beiden Leitfragen, welche syndromspezifischen Besonderheiten die Arbeit mit Kindern mit FASD auszeichnen und welche Umweltfaktoren die Behandlung beeinflussen, bietet sich die Verwendung des Inhaltsmodells CMOP-E (→2.2.2) an. Es ermöglicht die Betrachtung des Kindes mit FASD bezüglich seiner Einschränkungen und Ressourcen sowie seiner bedeutungsvollen Betätigungen unter Berücksichtigung der Umwelt. Somit entsteht eine ganzheitliche Sicht auf das Kind und alle relevanten Einflussfaktoren werden einbezogen.

Das CPPF (→2.2.3) bietet die Möglichkeit, den Behandlungsprozess des Kindes mit FASD darzustellen und somit der dritten Leitfrage nachzugehen. Die acht Aktionspunkte, die sich grob in die Befunderhebung, Intervention und Evaluation einteilen lassen (Craik et al., 2013), bieten eine hilfreiche Struktur, um den Behandlungsprozess in der Forschungsarbeit übersichtlich zu beleuchten.

Hinsichtlich der vierten Leitfrage, welche besonderen Kompetenzen der Ergotherapeut für die Behandlung von Kindern mit FASD mitbringen muss, spielt das CMCE (→2.2.4) eine entscheidende Rolle. Der Therapeut benötigt Kompetenzen, um dem Kind mit FASD Betätigung, Teilhabe und Engagement (→G.) zu ermöglichen. Mit dem CMCE können diese Kompetenzen beschrieben werden.

## 2.2.2 Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

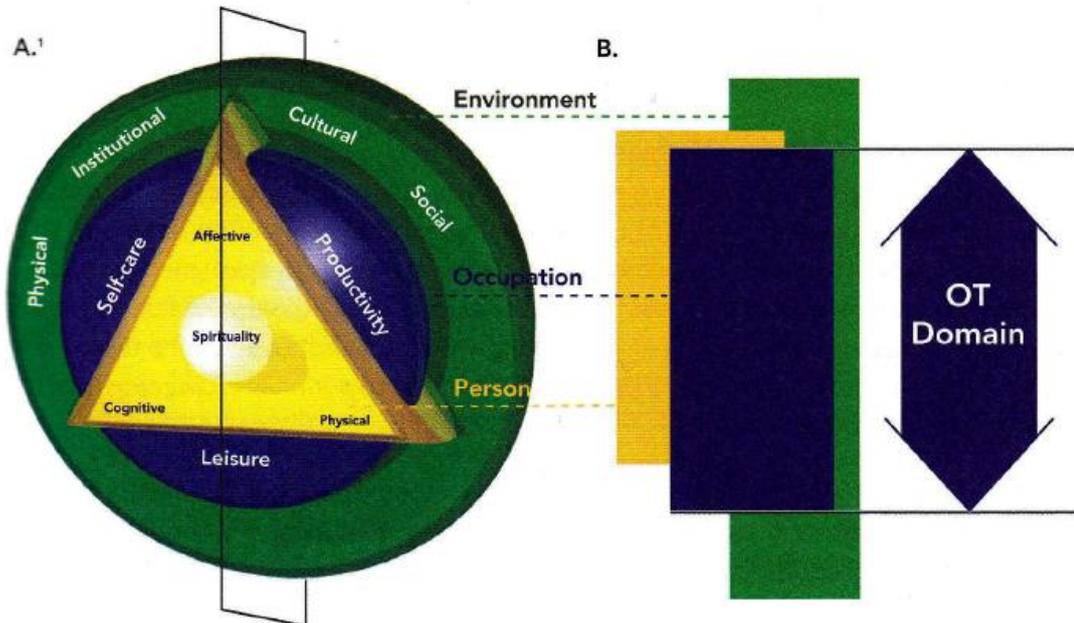


Abbildung 3: CMOP-E (Polatajko, Townsend & Craik, 2007)

Das international angewendete Inhaltsmodell CMOP-E ist in die drei Hauptkomponenten **Person**, **Betätigung** und **Umwelt** aufgegliedert (→Abb.3). Es basiert auf dem Grundgedanken, dass jeder Mensch dazu in der Lage sein sollte, Betätigungen, die für ihn sinnvoll und bedeutungsvoll sind, zufriedenstellend ausführen zu können. Nach dem kanadischen Modell verfolgt die Ergotherapie das Ziel, die Betätigungsperformanz des Menschen zu ermöglichen. Diese ergibt sich aus der wechselseitigen Interaktion zwischen der Person, ihrer täglichen Betätigung und der Umwelt (Townsend & Polatajko, 2013).

**Person:** Im Zentrum des kanadischen Modells steht die Person mit ihren individuellen Komponenten und der Spiritualität. Es werden affektive, kognitive und physische Komponenten beschrieben, die zur Ausführung von Betätigungen benötigt werden. Ist eine Person in einer dieser Komponenten eingeschränkt, kann das Ausüben von Betätigungen beeinträchtigt werden (Townsend & Polatajko, 2013). Kinder mit FASD können in allen drei Komponenten Störungen aufweisen, welche im Kapitel *Syndromspezifische Besonderheiten* (→2.3.1) dargelegt werden.

Zur Darstellung der Person gehört außerdem die Spiritualität, welche von Townsend und Polatajko (2013) als ein schwer fassbares Element menschlicher Existenz beschrieben wird. Sie definieren es als persönliches Inneres, welches der menschlichen Betätigung eine Bedeutung verleiht (Townsend & Polatajko, 2013). „Das kanadische Modell versteht die Spiritualität als angeborene Essenz des Seins,

den Ausdruck von Willen, Antrieb und Motivation, als die Quelle von Selbstbestimmung und persönlicher Kontrolle“ (Knagge, 2016, S.72). Thomsen et al. (2014) beschreiben Kinder mit FASD als überwiegend motiviert, freundlich, zugewandt sowie kontakt- und mitteilungsfreudig. Sie sind laut Spohr (2016) „oft liebenswert und hilfsbereit, sie sind musikalisch, redegewandt und charmant, sie können gut mit jüngeren Geschwistern umgehen, kümmern sich liebevoll um die Haustiere und rühren ihre Eltern immer wieder durch ihre Anhänglichkeit und kindliche Zuneigung“ (S.76). Die Spiritualität eines Kindes mit FASD wird in Form eines Fallbeispiels im Anhang (→A.3) dargestellt.

**Betätigung:** Das CMOP-E beinhaltet die drei Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit, in denen eine Person tätig ist. Einschränkungen in den affektiven, kognitiven und/oder physischen Komponenten der Person haben immer einen Einfluss auf die drei genannten Betätigungsbereiche und somit auf den Alltag des Kindes (Townsend & Polatajko, 2013). Diese Auswirkungen werden ebenfalls in dem Kapitel *Syndromspezifische Besonderheiten* (→2.3.1) beispielhaft dargestellt. Betätigungen lassen sich z.B. wie folgt zuordnen:

- Selbstversorgung → Betätigungen, um sich selbst zu versorgen wie Anziehen, Waschen und Essen
- Produktivität → Betätigungen, um einen sozialen und ökonomischen Beitrag zu leisten wie zur Schule oder in den Kindergarten zu gehen und Hausaufgaben zu machen
- Freizeit → Betätigungen zum Vergnügen oder zur Erholung wie Hobbys, Sport und Spiele spielen (Law, Polatajko, Carswell, McColl, Pollock & Baptiste (2004)

**Umwelt:** Das Betätigungsverhalten einer Person wird immer durch die Umwelt beeinflusst. Nach dem CMOP-E gibt es physische, institutionelle, kulturelle und soziale Umweltfaktoren, die sowohl hemmend als auch unterstützend einwirken können (Townsend & Polatajko, 2013). Einen großen Einfluss auf Kinder mit FASD haben nach den literarischen Vorüberlegungen besonders ihre soziale sowie institutionelle Umwelt. In Bezug auf die soziale Umwelt werden im Kapitel *Das familiäre Umfeld* (→2.4.1) die Unterschiede zwischen dem Aufwachsen in einer alkoholbelasteten Familie und einer Pflegefamilie sowie die Auswirkungen eines Besuchskontaktes dargelegt. Förderfaktoren der institutionellen Umwelt werden in dem Abschnitt *Begleitende Hilfen* (→2.4.2) beispielhaft aufgeführt.

## 2.2.3 Das Canadian Practice Process Framework

“The Canadian Practice Process Framework (CPPF) for occupational therapy [...] is a process framework for evidence-based, client-centred occupational enablement” (Craik et al., 2013, S.232). Es handelt sich bei dem CPPF um das Prozessmodell des CMOP-E. Dieses verdeutlicht die dynamische Interaktion zwischen Klient und Ergotherapeut durch die kontinuierliche Reflektion und Aktion innerhalb eines spezifischen Kontextes. Wie die Abbildung

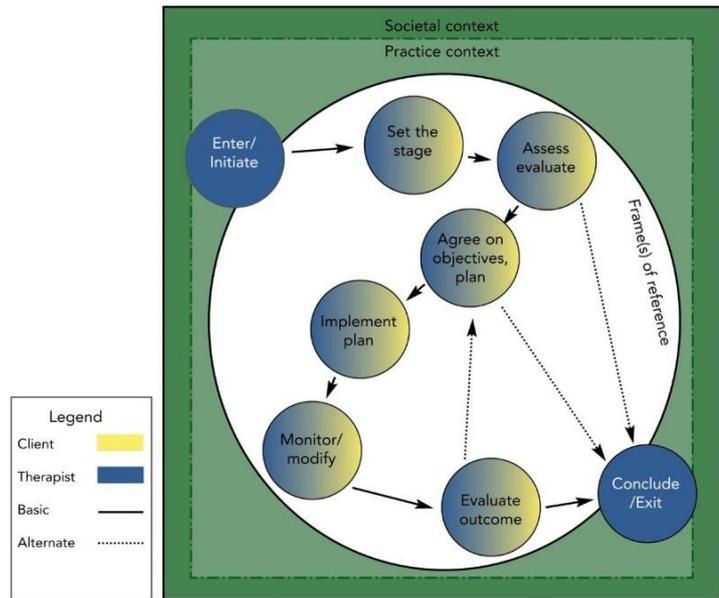


Abbildung 4: CPPF (Polatajko, Craik, Davis & Townsend, 2007)

(→Abb.4) zeigt, beinhaltet das Modell acht Aktionspunkte, die in der ergotherapeutischen Behandlung durchlaufen werden. Diese müssen nicht der Reihe nach und vollständig durchlaufen werden, sodass eine hohe Flexibilität im Therapieverlauf ermöglicht wird. Die Aktionspunkte stellen die zu ergreifenden Handlungen und nicht die einzelnen Einheiten dar. Mehrere Aktionspunkte können in derselben Einheit auftreten und/oder sich überschneiden (Craik et al., 2013).

Alle acht Aktionspunkte finden in einem Kontext statt, der aus drei Elementen besteht:

- dem gesellschaftlichen Kontext (kulturelle, institutionelle, physische und soziale Umwelt, in der Klient und Ergotherapeut leben)
- dem Praxiskontext (Beziehung zwischen Therapeut und Klient, beeinflusst durch persönliche und umweltbezogene Faktoren)
- dem Bezugsrahmen (Theorien, Praxis-Konzepte und Modelle) (Craik et al., 2013)

Der ergotherapeutische Behandlungsprozess nach dem CPPF ist beispielhaft an einem Kind mit FASD im Anhang (→A.3) dargestellt. Auf den aktuellen Forschungsstand sowie die vorhandene Literatur zum Behandlungsprozess wird unter *Ergotherapeutischer Behandlungsprozess* (→2.5) eingegangen.

## 2.2.4 Das Canadian Model of Client-Centred Enablement

Das CMCE ist ein Modell, welches das Enablement als Kernkompetenz der Ergotherapie hervorhebt. „Enabling and enablement, focused on occupation, describe what occupational therapists actually do. Enablement is occupational therapists' core competency” (Townsend et al., 2013, S.109). Bezogen auf die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem Klienten und dem Therapeuten bedeutet Enablement eine individuelle und soziale Veränderung zu erreichen. Diese wird durch die Ausführung oder Einbindung bedeutungsvoller Betätigungen durch den Klienten ermöglicht. Das CMCE besteht aus insgesamt zehn Enablement skills bzw. Schlüsselfertigkeiten, welche der Ergotherapeut im Laufe des Therapieprozesses einsetzen kann, um den Klienten zu befähigen seine Betätigungsziele zu erreichen. Zu den Enablement skills zählen nach Townsend et al. (2013): adapt, advocate, coach, collaborate, consult, coordinate, design/ build, educate, engage und specialize (→Abb.5). Sie bilden die Basis für eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Praxis. Aus der Nutzung der Enablement skills soll ein effektives Enablement resultieren, indem der Ergotherapeut evidenzbasiert arbeitet und den Klienten in die Entscheidungsfindung mit einbezieht (Townsend et al., 2013).

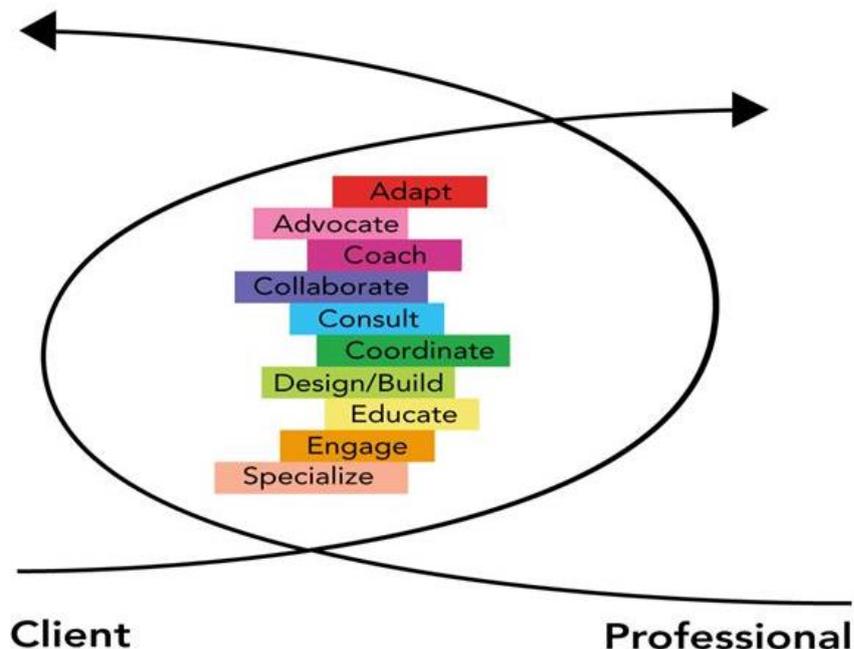


Abbildung 5: CMCE (Polatajko, Craik, Davis & Townsend, 2007)

In der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern mit FASD kann das CMCE von großer Bedeutung sein. Die CMCE-Skills, welche der Ergotherapeut in der Behandlung von Kindern mit FASD benötigt, sind im Kapitel *Kompetenzen des Ergotherapeuten nach dem CMCE* (→2.6.1) begründet dargestellt.

## 2.3 Das Kind mit FASD

Im folgenden Kapitel werden die personenbezogenen Faktoren eines Kindes mit FASD in Bezug auf die theoretischen Inhalte des CMOP-E (→2.2.2) betrachtet. Diesbezüglich werden die Einschränkungen in den kognitiven (→2.3.1.1), affektiven (→2.3.1.2) und physischen (→2.3.1.3) Komponenten bei Kindern mit FASD dargestellt und ihre Einschränkungen auf den Alltag des betroffenen Kindes verdeutlicht. Eine konkrete Einteilung in die Betätigungsbereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit wird innerhalb dieses Kapitels nicht vorgenommen, um den Lesefluss nicht zu stören. Eine solche Einteilung wird jedoch beispielhaft anhand eines Fallbeispiels im Anhang (→A.3) dargestellt.

### 2.3.1 Syndromspezifische Besonderheiten

Wie bereits aufgeführt (→2.1.4), zeigen Kinder mit FASD in der Regel Wachstumsauffälligkeiten sowie faziale Dismorphien. Die Einschränkungen, die durch die ZNS-Funktionsstörungen entstehen, beeinträchtigen jedoch den Alltag des betroffenen Kindes am stärksten (Landgraf et al., 2016) und werden aus diesem Grund im Folgenden näher erläutert.

Kinder mit FASD haben Defizite in verschiedenen funktionellen ZNS-Bereichen und weisen somit kein einheitliches neuropsychologisches Profil auf (Landgraf et al., 2016).

#### 2.3.1.1 Einschränkungen in der kognitiven Komponente

„Kognitive Komponenten umfassen die geistigen Faktoren wie z.B. Exekutivfunktionen, Konzentration, Intellekt, die Einfluss auf die Betätigung haben“ (Knagge, 2016).

##### **Exekutivfunktionen:**

Die meisten Kinder mit FASD haben Einschränkungen in den Exekutivfunktionen (→G.) (Mattson et al., 2010). Aufgrund dessen sind die Kinder z.B. nicht in der Lage, einen verbalen Auftrag bzw. eine Information in eine konkrete Handlung umzusetzen.

Beispiel: Max (8 Jahre, FASD) bekommt den Auftrag, den Regenschirm aus seinem Zimmer zu holen. Er geht die Treppe hoch in sein Zimmer, kann sich dort jedoch nicht mehr erinnern, warum er hochgelaufen ist. Er hätte jedoch den Auftrag korrekt verbal wiedergeben können.

- Daraus entstehende Einschränkungen in den alltäglichen Betätigungen:

Bei kleinen Kindern fallen Einschränkungen in den Exekutivfunktionen frühzeitig durch Störungen in der motorischen Planung wie beispielsweise bei Bewegungsübergängen vom Sitzen ins Stehen auf. Bei Schulkindern entstehen Lernprobleme wegen Schwierigkeiten in der

schrittweisen, systematischen Aufgabenplanung und -umsetzung sowie im Übertragen von Lösungsstrategien. Sie beginnen z.B. Aufgaben ohne das benötigte Material, schätzen Zeitfenster für Aufgaben nicht realistisch ein und lassen Teilschritte aus (Thomsen et al., 2014). Beeinträchtigungen in den Exekutivfunktionen haben eine große Auswirkung auf das selbstständige Erledigen von Alltagsaufgaben (Landgraf et al., 2016). Alltägliche Abläufe wie das Anziehen, Waschen, Zähneputzen und Tischdecken müssen vollständig angeleitet werden. Das führt dazu, dass Kinder mit FASD keine altersangemessene Selbstständigkeit entwickeln. Außerdem finden dadurch häufig Konflikte mit den Bezugspersonen statt. Es kommt teilweise zu starken aggressiven Ausbrüchen, die darauf zurückzuführen sind, dass das Kind mit den Sachen, die von ihm verlangt werden, überfordert ist (Spohr, 2016). Kinder mit FASD machen immer wieder die gleichen Fehler und lernen kaum bis gar nicht daraus (Spohr, 2016). Eine Tabelle im Anhang (→A.5) zeigt weitere Exekutivfunktionen, die bei Kindern mit FASD häufig beeinträchtigt sind, und verdeutlicht die Auswirkungen auf den Alltag.

#### **Konzentration/ Aufmerksamkeit:**

Kindern mit FASD fällt es häufig schwer, sich auf die wichtigsten Informationen aus der Umwelt zu konzentrieren und die unwichtigen Informationen auszublenden (Thomsen et al., 2014). Die Ablenkbarkeit und die deutlichen Impulskontrollstörungen beeinträchtigen alle anderen Entwicklungsbereiche sowie die kognitiven Leistungen (Landgraf et al., 2016).

- Daraus entstehende Einschränkungen in den alltäglichen Betätigungen:

In der Schule können sich Kinder mit FASD, die eine Aufmerksamkeitsproblematik haben, oftmals nur kurz auf eine bestimmte Aufgabe konzentrieren, jedoch nicht lange genug, um alle notwendigen Informationen aufzunehmen (Thomsen et al., 2014). In einer reizarmen Eins-zu-Eins-Situation zeigen Kinder mit FASD häufig eine gute Aufmerksamkeitsleistung, in Alltagssituationen können sie diese jedoch meist nicht abrufen. Andere Kinder empfinden die Aufmerksamkeitsstörung oftmals als unangenehm und störend, wodurch das Risiko einer sozialen Isolation besteht (Landgraf et al., 2016).

#### **Intelligenz:**

Eine globale Intelligenzminderung bei Kindern mit intrauteriner Alkoholexposition wird häufig festgestellt (Landgraf et al., 2016). Mithilfe eines standardisierten Intelligenztests kann ein Intelligenzquotient (IQ) festgestellt werden. „Der IQ von Kindern mit pränataler Alkoholexposition kann stark variieren, zwischen einer deutlichen Intelligenzminderung (IQ < 60), einer

durchschnittlichen Intelligenz (IQ = 85-115) und wenige Kinder haben sogar eine überdurchschnittliche Intelligenz (IQ = 115-125)“ (Spohr, 2016, S.52). Nicht jedes Kind mit FASD ist also von einer Intelligenzminderung betroffen, obwohl FASD eine der häufigsten Ursachen für eine geistige Behinderung darstellt (Spohr, 2016). Einzelfallstudien zeigen bei Kindern mit FASD einen durchschnittlichen IQ von 65,73 wobei ein IQ von 72,26 aus der Forschung von Gruppeninterventionen hervorgeht (Green, 2007). Laut Spohr (2016) zeigen Kinder mit FASD einen IQ von circa 70 und befinden sich somit im Bereich einer unterdurchschnittlichen Intelligenz.

- Daraus entstehende Einschränkungen in den alltäglichen Betätigungen:

Eine niedrige Intelligenz bei Kindern mit FASD hat meist negative Folgen für das Bildungsniveau, den psychiatrischen Zustand und die allgemeine Lebensqualität (Spohr, 2016).

### **Gedächtnis/ Lernen:**

Auch Störungen der Gedächtnisleistung treten bei Kindern mit FASD häufig auf. Die Lern- oder Merkfähigkeit ist nach Rasmussen (2005, zitiert nach Landgraf et al., 2016) bei Kindern mit FASD überzufällig häufig eingeschränkt. Kinder und Jugendliche mit FASD zeigen vor allem Probleme im verbalen Gedächtnis (Spohr, 2016). Sie haben deutliche Schwierigkeiten darin, neue Informationen zu lernen und später abzurufen. Ein Großteil des Gedächtnissystems kann durch pränatale Alkoholexposition beeinträchtigt werden, sodass Kinder mit FASD oftmals entwicklungsverzögert sind und es ihnen schwerfällt, abstrakte Dinge zu verstehen (Landgraf et al., 2016).

- Daraus entstehende Einschränkungen in den alltäglichen Betätigungen:

Im Alltag äußern sich die Einschränkungen der Gedächtnisleistung darin, dass Kinder mit FASD häufig in der Schule durch Tests fallen, da sie das Gelernte vergessen. Sie haben teilweise Schwierigkeiten, sich an tägliche Ereignisse zu erinnern. An einem Tag gelingt es ihnen, auf das Wissen zurückzugreifen, an einem anderen Tag jedoch nicht. In der Schule fällt auf, dass sich Kinder mit FASD z.B. melden, jedoch die Antwort vergessen, wenn sie drangenommen werden. Erlernte Fähigkeiten vergessen sie schnell wieder oder können diese nicht übertragen. Regeln müssen z.B. je nach Setting (→G.) immer wieder neu gelernt werden. Auch aus Fehlern können Kinder mit FASD oftmals nicht lernen (Thomsen et al., 2014).

### **Rechenfertigkeiten:**

Viele Kinder mit FASD haben eine Störung der Rechenfertigkeiten. Diese ist häufig vergesellschaftet mit Schwächen in den visuell-räumlichen Fertigkeiten, die bei den Grundlagen des rechnerischen

Denkens, wie z.B. beim Verständnis von Mengenrelationen und bei der Vorstellung des Zahlenstrahls, eine Rolle spielen (Crocker, Riley, & Mattson, 2015).

- Daraus entstehende Einschränkungen in den alltäglichen Betätigungen:

Störungen der Rechenfertigkeiten bei Kindern mit FASD fallen im Alltag häufig erst im Schulalter auf. Dort haben sie große Schwierigkeiten im Mathematik-Unterricht. Außerdem zeigt sich diese Beeinträchtigung darin, dass Kinder mit FASD häufig ein eingeschränktes Verständnis für den Umgang mit Geld haben. (Landgraf et al., 2016). Sie können sich beispielsweise ihr Geld nicht einteilen und verschulden sich schnell (Spohr, 2016).

Beispiel: Max (8 Jahre, FASD) kommt anstatt mit seinem Fahrrad zu Fuß von der Schule nach Hause. Auf Nachfrage, was mit seinem Fahrrad passiert wäre, erklärt er stolz, dass er dieses für zehn Euro verkauft habe.

### **Sprache/ Kommunikation:**

Die sprachlich-kommunikativen Kompetenzen können bei Kindern mit FASD ebenfalls beeinträchtigt sein. Im Vergleich zu Gleichaltrigen kann die Sprachentwicklung oberflächlich und kindlich sein. „Teilweise werden nur einzelne Worte oder Satzteile benutzt und diese stereotyp statt einer sinnvollen Antwort auf Fragen verwendet“ (Spohr, 2016, S.66). Somit vermitteln sie nach außen hin den Eindruck, eine hohe Sprachkompetenz zu haben. Bei genauerem Hinhören kann jedoch erkannt werden, dass es dem Gesprochenen an Sinn mangelt. Viele Kinder mit FASD haben jedoch auch tatsächlich sehr gute sprachliche Fähigkeiten (Spohr, 2016).

- Daraus entstehende Einschränkungen in den alltäglichen Betätigungen:

Kindern mit FASD gelingt es häufig, ihre kognitiven Einschränkungen mit ihren guten sprachlichen Fähigkeiten zu überdecken. Oftmals können die Kinder ihre Umwelt für eine gewisse Zeit täuschen (Thomsen et al., 2014). Hinzu kommt, dass die Kinder aufgrund ihrer guten sprachlichen Fähigkeiten in ihren kognitiven Fähigkeiten überschätzt werden. Sie werden mit hohen Erwartungen konfrontiert und geraten schnell in frustrierende Überforderungssituationen (Landgraf et al., 2016).

Beispiel: Max (8 Jahre, FASD) beeindruckt seine Lehrerin im Deutschunterricht immer mit seinen guten sprachlichen Fähigkeiten, sodass diese ihm die Aufgabe gibt, ein Gedicht vor der Klasse vorzutragen. Mehr als die ersten zwei Sätze kann sich Max jedoch nicht merken und verlässt weinend den Klassenraum.

### 2.3.1.2 Einschränkungen in der affektiven Komponente

„Affektive Komponenten sind alle sozialen und emotionalen Anteile einer Person, die Einfluss auf die Betätigung haben“ (Knagge, 2016). Kinder mit FASD zeigen häufig Verhaltensauffälligkeiten und Schwierigkeiten in der sozio-emotionalen Regulation (Malone & Koren, 2012, zitiert nach Landgraf, et al., 2016).

Mehrere Studien, die innerhalb eines Reviews evaluiert wurden, belegen beispielsweise, dass Kinder mit FASD grundsätzlich Schwierigkeiten in der Sozialkompetenz haben. Viele Kinder mit FASD verhalten sich distanzgemindert (Landgraf et al., 2016). Sie besitzen keine natürliche Angst gegenüber Fremden und können „[...] Freund und Feind nicht unterscheiden“ (Thomsen et al., 2014, S.23). Andere Kinder mit FASD zeigen ein oppositionelles Verhalten mit einer geringen Impulskontrolle. Sie „[...] können nur schwer Regeln einhalten, lügen, stehlen, laufen weg, zerstören Gegenstände und verletzen enge Bezugspersonen durch verbale oder körperliche Aggressionen“ (Landgraf et al., 2016, S.18). Teilweise kommt es zu starken Impulsausbrüchen ohne einen erklärbaren Grund (Landgraf et al., 2016).

Den Kindern gelingt es oftmals nicht, verbal und nonverbal in Interaktion zu treten und soziale Beziehungen zu pflegen (Coggins, Timler & Olswang, 2007). Ihnen fällt das Entschlüsseln nonverbaler Botschaften sowie das Aufbauen einer Kommunikation schwer (Thomsen et al., 2014) und sie sind häufig nicht dazu in der Lage, soziale Situationen sinngemäß einzuschätzen, sodass sie überfreundlich oder unangemessen reagieren. Olswang, Svensson und Astley (2010) erforschten in ihrer Studie die Fähigkeit zur sozialen Kommunikation von Kindern mit FASD im Vergleich zu Gleichaltrigen. Die Beobachtungen in Kombination mit den Berichten der Eltern und Lehrer ergaben, dass Kinder mit FASD ein signifikant höheres passives und unbeteiligtes Verhalten im Vergleich zu ihren Mitschülern zeigten (Olswang et al., 2010). Es fällt ihnen außerdem schwer, sich selbst zu regulieren sowie die Stimmungslage, Absichten und Handlungen anderer zu erkennen. Dies ist häufig darin begründet, dass sie in einer unberechenbaren Umgebung aufgewachsen sind, in der keine positiven, nährenden und reaktionsfreudigen Interaktionen stattfanden (Coggins et al., 2007). Kinder mit FASD haben ebenfalls häufig eine gestörte Affektkontrolle. Ihre eigenen Gefühlsäußerungen sind instabil, sodass z.B. ein Lachen schnell in ein Weinen umschlagen kann (Spohr, 2016). Es ist zu beobachten, dass sie oft nicht darauf achten, was in ihrem Umfeld passiert. „Sie gefährden sich selbst und andere, weil sie Ursache und Wirkung nicht verstehen und nicht an die Konsequenzen ihres Handelns denken“ (Thomsen et al., 2014, S.23).

### Daraus entstehende Einschränkungen in den alltäglichen Betätigungen:

Aufgrund der Einschränkungen in der affektiven Komponente fällt es Kindern mit FASD oftmals schwer, eine gesunde Beziehung zu anderen aufzubauen und sich vor den negativen Reaktionen ihrer Umwelt zu schützen (Kully-Martens, Denys, Treit, Tamana & Rasmussen, 2012).

Die deutlichen Schwierigkeiten in der sozio-emotionalen Regulation führen sowohl im näheren häuslichen Umfeld als auch im Kindergarten, der Schule oder dem Sportverein zur sozialen Isolation. Dadurch, dass sie die Bedürfnisse anderer Kinder nicht wahrnehmen und deuten können, sich nicht altersangemessen verhalten und anders zu sein scheinen, erfahren sie häufig Ablehnung. Ihre unerklärlichen Wutausbrüche verängstigen die anderen Kinder. Somit gelangen Kinder mit FASD häufig in eine Außenseiterposition (Spohr, 2016). Sie werden mit Mobbing oder Stigmatisierung durch die Gesellschaft konfrontiert, was bei einigen Kindern zum sozialen Rückzug oder zu einer aggressiven Verhaltensweise führt (Kully-Martens et al., 2012).

Diese Reaktion können die Betroffenen meist nicht verstehen und akzeptieren. Sie verspüren den intensiven Wunsch, Freundschaften zu schließen. Oftmals lassen sie sich von anderen ausnutzen, um dazuzugehören (Spohr, 2016). Kinder mit FASD haben eine erhöhte Vulnerabilität und sind durch ihre Naivität und Gutmütigkeit leicht beeinflussbar (Wilhoit, Scott & Simecka, 2017). Sie erfüllen die Erwartungen anderer, ohne den eigenen Nachteil oder Schäden bei Dritten zu beachten. Somit sind sie leicht zu kriminellen Handlungen wie z.B. Diebstahl und dem Konsum von Suchtmitteln zu verführen (Spohr, 2016).

Aufgrund der eingeschränkten Nähe-Distanzregulation verhalten sich Kinder mit FASD auch Unbekannten gegenüber herzlich und bauen schnell Vertrauen auf. Es fällt ihnen schwer, Umgangsformen zu differenzieren, sodass sie z.B. keinen Unterschied im Umgang zwischen Fremden und Familienangehörigen machen. Ein Kind mit FASD setzt sich z.B. nicht nur bei seiner Mutter zum Kuscheln auf den Schoß, sondern auch bei einer fremden Person. Somit besteht bei Kindern mit FASD ein erhöhtes Risiko für Missbrauch (Thomsen et al., 2014).

Die Kinder haben aufgrund ihrer Symptomatik häufig Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau, was sich auf das Verhältnis zu den Bezugspersonen auswirkt. Die Impulsivität und die Verhaltensauffälligkeiten, die aus dem Syndrombild hervorgehen, erschweren die Gestaltung eines stabilen Umfeldes (Jones, 2004). Auf Konflikte und Konfrontationen reagieren sie häufig mit Aggressionen und einem abwehrenden Verhalten. Das führt in der Regel zu verbalen und physischen Auseinandersetzungen. Dieses Verhalten verstärkt sich mit zunehmendem Alter (Novick, Connor & Adler, 2012).

### 2.3.1.3 Einschränkungen in der physischen Komponente

„Physische Komponenten, die einen Einfluss auf die Betätigung haben, setzen sich aus motorischen und sensorischen Anteilen zusammen“ (Knagge, 2016).

Bei Kindern mit FASD ist die Aufnahmefähigkeit von Reizen aus der Umwelt oftmals eingeschränkt. Viele der Kinder reagieren sehr sensibel auf Reize aus ihrer Umgebung. Häufig können sie nur einen Stimulus zur gleichen Zeit verarbeiten und mehrere Stimuli führen zu einer „Reizüberflutung“ (Landeck et al., 2012, S.24).

Ausgeprägte Wahrnehmungsstörungen können in der Informationsverarbeitung visueller, auditiver, taktiler, kinästhetischer, vestibulärer, olfaktorischer und gustatorischer Reize auftreten (Thomsen et al., 2014). Beeinträchtigungen einzelner Wahrnehmungsbereiche können bereits die Entwicklung des Kindes in seiner Gesamtheit behindern (Thomsen et al., 2014). Oftmals treten Einschränkungen und Entwicklungsdefizite in der räumlich-visuellen Wahrnehmung und den räumlich-konstruktiven Fertigkeiten auf (Mattson et al., 2010). Schlafstörungen sind bei Kindern mit FASD ebenfalls häufig festzustellen. Sie brauchen lange Zeit zum Einschlafen, wachen nachts häufiger auf und sind tagsüber schneller müde (Spohr, 2016). In einer Studie von Vasak, Williamson, Garden und Zwicker (2015) wurde ein Zusammenhang zwischen sensorischen Verarbeitungsschwierigkeiten und Schlafstörungen festgestellt. Franklin, Deitz, Jirikowic und Astley (2008) untersuchten in einer anderen Studie den Zusammenhang zwischen der Verarbeitung sensorischer Reize und problematischen Verhaltensweisen. Die Ergebnisse belegen, dass Kinder mit FASD, die ein Wahrnehmungsverarbeitungsdefizit haben, signifikant höhere externalisierende Verhaltensprobleme aufzeigen und Defizite in den Bereichen Sozialisation, inklusive Regelbrechen, und der Kognition sowie Aufmerksamkeit haben. Durch die Schwierigkeiten der sensorischen Verarbeitung gelingt es den Kindern nicht, adaptiv auf ihre Umgebung zu reagieren (Franklin et al., 2008)

Kinder mit FASD haben häufig Defizite in ihrer Fein-, Grapho- und Grobmotorik. Die Beeinträchtigungen in der Feinmotorik äußern sich darin, dass das Kind eine reduzierte Bewegungsgeschwindigkeit, Koordinationsfehler und verzögerte Reaktionszeiten zeigt. Auch im Bereich der Graphomotorik haben Kinder mit FASD häufig Schwierigkeiten (Spohr, 2016). Eine Studie von Doney et al. (2017) belegt, dass Kinder mit FASD prozentual weniger Buchstaben, Wörter und Sätze schreiben können als die Kinder der Kontrollgruppe. Außerdem schrieben die Kinder im Daumengriff und mit erhöhtem Schreibdruck (Doney et al., 2017). Defizite in der Grobmotorik äußern sich in Gleichgewichtsstörungen, einer ungewöhnlichen Gehweise, Abweichungen bei zielgerichteten Armbewegungen und schlecht funktionierender Kraftregulation (Spohr, 2016).

### Daraus entstehende Einschränkungen in den alltäglichen Betätigungen:

Wegen der unterschiedlichen Wahrnehmungsstörungen und der eingeschränkten Grobmotorik sind Kinder mit FASD meist ungeschickt und tollpatschig. Sie können nicht richtig Fahrrad- und Rollerfahren oder Fußballspielen (Spohr, 2016). Die Koordinationsproblematik wirkt sich teilweise auch auf den Schluckakt aus, sodass die Kinder Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme haben. Hinzu kommt, dass sie oftmals wenig Appetit haben und empfindlich auf die Oberflächenbeschaffenheit der Nahrung reagieren (Wilhoit et al., 2017). Aufgrund der Wahrnehmungsstörung haben Kinder mit FASD oftmals ein vermindertes Schmerzempfinden und somit eine erhöhte Risikobereitschaft. Sie können Gefahren für sich und andere nicht einschätzen, verhalten sich riskant und waghalsig (Thomsen et al., 2014) und haben somit ein erhöhtes Verletzungsrisiko. Häufig haben Kinder mit FASD ebenfalls ein vermindertes Temperaturempfinden, sodass sie heiß und kalt nicht voneinander unterscheiden können. Sie gehen im Winter z.B. mit kurzen Hosen nach draußen (Spohr, 2016). Oftmals kommt es bei Kindern mit FASD aufgrund von „Reizüberflutungen“ zu unerwarteten Reaktionen, wie starken Impulsausbrüchen (Landeck et al., 2012, S.24).

Beeinträchtigungen in Wahrnehmungsbereichen können die Lern- und Anpassungsfähigkeit sowie die Gedächtnisleistungen beeinträchtigen und wirken sich besonders auf das schulische Lernen aus. „Trotz guter Intelligenz lernen die Kinder langsamer als ihre Artgenossen und können sich schlechter sozial eingliedern. Daraus können gravierende Selbstwertprobleme entstehen, die zu Rückzug und Aggressionen führen“ (Thomsen et al., 2014, S.19). Beeinträchtigungen in der räumlich-visuellen Wahrnehmung können sowohl das Lesen und Schreiben beeinträchtigen, als auch die räumliche Orientierung. Kinder mit FASD haben z.B. Probleme, sich auf dem Weg zur Schule selbstständig zurechtzufinden, Wegbeschreibungen zu folgen sowie Bus- und Stadtpläne zu lesen (Landgraf et al., 2016). Die oftmals bestehenden Schlafprobleme können ihre Verhaltensprobleme verstärken und vor allem das schulische Lernen zusätzlich erschweren (Landeshauptstadt München Sozialreferat Stadtjugendamt, 2017).

Aufgrund einer nicht altersgemäßen Feinmotorik haben Kinder mit FASD oftmals Probleme beim Malen, Schreiben und Schneiden (Thomsen et al., 2014). Die Ergebnisse einer Studie von Duval-White, Jirikowic, Rios, Deitz und Olson (2013) zeigen Handschriftprobleme bei Kindern mit FASD, die auf verminderte visuo-motorische Fähigkeiten hindeuten.

## 2.4 Die Umwelt

Im folgenden Kapitel werden entsprechend des Inhaltsmodells CMOP-E (→2.2.2) die Umweltfaktoren betrachtet, wobei in diesem Kapitel Bezug auf die soziale und die institutionelle Umwelt genommen wird. Im Hinblick darauf werden *das familiäre Umfeld* (→2.4.1) und *begleitende Hilfen* (→2.4.2) thematisiert. Eine Betrachtung aller Umweltfaktoren wird im Fallbeispiel (→A.3) vorgenommen.

### 2.4.1 Das familiäre Umfeld

#### 2.4.1.1 Aufwachsen in einer alkoholbelasteten Familie

Es wird angenommen, dass über 80% aller diagnostizierten Kinder mit FASD nicht in ihrer Herkunftsfamilie aufwachsen (Schindler, 2017). Wenn eine Frau während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert, dann besteht häufig eine Alkoholabhängigkeit. Selbst dann, wenn keine Suchterkrankung vorliegt, hängt der Alkoholkonsum meist mit sozialen oder psychischen Problemen der Mutter zusammen. Auch nach der Geburt des Kindes bestehen oftmals noch eine Suchterkrankung, ein riskanter Gebrauch von Alkohol oder schwierige Lebensumstände. Hinzu kommt, dass das Neugeborene in der Regel einen deutlich höheren erzieherischen und pflegerischen Bedarf als ein gesundes Kind hat (Schindler, 2017). Daraus kann resultieren, „dass die betroffenen Kinder in ihren ersten Lebensmonaten oder gar -jahren Erfahrungen von fehlender Förderung, mangelhafter Pflege und Erziehung bis hin zur Vernachlässigung und Misshandlung machen, die sie zusätzlich zu ihren angeborenen Beeinträchtigungen belasten und in ihren Entwicklungsmöglichkeiten schädigen“ (Günter, 2003, zitiert nach Schindler, 2017, S.35). Eine qualitative Studie von Koponen, Kalland, Autti-Rämö, Laamanen und Suominen (2013) ergab, dass Kinder mit FASD, die unter traumatischen Umständen bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen sind, schwerwiegendere Einschränkungen zeigten als Kinder mit FASD, die unmittelbar nach der Geburt in eine Pflegefamilie vermittelt wurden.

#### 2.4.1.2 Aufwachsen in einer Pflegefamilie

„Kinder mit FASD benötigen stabile Lebensbedingungen, Pflege, Zuwendung und Förderung, die eine alkoholranke Mutter häufig nicht bieten kann“ (Thomsen et al., 2014, S.46). Wenn das Kindeswohl in ihrer Herkunftsfamilie nicht gewährleistet ist, müssen alternative Hilfen in Anspruch genommen werden. Es wird es vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe oder Träger der Sozialhilfe in eine Pflegefamilie vermittelt (Schindler, 2017). Pflegeeltern sind häufig besser in der Lage, eine ständige Beaufsichtigung zu gewährleisten, als die Herkunftsfamilie. Sie können dem betroffenen Kind ein liebevolles, stabiles Zuhause bieten, damit es sich seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten entsprechend entfalten kann (Thomsen et al., 2014).

Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 16% der Kinder in der Regel fünf Mal oder häufiger die Pflegefamilie wechseln. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer innerhalb einer Familie beträgt dabei 26,7 Monate (Burd, 2011).

## 2.4.2 Begleitende Hilfen

Im Folgenden werden einige begleitende Hilfen aus der Umwelt für Kinder mit FASD und ihre Angehörigen aufgeführt.

Jedem Menschen und somit auch Kindern mit FASD, steht ab einem festgestellten Grad der Behinderung von 50 ein Schwerbehindertenausweis zu (Thomsen et al., 2014). Wird eine Schwerbehinderung formal anerkannt und werden Merkzeichen festgesetzt, können sogenannte Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden, wobei es sich in der Regel um finanzielle Vergünstigungen handelt. Ob Merkzeichen anerkannt werden, ist von den spezifischen Voraussetzungen abhängig. Bei Kindern mit FASD kommen in der Regel die Merkzeichen H, G und B (→G.) in Frage (Schindler, 2017).

Wenn die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI erfüllt sind, kann eine Pflegegrad/ Pflegegeld beantragt werden (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH, 2017).

„Leistungen der Eingliederungshilfe werden gewährt, um Menschen mit Behinderungen eine möglichst umfangreiche Teilhabe an allen Lebensbereichen der Gesellschaft zu ermöglichen“ (Schindler, 2017, S.28) Für Kinder mit FASD sind unter anderem die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft und Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung interessant. Oftmals werden beispielsweise Hilfen zum Schulbesuch oder Unterstützung und Begleitung im Freizeitbereich in Anspruch genommen (Thomsen et al, 2014). „Für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft stehen in erster Linie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe in der Verantwortung“ (Schinder, 2017, S.21).

Selbsthilfegruppen, Foren und Beratungsstellen sind ebenfalls wichtige begleitende Hilfen für Betroffene und ihre Angehörigen. Die Website FASD Deutschland (FASD Deutschland, 2018) liefert einen Überblick über die Anzahl aller Selbsthilfegruppen innerhalb Deutschlands. Auf der Website [mein-kind-will-keinen-alkohol.de](http://mein-kind-will-keinen-alkohol.de) (Pernod Ricard Deutschland GmbH, 2018) werden Ansprechpartner und Beratungsstellen aufgelistet. Die Diakonische Kinder-, Jugend- und Familienhilfe e.V. oder der FASD Deutschland e.V. sind z.B. Beratungsstellen für Kinder mit FASD und ihre Angehörigen. Foren, die

sich unter anderem mit FAS/FASD auseinandersetzen sind z.B. Pflegeelternnetz (2018) und REHAKids (2018).

Weitere begleitende Hilfen, welche sich für den Kindergarten und die Beschulung anbieten sowie eine kritische Betrachtung einer inklusiven Beschulung, sind im Anhang (→A.6) aufgeführt.

## 2.5 Ergotherapeutischer Behandlungsprozess

Das folgende Kapitel handelt vom ergotherapeutischen Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD. Es wird die aktuelle Forschung sowie bestehende Literatur im Hinblick auf den ergotherapeutischen Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD dargelegt. Dabei orientieren sich die Forscherinnen an den acht Aktionspunkten des CPPF (→2.2.3). Nach Craik et al. (2013) lassen sich diese Aktionspunkte grob in die Phasen Befunderhebung (→2.5.1), Intervention (→2.5.2) und Evaluation (→2.5.3) einteilen. Diese Einteilung wird auch innerhalb dieses Kapitels genutzt. Im Anhang (→A.4) ist beispielhaft dargestellt, wie eine ergotherapeutische Behandlung eines Kindes mit FASD nach dem CPPF ablaufen könnte.

Weitere Themen, die innerhalb des Kapitels angesprochen werden, sind die Elternarbeit (→2.5.4) und die interdisziplinäre Zusammenarbeit (→2.5.5), da diese auf Grundlage der theoretischen Vorüberlegungen von den Forscherinnen als wichtig für die ergotherapeutische Behandlung von Kindern mit FASD erachtet werden. In Anbetracht dessen, dass sich die Forschungsarbeit auf das ambulante Setting bezieht, wird dieses im Anhang beschrieben (→A.7).

### 2.5.1 Befunderhebung

Nicht jedes Kind mit FASD hat die gleichen Defizite, mit der gleichen Ausprägung, in den gleichen Bereichen (→2.3.1). Umso wichtiger ist es, mit jedem betroffenen Kind eine individuelle, ausführliche Befunderhebung durchzuführen, um seine Stärken und Schwächen zu identifizieren (Spohr, 2016). Innerhalb des CPPF wird der Einsatz geeigneter Befunderhebungsinstrumente als wichtiges Element angesehen (Craik et al., 2013).

Um ergotherapeutische Instrumente für die Befunderhebung von Kindern mit FASD zu identifizieren, führten die Forscherinnen eine ausführliche Literaturrecherche durch. Es konnten jedoch keine ergotherapiespezifischen Assessments, Testverfahren oder Checklisten ermittelt werden.

Im Rahmen der S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD“ (Landgraf & Heinen, 2016) werden Testverfahren vorgeschlagen, die der neuropsychologischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf FASD dienen können. Zu den einzelnen

neuropsychologischen Bereichen werden verschiedene Testverfahren je nach Alter des Kindes aufgeführt, welche nach den Test-Gütekriterien Reliabilität (→G.) und Validität (→G.) bewertet werden. Ein möglicher Auswahlprozess von neuropsychologischen Testverfahren anhand eines Fallbeispiels ist im Anhang (→A.8) aufgeführt.

Aus den Beschreibungen der Leitlinie geht hervor, dass die Überprüfung der Validität und Reliabilität der Testverfahren nicht speziell an Kindern mit FASD stattgefunden hat. Bei dem Movement Assessment Battery for Children 2 (M-ABC-2) (→G.) (Henderson, Sugden & Barnett, 2007) wurden beispielsweise klinische Validierungsstudien an Kindern mit umschriebener Entwicklungsstörung motorischer Funktionen, Sprachstörungen, ADHS, autistischen Störungen, Lernstörungen und Intelligenzminderung durchgeführt (Landgraf & Heinen, 2016). Die Forscherinnen sind bei der Literaturrecherche lediglich auf zwei Studien gestoßen, bei denen speziell die Anwendbarkeit eines Befunderhebungsinstrumentes an Kindern mit FASD getestet wurde. Die in Kanada durchgeführte Studie von Williams et al. (2014) zeigt, dass Robotertechnologie ein sensibles und leistungsfähiges Werkzeug ist, um die motorischen Defizite bei Kindern mit FASD genau und objektiv zu beurteilen. In der Studie von Lucas et al. (2013) wird die Reliabilität des Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition (BOT2) (→G.) (Bruininks, 2005) bei der Bestimmung von motorischen Defiziten bei australischen Aborigines-Kindern mit FASD überprüft und bestätigt.

Ergotherapeuten können im Rahmen ihrer Befunderhebung zum Teil die Testverfahren der S3-Leitlinie nutzen. Bei dem in der Leitlinie aufgeführten M-ABC-2 handelt es sich z.B. um einen Test, der häufig in der Ergotherapie angewendet wird (Nacke, 2006).

In der Regel haben Kinder, die mit der Diagnose FAS/FASD in die ergotherapeutische Praxis kommen, bereits verschiedene Testverfahren im Rahmen der Diagnostik durchlaufen. Wenn Ergotherapeuten aktuelle Berichte zur Verfügung gestellt werden, können sie sich bei ihrer Befunderhebung an den Ergebnissen der dort durchgeführten Testergebnisse orientieren.

Die Liste neuropsychologischer Testverfahren in der S3-Leitlinie verdeutlicht, dass es ein großes Angebot an Testverfahren gibt. Innerhalb der Befunderhebung sollte der Therapeut darauf achten, das Kind mit FASD nicht zu überlasten. Allgemein sollte die Befunderhebung aufgrund der meist geringen Aufmerksamkeitsspanne und möglichen Verhaltensschwierigkeiten bei Kindern mit FASD nicht viel Zeit in Anspruch nehmen. Es wird aus diesem Grund empfohlen, eine überlegte Vorauswahl an Tests zu treffen (Spohr, 2016).

## 2.5.2 Intervention

Die Literaturrecherche zu ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit FASD ergab, dass die Evidenzlage sehr gering ist, da es nur wenig Studien und keine Fachbücher zu dieser Thematik gibt. Viele Ansätze sind nicht spezifisch auf die Ergotherapie bezogen und wurden innerhalb von angrenzenden Berufsgruppen, wie der Psychologie, auf ihre Anwendbarkeit bei Kindern mit FASD untersucht. Die bestehenden ergotherapeutischen Interventionen zielen auf die Förderung einzelner syndromspezifischer Besonderheiten ab. Insgesamt wurden vier Studien zu ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit FASD gefunden, die nachfolgend beschrieben werden.

Eine syndromspezifische Besonderheit bei Kindern mit FASD sind Schwierigkeiten in der sozialen Kommunikation und Interaktion (→2.3.1). Keightley et al. (2018) untersuchten in ihrer Studie die Auswirkungen einer theaterbasierten ergotherapeutischen Intervention bei Kindern mit FASD in Kanada. Die Ergebnisse zeigen, dass die theatergestützte Intervention bei Kindern mit FASD zu einem gesteigerten Selbstvertrauen sowie zu einer Verbesserung der emotionalen Wahrnehmung, der Kommunikation und der zwischenmenschlichen Beziehungen führte. Ergotherapeuten nehmen bei der Durchführung einer solchen theatergestützten Intervention die Rolle ein, Aktivitäten anzupassen und soziales Engagement durch Kreativität zu fördern (Keightley et al., 2018).

Ein Behandlungsansatz, der von Ergotherapeuten entwickelt wurde ist das Alert-Program (→G.) (Williams, & Schellenberger, 1996). Zwei Studien, die in den USA (Wells, Chasnoff, Schmidt, Telford & Schwartz, 2012) und in Kanada (Nash et al., 2015) durchgeführt wurden, untersuchten die Anwendbarkeit sowie die Wirksamkeit des Alert-Programs bei Kindern mit FASD. Die Ergebnisse dieser Studien sind kongruent und untermauern die Prämisse, dass dieses spezifische ergotherapeutische Behandlungskonzept zu einer Verbesserung der Selbstregulation bei Kindern mit FASD führt. Darüber hinaus wurden signifikante Verbesserungen in den emotionalen Funktionen und den Exekutivfunktionen evaluiert (Wells et al., 2015). Die Kinder der Interventionsgruppe zeigten eine verbesserte Fähigkeit, die Emotionen anderer zu erkennen und sozial-kognitive Probleme zu lösen, die ein emotionales Verständnis erfordern. Eine Verbesserung der Selbstregulation infolge des Alert-Programs konnte anhand eines Follow-ups ebenfalls nachhaltig bewiesen werden (Nash et al., 2015).

Da Kinder mit FASD oftmals eine verkürzte Aufmerksamkeitsspanne und Schwierigkeiten in der Regulierung ihres Erregungsniveaus haben, entstehen Schwierigkeiten in der Schule (→2.3.1). Assink, Rouweler, Minis und Hess-April (2009) haben mit ihrer Studie in Südafrika Methoden identifiziert, mit denen die Lehrkräfte ihre Schüler mit FASD im Unterricht fördern können. Auf der Basis der Sensorischen Integrationstherapie (SI) (→G.) (Ayres, 2016) und dem Behavioral Management (BM)

(Wodrich, 2000) wurden kompensatorische Strategien entwickelt, um die Umwelt, die Betätigung oder das Verhalten der Lehrer zu adaptieren. Strategien, die innerhalb der Studie entwickelt wurden, waren beispielsweise die Veränderung der Sitzordnung (Umwelt), das Nutzen visueller Hilfsmittel wie Bildkarten (Betätigung) und das Geben von direktem Feedback (Lehrer). Die Lehrer wurden daraufhin angeleitet die Strategien in den Unterricht zu implementieren. Aus Beobachtungen und der Rückmeldung der praktizierenden Lehrer ging hervor, dass die Strategien gut in den Schulalltag integriert werden können und diese eine hohe Effektivität aufweisen (Assink et al., 2009).

#### Behandlungsansätze für Kinder mit FASD, die nicht ergotherapiespezifisch sind:

Kinder mit FASD können in ihrer physischen, kognitiven und affektiven Entwicklung Beeinträchtigungen erfahren (→2.3.1). In der Literatur werden verschiedene Behandlungsmöglichkeiten für Kinder mit FASD beschrieben, die nicht ergotherapiespezifisch sind. Obwohl die Studienlage für ergotherapeutische Interventionen sehr gering ist, besteht die Möglichkeit, sich an Konzepten angrenzender Berufsgruppen zu orientieren und für die ergotherapeutische Arbeitsweise zu adaptieren.

Das GoFAR Programm (→G.) ist ein Behandlungskonzept für die Verbesserung der Selbstregulation im Rahmen von adaptiven Fähigkeiten (Kable, Taddeo, Strickland & Coles, 2016). Kable, Taddeo, Strickland und Coles (2016) untersuchten innerhalb einer Pilotstudie in den USA die Wirksamkeit des GoFar Programmes bei Kindern mit FASD und kamen zu dem Ergebnis, dass das Engagement und die Compliance der Eltern ein wesentlicher Bestandteil für Therapieerfolge sind. Durch die intensive Mitarbeit der Eltern konnten bei den Kindern Verbesserungen der Selbstregulation nachgewiesen werden.

Die Beeinträchtigung der mathematischen Fähigkeiten ist ein bedeutender defizitärer Bereich bei Kindern mit FASD (→2.3.1). Das Math Interactive Learning Experience Program (MILE) (→G.). (Kable, Coles, Taddeo, 2007) wurde in den USA speziell für Kinder mit FASD entwickelt. Eine Studie von Coles, Kable und Taddeo (2009) untersuchte in den USA die Wirksamkeit des MILE Programmes sowohl unmittelbar nach der Intervention als auch sechs Monate später. In beiden Fällen zeigten die Kinder mit FASD signifikante Verbesserungen ihrer mathematischen Fähigkeiten. Insbesondere jüngere Kinder mit jüngeren Pflegepersonen profitierten von diesem Programm (Coles et al., 2009). Da die Anzahl der Spezialkliniken für Kinder mit FASD stark limitiert ist, haben Kable, Taddeo, Strickland und Coles (2015) erforscht, ob das MILE Programm auch in andere Settings implementiert werden kann. Das Resultat liefert Evidenz dafür, dass dieses Konzept unabhängig von der Institution durchgeführt werden kann (Kable et al., 2015). Auch eine abgewandelte Form des MILE-Programmes, welches mit

kanadischen Kindern verkürzt und ohne direkten Kontakt mit einem Lehrer oder den Eltern durchgeführt wurde, führte zu signifikanten Verbesserungen der mathematischen Leistungen. Diese Form eignet sich insbesondere für die Kinder, die in keinem stabilen häuslichen Umfeld leben (Kully-Martens et al., 2018).

#### Ergotherapeutische Behandlungsansätze, die nicht FASD-spezifisch sind:

Darüber hinaus gibt es Behandlungskonzepte, die auf ergotherapeutischen Grundsätzen basieren und auf die Verbesserung einzelner syndromspezifischer Besonderheiten abzielen. Es gibt jedoch keine Evidenz für die Anwendbarkeit bei der Diagnose FASD. Dazu gehört beispielsweise die tiergestützte Therapie. Diese eignet sich insbesondere für Klienten mit Bindungsstörungen, psychischen Erkrankungen oder Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion sowie sozio-emotionalen Entwicklung (Junkers, 2015). Diese Indikation deckt sich mit den syndromspezifischen Besonderheiten eines Kindes mit FASD (→2.3.1). Tiere werden gezielt in der Therapie eingesetzt, um die Interaktionsfähigkeit zu steigern, Ängste und Stress zu reduzieren sowie die Aufmerksamkeit und Konzentration zu fördern. Darüber hinaus haben sie einen hohen Motivationscharakter, der zu einer gesteigerten Compliance und einem zielgerichteten Verhalten im Rahmen der Therapie führen kann (Junkers, 2015). „Aktivitäten mit Tieren werden erst dann zu einer therapeutischen Intervention, wenn sie auf ein therapeutisches Ziel gerichtet und Therapeutin sowie Tier für diesen Einsatz qualifiziert sind“ (Pruschmann, 2010, S.31). Damit der Kostenträger die Intervention als ergotherapeutisches Medium anerkennt, müssen die Ziele handlungsorientiert und mit einer hohen Alltagsrelevanz aufgestellt werden. Die Basis bildet dabei das Anbahnen individueller Alltagskompetenzen und das Ausführen rollenbedingter Aufgaben (Junkers, 2013). Eine deutsche Studie von Junker (2011) untersuchte die Effektivität einer ergotherapeutischen Behandlung mit dem Medium Pferd bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Förderschwerpunkten des physischen, kognitiven und affektiven Bereiches. Das Resultat war unter anderem eine Verbesserung in allen Wahrnehmungsbereichen, der Koordinationsfähigkeit und der Kommunikation sowie eine Steigerung der sozialen Kompetenzen.

### 2.5.3 Evaluation

Studien zu der ergotherapeutischen Evaluation des Behandlungsprozesses bei Kindern mit FASD konnten in der Literaturrecherche nicht ermittelt werden. Da es keine Studien zu der Anwendung ergotherapeutischer Assessments bei Kindern mit FASD gibt, kann auch keine Aussage zu deren Einsatz bei der Evaluation getroffen werden. Weiterhin besteht ein großer Forschungsbedarf in diesem Bereich (→2.7).

In einer Studie von Merklein de Freitas, Pott, Weber, Wendel und Zillhardt (2015) wurden zwölf Ergotherapeuten aus unterschiedlichen Fachbereichen befragt, wie Ergotherapeuten in Deutschland den Behandlungsprozess gestalten. Sie beschreiben die Evaluationsphase und somit das Outcome als deutlich weniger umfangreich als die Befunderhebungs- und Interventionsphase. Überwiegend steht die Überprüfung der Therapieziele bei den Teilnehmern in der Evaluationsphase im Vordergrund, eine Outcome Messung durch eine Wiederholung der Assessments findet jedoch weniger und wenn dann meist nur auf Funktionsebene statt. Merklein de Freitas et al. (2015) kamen zu dem Entschluss, dass eine Outcome Messung auf Handlungs- und Partizipationsebene vermehrt genutzt werden sollte, um die Effektivität der ergotherapeutischen Behandlung für alle Beteiligten sichtbar zu machen.

#### 2.5.4 Elternarbeit

„Sowohl Eltern als auch Geschwister, erweiterte Familie, Freunde, Pädagogen und sonstige Bezugspersonen ermöglichen, unterstützen oder erschweren Betätigungen und damit verbundene Entfaltung und Entwicklung eines Kindes [...]“ (Costa, 2016, S.141). „Um den Transfer der Therapieinhalte in den Alltag des Kindes zu gewährleisten, ist es unerlässlich, das Umfeld des Kindes in die Therapie zu integrieren“ (Winter, Ottinger & Arasin, 2007, S.113). Die Kinder verbringen mehr Zeit mit ihren Angehörigen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld als mit dem Therapeuten. Somit sind Menschen aus dem unmittelbaren Umfeld eher in der Lage, die Schwierigkeiten und Stärken des Kindes wahrzunehmen und diese im gemeinsamen Alltag konkret zu fördern. Ergotherapeuten können durch Elternarbeit zu einer gesunden Entwicklung und Alltagsgestaltung aller (Kind, Eltern, Familie, Kindergarten, Schule, usw.) beitragen (Costa, 2006).

In der ergotherapeutischen Behandlung von Kindern mit FASD sind neben dem Kind selbst je nach Lebenssituation die leiblichen Eltern oder die Pflegeeltern die wichtigsten Kontaktpersonen. „Die Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern gehört zu den engsten Formen zwischenmenschlicher Beziehungen“ (Costa, 2016, S.141). Die befragten Ergotherapeutinnen aus der Studie von Stigler und Thierfelder (2013) berichteten wiederholt von signifikanten Unterschieden, die sie bei intensivem Einbezug der Eltern im Gegensatz zu Therapien ohne deren Einbezug erfahren haben. Insbesondere wurden die aufgestellten Ziele bei den teilnehmenden Kindern in einer kürzeren Zeit erreicht. Es lässt sich somit von einer höheren Effektivität der Behandlung unter Einbezug der Eltern sprechen.

Bereits im Erstkontakt werden im Normalfall die Eltern mit einbezogen. Es ist wichtig, dass nicht nur die Betätigungsanliegen ermittelt, sondern auch die Wünsche und Erwartungen sowie Ängste und Klagen der Eltern thematisiert werden. Unter diesen Umständen kann der Ergotherapeut offen und

sensibel mit den Eltern und den Kindern umgehen und sie auf ihrem Weg unterstützen. In allen Phasen des beschriebenen Behandlungsprozesses (→2.5.1-2.5.3) sind Ergotherapeuten in der Regel im Kontakt mit den Eltern des Kindes. Die Elternarbeit kann aus den Aspekten Aufklärung/ Information, Anleitung und Beratung bestehen (Becker, 2006a). Da alle drei Aspekte nach den theoretischen Vorüberlegungen eine große Bedeutung für die ergotherapeutische Behandlung von Kindern mit FASD haben, werden diese im Folgenden näher erläutert.

- Aufklärung und Information:

Aufklärung „[...] trägt dazu bei, dass Eltern ausreichende Informationen erhalten, um die Situation des Kindes zu verstehen und selbstständig Entscheidungen zu treffen, Lösungen zu finden sowie ihr Verhalten und die häusliche Umgebung anzupassen“ (Becker, 2006a). Möglichkeiten der Aufklärung und Information können nach Becker (2006a) Informationsgespräche, Literaturlausleihe, praxisinternes Informationsmaterial, Informationsabende mit anderen Eltern und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen sein.

- Anleitung:

Eltern anzuleiten bedeutet, ihnen Methoden und Übungen an die Hand zu geben, welche sie Zuhause weiterführen können. Diesbezüglich können Tipps zur Umweltgestaltung oder zur zeitlichen Tagesgestaltung gegeben werden sowie Anregungen zum Verhalten. Anleitung kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Beispiele wären verbales Erklären, der Einsatz von Medien (Fotos und Videos) oder Lernen am Modell (vormachen und nachmachen). In der Regel ist es sinnvoll, die Eltern direkt in die Therapieeinheiten mit einzubeziehen (Becker, 2006a).

- Beratung:

„Eine Elternberatung [...] erfordert als Abgrenzung zum alltäglichen Gespräch einen klaren Zeitrahmen und einen Raum, in dem Ruhe und Vertrautheit entstehen können“ (Becker, 2006a, S.267). Es handelt sich nicht um ein einfaches Gespräch, sondern es wird das Umfeld des Kindes und der Familie als Kontext mit einbezogen und einem gemeinsam entwickelten Auftrag gefolgt. Das Beratungsgespräch dient dazu, gemeinsam Lösungswege für anstehende Probleme, Themen und Fragen zu finden und somit unterstützend und entlastend für die Eltern zu wirken. Wichtige Themen innerhalb eines Beratungsgesprächs können beispielsweise Fähigkeiten und Fertigkeiten, Grenzen, pädagogische Richtungen, Spielmaterial, Auszeiten, Routinen und Rituale, Verantwortung und Schuld oder unterschiedliche Therapieansätze sein (Becker, 2006a). Wird eine Adaption des Umfeldes für

wichtig erachtet, kann auch eine Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld stattfinden (→A.10).

### 2.5.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In der Regel findet eine ergotherapeutische Behandlung eingebettet in ein Team statt. Unter einem Team versteht man „Eine Gruppe von Menschen, die an der Erfüllung einer gemeinsamen Aufgabe arbeitet“ (Becker, 2006b, S.422). Da Kinder mit FASD häufig in vielfältigen Bereichen Beeinträchtigungen erleben, ist eine Unterstützung von unterschiedlichen Fachpersonen sinnvoll (Kraus de Camargo & Simon, 2013).

Für eine erfolgreiche Therapie ist dementsprechend die Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen von großer Wichtigkeit (Ax & Lutz, 2006). Ergotherapeuten arbeiten beispielsweise mit Ärzten, Psychologen, Pflegenden, Physiotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern und anderen Berufsgruppen interdisziplinär zusammen (Scheepers, 2000b). Die Zusammenarbeit findet im Rahmen einer gemeinsamen Therapie und in regelmäßigen Team- oder speziellen Fallbesprechungen statt. Unter Beteiligung der verschiedenen Disziplinen, die sich mit dem Fall befassen, sollte im Idealfall eine gemeinsame Vorgehensweise besprochen und abgestimmt werden (Ax & Lutz, 2006).

„Ergotherapeuten müssen dabei in der Lage sein, aus dem Gesamtbehandlungsauftrag des Kindes den eigenen herauszufiltern und sinnvoll mit den anderen Professionen abzustimmen“ (Scheepers, 2000b, S.228).

Die interdisziplinäre Arbeit im ambulanten Sektor ist meist weitaus schwieriger umzusetzen, als im klinischen Rahmen. Sie wird erschwert durch die Vielfalt an überweisenden Ärzten und anderen Therapeuten, die langen Wege sowie dem damit verbundenen zeitlichen Aufwand. Ein Austausch findet somit häufig schriftlich statt. (Scheepers, 2000b)

Eine gemeinsame Planung aller beteiligten Disziplinen bei einer interdisziplinären Zusammenarbeit ist mit der Voraussetzung verbunden, dass ein gemeinsames Denkmodell und eine gemeinsame Sprache bestehen. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY) (Hollenweger & Kraus Camargo, 2011) stellt dafür ein geeignetes Werkzeug dar (→A.11) (Scheepers, 2000b).

## 2.6 Der Ergotherapeut

Die Literaturrecherche ergab keine Informationen über Kompetenzen, die ein Ergotherapeut bei der Behandlung von Kindern mit FASD benötigt. Aus diesem Grund werden im folgenden Kapitel mögliche

Kompetenzen von den Forscherinnen beschrieben und mit den theoretischen Grundlagen der CMCE-Skills (→2.2.4) in Verbindung gesetzt.

### 2.6.1 Kompetenzen des Ergotherapeuten nach dem CMCE

In der ergotherapeutischen Behandlung von Kindern mit FASD kann das CMCE von großer Bedeutung sein. Das Modell hebt die Kernkompetenz Befähigung und die zehn Schlüsselkompetenzen eines Ergotherapeuten hervor.

In der Literatur konnten keine ergotherapiespezifischen Kompetenzen des CMCE bei Kindern mit FASD ausfindig gemacht werden. Auf Grundlage der theoretischen Vorüberlegungen gehen die Forscherinnen davon aus, dass der Ergotherapeut in der Behandlung von Kindern mit FASD auf bestimmte Kompetenzen der CMCE-Skills vermehrt zurückgreift. Eine wichtige Kompetenz ist das Anpassen von Betätigungen oder der Umwelt (adapt) (Townsend et al., 2013). Aufgrund der Symptomatik müssen die Anforderungen bei Kindern mit FASD herabgesetzt bzw. adaptiert werden, sodass eine Betätigungsausführung und somit die Partizipation gewährleistet werden kann. Aufgrund dessen können die Kinder ihre Ziele erreichen, ohne Überforderung zu erfahren (Townsend et al., 2013). Des Weiteren erachten die Forscherinnen das Fürsprechen (advocate) für relevant, um die Bedürfnisse der Kinder gegenüber Dritten zu vertreten. Da die Kinder bei dem Syndrombild FASD ganzheitlich betroffen sind, erhalten sie in der Regel eine Bandbreite an medizinischen, therapeutischen und sozialen Angeboten. Eine Zusammenarbeit (collaborate) mit anderen Berufsgruppen (→2.5.5) und dem Umfeld (→2.5.4) ist deshalb unerlässlich. Darüber hinaus ist es die Schlüsselkompetenz für das Power-sharing (→G.). Gemeinsam mit dem Kind und den Eltern werden Lösungsoptionen evaluiert und an den häuslichen Kontext angepasst (Knagge, 2016). Der Ergotherapeut kann den Klienten und sein Umfeld im Rahmen der Behandlung beraten (consult) (Townsend & Polatajko, 2013). Wichtige Aspekte stellen dabei das Beraten und Erklären über die Verhaltensweisen des Kindes und den Umgang sowie mögliche Adaptionen für den Alltag dar (Knagge, 2016). „Ein Kind mit einem FASD großzuziehen ist eine belastende und schwierige Aufgabe“ (Spohr, 2016, S.89). Dementsprechend ist es von großer Bedeutung, den Pflegeeltern eine adäquate Unterstützung zu bieten. Eine gute Zusammenarbeit sowohl mit dem Klienten als auch mit dem Umfeld führt zu effektiveren Behandlungen (Townsend et al., 2013). Eine weitere relevante Schlüsselkompetenz ist das Befähigen zur Betätigung (engage) (→G.). Dies wird durch das Einbeziehen des Kindes und des erweiterten Klienten in den Behandlungsprozess gewährleistet, sodass die Interventionen transparent gestaltet und alle Beteiligten in die Entscheidungsfindung einbezogen werden (Knagge, 2016). Abschließend wird auch das Spezialisieren (specialize) von den Forscherinnen

in der Behandlung bei Kindern mit FASD als notwendig angesehen, was das stetige Informieren und Weiterbilden in diesem speziellen Fachbereich einschließt. Somit kann der Ergotherapeut nach den aktuellen Erkenntnissen arbeiten und dem Kind mit FASD verschiedene Interventionsansätze anbieten. Ihm wird es ermöglicht, kritisch über die Erwartungen zu reflektieren, um klientenzentriert und im Sinne eines Top-Down-Verfahrens betätigungsorientiert zu behandeln (Townsend et al., 2013).

## 2.6.2 Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

Aktuell gibt es in Deutschland beschränkt Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (→G.) zu dem Thema FASD. Die Website des Evangelischen Vereins Sonnenhof e.V. (2018) listet bundesweite Weiterbildungsmaßnahmen auf, die sich an eine Bandbreite von Gesundheitsberufen sowie an Freunde, Verwandte und Bezugspersonen richten. Somit werden alle Personenkreise angesprochen, die beruflich oder privat mit Menschen mit FASD in Berührung kommen. Es werden z.B. folgende Weiterbildungen des Jahres 2018/19 aufgeführt:

- Weiterbildung zur Fachkraft für FASD 2019 in Berlin
- Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) verstehen und kompetent begleiten in Berlin
- FASD-Schulung für betroffene Familien in Düsseldorf
- Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) – Aufbaukurs (Durchführung eines Gruppenangebotes für Menschen mit FASD) in Marburg

Darüber hinaus werden auch Fachtagungen und Kongresse aufgelistet, wie die FASD Fachtagung FASD – MITTEN DRIN STATT AUSSEN VOR oder die EUFASD 2018 conference and the German national meeting, welche beide in Berlin stattfinden.

Spezielle Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Ergotherapeuten in diesem speziellen Handlungsfeld werden bisher noch nicht angeboten. Ergotherapeuten haben jedoch die Möglichkeit, sich in angrenzenden Themen weiterzubilden (Stigler & Thierfelder, 2013). Das Zentrum für integrative Förderung und Fortbildung (ZiFF) bietet diesbezüglich z.B. die folgenden Fortbildungen an:

- Behandlungsplanung in der Pädiatrie
- Elternarbeit – Umgang mit Eltern (ZiFF-Therapie & Fortbildungen, 2018)

Die Forscherinnen gehen auf Grundlage der theoretischen Vorüberlegungen davon aus, dass eine Etablierung von ergotherapiespezifischen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Behandlung von Kindern mit FASD notwendig ist, um die Effektivität der Therapie zu steigern.

## 2.7 Aktueller Forschungsstand

In Deutschland zählen ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsverzögerungen und ADHS in der ergotherapeutischen Pädiatrie zu den häufigsten Indikationen. Das repräsentiert die vielzähligen Forschungstätigkeiten und die hohe Studienlage zu diesen Krankheitsbildern. In vielen anderen Indikationsbereichen fehlt es an kontrollierten Studien, welche die Anwendbarkeit und die Wirksamkeit spezifischer ergotherapeutischer Interventionen belegen (Breuer & Piso, 2014).

Der Forschungsstand sowie die Studienlage zu FASD befinden sich in Deutschland im Rückstand. Das spiegelt sich in einer großen Wissenslücke wider, die sowohl bei Fachleuten des Gesundheits- und Sozialsystems als auch bei den (Pflege-) Eltern der Kinder mit FASD festzustellen ist (Landgraf et al., 2018). Eine Studie von Landgraf et al. (2018), die in Deutschland durchgeführt wurde, hat das Wissen dieser Personen über FASD untersucht. Das Ergebnis veranschaulichte, dass viele (95%) zwar wissen, dass Alkohol während der Schwangerschaft zu massiven Beeinträchtigungen des Kindes führen kann. Jedoch können nur 70% der Fachleute spezifische Defizite und den Einfluss dieser auf den Alltag benennen. Darüber hinaus konnten Fragen zu einer effektiven Behandlung bei Kindern mit FASD von den Fachleuten nur teilweise korrekt beantwortet werden (Landgraf et al., 2018).

Auch die Literaturrecherche der Forscherinnen ergab, dass die Studienlage in Deutschland sehr gering ist. Derzeit gibt es keine Studie zum ergotherapeutischen Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD einschließlich Befunderhebung, Intervention und Evaluation (→2.5.1-2.5.3) aus dem deutschsprachigen Raum.

International beschäftigen sich sowohl Ergotherapeuten als auch Fachleute aus angrenzenden Berufsgruppen mit dem Thema FASD. Insbesondere in Kanada, den USA, Australien und Südafrika wurden bereits Studien zu verschiedenen syndromspezifischen Besonderheiten (→2.3.1) und verschiedenen Behandlungsansätzen (→2.5.2) durchgeführt. Trotzdem schlussfolgern die Studien, dass ein erhöhter Forschungsbedarf existiert und an die vorhandene Literatur und Studienlage angeknüpft werden soll.

Es besteht ein dringlicher Bedarf an wissenschaftlich fundierten Studien zur Beurteilung verschiedener Befunderhebungsinstrumente sowie zur Evaluation der Effektivität von therapeutischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit FASD. Dabei sollten die Funktionsfähigkeit im Alltag und die Lebensqualität der Betroffenen grundlegende Aspekte von zukünftigen Forschungsarbeiten zu diesem gesellschaftlich hochrelevanten Thema sein (Landgraf et al., 2016).

## 3 Studiendesign

Im folgenden Kapitel wird das Studiendesign sowie das methodische Vorgehen der Forschungsarbeit beschrieben und von den Forscherinnen begründet.

### 3.1 Grundlagen der empirischen Sozialforschung

Die Forschungsarbeit basiert auf der Methodologie der empirischen Sozialforschung nach Gläser & Laudel (2010). „Als empirische Sozialforschung bezeichnen wir Untersuchungen, die einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt beobachten, um mit diesen Beobachtungen zur Weiterentwicklung von Theorien beizutragen“ (Gläser & Laudel, 2010, S.24). Diese Forschungsprozesse werden durch die thematische Auseinandersetzung der Untersucher mit bereits vorhandenen Theorien beeinflusst. Daraus ergibt sich eine Wechselwirkung zwischen theorie- und praxisorientierter Forschung, die die soziale Realität auf Grundlage von Theorien beobachtet und daraufhin theoretische Rückschlüsse zieht (Gläser & Laudel, 2010). Der Ausgangspunkt empirischer Sozialforschung sind die „Erfahrungen von Individuen, die man befragt, beobachtet oder über die man Dokumente besitzt, so dass soziologische Aussagen eine empirische Basis haben“ (Brüsemeister, 2008, S.13).

In der empirischen Sozialforschung werden zwei grundlegende Forschungsansätze differenziert, die sich laut Gläser & Laudel (2010) durch „[...] die Art und Weise, wie man mit empirischen Untersuchungen zu kausalen Erklärungen gelangt“ (S.28) unterscheiden lassen.

Quantitative Methoden untersuchen statistische Zusammenhänge anhand der Durchführung standardisierter Datenerhebungen und der Anwendung statistischer Tests, um darauf basierend Kausalzusammenhänge aufzuzeigen (Gläser & Laudel, 2010).

Qualitative Methoden hingegen erforschen soziale Sachverhalte, die durch verbale Beschreibungen erhoben werden. Sie basieren auf der Interpretation dieser übermittelten Sachverhalte und verfolgen das Ziel, Kausalmechanismen zu identifizieren, die unter bestimmten Bedingungen bestimmte Effekte erzielen (Gläser & Laudel, 2010). Bei dieser Methode stehen die Wahrnehmung und die Erfahrungen der Studienteilnehmer im Fokus. Das Ziel ist es, soziale Phänomene in Bezug auf die Bedeutung für die Menschen zu untersuchen (Stein, Rice & Cutler, 2013). Die qualitative Forschung zeichnet sich im Gegensatz zu der quantitativen Forschung durch ihre Flexibilität gegenüber dem Forschungsgegenstand und ihre Betonung auf die Rekonstruktion von Bedeutung aus. Im Fokus dieser

Rekonstruktion liegen verschiedene Strukturen, die sich in psychische, gesellschaftliche und handlungsweisende Strukturen aufgliedern (Hussy, Schreier & Echterhoff, 2013).

## 3.2 Begründung für das gewählte Studiendesign

Die Studie verfolgt das Ziel, die subjektiven Erfahrungen von Ergotherapeuten bei der Behandlung von Kindern mit FASD und ihren Einflussfaktoren, zu untersuchen. Infolgedessen entschieden sich die Forscherinnen für den qualitativen Forschungsansatz nach Gläser und Laudel (2010), da bei dieser Methode die subjektiven Erfahrungen im Mittelpunkt stehen. Außerdem sind laut Gläser und Laudel (2010) „soziale Mechanismen“ (S.71), wie die Erfahrungen von Ergotherapeuten in ihrem Arbeitsalltag, „in der Regel überhaupt nur mit qualitativen Methoden identifizierbar“. Laut Stein et al. (2013) ist das Handeln ein wesentlicher Aspekt der qualitativen Forschung, da im Kontext der Handlung neues Wissen entsteht. Der qualitative Forschungsansatz ermöglicht den Forscherinnen auch das individuelle methodische Handeln der Ergotherapeuten im Behandlungsprozess zu untersuchen und die sozialen Mechanismen zu erforschen, die darin begründet sind (Stein et al., 2013). Darüber hinaus eignen sich laut Hussy et al. (2013) quantitative Methoden nicht, um das Erleben des Menschen zu erforschen.

## 3.3 Forschungsmethode

### 3.3.1 Methodologie

Methodologische Prinzipien beinhalten allgemeine Forderungen an die Untersuchungsstrategien und die Methoden eines Wissenschaftsgebietes. Gläser und Laudel (2010) schildern vier methodologische Prinzipien, die in der Sozialforschung eingehalten werden müssen.

1. **Das Prinzip der Offenheit** verlangt, dass die Studie offen sein muss für unerwartete Informationen, die aus der Literaturrecherche nicht hervorgegangen sind. Daraus ergibt sich für die Forscherinnen die Möglichkeit, während der Extraktion weitere Dimensionen hinzuzufügen. Eine Erläuterung der Dimensionen erfolgt unter dem Kapitel *Hypothetisches Modell* (→4.2). Im Anhang (→A.13) werden die Dimensionen in tabellarischer Darstellungsform definiert. Die Beschreibung des Extraktionsverfahrens befindet sich unter dem Kapitel *Durchführung der Studie* (→5.8).
2. **Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens** fordert das Vorhandensein einer theoretischen Grundlage, an die man im Forschungsprozess anschließt. Dieses Prinzip wird durch eine umfangreiche Literaturrecherche gewährleistet.

3. **Das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens** untermauert, dass die Studie unter festgelegten Regeln ausgeführt wird. Diese beinhalten unter anderem eine möglichst exakte Beschreibung der Vorgehensweise. Aus diesem Grund stellten die Forscherinnen Transkriptions- (→A.21) sowie Extraktionsregeln (→A.23) auf.
4. **Das Prinzip des Verstehens** verlangt das Verständnis der Forscherinnen für das Handeln der Studienteilnehmer. Dabei ist es die Aufgabe der Forscherinnen, die Interpretation der Situation durch die Teilnehmer und das daraus resultierende Handeln nachzuvollziehen. Das Verständnis der Forscherinnen ist ebenfalls eine Interpretation und beeinflusst maßgeblich die Deutung der gewonnenen Informationen im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse (→7).

### 3.3.2 Gütekriterien

Die qualitative Bewertung empirischer Forschung erfolgt anhand von Gütekriterien. Die Forscherinnen beziehen sich dabei auf die Strategien nach Höhsl (2016), welche auf Cope (2014) sowie Lincoln und Guba (1985) zurückgreift. Nachfolgend werden die einzelnen Gütekriterien beschrieben und die entsprechenden Strategien anhand der vorliegenden Forschungsarbeit begründet.

- Authentizität:  
Dieses Gütekriterium fordert eine authentische Beschreibung der Wahrnehmung sowie der Gefühlswelt der Studienteilnehmer. In diesem Zusammenhang fand eine „genaue Beschreibung“ (Höhsl, 2016, S.130) der gewonnenen Daten statt, welche im *Kapitel Darstellung der Ergebnisse* (→6) ausführlich beschrieben werden. Darüber hinaus wurden Emotionen transkribiert, um das Empfinden der Studienteilnehmer offen darzulegen.
- Glaubwürdigkeit:  
Unter der Glaubwürdigkeit wird die Richtigkeit der Forschungsergebnisse aus der Perspektive der Studienteilnehmer verstanden. Aus diesem Grund führten die Forscherinnen eine „Überprüfung durch Studienteilnehmende“ (Höhsl, 2016, S.29) durch, wobei die Transkripte von den Teilnehmern gelesen und auf ihre Korrektheit überprüft wurden. Außerdem legten die Forscherinnen Wert auf einen Vertrauensaufbau zwischen ihnen und den Studienteilnehmern, um ausführliche Informationen im Hinblick auf die Interviewfragen zu erhalten. Dies wurde durch das umfassende Vorwort des Interviewleitfadens (→A.18) und eine angenehme Gesprächsatmosphäre während des Interviews gewährleistet. Eine Voraussetzung für die Umsetzung der Strategie der „Längerfristigen Beschäftigung“ (Höhsl, 2016, S.129) ist das Vorhandensein ausreichender zeitlicher Ressourcen. Im Rahmen dessen vereinbarten die

Forscherinnen feste Termine und klärten die Teilnehmer über die Dauer des Interviews auf, sodass diese genügend Zeit einplanen konnten. Während des Interviews führten die Forscherinnen „Beständige Beobachtungen“ (Höhl, 2016, S.129) aus, und richteten ihre Aufmerksamkeit auf die Emotionen und die Wahrnehmung der Studienteilnehmer. Eine weitere Strategie umfasst die „Besprechung mit Kollegen“ (Höhl, 2016, S.129), in der es um einen fachlichen Austausch bezüglich der Forschungsfrage, des methodischen Vorgehens, der Studienergebnisse sowie der Schlussfolgerungen geht. Die Forscherinnen tauschten sich mit anderen Ergotherapeuten über die Inhalte der Forschungsarbeit aus. Die Glaubwürdigkeit wird zudem über die „Triangulation“ (Höhl, 2016, S.129) erreicht, welche im Zusammenhang der Nachvollziehbarkeit erläutert wird.

- Nachvollziehbarkeit:

Dieses Gütekriterium fordert, dass die verschriftlichten Daten kongruent zu den Antworten der Studienteilnehmer sind. Dies gewährleisteten die Forscherinnen durch die „Triangulation“ (Höhl, 2016, S.129), welche im Rahmen der Forschertriangulation, Datentriangulation, und Theorietriangulation umgesetzt wurde. In Bezug auf die Forschertriangulation wurden die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) und die Diskussion der Studienergebnisse gemeinsam von allen Forscherinnen durchgeführt. Hinsichtlich der Datentriangulation bezogen die Forscherinnen unterschiedliche Datenquellen ein und interviewten, in einem Zeitraum von zwei Wochen, acht verschiedene Personen in jeweils anderen Institutionen. Die Theorietriangulation wurde innerhalb der *Diskussion der Ergebnisse* (→7.) durch einen Abgleich mit den gewonnenen Studienergebnissen und den theoretischen Vorüberlegungen verwirklicht.

- Übertragbarkeit:

Mit diesem Gütekriterium wird die Option beschrieben, die Studienergebnisse auf andere Menschen oder Situationen zu übertragen. Die Forscherinnen verfolgten die Strategie der „Genaue[n] Beschreibung“ (Höhl, 2016, S.130), bei der sie ihr methodisches Vorgehen (→3), den Datenerhebungsprozess (→5) sowie die Studienergebnisse (→6) beschrieben und argumentativ begründeten. Außerdem wurden beispielhafte Auszüge des Forschungsprozesses, wie die Extraktionstabelle (→A.24) und der Transkriptionsausschnitt (→A.22) im Anhang aufgeführt. Im Zuge der „Reflexion“ (Höhl, 2016, S.130) legten die Forscherinnen eine mögliche Beeinflussung durch eigene Annahmen und Einstellungen dar und stellten diese in der *Diskussion der Ergebnisse* (→7) transparent heraus.

- Zuverlässigkeit:

Die Zuverlässigkeit wird durch die Kontinuität der gewonnenen Daten unter vergleichbaren Umständen definiert. Die Forscherinnen bezogen im Rahmen der „Untersuchungsrevision“ (Höhl, 2016, S.130) externe Begutachter ein, die nicht an der Studie teilgenommen haben, um die Forschungsarbeit auf ihre wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit und Korrektheit zu überprüfen.

### 3.3.3 Leitfadeninterview mit Experten

Interviews zählen zu den Erhebungsmethoden qualitativer Forschung, die am häufigsten eingesetzt werden (Hussy et al., 2013). Leitfadeninterviews haben das Ziel, das Wissen eines Experten über einen bestimmten sozialen Sachverhalt durch ein Interview zu erschließen. Nach Gläser und Laudel (2010) zeichnet sich ein Experte durch zwei Eigenschaften aus. Zum einen werden Experten als Zeugen definiert, die Prozesse beobachtet haben, welche für die Forschungsfrage relevant sind. Zum anderen haben die Experten eine relevante Stellung in dem zu untersuchenden Kontext. Die Auswahl der Interviewteilnehmer, mit einer kurzen Personenbeschreibung, kann in einer Tabelle im Anhang (→A.17) eingesehen werden. Die Einschlusskriterien der Experten werden unter dem Kapitel *Studiendurchführung* (→5.1) argumentativ aufgeführt.

Der Forschungsgegenstand dieser Studie sind die Erfahrungen und Handlungsweisen der Ergotherapeuten im Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD. Um diese Informationen zu erhalten, haben sich die Forscherinnen für eine möglichst offene Erhebungsmethode entschieden. Nichtstandardisierte, halbstrukturierte Leitfadeninterviews bieten die Möglichkeit, die Erfahrungen und das Wissen der Experten über diese spezielle Thematik zu erheben. Leitfadeninterviews strukturieren sich durch die vorhandene Thematik und einer Liste von Fragen. Damit während des Interviews ein annähernd natürlicher Gesprächsverlauf entsteht, wird die Reihenfolge und die Formulierung der Fragen nicht festgelegt. So kann eine vollständige Beantwortung der Fragen und ein flexibles Nachfragen durch den Interviewer gewährleistet werden. Mithilfe des Leitfadens wird sichergestellt, dass auf alle relevanten Aspekte eingegangen wird. Außerdem kann anhand des Leitfadens das Risiko eingedämmt werden, die Experteninterviews im Verlauf der Studiendurchführung durch vorzeitige Rückschlüsse in eine Richtung zu lenken, um bestätigende Annahmen zu erhalten. Der Leitfaden bietet somit ein neutrales Gerüst, um Suggestivfragen zu vermeiden und sicherzustellen, dass die Daten in allen Interviews im gleichen Umfang erhoben werden. (Gläser & Laudel, 2010).

Die Kombination aus dem strukturvermittelnden Aspekt des Leitfadens und der Flexibilität der Reihenfolge und Formulierung der Fragen, mit der Möglichkeit spontane Zwischenfragen zu stellen, machen das leitfadengestützte Experteninterview zu einer flexiblen und zugleich systematischen Erhebungsmethode (Hussy et al., 2013).

### 3.4. Forschungsethik

Nach Gläser und Laudel (2010) ist der Aspekt der Forschungsethik in der sozialwissenschaftlichen Forschung unverzichtbar, da der Mensch als Studienteilnehmer in seinem Leben beeinflusst wird. Der wichtigste Grundsatz der Forschungsethik ist, „[...] dass den Menschen, die in einer sozialwissenschaftlichen Untersuchung einbezogen werden, daraus kein Schaden entstehen darf“ (Gläser & Laudel, 2010, S.50). In diesem Zusammenhang achteten die Forscherinnen darauf, die Rechte der Studienteilnehmer zu schützen und bezogen die Grundsätze der Forschungsethik nach Gläser und Laudel (2010) und des Bundesdatenschutzgesetzes (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017) ein. Die Prinzipien der Forschungsethik befinden sich im Anhang (→A.12).

## 4 Hypothetisches Modell

Im folgenden Kapitel wird das hypothetische Modell mit seinen Variablen und Dimensionen erläutert und dargestellt. Nach einer Beschreibung der Entwicklung des Modells erfolgt eine allgemeine Beschreibung der Variablen, Dimensionen und Indikatoren. Anschließend werden die Funktion und die Bedeutung der einzelnen Variablen des hypothetischen Modells dargelegt. Das Kapitel endet mit einer ausführlichen Definition der Variablen, ihren Dimensionen und Indikatoren anhand einer tabellarischen Darstellung.

### 4.1 Entwicklung des hypothetischen Modells

Die Entwicklung eines hypothetischen Modells ist im Rahmen der qualitativen Forschung nach Gläser und Laudel (2010) unverzichtbar. Es dient als strukturgebende Methode, um im Forschungsprozess eine klare Vorstellung von dem Forschungsgegenstand zu bekommen und sich auf die wesentlichen Aspekte zu fokussieren, damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann. „Das hypothetische Modell ist gewissermaßen eine aus der Theorie abgeleitete partielle Vermutung, die durch die empirischen Befunde nicht bestätigt oder verworfen, sondern modifiziert und ergänzt werden soll“ (Gläser & Laudel, 2010, S.90). Es spiegelt den aktuellen Wissensstand wider, sodass auf Grundlage des hypothetischen Modells die Fragen für den Leitfaden abgeleitet werden können. Die vermuteten Antworten (Hypothesen) werden dabei nur grob skizziert dargestellt. Im hypothetischen Modell werden „[...] die theoretischen Vorüberlegungen auf die interessierenden Ursachen und Effekte, intervenierende Einflüsse und die gesuchten Kausalmechanismen [zugespitzt]“ (Gläser & Laudel, 2010, S.78). Diese Darstellung erfolgt anhand eines komplexen Konzeptes aus Variablen, welches die multiplen Zusammenhänge der sozialen Realität repräsentiert. Das hypothetische Modell fungiert als Bindeglied zwischen dem aktuellen Forschungsstand und dem durch die Studie neu erlangten Wissen. Es stellt die angenommenen Zusammenhänge dar, die anhand der Studie ergänzt oder adaptiert werden sollen und erhebt somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit (Gläser & Laudel, 2010).

Auf Basis der Literaturrecherche entwickelten die Forscherinnen ein Modell mit vier Variablen. Diese werden durch drei bis vier Dimensionen ergänzt, an denen die Merkmalsaufprägung der Variablen bemessen wird. Terminologisch ist es an das CMOP-E angelehnt. Der Schwerpunkt der Forschungsfrage beruht auf dem ergotherapeutischen Behandlungsverfahren, weshalb dieser im

Zentrum des Modells steht (→Abb.6). Da alle Variablen in Wechselwirkung zueinanderstehen, sind die einzelnen Elemente miteinander verbunden.

## 4.2 Bedeutung der Variablen, Dimensionen und Indikatoren

Gläser und Laudel (2010) unterscheiden insgesamt vier verschiedene Arten von Variablen. Bei unabhängigen Variablen liegt das Interesse darin, welche Wirkung sie auf andere Variablen ausüben. Dabei liegt der Fokus darauf, welche Rolle sie als Ursache einnehmen. Die Ursache der unabhängigen Variablen selbst wird nicht beachtet. Im Gegensatz dazu ist bei abhängigen Variablen relevant, wodurch sie beeinflusst werden. Ihr Einfluss auf andere Variablen ist dabei nichtig. Intervenierende Variablen stellen das Bindeglied zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen dar und haben Einfluss auf den Kausalmechanismus. Die intervenierenden Variablen liegen nicht im Erkenntnisinteresse in Bezug auf den Forschungsgegenstand. Durch ihren beeinflussenden Charakter müssen sie jedoch betrachtet werden. Die beschriebene Multidimensionalität der Variablen ist notwendig, um die zugrundeliegenden Kausalmechanismen auf verschiedenen Ebenen zu beschreiben. Da es sich in der empirischen Sozialforschung um komplexe soziale Sachverhalte handelt, hängt es von der vorliegenden Forschungsfrage ab, welche Bedeutung den einzelnen Variablen zugeschrieben wird (Gläser & Laudel, 2010).

Jede Variable weist mindestens zwei Dimensionen auf. Sie beinhaltet „[...] eine Zeitdimension, die den Zeitraum beschreibt, in dem die Merkmalsausprägungen existieren und eine oder (im Falle komplexer Variablen) mehrere Sachdimensionen“ (Gläser & Laudel, 2010, S.82).

Bei der Entwicklung des hypothetischen Modells müssen des Weiteren Indikatoren bestimmt werden. Diese dienen als Strukturierungshilfe bei der Auswertung der Rohdaten. Anhand der Indikatoren können die Forscherinnen die Elemente im Text erkennen, die eine Merkmalsausprägung der Variable beinhalten (Gläser & Laudel, 2010). Eine Tabelle zu den Variablen, Dimensionen und Indikatoren befindet sich im Anhang (→A.13).

## 4.3 Erläuterung der Variablen des hypothetischen Modells

Das Kind mit FASD stellt eine **unabhängige** Variable dar, da es mit seinen Betätigungsanliegen, Zielen und syndromspezifischen Besonderheiten den Verlauf des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses maßgeblich beeinflusst. Der ergotherapeutische Behandlungsprozess selbst, mit seinen drei Phasen, ist in Bezug auf die Forschungsfrage eine **abhängige** Variable. Die vorliegende Studie unterliegt der Frage, wie sich die ergotherapeutische Behandlung bei Kindern mit FASD gestaltet

und wodurch diese beeinflusst wird. Dadurch stehen die Einflussfaktoren, die auf den Behandlungsprozess einwirken im Fokus der Forscherinnen. Der Ergotherapeut mit seinen Qualifikationen, Erfahrungen und persönlichen Kompetenzen beeinflusst ebenfalls den ergotherapeutischen Behandlungsprozess, wodurch dieser zu einer **unabhängigen** Variablen wird. Da die ergotherapeutische Arbeit mit Kindern mit FASD bestimmte Kompetenzen erfordert, beeinflusst das Kind den Einsatz und die Entwicklung dieser Fähigkeiten und Ressourcen, wodurch der Ergotherapeut zudem eine **abhängige** Variable darstellt. Gleichzeitig übt der Ergotherapeut innerhalb des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses einen Einfluss auf das Kind mit FASD aus, da er diese Klientel unter Verwendung seiner Enablement skills zur Partizipation im Alltag befähigt. Dadurch wird das Kind ebenfalls zu einer **abhängigen** Variable, welches über den Ergotherapeuten hinaus auch von der Umwelt beeinflusst wird. Die Umwelt liegt als **unabhängige** Variable zentral eingebunden in das hypothetische Modell, da sie mit den Förderfaktoren und Barrieren der institutionellen, sozialen, kulturellen sowie physischen Umweltfaktoren alle anderen Variablen beeinflusst. Dabei liegt der Interessensbereich lediglich darin, inwieweit die Umwelt den ergotherapeutischen Behandlungsprozess und somit auch das Kind mit FASD und den Ergotherapeuten beeinflusst. Veranschaulicht wird dieser variablenübergreifende Einfluss anhand der Pfeile. Die Wechselwirkung zwischen dem Ergotherapeuten und dem Kind mit FASD wird durch die ineinander übergreifenden Kreise verdeutlicht.

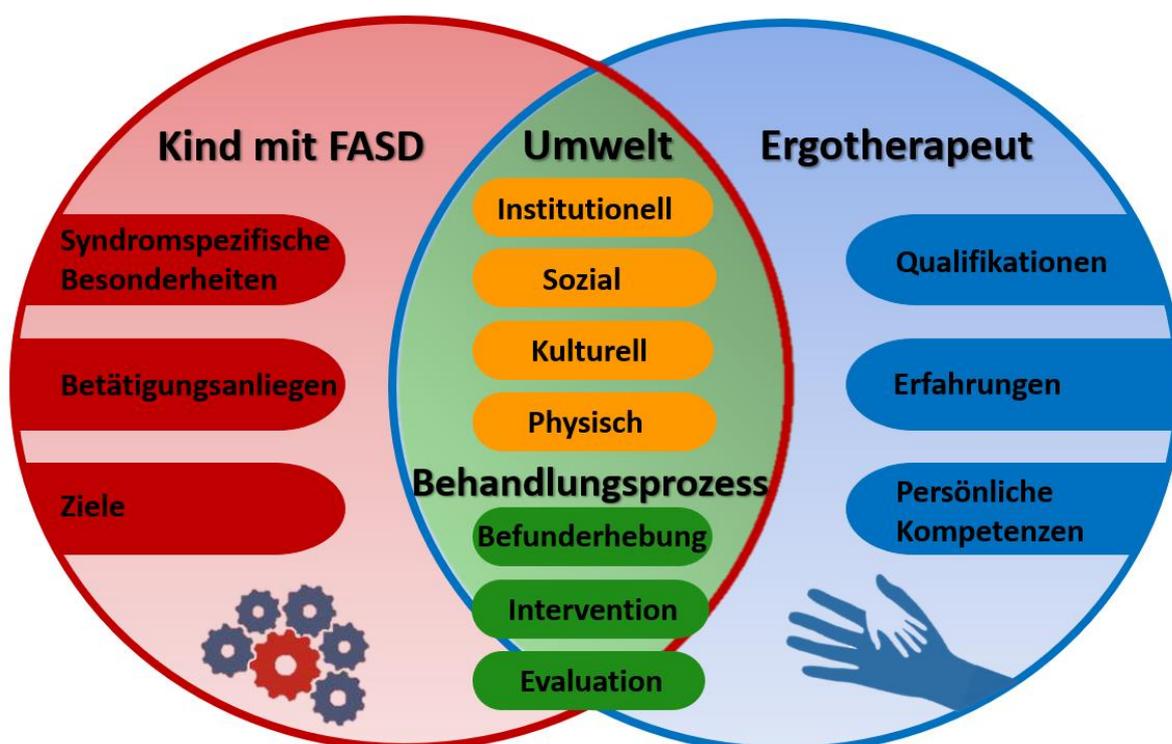


Abbildung 6: Hypothetisches Modell

# 5 Studiendurchführung

Im folgenden Kapitel wird der Prozess der Studiendurchführung beschrieben. Dabei werden alle Aspekte erläutert, die für die Umsetzung der Forschung relevant sind. Zunächst wird die Auswahl der Studienteilnehmer anhand der Einschlusskriterien geschildert. Daraufhin erfolgt die Beschreibung der Kontaktaufnahme zu den einzelnen Studienteilnehmern. Nachfolgend erläutern die Forscherinnen die Konstruktion des Interviewleitfadens. Anschließend wird die Durchführung des Pretests mit der Adaption des Interviewleitfadens und die Ausführung der Hauptstudie mit dem Prozess der Auswertung nach Gläser und Laudel (2010) beschrieben.

## 5.1 Einschlusskriterien der Studienteilnehmer

Laut Gläser und Laudel (2010) ist die Wahl der Interviewpartner entscheidend, da sie maßgeblich die Art und die Qualität der Informationen beeinflusst, die man im Experteninterview erhält. „Um Interviewpartner auswählen zu können, muss man sich zunächst vergegenwärtigen, wer über die für die angestrebte Rekonstruktion notwendigen Informationen verfügt“ (Gläser & Laudel, 2010, S.117).

Infolge der Forschungsfrage wurden Ergotherapeuten, die Kinder mit FASD behandeln, als Interviewpartner ausgewählt. Aus der Literaturrecherche und den zielgerichteten theoretischen Überlegungen ergaben sich die folgenden fünf Einschlusskriterien:

- Ergotherapeuten, die im Setting einer ergotherapeutischen Praxis tätig sind
- mindestens fünf Jahre lang Berufserfahrung im Fachbereich Pädiatrie haben
- mindestens fünf Kinder mit diagnostiziertem FAS/FASD behandelt und begleitet haben (im besten Fall circa 2-3 Kinder pro Woche)
- sich intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt haben (Literatur)
- eventuell sogar Fortbildungen in diesem Bereich haben (keine Pflicht!)

Das Kriterium der ergotherapeutischen Praxis als Setting wurde aus dem Interesse der Forscherinnen für dieses Arbeitsfeld gewählt. Damit die Interviewpartner auf die Erfahrungen zurückgreifen können, die für die Studie relevant sind, wurde das Kriterium der mindestens fünf jährigen Berufserfahrung im Fachbereich Pädiatrie gesetzt. Somit wurde sichergestellt, dass die Ergotherapeuten genügend Erfahrungswerte in der Behandlung mit pädiatrischer Klientel haben. Um die Erfahrungen der Ergotherapeuten im Hinblick auf die Forschungsfrage zu spezifizieren, sollten die Teilnehmer

mindestens fünf Kinder mit diagnostizierter FAS/ FASD behandelt und begleitet haben. Dadurch wird gewährleistet, dass die Interviewten differenzierte Erfahrungen mit dem Störungsbild gesammelt haben und interne Evidenzen vorweisen können. Die Ergotherapeuten sollten sich intensiv mit der Thematik FAS/FASD auseinandergesetzt haben, damit sie zusätzlich auf externe Evidenz zurückgreifen und innerhalb ihres Clinical Reasoning Prozesses (→G.) hervorbringen können. Bei der Literatur- und Internetrecherche wurde deutlich, dass es kaum Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für diesen speziellen Fachbereich gibt. Infolgedessen wurde das Einschlusskriterium der Fortbildungen als nicht verpflichtend angegeben, um die Anzahl an Teilnehmern nicht weiter einzuschränken.

## 5.2 Erweiterung der Einschlusskriterien

Da sich im Laufe der Teilnehmerrekrutierung nicht genügend Ergotherapeuten auf das Anschreiben gemeldet haben, wurden die bestehenden Einschlusskriterien erweitert. Aus diesem Grund wurde der Arbeitskontext flexibel gehandhabt und auf alle ambulanten ergotherapeutischen Institutionen verallgemeinert. Daraus ergab sich eine größere Bandbreite der Erfahrungen und die gewünschte Anzahl an Studienteilnehmern wurde erreicht.

Zwei der potentiellen Studienteilnehmer gaben an, dass sie in ihrer ergotherapeutischen Laufbahn weniger als fünf Kinder mit FASD behandelt haben. Da diese Studienteilnehmer einen sehr eindrücklichen und intensiven Kontakt innerhalb der ergotherapeutischen Behandlungen mit dieser Klientel angaben, wurden sie in die Studie aufgenommen. Die Forscherinnen begründeten ihre Entscheidung anhand der Intensität der therapeutischen Beziehung, welche sie in diesen speziellen Fällen qualitativ höher gewichtet haben, als die Quantität von Behandlungen.

## 5.3 Kontaktaufnahme zu den Studienteilnehmern

Die Studienteilnehmer wurden auf verschiedenen Ebenen gesucht und rekrutiert. Zunächst wurde ein Anschreiben zur Einladung zum Experteninterview aufgesetzt (→A.14).

Die Kontaktaufnahme fand überwiegend über die sozialen Medien, wie beispielsweise Facebook, statt, wo das Anschreiben mithilfe des Schneeballprinzips verbreitet wurde. Die Forscherinnen haben Kontakt zum Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE) aufgenommen, der das Anschreiben im Newsletter veröffentlichte. Außerdem wurden Selbsthilfegruppen, regionale Ansprechpartner und Ärzte über das Informationsportal FASD Deutschland e.V. per E-Mail angeschrieben und im Rahmen der Teilnehmerrekrutierung um Unterstützung gebeten.

Da die Resonanz zu gering war, wurde die Suchstrategie überarbeitet und der Post für die sozialen Medien angepasst (→A.15). Dieser wurde sowohl in Facebook-Gruppen für Ergotherapeuten als auch auf Seiten für FASD und Pflegeeltern gepostet, woraufhin sich mehrere dieser spezifischen Zielgruppe meldeten. Zu Ergotherapeuten, die zugesagt haben, wurde ein direkter Kontakt hergestellt und eine Liste mit allen potentiellen Teilnehmern erstellt. Nachdem die gewünschte Anzahl von neun Studienteilnehmern erreicht wurde, kam es zu einer erneuten Kontaktaufnahme zu den Studienteilnehmern. Dabei wurden per E-Mail oder Telefon konkrete Terminvereinbarungen getroffen. Aus organisatorischen Gründen wurden den Teilnehmern zwei Zeiträume mit möglichen Tagen zur Interviewdurchführung vorgeschlagen. Nachdem sie einen konkreten Termin inklusive der Uhrzeit ausgewählt hatten, erhielten sie einen Fragebogen (→A.16). Anhand dessen haben die Forscherinnen weitere relevante Informationen über die Teilnehmer und eine Bestätigung zu dem Wunschort und -termin für das Interview erhalten.

## 5.4 Konstruktion des Interviewleitfadens

Die Grundlage für die Konstruktion des Interviewleitfadens bildeten die theoretischen Vorüberlegungen und das daraus abgeleitete hypothetische Modell (→Abb.6). Der Interviewleitfaden ist somit die Übersetzung der Theorie und des Modells in Themenkomplexe und Fragestellungen. Dadurch wird der Leitfaden dem Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens gerecht, da theoretische Vorüberlegungen als vorbereitende Maßnahme notwendig sind (Gläser & Laudel, 2010). Im Sinne des Prinzips der Offenheit sollten die Fragen möglichst offen formuliert werden, sodass der Interviewte seine Erfahrungen gänzlich hervorbringen kann. Des Weiteren wird die Offenheit dadurch gewährleistet, dass die Reihenfolge der Fragen flexibel gehandhabt werden kann. Somit kann ein natürlicher Gesprächsverlauf entstehen und unerwartete Fragen einbezogen werden.

Dem Interviewleitfaden (→A.18) geht ein Vorwort voraus, in dem die Vorgehensweise und das Ziel des Interviews noch einmal verdeutlicht werden (Gläser & Laudel, 2010). Der Interviewleitfaden ist in drei Abschnitte unterteilt und insgesamt zwei Seiten lang. Er beginnt nach dem Vorwort mit vier Einstiegsfragen. Diese Aufwärmfragen werden gezielt eingesetzt, damit sich der Hauptinterviewer und der Studienteilnehmer an die Interviewsituation gewöhnen können, um eine angenehme Gesprächsatmosphäre herzustellen (Hussy et al., 2013). Anschließend werden die Leitfadenfragen mit den entsprechenden Unterfragen gestellt, die sich den Variablen und Dimensionen des hypothetischen Modells zuordnen lassen. Der Interviewleitfaden endet schließlich mit drei abschließenden Fragen.

Die Forscherinnen formulierten die Fragen auf dem Interviewleitfaden aus, um Verfälschungen durch grobe Umformulierungen zu vermeiden. Durch die übersichtliche Gestaltung des Leitfadens konnten die Forscherinnen sicherstellen, dass der Interviewer flexibel auf thematische Sprünge eingehen und somit weiche Übergänge herstellen kann (Gläser & Laudel, 2010).

## 5.5 Vorstudie

Als Vorstudien bezeichnen Gläser und Laudel (2010) „[...] im Umfang begrenzte empirische Untersuchungen, die für die eigentliche Untersuchung notwendiges Wissen beschaffen sollen“ (S.107). Sie dienen dem Zweck, die gewählte Erhebungsmethode zu testen und den Interviewleitfaden auf seine praktische Anwendbarkeit zu überprüfen. Um zu gewährleisten, dass die Forscherinnen mit dem Interviewleitfaden die Informationen erhalten, die für die Beantwortung der Leitfragen notwendig sind, ist die Auswahl des Teilnehmers entscheidend. „Der für die Vorstudie ausgewählte Fall sollte denen der Hauptuntersuchung gleichen“ (Gläser & Laudel, 2010, S.108).

Der Teilnehmer der Vorstudie war ein examinierter und studierter Ergotherapeut mit fast fünf Jahren Berufserfahrung. Ebenso lang arbeitete er im pädiatrischen Fachbereich und war im Setting einer ergotherapeutischen Praxis tätig. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Vorstudie behandelte er sieben Kinder mit der Diagnose Verdacht auf FASD/ FAS. Durch sein abgeschlossenes Ergotherapiestudium wollten die Forscherinnen sichergehen, dass sie eine fachliche und konstruktive Rückmeldung über die Durchführung des Interviews und zu der Fragestellung erhalten.

Das Experteninterview wurde mit zwei Smartphones per Audio aufgenommen und von einer Forscherin anhand des Interviewleitfadens durchgeführt. Die beiden anderen Forscherinnen machten sich währenddessen Notizen zur Gesprächsführung und stellten dem Teilnehmer Verständnisfragen. Im Anschluss daran wurde das Interview mit dem Evaluationsbogen mündlich reflektiert (→A.19). Infolge der Vorstudie wurde der Einstieg überarbeitet. Da die gestellten Fragen von dem Teilnehmer als verständlich befunden wurden und er geäußert hat, dass er keine Fragen hinzufügen oder weglassen würde, wurden am Interviewleitfaden keine weiteren Veränderungen vorgenommen.

## 5.6 Durchführung der Hauptstudie

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 13. bis zum 28. Juni 2018 mit insgesamt acht Ergotherapeuten statt, die sich im Rahmen der informierten Einwilligung dazu bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen (→A.20). Laut Gläser und Laudel (2010) sollen „Interviewtermin und -ort [...] so vereinbart werden, dass der Aufwand für den Interviewpartner möglichst gering ist, dass er sich wohl

und sicher fühlt und dass Störungen minimiert werden“ (S.165). Daher fanden die Interviews auf Wunsch der Studienteilnehmer an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz in Deutschland statt. Lediglich ein Interview wurde aus organisatorischen Gründen per Skype geführt. Die zeitliche Dauer der Interviews betrug 46 bis 103 Minuten.

Durchgeführt wurden die Interviews abwechselnd von zwei der drei Forscherinnen, wobei jeweils eine Forscherin während des Interviews als Hauptinterviewerin fungierte. Das hatte den Vorteil, dass die anderen beiden Forscherinnen vertiefende Nachfragen stellen und sich Notizen machen konnten. Darüber hinaus konnte durch die Anwesenheit aller Forscherinnen die Triangulation des Erhebungsinstrumentes und eine ganzheitliche Perspektive der Interviewsituation gewährleistet werden (Gläser & Laudel, 2010).

Zu Beginn der Interviews unterschrieben die Teilnehmer eine Einverständniserklärung zur Audio-Aufnahme des Interviews, welche in zweifacher Ausführung ausgehändigt wurde (→A.20). Die Hauptinterviewerin klärte die Interviewten innerhalb eines Vorwortes über das Ziel der Studie, die Anonymisierung der personenbezogenen Daten, die verwendete Terminologie und den organisatorischen Ablauf des Interviews auf. Die Interviews wurden anhand des konstruierten Interviewleitfadens geführt und wurden mit Smartphones aufgenommen.

Am Ende des Interviews erhielten die Interviewten ein kleines Dankeschön, welches den Teilnehmern keinen materiellen oder geldlichen Vorteil lieferte. Außerdem bekamen sie das Angebot, die Studienergebnisse zu erhalten.

## 5.7 Transkription der Interviews

Die erhobenen Daten aus den Experteninterviews liegen zunächst nur in auditiver Form vor, sodass diese vor der Auswertung in Schriftform überführt werden müssen (Hussy et al., 2013). Die Transkription der Interviews erfolgte anhand der Transkriptionssoftware F4. „Das aufgezeichnete Interview sollte möglichst vollständig transkribiert werden“ (Gläser & Laudel, 2010, S.193). Ein beispielhafter Auszug eines Transkriptes kann im Anhang (→A.22) eingesehen werden. Die Forscherinnen orientierten sich bei der Transkription an den Empfehlungen von Gläser und Laudel (2010) und an den Transkriptionsregeln des Praxishandbuches Interview, Transkription & Analyse von Dresing und Pehl (2015), und werden im Anhang aufgeführt (→A.21).

## 5.8 Qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010)

Das Ergebnis qualitativer Erhebungsmethoden sind Texte, die analysiert und ausgewertet werden müssen, um aus den Rohdaten die für die Forschungsfrage relevanten Informationen zu erhalten. Durch das Prinzip der Offenheit werden in den Experteninterviews auch Daten erhoben, die irrelevant für die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage sind. Daher bedarf es einer schlüssigen Auswertungsmethode zur Analyse von Texten (Gläser & Laudel, 2010). Für die Auswertung der Experteninterviews eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010). Bei dieser Methode werden die verschriftlichten Interviews innerhalb eines systematischen Verfahrens ausgewertet und gezielt relevante Informationen entnommen. Dabei wird der Text mithilfe eines Analyserasters durchleuchtet und die benötigten Informationen extrahiert. Infolgedessen können die für die Forschungsfrage wesentlichen Aspekte unabhängig vom Ursprungstext weiterverarbeitet werden, ohne den Sinn zu verfälschen (Gläser & Laudel, 2010). Diese Auswertungsmethode bietet sich laut Gläser und Laudel (2010) insbesondere bei Experteninterviews an, da die Beschreibungen sozialer Sachverhalte zielgerichtet extrahiert werden können. Das Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse wird in der Abbildung (→Abb. 7) veranschaulicht und ist in die folgenden Schritte aufgedgliedert:

1. Vorbereitung der Extraktion
2. Extraktion
3. Aufbereitung der Daten und Auswertung

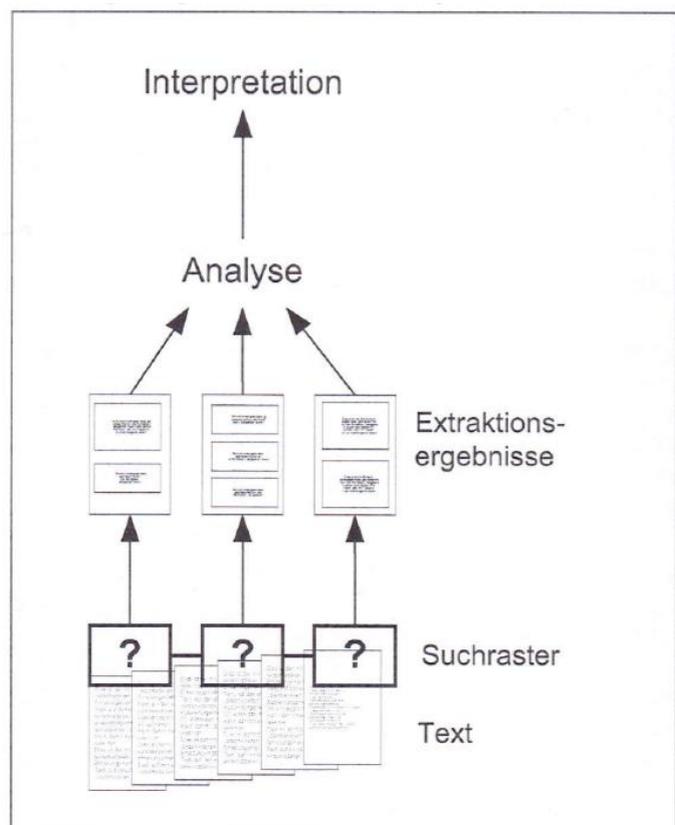


Abbildung 7: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse  
(Gläser & Laudel, 2010, S.200)

### 5.8.1 Vorbereitung der Extraktion

Ein Alleinstellungsmerkmal der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) ist die Entwicklung eines hypothetischen Modells (→4.1). Das Modell basiert auf einem theoriegeleiteten Vorgehen und stellt in der Auswertung das Suchraster dar.

Als inhaltliche Vorbereitung zur Extraktion überprüften und passten die Forscherinnen das zuvor entwickelte hypothetische Modell sowie die dazugehörigen Dimensionen, Indikatoren und Definitionen an. Nach Gläser und Laudel (2010) werden die Variablen des hypothetischen Modells fortan als Kategorien bezeichnet. Aufgrund einer Vielzahl von Aussagen zur Arbeit mit den Eltern wurde die Kategorie Behandlungsprozess durch die Dimension Elternarbeit vervollständigt. Im Anhang (→A.13) wird die Tabelle des Kategoriensystems mit den Variablen bzw. Kategorien, Dimensionen und Indikatoren dargestellt.

Die methodische Vorbereitung umfasst die Fixierung des auszuwertenden Materials, was in diesem Fall die Transkripte der Experteninterviews einschließt. Die Transkripte wurden in Analyseeinheiten unterteilt, woraus sich nummerierte Absätze ergaben. Die Analyseeinheit beinhaltet hierbei immer den Absatz des Interviewpartners, nachdem die Forscherinnen dem Experten eine Frage stellten.

Gläser und Laudel (2010) empfehlen eine gemeinsame Erstellung und Diskussion der Auswertungskategorien, um eine möglichst hohe Übereinstimmung in der Extraktion und somit eine Forschertriangulation zu erreichen. Aus technischen Gründen entschieden sich die Forscherinnen gegen ein Computer- und Analyseprogramm und führten die Analyse manuell anhand eines Worddokumentes durch. Hierzu legten die Forscherinnen eine Tabelle an, welche als Strukturierungshilfe diente und die Forscherinnen dabei unterstützte den Überblick zu behalten. Eine nähere Erläuterung dieser Tabelle erfolgt im nachfolgenden Kapitel.

### 5.8.2 Extraktion

Laut Gläser und Laudel (2010) ist das Extrahieren der Informationen immer mit einer gewissen Interpretation verbunden. Ein Textabschnitt wird gelesen und interpretiert. Auf dieser Grundlage wird entschieden, zu welcher Auswertungskategorie die Informationen zugeordnet werden können und wie sich eine Zusammenfassung der Informationen gestalten lässt. Extrahieren bedeutet, dass die Forscherinnen durchgehend gemeinsame Entscheidungen treffen. Gläser und Laudel (2010) weisen darauf hin, dass die Entscheidungen anderen gegenüber stets theoretisch und empirisch begründet werden müssen. Damit die Entscheidungsfindung auf die gleiche Art abläuft, müssen Extraktionsregeln aufgestellt werden (Gläser & Laudel, 2010), welche im Anhang (→A.23) aufgeführt sind.

### 5.8.3 Aufbereitung der Daten und Auswertung

Laut Gläser und Laudel (2010) ist das Ziel der Aufbereitung die Verbesserung der Qualität, die durch das Zusammenfassen von verstreuten Informationen, dem Korrigieren von Fehlern und dem Beseitigen von Redundanzen erreicht wird. Außerdem sollen die Daten nach inhaltlichen Aspekten strukturiert und der Umfang des Rohmaterials reduziert werden. Für jede Auswertungskategorie müssen konkrete Techniken der Aufbereitung festgelegt werden, da diese von der Art der Variable und dem Untersuchungsziel abhängen. Die Aufbereitung der Daten erfolgte anhand eines separaten Worddokumentes, damit die erstellten Zwischenprodukte erhalten bleiben und der Prozess theoretisch rekonstruiert werden kann (Gläser & Laudel, 2010). Die folgenden Schritte wurden in diesem Zusammenhang durchgeführt:

- „Verstreute Informationen werden zusammengefasst“ (Gläser & Laudel, 2010, S.230). In den Extraktionstabellen können die Aussagen über die Merkmalsausprägung einer Kategorie über ein oder mehrere Interviews verstreut sein. Daher brachten die Forscherinnen zusammengehörige Informationen, einschließlich der jeweiligen Quellen, zusammen.
- „Bedeutungsgleiche Informationen werden zusammengefasst“ (Gläser & Laudel, 2010, S.230). Wegen des Prinzips der Offenheit wurden Informationen in einem oder mehreren Interviews mehrfach gegeben, sodass die Forscherinnen diese mitsamt der dazugehörigen Quellenangabe zusammenfassten.
- „Offensichtliche Fehler werden korrigiert“ (Gläser & Laudel, 2010, S.230). Widersprüchliche oder fehlerhafte Informationen, die im Vergleich mit anderen erhobenen Daten deutlich werden, wurden von den Forscherinnen markiert und in der Extraktionstabelle belassen.
- „Verschiedenartige Informationen werden beibehalten“ (Gläser & Laudel, 2010, S.230). Aufgrund des Prinzips der Offenheit werden viele verschiedenartige Informationen erhoben, welche von den Forscherinnen im Gesamtkontext aufgeführt wurden.

Laut Gläser und Laudel (2010) lassen sich die Aufbereitung der Daten und die Auswertung nicht klar voneinander abgrenzen. Sie betonen, dass das Ziel der Auswertung die Beantwortung der Forschungsfrage darstellt und somit die Identifizierung der Kausalmechanismen erfordert, die zwischen den Ursachen und Effekten vermitteln. Um diese Kausalmechanismen zu bestimmen, muss die Kausalität auf drei unterschiedlichen Ebenen betrachtet werden (Gläser & Laudel, 2010). Diese Ebenen werden in dem Kapitel *Darstellung der Ergebnisse* (→6) näher erläutert. Im Anhang (→A.25-

27) haben die Forscherinnen Tabellen angefügt, in denen die Dimensionen den drei Ebenen der Kausalmechanismen zugeordnet und mit Zitaten der Teilnehmer belegt wurden.

## 6 Darstellung der Ergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse anhand der Variablen des hypothetischen Modells und der dazugehörigen Dimensionen. Die Reihenfolge der Darstellung orientiert sich an der Gliederung des theoretischen Hintergrundes. Nach Gläser und Laudel (2010) werden die Variablen fortan als Kategorien bezeichnet. Die aufgeführte Tabelle veranschaulicht das Kategoriensystem.

Tabelle 2: Darstellung des Kategoriensystems

Kategorien	Dimensionen
Das Kind mit FASD	Dimension 1: Syndromspezifische Besonderheiten Dimension 2: Betätigungsanliegen Dimension 3: Ziele
Umwelt	Dimension 1: Institutionelle Umwelt Dimension 2: Kulturelle Umwelt Dimension 3: Soziale Umwelt Dimension 4: Physische Umwelt
Behandlungsprozess	Dimension 1: Befunderhebung Dimension 2: Intervention Dimension 3: Evaluation Dimension 4: Elternarbeit
Ergotherapeut	Dimension 1: Qualifikationen Dimension 2: Erfahrungen Dimension 3: Persönliche Kompetenzen

Da die Teilnehmer zum Zeitpunkt des Interviews in unterschiedlichen ambulanten Arbeitsbereichen tätig waren, werden diese zur besseren Übersicht in der nachfolgenden Tabelle den unterschiedlichen Settings zugeordnet.

Tabelle 3: Zuordnung der Teilnehmer zum Setting

Setting	Teilnehmer
Praxis	TN3, TN4, TN5, TN7, TN8
Sozialpädiatrisches Zentrum	TN2
Tagesklinik	TN1
Frühförderstelle	TN6

## 6.1 Das Kind mit FASD

Der Ergotherapeut benötigt für die Behandlung Kenntnisse über die syndromspezifischen Besonderheiten sowie Betätigungsanliegen und die Ziele des Kindes mit FASD.

### Dimension 1: Syndromspezifische Besonderheiten

Bei Kindern mit FASD gibt es kein typisches Schädigungsbild, sodass jedes Kind unterschiedliche Funktions- und Verhaltensstörungen aufweist (Thomsen et al., 2014).

Nach Aussage von drei Teilnehmern muss die Individualität der Kinder mit FASD betrachtet werden (TN5, TN7, TN8). TN7 betont: *„Kein FASD-Kind ist gleich und kein Kind bringt die gleichen Werte oder Normen mit oder die gleichen Fähigkeiten oder die gleichen Probleme [...]“* (Abs.165). Auch TN 8 zieht folgenden Vergleich: *„Das ist ja so ein bisschen wie ein Ü-Ei. Man weiß nicht was kommt und was drin ist und wie sie sich weiterentwickeln“* (TN8, Abs.160).

Die Hälfte der Teilnehmer geht besonders auf positive Eigenschaften ein, die Kinder mit FASD auszeichnen (TN1, TN2, TN4, TN7). TN2 äußert diesbezüglich, *„[...] das sind sehr begeisterungsfähige Kinder. Oft sehr empathisch. Also die haben ein feines Gespür dafür, ob es einem gut geht oder nicht, auch sehr liebevoll“* (TN2, Abs.40). Weitere Teilnehmer beschreiben die Kinder als sehr *„interessiert“* (TN1, Abs.200), *„produktiv“* (TN1, Abs.200), *„hilfsbereit“* (TN2, Abs.40), *„wertschätzend und dankbar“* (TN7, Abs.67).

Die von den Teilnehmern genannten syndromspezifischen Besonderheiten werden von den Forscherinnen anhand der **affektiven**, **physischen** und **kognitiven** Komponenten des CMOP-E dargestellt. Alle acht Teilnehmer schildern syndromspezifische Besonderheiten in der **affektiven** Komponente. Kinder mit FASD zeigen nach Aussage von TN 5 eine gestörte Beziehungsfähigkeit. *„Also es geht nicht darum, dass die keine Beziehung aufbauen können, aber oft ist ihnen die Beziehung nicht wichtig“* (Abs.14) Darüber hinaus beschreibt er das gestörte Beziehungsverhalten anhand eines Alltagsbeispiels:

*[...] man kann sie nicht einfach mit anderen Kindern spielen lassen, weil sie oft eben aufgrund ihrer Störung im Beziehungsverhalten gar nicht in der Lage sind zu erfassen, was möchte der andere. Sie gehen dann immer von ihren Wünschen aus, dann kracht und knallt es ständig. Also sie sind immer wieder in Konflikten, dass sie aber nicht verstehen können woher der Konflikt kommt (TN5, Abs.54).*

Kinder mit FASD werden von den Teilnehmern außerdem als sehr *„impulsiv“* (TN1, Abs.51), *„energisch“*

(TN1, Abs.51; TN8, Abs.96) und „*sprunghaft*“ (TN4, Abs.40) beschrieben. TN8 berichtet von der Erfahrung, dass die Kinder eine geringe Frustrationstoleranz haben und teilweise mit aggressivem Verhalten, Schlagen und Spucken reagieren (Abs.50). Ein gestörtes Regelverhalten sowie die Neigung zur Kriminalität kamen ebenfalls in einigen Interviews zur Sprache (TN3, TN4). *„Da ist diese Umtriebigkeit, da ist diese scheinbare Resistenz gegen Erziehungssachen, da sind teilweise oder zum großen Teil das Thema Lügen und Stehlen“* (TN3, Abs.8) Darüber hinaus schildern mehrere Teilnehmer die Problematik, dass Kinder mit FASD sehr leicht beeinflussbar wären (TN2, TN4, TN5). *„Die geben ja auch Sachen zu, die sie manchmal gar nicht gemacht haben“* (TN2, Abs.75).

Eine weitere Einschränkung in der **affektiven** Komponente stellt eine gestörte Eigen- und Fremdwahrnehmung dar (TN5, TN8). Besonders die gestörte Eigenwahrnehmung hebt TN5 hervor, welche er wie folgt beschreibt: *„Entweder ein völliges Unterschätzen der eigenen Fähigkeiten oder eben auch im umgekehrten Sinne ein absolutes Überschätzen der eigenen Fähigkeiten. Reflektion ist auch fast gar nicht machbar/möglich“* (Abs.44). In Bezug auf die Einschränkungen in der Fremdwahrnehmung nennt TN5 die Problematik, dass Kinder mit FASD häufig nur schwer einschätzen können: *„[...] was ist Freund und was ist Feind, also wer will mir was Böses?“* (TN5, Abs.44). Sie haben nach der Aussage von TN5 und TN7 ebenfalls Schwierigkeiten, zwischen *„Dein und Mein“* (TN5, Abs.14) sowie *„Recht- und Unrecht“* (TN5, Abs.14) zu differenzieren. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer geht auf das gestörte Nähe-Distanzverhalten der Kinder ein und beschreibt sie als distanzlos und überschreitend (TN1, TN2, TN5, TN6, TN7).

*Sind aber auch oft einfach Opfer-Kinder, [...] die sich bei alten Opas auf den Schoß setzen, weil die überhaupt gar kein Nähe-Distanz-Gefühl haben. Die wissen nicht, was ist gut - was ist schlecht. [...] Also alle FASD Kinder, wenn die einmal so halbe Stunde Vertrauen geschaffen haben, dann würden die blind mit mir mitgehen. Alle! Sofort!* (TN7, Abs.63)

Auch in der **physischen** Komponente benennen alle Teilnehmer Einschränkungen. Diesbezüglich werden vor allem die typischen körperlichen Dysmorphiezeichen thematisiert (TN2, TN3, TN6, TN7), welche TN3 wie folgt zusammenfasst: *„Oft sind das so bestimmte Merkmale, diese tiefgesetzten Ohren, diese schmalen Lippen. Dann oft auch diesen breiten Stiernacken dazu, die sehen oft sehr dünn und feingliederig aus“* (Abs.28). Darüber hinaus nennen die Teilnehmer ein *„verwischtes Philtrum“* (TN2, Abs.20), *„Kleinwüchsigkeit“* (TN6, Abs.16), *„einen Mikrozephalus“* (TN3, Abs.28) sowie *„einen geringen Augenabstand“* (TN6, Abs.16; TN8, Abs.48) als weitere körperliche Auffälligkeiten. TN7 hebt innerhalb des Interviews die frühkindlichen Restreflexe hervor, die seiner Erfahrung nach bei Kindern mit FASD oftmals noch stark ausgeprägt sind. Er erläutert:

*Und leider Gottes hat so ein FASD-Kind fast immer alle frühkindlichen Restreflexe. [...] Und dann haben die auch keine normale Entwicklung, wenn die auf die Welt kommen, weil ja ganz selten die Kinder wirklich direkt in eine Familie kommen, die sofort alles das umsetzen, was so ein Kind braucht. (TN7, Abs.95)*

Mehrere Teilnehmer beschreiben Kinder mit FASD aufgrund ihrer Reizverarbeitungsstörung als unruhig (TN3, TN6, TN7, TN8), was TN7 mit folgendem Beispiel verbildlicht:

*Kinder, die absolut ruhelos sind, die ständig auf der Suche sind, die sich selber nicht spüren, die massive Gleichgewichtsprobleme haben und sich bewegen, als wären sie auf einem sinkenden Schiff unterwegs, auf Rollschuhen und müssten noch ein Ei heile ans andere Ende bringen. (TN7, Abs.93)*

Weitere Einschränkungen in der **physischen** Komponente stellen, nach Aussage einiger Teilnehmer, Schwierigkeiten in der Grob- (TN3, TN8), Grapho- (TN3) und Feinmotorik (TN2, TN3, TN8) dar.

Sechs von acht Teilnehmern benennen Einschränkungen in der **kognitiven** Komponente (TN2, TN3, TN4, TN5, TN7, TN8). Diesbezüglich erwähnt TN3: „[...] je nach Ausprägungsgrad der Stärke der Alkoholschädigung geht es natürlich auch bis in den GB Bereich“ (Abs.28). In Bezug auf die **kognitive** Komponente kamen außerdem Einschränkungen in den Exekutivfunktionen zur Sprache, wo besonders die Handlungsplanungsstörung hervorgehoben wurde (TN4, Abs.40; TN5, Abs.44).

*Die Handlungsplanungsstörung ist oftmals damit gekennzeichnet, dass logische Abfolgen nicht erfasst werden können. Dass das nicht abgespeichert wird [...]. Ein Übergreifen oder ein Kombinieren von Handlungen. Also diese Logik, dass bestimmte Abläufe immer gleich sind und dass die übertragbar sind, findet nicht statt. (TN5, Abs.44)*

Von mehreren Teilnehmern wurde aufgegriffen, dass bei Kindern mit FASD häufig Schwierigkeiten beim Lernen vorliegen (TN2, TN3, TN5, TN8), wo ein Bezug zu einem eingeschränkten Kurzzeitgedächtnis, einer geringen Merkfähigkeit (TN2) und einer Konzentrationsstörung (TN8) gezogen wird. TN5 spricht an, dass die Kinder nicht aus Fehlern lernen: „[...] da kann man ganz lange daran arbeiten und dann geht dieses Kind raus und kommt nach zwei Wochen Ferien wieder und du stehst wieder bei Punkt X“ (Abs.10). In der Schule stellen sich im Rahmen des Interviews vor allem Probleme in den Fächern Mathematik und Deutsch heraus. TN5 berichtet von Problemen im Deutschunterricht: „[...] beim Lesen, bei der Rechtschreibung und überhaupt im inhaltlichen Erfassen“ (Abs.44). Einschränkungen im Mathematikunterricht entstehen laut TN5 durch Störungen im logischen Denken und dem eingeschränkten Wahrnehmen von räumlichen Beziehungen.

Im Rahmen der syndromspezifischen Besonderheiten nennen die Teilnehmer Verhaltensweisen der Kinder, die sie als besonders herausfordernd für die ergotherapeutische Behandlung ansehen. Drei von acht Teilnehmern kennzeichnen die Impulsivität der Kinder als eine große Herausforderung (TN1, TN3, TN7). Sie berichten, dass in den Therapien oft die Türen geknallt werden (TN1), und die Kinder häufig „eingefangen“ werden müssen (TN3, Abs.30). TN7 äußert dahingehend: *„Ich habe tatsächlich manchmal das Gefühl, dass die auch echt unberechenbar sein können. [...] Du weißt manchmal nicht, was kommt jetzt, wie reagieren die jetzt“* (Abs.71). Eine geringe Frustrationstoleranz der Kinder erschwert laut TN3 ebenfalls den Behandlungsprozess: *„Aber auch dieser schnelle Frust, also ganz schnell von null auf 100, ganz schnell wütend, ganz schnell demotiviert“* (TN3, Abs.30). Als problematisch wird von drei Teilnehmern angesehen, dass Kinder mit FASD die Inhalte, die sie in der Therapie erlernt haben, schnell wieder vergessen und in jeder Behandlungseinheit von vorne angefangen werden muss (TN1, TN3, TN5). Hinzu kommt, dass sich immer wieder neue Schwierigkeiten auftun: *„Da hat man hier eine Lösungsstrategie entwickelt und dann [...] kommt das Nächste. Ja, es ist wie so ein Buch was man aufblättert und da kommt immer noch eine Seite nach“* (TN5, Abs.50). Auch das Wort „Verleugnung“ (TN5, Abs.46) fällt bei der Frage nach herausfordernden Verhaltensweisen. TN5 erklärt dies folgendermaßen: *„Also für Kinder oder Jugendliche, die immer in diesem Verleugnungsmodus sind, die eben aufgrund ihrer schon oft gemachten negativen Erfahrungen gar nicht mehr annehmen können, was sie können, welche Fähigkeiten sie haben, aber eben auch welche Defizite sie haben [...]“* (Abs.46). Ebenfalls als herausfordernd für den Behandlungsprozess wird angesehen, dass sich die Kinder, nach den Erfahrungen von TN7, immer absichern wollen und klare Strukturen benötigen: *„Die Absicherung, die ist auch echt anstrengend bei vielen FASD Kindern. Immer wieder das Nachfragen, das Rückversichern, ob es wirklich so ist wie immer, ob die Struktur wirklich so erhalten bleibt, ob wir das jetzt wirklich so machen“* (TN7, Abs.71). Als weitere Herausforderung wird identifiziert, dass es Kindern mit FASD schwerfällt, die Ausdauer aufzubringen, um etwas zu Ende zu bringen: *„Die müssen immer gleich ein Produkt sehen, das heißt also es muss innerhalb einer halben Stunde da sein, was sie greifbar haben“* (TN6, Abs.62).

## Dimension 2: Betätigungsanliegen

Die Teilnehmer beschreiben verschiedene Betätigungsanliegen von Kindern mit FASD, die sich den drei Betätigungsbereichen **Selbstversorgung**, **Produktivität** und **Freizeit** des CMOP-E zuordnen lassen.

Ein häufig genanntes Betätigungsanliegen, welches der **Selbstversorgung** zugeordnet werden kann, stellt laut der Teilnehmer das selbstständige An- und Ausziehen dar (TN2, TN3, TN5, TN6, TN8).

Außerdem geben zwei Teilnehmer das Aufräumen als Alltagsschwierigkeit bei Kindern mit FASD an (TN1, TN2). TN3 fasst die Betätigungsanliegen von Kindern mit FASD im Bereich der **Selbstversorgung** wie folgt zusammen: „Also es geht wirklich los: anziehen, ausziehen, Tischsituationen, Zähne putzen, waschen. Die ganzen Alltagsroutinen“ (Abs.36). Ein Teilnehmer berichtet, dass es Kindern mit FASD schwerfällt „[...] bei einer Sache zu bleiben [...]“ (TN6, Abs.38). Auch das Regelverhalten stellt nach der Aussage von TN1 ein relevantes Betätigungsanliegen dar und kann sowohl dem Bereich **Freizeit**, als auch der **Produktivität** zugeordnet werden: „Ja Regelverhalten so in einer Gruppe, das ist so ein Thema für die“ (Abs.55).

### Dimension 3: Ziele

Unter der Dimension Ziele wird die beschriebene Betätigung verstanden, die als Resultat der ergotherapeutischen Behandlung erreicht werden soll. Die Teilnehmer nennen eine große Bandbreite an relevanten Zielen für die ergotherapeutische Behandlung. Die Selbstständigkeit wird von TN5 als ein grundlegendes Ziel erachtet: „Also in erster Linie geht es immer wieder darum, Selbstständigkeit so viel wie möglich zu erarbeiten“ (Abs.56). Ein weiterer Teilnehmer führt das Erreichen von Erfolgserlebnissen als Ziel an: „Erfolge immer irgendwie ja vermitteln oder für die erfahrbar machen“ (TN1, Abs.57).

*Es sind ja generell immer die Ziele, die die Eltern für wichtig sehen, kompatibel verbunden mit was möchte das Kind, weil manchmal haben die Kinder den Ansporn: ‘Ich möchte in der Schule besser werden’, oder: ‘Ich möchte im Sportunterricht auch mal die Sprossenwand hochklettern können’, [...]. (TN7, Abs.77)*

Weitere Ziele, die in der Behandlung von Kindern benannt werden sind das Hüpfen, Fahrradfahren, weniger Konflikte zu haben (TN5) oder mit der Mutter ein Spiel zu spielen (TN3). Darüber hinaus gibt es Ziele von Seiten der Eltern, die TN3 beispielhaft beschreibt: „Ich möchte wieder Zugriff auf mein Kind haben, ich möchte das Kind Zuhause behalten, ich möchte nicht, dass ich das Kind abgeben muss. [...] Ich möchte, dass mein Kind nicht auf die GB Schule geht“ (Abs.38). Oftmals ist es so, „dass sich die meisten Eltern eben auch wünschen, dass weniger Konflikte auftreten in der Schule, sei es entweder mit Lehrern, mit Mitschülern oder eben auch im sozialen Umfeld“ (TN5, Abs.56). Diesbezüglich wird ein Ziel im Bereich der sozialen Kompetenz formuliert: „[...] einfach um dieses Kind möglichst [so] gut, wie es geht in das soziale Leben hineinzubekommen, zu integrieren [...]“ (TN5, Abs.56).

## 6.2 Die Umwelt

Nach dem CMOP-E findet eine Betätigung immer in einer **institutionellen, kulturellen, sozialen** oder **physischen Umwelt** statt (Townsend & Polatajko, 2013). Laut Aussagen der Teilnehmer ist das Kind mit FASD in unterschiedliche Umwelten integriert, die sich sowohl unterstützend, als auch hemmend auf die Betätigungsausführung und Partizipation auswirken können. Diesbezüglich führen die Teilnehmer Förderfaktoren und Barrieren an, die den ergotherapeutischen Behandlungsprozess bei Kinder mit FASD beeinflussen.

### Dimension 1: Institutionelle Umwelt

Unter der **institutionellen Umwelt** beschreiben die Teilnehmer eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen als besonders relevant für den ergotherapeutischen Behandlungsprozess. TN3 schildert, dass die Zusammenarbeit an dem Punkt einsetzt: *„[...] wo wir gemeinsam schauen wegen Gesundheitssachen. Das ist natürlich etwas was ich nicht alleine kann [...]“* (TN3, Abs.99).

Nahezu alle Befragten äußern, dass eine Zusammenarbeit mit den Lehrern (TN3, TN5, TN7, TN8) oder Erziehern (TN1, TN3, TN5, TN6, TN8) der Kinder stattfindet. In diesem Kontext begründet TN5, dass der Austausch eine bedeutende Rolle im Hinblick auf den Alltagstransfer spielt: *„[...] dann müssen wir auch immer mit den Lehrern oder den Erziehern ins Gespräch gehen, damit das dann dort auch hin transportiert wird“* (Abs.70). Nach den Erfahrungen eines Teilnehmers hängt diese Zusammenarbeit jedoch von der Compliance ab: *„Also mit manchen Erziehern und Lehrern kann man super zusammenarbeiten, die nehmen viel an. Manche nehmen gar nichts an oder haben auch kein Interesse. Das ist sehr verschieden“* (TN8, Abs.90). TN3 und TN5 betonen den positiven Einfluss auf den ergotherapeutischen Behandlungsprozess durch eine Zusammenarbeit mit Erziehern und Lehrern: *„Wenn man [...] Lehrer findet die mitarbeiten, [...] dann bekommt man da doch noch eine Menge Erfolge hin“* (TN5, Abs.48). Eine Barriere hingegen ist nach der Aussage eines Teilnehmers, *„[...] wenn von Seiten der Pädagogen gemauert wird“* (TN3, Abs.93).

Außerdem berichtet ein Großteil der Teilnehmer im Rahmen der **institutionellen Umwelt** von einer Zusammenarbeit im interdisziplinären Team mit Logopäden (TN1, TN2, TN5, TN6, TN7) und Physiotherapeuten (TN2, TN5, TN6, TN7). TN5 schildert: *„Oft ist es auch so, dass der Logopäde auch gerne wissen möchte, wer kann mit diesem Kind jetzt arbeiten, was kann ich machen, was eben nicht? Und der Physiotherapeut natürlich auch“* (Abs.86). Die Hälfte der Teilnehmer erläutert, dass ein Austausch mit dem Kinderarzt stattfindet (TN1, TN2, TN5, TN7). Darüber hinaus berichtet TN2 von einer Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Fachärzten: *„[...] dadurch, dass die ja auch häufig*

*organmäßig was haben, haben wir Orthopäden, Kardiologen, Nephrologen [...] auch mit im Boot“ (Abs.97). Hinsichtlich juristischer Aspekte findet nach der Erfahrung von TN2 ebenfalls eine Zusammenarbeit mit Rechtsanwälten statt: „[...] und die unterstützen solche Kinder in Rechtsfragen, weil die ja auch häufig straffällig werden“ (Abs.75).*

Weitere Berufsdisziplinen, die von den Befragten in Bezug auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit genannt werden sind Sozialpädagogen (TN1, TN2, TN6), Psychologen (TN1, TN2, TN6), Heilpädagogen (TN2, TN6, TN7) und Jugendamtsmitarbeiter (TN3, TN7).

Zwei Teilnehmer erläutern, dass der ergotherapeutische Behandlungsprozess positiv beeinflusst wird, wenn eine Kontinuität in der Zusammenarbeit besteht und alle Professionen die gleichen Strategien anwenden (TN2, TN5). TN5 äußert diesbezüglich: *„Positiv wird er immer dann beeinflusst, wenn alle miteinander an den gleichen Strategien arbeiten und das Kind eben unterstützt wird [...]“ (Abs.88).* Ein weiterer Teilnehmer kritisiert den zeitlichen Aufwand einer Zusammenarbeit: *„Man hat nicht die Zeit, ständig mit anderen Therapeuten zu telefonieren und sich auszutauschen, [...] und es ist eben auch Zeit, die wir nicht bezahlt bekommen“ (TN5, Abs.84).*

## Dimension 2: Kulturelle Umwelt

Die Teilnehmer machen im Interview für diese Forschungsarbeit keine Aussage zu dem Einfluss der **kulturellen Umwelt** auf die ergotherapeutische Behandlung bei Kindern mit FASD.

## Dimension 3: Soziale Umwelt

Alle Teilnehmer betonen, dass die **soziale Umwelt** einen Einfluss auf die Behandlung von Kindern mit FASD hat.

Zur Betrachtung der **sozialen Umwelt** des Kindes, sollte zunächst seine Lebenssituation im Gesamtkontext beleuchtet werden. Die Teilnehmer berichten überwiegend von Kindern, die in einer Pflegefamilie leben. TN2 erklärt: *„[...] also hauptsächlich sind das Pflegeeltern. Ich würde mal sagen 85 Prozent [...]“ (Abs.10).* Aus den Interviews geht ebenfalls hervor, dass Kinder mit FASD oftmals nicht längerfristig in einer Pflegefamilie oder einem Heim bleiben (TN7, TN8). TN7 betont diesbezüglich, dass die Kinder häufig erst dann in Pflegefamilien vermittelt werden, *„[...] wenn die schon durch drei verschiedene Heime gelaufen sind und schon 50 Auffangstationen hatten. Und dann sind das weitgereichte Mäuschen, die auch seelisch einfach total kaputt sind“ (Abs.41).*

Die bedeutendste Rolle der **sozialen Umwelt** nimmt, laut Aussagen aller Teilnehmer, die Pflegefamilie ein. TN1 betont, „[...] wenn die natürlich in ihrer Freizeit [...] viele Ausflüge machen und mit den Eltern tolle Erlebnisse haben. Dann ist das, wie für jedes Kind, auch für uns positiv [...]“ (Abs.156). Dieser positive Einfluss wird von TN6 bestätigt, der folgendes Alltagsbeispiel anführt: „Immer wieder fahren sie jetzt mit ihm raus und jetzt ist es so, dass er stundenlang draußen spielt. [...] man merkt, dass diese umweltlichen Einflüsse sich bei ihm total widerspiegeln. Er ist gefasster, gesetzter, ruhiger geworden [...]“ (Abs.112). Ebenfalls als förderlich und beruhigend für Kinder mit FASD stellt laut TN6 und TN7 ein gleichbleibender Tagesablauf innerhalb der Pflegefamilie dar: „Struktur, Routine, Gewohnheit, all das bietet dem Kind den besten Nährboden, sich wenigstens noch ein Stückchen weiterzuentwickeln [...]“ (TN7, Abs.155). TN7 hebt ebenfalls engagierte Pflegeeltern als Förderfaktor für den ergotherapeutischen Behandlungsprozess hervor, wenn sie das erhaltende Pflegegeld dafür einsetzen, das Kind optimal zu fördern. Andererseits berichtet er jedoch auch von Pflegeeltern, die eine Barriere darstellen: „[...] und dann denke ich mir immer so: ‘Warum, haben die das Pflegekind? Achja, stimmt! Da gibt es ja viel Geld für’“ (TN7, Abs.57). Zwei Teilnehmer führen die Bedeutung der Compliance der Angehörigen für den ergotherapeutischen Behandlungsprozess an. Nach den Erfahrungen eines Teilnehmers ist es förderlich für die Behandlung, wenn die Pflegefamilie das umsetzt, was der Therapeut ihnen an die Hand gibt (TN7). TN2 stützt diese Aussage und äußert: „Wenn ich nicht so eine gute Compliance habe bei anderen Bezugspersonen, dann kann das natürlich auch unseren Fortschritt maßgeblich beeinträchtigen“ (Abs.93). Die Compliance stellt laut TN8 eine Grundvoraussetzung für die ergotherapeutische Behandlung dar und ist ein maßgeblicher Faktor für die Rezeptausstellung des Kinderarztes. „Wenn der Arzt dann noch sagt: ‘Ja, wenn die Eltern keine Hausaufgaben machen, dann bekommt der auch kein Rezept mehr’, dann weißt man auch schon okay, das Kind hat verloren eigentlich“ (TN8, Abs.130). Als weitere große Barrieren werden Stigmatisierung und fehlende Akzeptanz von Seiten der **sozialen Umwelt** genannt (TN5, TN7).

*Negativ ist halt immer dann, wenn nicht akzeptiert oder nicht wahrgenommen wird, dass diese Probleme halt da sind, dass Kinder dann als dumm oder unfähig oder eben als Störenfriede abgestempelt werden und dann reicht eben aufgrund ihrer eh schon schwachen sozialen Kompetenzen ein Augenrollen oder ein „Och du bist aber auch bescheuert“. Und das haut schon Wochen guter Therapie um. (TN5, Abs.88)*

In diesem Zusammenhang fällt auch das Thema Mobbing durch andere Kinder. TN7 beschreibt diese Problematik in seinen Worten:

*Und der Umwelteinfluss von außen sind andere Kackarschkinder, die diese Kinder hänseln und runtermachen. [...] Sobald die Kinder in der Schule irgendwann mal so zum Mobbing-Opfer werden, weil irgend so ein Kackkind da drauf rumbohrt und die Erzieherin oder Lehrerin das nicht im Blick hat oder nicht geregelt bekommt, dann ist das jedes Mal ein Rückschritt, für die Therapie. (Abs.155)*

Sieben der acht Teilnehmer berichten von einem Besuchskontakt zwischen dem Kind und seinen leiblichen Eltern, welcher überwiegend als Barriere angesehen wird (TN2, TN3, TN4, TN5, TN6, TN7, TN8). „Negativ ist wirklich der Besuchskontakt, das muss man so sagen. Zu seiner ganzen Herkunftsfamilie. Sowohl die Geschwister wie auch die Eltern“ (TN6, Abs.118). TN4 beschreibt dahingehend, wie sich der Besuchskontakt auf das Kind und somit auf die ergotherapeutische Behandlung auswirkt: „[...] die Kinder sind sehr oft sehr durcheinander. Die Pflegeeltern berichten und warnen uns dann teilweise vor, es könnte heute etwas schwieriger sein, weil gestern ein Besuchskontakt stattgefunden hat“ (TN4, Abs.32). Besuchskontakte führen bei einigen Kindern, nach der Erfahrung von zwei Teilnehmern zu Identitätsproblemen, die mit der Frage nach dem Sein und nach dem Ursprung einher gehen (TN5, TN7). Als weitere Umwelteinflüsse, die sich negativ auf den Behandlungsprozess auswirken, nennt TN7 folgende Faktoren: „Umzüge, Partnerveränderungen. [...] Also jede familiäre Veränderung, jede schulische Veränderung, [...]. Alles führt bei einem FASD-Kind zum Strukturverlust und zu absoluter Panik und sorgt dafür, dass die Kinder sich meistens resetten und wieder auf null sind“ (TN7, Abs.155).

#### Dimension 4: Physische Umwelt

Zwei Teilnehmer nehmen Bezug auf den Einfluss dieser Kontexte im Hinblick auf die ergotherapeutische Behandlung (TN1, TN6). Z.B. sollte der Therapieraum mit ausreichend kindgerechten Bewegungsangeboten ausgestattet sein: „Also ich meine, wenn man da in einem luftleeren Raum steht und nichts zu tun hat, ist das auch keine gute Voraussetzung“ (TN1, Abs.184).

### 6.3 Ergotherapeutischer Behandlungsprozess

Der ergotherapeutische Behandlungsprozess ist ein bewusst oder unbewusst ablaufendes Schema von Aktionen, das den Therapieverlauf strukturiert (Haase, 2011). Das Prozessmodell CPPF teilt den Behandlungsprozess grob in die Aspekte Befunderhebung, Intervention und Evaluation ein (Townsend & Polatajko, 2013). Diese Aspekte werden von den Teilnehmern im Interview hinsichtlich der Behandlung von Kindern mit FASD beschrieben.

## Dimension 1: Befunderhebung

Die Befunderhebung ist ein Prozess des Sammelns von Informationen, um die Bedürfnisse und Wünsche des Klienten zu verstehen (Boyt Schell, Gillen & Scaffa, 2014). Die Teilnehmer beschreiben unter Anderem das Alter, die Diagnosestellung sowie das verschriebene Heilmittel (→G.) der Kinder als wichtige Informationen, die vor der Behandlung erfragt werden.

Alle Teilnehmer schildern eine große Altersspanne der Kinder mit FASD, die sie behandeln oder behandelten. TN5 gibt beispielsweise an: *„Das kleinste Kind was ich hatte war drei und das älteste Mädchen was ich hatte war 16 Jahre“* (Abs.16). Die meisten Kinder kommen während der Kindergarten- oder Grundschulzeit in die Ergotherapie und weisen somit ein durchschnittliches Alter von circa vier bis acht Jahren auf (TN1, TN2, TN3, TN7).

Bezüglich der Diagnosestellung beschreiben die Teilnehmer überwiegend, dass eine Diagnose bereits vor der ergotherapeutischen Behandlung gestellt wurde, da sie die Basis für die Behandlung darstellt (TN1, TN2, TN3, TN4, TN7). Andererseits geben einige Teilnehmer an, dass es teilweise erst im Verlauf der ergotherapeutischen Behandlung zu einer Diagnosestellung kam (TN2, TN3, TN4, TN5, TN6, TN8). TN3 erläutert: *„Die Hälfte der Kinder kommen schon mit dieser Diagnose, aber eher als Nebendiagnose, als Tatsachenbeschreibung. Aber ganz selten mit dem Wissen, dass die Schwierigkeiten, die das Kind mitbringt, zum Teil auch genau dieser Alkoholschädigung zugrunde liegen“* (Abs.12). Oftmals wissen die Bezugspersonen der betroffenen Kinder nichts über die Erkrankung und über die Möglichkeiten einer Diagnosestellung (TN2, TN5).

In Bezug auf das verschriebene Heilmittel äußern sechs von acht Teilnehmern, dass Kinder mit FASD ihrer Erfahrung nach eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung verschrieben bekommen (TN3, TN4, TN5, TN6, TN7, TN8). TN3 kritisiert diesbezüglich: *„Ich habe dann immer Mühe das auf psychisch funktionell zu ändern [...]. Also wir brauchen einfach die Stunde, um wirklich arbeiten zu können“* (Abs.20). Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer schildert, dass die ergotherapeutische Behandlung vom Kinderarzt verschrieben wird (TN2, TN3, TN5, TN6, TN7, TN8). Weitere überwiesene Instanzen, die genannt werden, sind der *„Oberarzt“* (TN1, Abs.43) und der *„Kinderpsychologe“* (TN8, Abs.36).

Im Rahmen der Interviews schildern alle Teilnehmer ihr Vorgehen innerhalb der Befunderhebung. Zwei der Teilnehmer geben an, dass der erste Kontakt über ein Telefongespräch stattfindet (TN7, TN8). Außerdem kommt zur Sprache, dass einige Teilnehmer den Eltern, im Hinblick auf den ersten gemeinsamen Termin, den Auftrag erteilen bestimmte Unterlagen mitzubringen. TN7 zählt auf, welche

Dokumente er für das erste Gespräch als wichtig empfindet: *„Die müssen den Impfpass mitbringen, das U-Heft mitbringen, Berichte mitbringen, zehn bis 15 Säuglingsfotos vom ersten Lebenstag, also direkt nach der Geburt, bis zum zweiten Lebensjahr“* (Abs.19). Insbesondere das Mitbringen von Fotos wird von drei Teilnehmern als wichtig erachtet (TN2, TN3, TN7). TN2 begründete dies folgendermaßen: *„[...] dann gerne Fotos, also Kleinkindfotos, [...] weil da das Faziale viel besser sichtbar ist [...]“* (Abs.67). In Bezug auf das Lesen von Berichten vor dem ersten Kennenlernen des Kindes, haben die Teilnehmer differente Ansichten. Während TN4 und TN7 äußern, dass sie Arztberichte hinzuziehen, betont TN3: *„Wir lesen vorher auch keine mitgebrachten Schriftstücke, irgendetwas bevor wir das Kind nicht spätestens beim zweiten Mal gesehen haben [...], weil manchmal das Kind schon in schwarzen Farben beschrieben wird [...]“* (Abs.44).

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer führt ein Erstgespräch mit den Eltern durch (TN2, TN3, TN4, TN5, TN7, TN8). TN7 fasst wichtige Inhalte dieses Gespräches zusammen, wozu unter anderem der Werdegang des Kindes sowie der Überweisungsgrund zählen. Die Anwesenheit der betroffenen Kinder im Erstgespräch wird bei zwei Teilnehmern möglichst vermieden (TN4, TN5). TN4 erklärt, dass Kinder mit FASD im Laufe der Zeit ein *„[...] unheimlich großes Störungsbewusstsein entwickelt haben“* (Abs.65) und auch TN5 führt das Erstgespräch grundsätzlich mit den Eltern allein durch, *„[...] weil es vielen Eltern schwer fällt im Beisein des Kindes negative Dinge anzusprechen und ich finde auch, dass da auch eine Mutter das Recht haben muss sich auszusprechen [...]“* (Abs.64).

Der erste Kontakt zum Kind wird von allen Teilnehmern als gegenseitiges Kennenlernen beschrieben: *„[...] wenn wir das Erstgespräch hinter uns haben, dann machen wir meist einen Termin mit Kind, erstmal zum Kennenlernen. Das Kind darf erstmal hier ankommen, sich alles angucken“* (TN7, Abs.19). Darüber hinaus äußern alle Teilnehmer, dass sie dem Kind im Rahmen der Anamnese unterschiedliche Medien anbieten, um es in Handlung zu beobachten. Drei Teilnehmer nutzen für ihre Anamnese einen Anamnesebogen (TN5, TN7, TN8). *„Ich befunde nach meinen ganz typischen ergotherapeutischen Befundungszetteln, die ich mir selber zusammengestellt habe. Ich gucke also ganz genau, wo stehen wir gerade, was kann das Kind, wo fallen dem Kind Dinge schwer [...]“* (TN7, Abs.87). Ein solcher Anamnesebogen wird von TN8 ebenfalls im Setting Schule und Kindergarten verwendet, um weitere relevante Informationen aus dem Umfeld des Kindes zu erhalten (TN8). TN5 fasst zusammen: *„Für mich ist Anamnese in der Ergotherapie ein fließendes Instrument, weil ich immer wieder neue Beobachtungen mache [...]“* (Abs.64).

Das Durchführen von Testungen und Assessments sehen über die Hälfte der Teilnehmer kritisch (TN6, TN2, TN4, TN 5, TN7). Drei Teilnehmer erklären, dass sie durch Beobachtungen mehr Informationen

erhalten, als bei der Durchführung eines Tests (TN6, TN3, TN7). „Viel mehr sieht man in einer Beobachtung und wer ein gutes geschultes Auge hat, sieht viel [...]“ (TN3, Abs.46). Einschränkungen in der Konzentration, werden ebenfalls von vier Teilnehmern als Grund genannt, warum sie das Durchführen von Assessments oder Tests bei Kindern mit FASD kritisch betrachten (TN3, TN4, TN5, TN7). „Wenn ich so ein Kind habe, was eine Konzentrationsspanne von unter zwei Minuten hat, was soll ich dann mit einem Test?“ (TN5, Abs.68). TN7 fügt dem hinzu: „Wenn die teilweise ja gar keine Handlungsplanung haben, können die das auch nicht umsetzen, was da gefordert wird“ (Abs.91). Außerdem erwähnt er den Motivationsfaktor: „Ich habe da auch einfach die Erfahrung, dass die Kinder meist danach auch keinen Bock mehr haben. Die kommen dann nicht mehr gerne“ (Abs.91). Einige Teilnehmer bringen zur Sprache, dass ein Befund bei Kindern mit FASD oftmals bereits stattgefunden hat und das Durchführen von Tests und Assessments aus diesem Grund nicht mehr oder nur bedingt erforderlich ist (TN1, TN5, TN6). „[...] wenn die Kinder vom Kinder- und Jugendpsychologen kommen, dann haben die schon alles durchgetestet“ (TN5, Abs.66).

Die Hälfte der Teilnehmer nennt spezifische Tests oder Assessments, die sie in der Befunderhebung bei Kindern mit FASD einsetzen (TN1, TN2, TN5, TN8). Die verwendeten Tests und Assessments sind in der folgenden Tabelle dargestellt. Eine Erklärung dieser befindet sich im Glossar (→G.).

Tabelle 4: Verwendete Tests/ Assessments in der Befunderhebung

Verwendete Tests/ Assessments in der Befunderhebung	Quellen
Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung -second edition (FEW-2)	TN1, Abs.76; TN5, Abs.66
Movement Assessment Battery for Children – second edition (M-ABC-2)	TN1, Abs.76
Canadian Occupational Performance Measure a-kids (COPM a-kids) + Kids Activity Cards	TN1, Abs.71
Bruininks-Oseretzky Test der motorischen Fähigkeiten - 2 (BOT-2)	TN2, Abs.57
D2 Aufmerksamkeits- und Belastungstest	TN2, Abs.57
Testreihe zur Prüfung der Konzentrationsfähigkeit (TPK)	TN2, Abs.57
Developmental Test of Visual Perception, Second Edition (DTV P2)	TN5, Abs.66
Kognitiver Fähigkeitstest (KFT)	TN5, Abs.66
Motoriktest (MOT)	TN8, Abs.80

In die Befunderhebung werden nach Aussage aller Teilnehmer andere Berufsgruppen hinzugezogen. TN6 erklärt: „Und ich kann auch mal etwas übersehen [...], also man verliert ja auch mal einen gewissen Blick. Also und deswegen ziehen wir alle Professionen ran“ (Abs.54). In der folgenden Tabelle werden alle Berufsgruppen dargestellt, die nach Aussage der Teilnehmer in die Befunderhebung involviert sind:

Tabelle 5: In die Befunderhebung involvierte Personen

In die Befunderhebung involvierte Personen	Anzahl der Teilnehmer	Quellen
Pflegeeltern	alle	TN1, Abs.80; TN2, Abs.67; TN3, Abs.52; TN4, Abs.65; TN5, Abs.20; TN6, Abs.48; TN7, Abs.87; TN8, Abs.78
Kindertagesstätte/ Erzieher	3 Teilnehmer	TN1, Abs.80; TN2, Abs.67; TN8, Abs.78
Jugendamtsvertreter	2 Teilnehmer	TN2, Abs.67; TN8, Abs.78
Schule/ Lehrer	2 Teilnehmer	TN2, Abs.67; TN8, Abs.78
Logopäden	2 Teilnehmer	TN6, Abs.54; TN8, Abs.78
Physiotherapeuten	2 Teilnehmer	TN6, Abs.54; TN8, Abs.78
Psychologen	2 Teilnehmer	TN3, Abs.56; TN8, Abs.78
Lehrer	2 Teilnehmer	TN1, Abs.80; TN5, Abs.58
Leibliche Eltern	1 Teilnehmer	TN2, Abs.34
Facharzt für Psychiatrie	1 Teilnehmer	TN3, Abs.56
Andere Ergotherapeuten	1 Teilnehmer	TN6, Abs.54
Heilpädagogen	1 Teilnehmer	TN6, Abs.54
Optometristen	1 Teilnehmer	TN7, Abs.87
Kinderorthopäden	1 Teilnehmer	TN7, Abs.87
Heilpraktiker	1 Teilnehmer	TN7, Abs.87
Osteopathen	1 Teilnehmer	TN7, Abs.87
Weitere Familienangehörige wie Großeltern, Onkel und Geschwister	1 Teilnehmer	TN8, Abs.78
Arzt	1 Teilnehmer	TN8, Abs.78

TN2 betont beispielsweise, dass die Pflegeeltern in die Befunderhebung mit einbezogen werden sollten, da diese viel über den Alltag des Kindes erzählen können. Auch TN3 bezieht die Eltern bzw. Pflegeeltern in den Befunderhebungsprozess ein und erklärt hinsichtlich der Durchführung von Tests und Assessments: „*Ich schicke Eltern nicht raus. Machen ja viele mit der Begründung: ‘Da sind die Kinder anders!’. [...] Es erleichtert mir aber im Nachgang das Erklären: ‘Wie kam es zu diesen Ergebnissen?’*“ (Abs.52). Von TN5 wird es als relevant erachtet, dass die Lehrer mit in die Befunderhebung einbezogen werden, da diese ebenfalls Veränderungswünsche in Bezug auf den

Schulalltag haben. Auch TN7 zieht verschiedene Instanzen wie Optometristen, Kinderorthopäden, Heilpraktiker und Osteopathen hinzu, um organische und körperliche Defizite vor dem Beginn einer ergotherapeutischen Behandlung ausschließen zu können.

Im Rahmen der Befunderhebung wird in den Interviews deutlich, dass die Teilnehmer sowohl das Kind selbst (TN2, TN3, TN4, TN5, TN7), als auch das Umfeld des Kindes (TN1, TN2, TN3, TN4, TN5, TN6, TN7) mit einbeziehen: *„Also da ist eben sowohl das Kind immer gefragt in der Zielformulierung, altersentsprechend natürlich, aber natürlich auch das gesamte Umfeld“* (TN5, Abs.58). Ein Teilnehmer schildert die Schwierigkeit bei der Zielformulierung mit einem Kind mit FASD: *„[...] die haben oft dieses Unrechtsbewusstsein gar nicht [...], dieses Defizitgefühl ich werde ausgegrenzt oder ich bekomme den Knopf nicht zu, da kommt wenig“* (TN3, Abs.40).

## Dimension 2: Intervention

Alle Teilnehmer schildern ihr Vorgehen in der Intervention bei Kindern mit FASD. Laut Aussagen aller Teilnehmer findet diese im Einzelsetting statt. Drei Teilnehmer führen zusätzlich zur Einzelbehandlung eine Gruppenintervention durch (TN1, TN2, TN6). TN6 achtet darauf, *„[...] dass sowohl starke Kinder wie auch nicht starke Kinder in einer Gruppe sind, weil wir schon denken der eine lernt von dem Anderen“* (Abs.130). Ein anderer Teilnehmer wiederum äußert: *„So Kleingruppen ist für FASDler [die] absolute Vollkatastrophe, ist viel zu viel Reizüberflutung, kommen die überhaupt nicht mit klar“* (TN7, Abs.122). Eine überlegte Auswahl der Räumlichkeiten, in der die Therapie stattfindet, wird aufgrund der Reizoffenheit der Kinder von zwei Teilnehmern ebenfalls als wichtig erachtet (TN6, TN8).

Im Interview nennen die Teilnehmer verschiedene Konzepte, die sie bei Kindern mit FASD anwenden. Diese werden in der folgenden Tabelle dargestellt. Eine Erklärung befindet sich im Glossar (→G.)

Tabelle 6: Ergotherapeutische Behandlungskonzepte

Ergotherapeutisches Behandlungskonzept	Anzahl der Teilnehmer	Quelle
Marburger Konzentrationstraining	5 Teilnehmer	TN1, Abs.96; TN2, Abs.8; TN5, Abs.70; TN6, Abs.126; TN8, Abs.100
Alert-Program	2 Teilnehmer	TN3, Abs.123; TN4, Abs.81
Lauth und Schlottke	2 Teilnehmer	TN5, Abs.70; TN6, Abs.126
Attentioner-Training	1 Teilnehmer	TN8, Abs.100
Ergotherapeutisches Sozialkompetenz-Training	1 Teilnehmer	TN2, Abs.26
IntraActPlus	1 Teilnehmer	TN3, Abs.42
Sensorische Integrationstherapie	1 Teilnehmer	TN3, Abs.58

SI-Mototherapie	1 Teilnehmer	TN7, Abs.167
CO-OP/ Strategieentwicklung	1 Teilnehmer	TN6, Abs.64

Aus den Interviews geht hervor, dass alle Teilnehmer ergotherapeutische Behandlungskonzepte bei der Arbeit mit Kindern mit FASD nutzen. Kein Teilnehmer wendet jedoch das Konzept vollständig an, sondern adaptiert es oder bedient sich an einzelnen Elementen: *„Ich habe praktisch ein riesen Baukastensystem und nehme raus was ich brauche [...]“* (TN3, Abs.123).

Mehrere Teilnehmer betonen, dass es bei Kindern mit FASD nicht möglich ist ein einheitliches Programm durchzuführen und eine individuelle Herangehensweise notwendig ist (TN2, TN3, TN5, TN6, TN8). TN5 äußert diesbezüglich: *„Also aus meiner Sicht wäre das verlogen, wenn man sich dahinstellt und sagt: ‘Hier ist das Rezept, das kannst du jetzt machen, so geht die FAS Behandlung, viel Spaß‘“* (Abs.100). Auch wenn es, laut Aussagen aller Teilnehmer, keine pauschale Vorgehensweise für die Behandlung von Kindern mit FASD gibt, schilderten sie ihre Erfahrungen hinsichtlich unterschiedlicher Methoden:

Grundsätzlich stellen fünf Teilnehmer insbesondere die Relevanz von Routine und Struktur innerhalb der Behandlung bei Kindern mit FASD heraus (TN1, TN3, TN6, TN7, TN8). Ein Teilnehmer hebt diesbezüglich hervor: *„Ganz viel Struktur. Die Behandlungen sollten ähnlich sein. [...], dass man nicht zu viel variiert, nicht zu viel Neues sollte man auch nicht unbedingt einführen in die Behandlung, sondern erstmal bei einer Sache bleiben oder bei zwei Sachen“* (TN8, Abs.145).

Fünf Teilnehmer berichten über gute Erfahrungen mit dem Einsatz von Belohnungssystemen bei der Behandlung von Kindern mit FASD (TN1, TN3, TN6, TN7, TN8). Die Art der Belohnung gestalten die Teilnehmer unterschiedlich. Einige Teilnehmer arbeiten mit einem Punktesystem (TN1, TN7, TN8), bei dem die Kinder als Belohnung beispielsweise *„Fußballkarten“* (TN7, Abs.71) erhalten, mit den *„Hunden spielen“* (TN7, Abs.108) können, oder die letzten zehn Minuten nach eigenem Wunsch gestalten dürfen (TN8). TN3 arbeitet nach dem Baustein Feedback im Sekundenfenster (→G.) des IntraActPlus-Konzeptes. Diesbezüglich stellt er heraus: *„[...] Und mit diesem super genauen in die Sekunde hinein rausnehmen, hat das Kind unbewusst verknüpft, ich habe gerade das gemacht. Und positives wird sofort mit Worten gelobt [...]“* (TN3, Abs.70). Außerdem hängt für TN3 eine Belohnung auch immer mit einer Konsequenz zusammen: *„[...] weil, wenn eine Belohnung wegfällt, ist es eine Konsequenz“* (Abs.70). *„Aber bei den Kindern mit FASD hat das oft Grenzen, weil die oft diesen Weitblick nicht haben“* (TN3, Abs.58). TN7 merkt an, dass Kinder mit FASD nicht mit Essen belohnt werden sollten: *„Weil für die ist: ‘Ich komme da hin und ich krieg was zu essen’. Darauf legen die dann nur noch den Wert und die ganze Therapie dreht sich darum, dass sie da auf jeden Fall was zu essen kriegen“* (Abs.71).

Nach den Erfahrungen von TN5 profitieren Kinder mit FASD vom Lernen am Modell: *„Im schulischen Bereich fällt auch immer wieder auf, dass diese Kinder besser damit klarkommen, wenn ihnen Arbeitsanweisungen erklärt und vorgemacht werden. Also es ist aus meiner Erfahrung [...] so, dass Modelllernen als solches in allen Bereichen das A und O ist“* (Abs.44).

Eine andere Methode, welche die Teilnehmer in der Behandlung anwenden, ist das gemeinsame Entwickeln von Strategien in Anlehnung an das CO-OP (TN2, TN5). TN2 erläutert dahingehend:

*Also das man nochmal bespricht mit den Kindern: ‘Was brauchst du denn um Roller fahren zu können?’. Also das sie nochmal überlegen ‘Auf was muss man denn da achten?’, aha, du musst nach vorne gucken, du darfst den Kopf nicht nach hinten machen, du musst auf Hindernisse achten [...].* (TN2, Abs.50)

Vier Teilnehmer empfehlen das Erstellen und Einsetzen von Bildkarten oder anderen visuellen Orientierungshilfen, um den Kindern Struktur zu vermitteln sowie ihre Eigenorganisation und Handlungsplanung zu fördern (TN2, TN3, TN5, TN7). *„Also ganz viel beschriften, alles an die Schränke, irgendetwas laminiertes mit einem Foto dran, damit die sich einfach viel besser zurechtfinden und nicht nachlesen müssen und ein Anfangsimpuls geben, weil die stehen da manchmal im Chaos [...]“* (TN2, Abs.46). TN2 berichtet insbesondere von positiven Erfahrungen mit der Verwendung von Fotos, die die Kinder selbst abbilden: *„[...] das ist sogar für viele Kinder leichter zu verknüpfen, weil sie sich manchmal selber auf den Fotos sehen“* (TN2, Abs.85). TN7 merkt an, dass die Bildkarten zielgerichtet platziert werden sollten: *„Dann machen wir wirklich Pläne und die hängen dann überall an den Orten, wo das Kind das braucht und das hilft den Kindern ungemein. Die visuelle Kontrolle, was muss ich nochmal wann und wie machen?“* (Abs.77).

Bei auftretenden Wutausbrüchen in der Behandlung, arbeitet TN7 nach der Festhaltetherapie: *„Ich setze mich dann mit dem auf den Boden und halte den so lange fest bis der gewütet hat und über den Punkt drüber ist, und dann weinend auf dem Boden liegt [...]“* (Abs.87). Ein weiterer Teilnehmer hat gute Erfahrungen damit gemacht, Kindern mit FASD in überfordernden Situationen eine Auszeit zu bieten. Er befreit sie von überfordernden Reizen, um einen Wutausbruch zu vermeiden: *„[...] der hatte dann immer so eine Hütte und durfte die zumachen [...]“* (TN1, Abs.156).

TN6 legt Wert darauf, dass Kinder mit FASD lernen ihre Emotionen einzuschätzen und zu verbalisieren: *„Bin ich sauer, bin ich traurig, bin ich fröhlich“* (Abs.126). Diesbezüglich setzt er Metacom-Karten (→G.) zur Unterstützung ein.

TN6 berichtet auch über positive Erfahrungen mit dem Einsatz des Spio-Anzuges (→G.) bei Kindern mit FASD:

*Ich habe ein Kind was ich mit FAS hatte und da haben wir einen Spio Anzug verordnet. Die hat so einen Unterschied gehabt, also das Kind war Tag und Nacht. [...] Die war vorher so bollerich und laut, weil sie sich eben immer wieder etwas gesucht hat und mit diesem Spio Anzug sagt sie, das war ein ganz anderes Kind. (Abs.82)*

Zwei Teilnehmer unterstreichen grundsätzlich die Notwendigkeit von Therapieaufgaben. Diese sollen im häuslichen Setting mit den Eltern bearbeitet werden, um einen Alltagstransfer und eine erfolgreiche Therapie zu gewährleisten (TN7, TN8). „[...] [N]ur wenn ich Hausaufgaben mitgebe und die machen das Zuhause, nur dann sind wir erfolgreich“ (TN7, Abs.19).

Drei Teilnehmer berichten von ihren positiven Erfahrungen im Hinblick auf den Einsatz des Mediums Tier (TN3, TN4, TN7). TN3 und TN4 setzen ihre Therapiehunde bei der Arbeit mit Kindern mit FASD ein, während TN7 mit Therapiepferden arbeitet. Die Tiere tragen laut der Aussage von TN3 und TN4 zur Förderung der Selbstregulation bei, da sie dem Kind ein direktes Feedback geben. „Das Mädchen merkt einfach, [...] wenn ich selbst ruhig bin, dann trabt das Pferd und geht das Pferd am Zügel [...] und sie bekommen gleich eine Rückmeldung“ (TN4, Abs.42). TN7 schildert diesbezüglich:

*So ein Erwachsener streichelt dem Kind vielleicht über den Kopf oder sagt dann: ‘super, toll.’ Und der Hund ist so: ‚oh hallo, hallo, hallo, schleck mich ab, streichel mich!’ Sofort der taktile Reiz: weich, warm. Ein Herzschlag, da ist sofort das Feedback bei den Kindern. (Abs.112)*

TN3 erklärt, dass insbesondere der Einsatz des Hundes eine beruhigende Wirkung auf Kinder mit FASD hat: „Wann ist der Hund nicht aufgeregt? Wenn das Kind nicht aufgeregt ist. Für FASD Kinder ein riesen Geschenk, wenn die einen Zugriff darauf bekommen“ (Abs.121). Nach der Erfahrung von TN7 unterstützt der Einsatz der Therapiehunde den Beziehungsaufbau zu Kindern mit FASD. Diesbezüglich erläutert er folgendes Beispiel von einem Mädchen mit FASD: „[...] die ist bei dem Hund total aufgeblüht. Die hat, wenn der Hund nicht dabei war, mit mir kein Wort gesprochen. [...] War der Hund dabei, war sofort der Kontakt da und die hat sofort mit mir kommuniziert“ (TN7, Abs.41). In diesem Zusammenhang erklärt TN7, dass er die Hunde entsprechend des Therapieschwerpunktes einbezieht:

*Wenn ich natürlich einen schweren FASD-Fall habe, wo ich weiß, dass zum Beispiel gerade eher Beziehungsarbeit total wichtig ist, da setze ich fast nur die Hunde ein. Wenn ich aber Kinder habe,*

*die sind in der Schule und da hapert es zum Beispiel total im Mengenverständnis, dann machen wir tiergestützte Therapie mit Leckerlis, um da das Mengenverständnis voranzubringen. (Abs.87)*

Im Hinblick auf den Einsatz des therapeutischen Mediums Pferd wird der Alltagstransfer von TN4 als Herausforderung angesehen: *„Das ist natürlich diese große Schwierigkeit, dass wir diesen Transfer schaffen müssen, der erstmal scheinbar wenig miteinander zu tun hat“ (Abs.67).*

### Dimension 3: Evaluation

Die Evaluation der Behandlung dient der Ermittlung von Veränderungen im Hinblick auf die Erstbewertung und schließt die Reflektion der eigenen Arbeit ein (Boyt Schell et al., 2014).

Die Teilnehmer nennen im Rahmen des Interviews unterschiedliche Methoden, um ihre Arbeit zu reflektieren. Eine Methode stellt, laut der Aussage von drei Teilnehmern, der Abgleich zwischen dem Eingangsbefund und dem aktuellen Therapiestand dar (TN2, TN3, TN6). Die Evaluation des Behandlungsprozesses erfolgt jedoch laut TN3 nicht nur im therapeutischen Setting, sondern auch im Alltag des Kindes: *„[...] und dann bekommt man ja Rückmeldung von den Eltern, was hat sich Zuhause verändert und das können mir komischerweise die Kinder auch sagen [...]. Wenn Eltern auf einmal wieder geschminkt ankommen, weil sie vorher die Zeit gar nicht hatten“ (Abs.60).* Andere Teilnehmer benennen die Therapiedokumentation (TN1, TN8), das Schreiben von Berichten (TN1, TN6), Teamsitzungen (TN1, TN2, TN3, TN5, TN6, TN8), *„Patientenfragebögen“ (TN3, Abs.91), „Supervisionen“ (TN6, Abs.106)* sowie den Austausch mit Kollegen (TN5, TN6, TN7, TN8,), Praktikanten (TN5, TN7, TN8,) und dem privaten Umfeld (TN6, TN7) als Möglichkeiten, um ihre eigene ergotherapeutische Arbeit mit Kindern mit FASD zu reflektieren.

TN1 äußert, dass im Rahmen der Evaluation entschieden wird, ob das Fortführen der ergotherapeutischen Behandlung sinnvoll ist. Wenn ersichtlich wird, dass die aufgestellten Therapieziele des Kindes mit FASD erreicht sind, dann schließt TN6 die Behandlung ab: *„Man kann Kinder auch kaputt therapieren [...]. Das spricht ja auch für mich, ich habe mein Ziel erreicht und die Ziele auch für das Kind erreicht [...]“ (Abs.104).* Auch TN8 bringt einen Aspekt ein, der seiner Erfahrung nach für einen Abschluss der Therapie spricht: *„[...] man hat ja auch manchmal therapiemüde Kinder, wo man dann einfach merkt, die Motivation ist so raus, die kommen schon drei bis vier Jahre und die wollen dann auch nicht mehr kommen“ (Abs.114).* Im Gegensatz dazu hebt TN5 hervor:

*Ich bin vorsichtig damit immer Therapieende zu sagen, weil für Kinder und Eltern ist es eben oft so, dass der Therapeut auch so ein Ankerpunkt ist. [...] Die Rückmeldung ist, dass sie das schöner*

*finden, wenn man dann sagt: „Wir gehen in Therapiepause und sie wissen, sie dürfen jederzeit anrufen, wenn irgendwas mal ist“, dann haben sie nicht das Gefühl allein gelassen zu werden und das, find ich, ist einfach wichtig, weil Therapie endet ja nicht an dem Punkt wo jetzt alles gut ist, weil es ist ja eigentlich nie wirklich gut. (Abs.82)*

Im Rahmen dessen erwähnt TN5 jedoch auch, dass eine Therapiepause nicht pauschal bei allen Kindern mit FASD sinnvoll ist: *„Ich habe aber auch Kinder, wo eine Pause therapietechnisch tödlich ist. Die können nicht in Pause gehen, weil in dem Moment, wo sie in die Pause gehen, verlieren sie alles das, was sie erarbeitet haben“* (Abs.62). Wenn es zu einem Abschluss der Therapie kommt oder eine Therapiepause eingeleitet wird, dann wird ein runder Abschied als notwendig angesehen (TN1, TN3, TN5, TN7, TN8).

## Dimension 4: Elternarbeit

Die Dimension Elternarbeit wird neu zu der Forschungsarbeit hinzugefügt, da alle Teilnehmer diese in der Behandlung von Kindern mit FASD als wichtigen Bestandteil ansehen. Im Interview nennen die Teilnehmer vor allem die Arbeit mit den Pflegeltern des betroffenen Kindes. TN3 berichtet von großen Erfolgen, wenn die Eltern des Kindes mit in die Behandlung einbezogen werden, da somit Veränderungen in seinem Umfeld geschaffen werden können.

Drei Teilnehmer berichten, dass ein Elterngespräch meist in Form eines Übergabegespräches zu Beginn oder am Ende einer Einheit stattfindet. Für ein ausführliches Elterngespräch wird dann ein gesonderter Termin vereinbart (TN4, TN6, TN8). Die Inhalte des Elterngespräches lassen sich den Aspekten Information und Aufklärung, Anleitung sowie Beratung zuteilen. Dem Informieren und Aufklären wird von TN3 eine große Relevanz zugeschrieben: *„Natürlich Wissensvermittlung. Ich frage dann auch wenn das Kind nicht dabei ist, meistens schon beim ersten Mal, wenn die wissen, dass es um eine Alkoholembryopathie geht: ‘Was wissen sie denn darüber’. Oft erschreckend wenig“* (Abs.64). Information und Aufklärung werden beispielsweise in Bezug auf die Probleme im häuslichen Umfeld (TN2), die Entwicklung des Kindes sowie den zukünftigen Werdegang (TN8) gegeben. Außerdem schildert TN2, dass die Erwartungen an die Therapie innerhalb des Elterngespräches thematisiert werden. Die Eltern werden darüber aufgeklärt, dass die Erwartungen nicht zu hoch gesteckt werden sollten: *„[...] weil ganz häufig der Satz fällt: ‘Der ist doch aber fünf, das muss der doch können‘“* (TN2, Abs.44). TN5 legt Wert darauf, den Eltern innerhalb des Gespräches den Raum zu bieten, sich frei äußern zu können: *„Ich darf hier sagen, was mir auf der Leber liegt, ich darf auch mal weinen, ich darf unglücklich sein, ich darf auch aussprechen, dass es mich belastet“* (Abs.64). Ein anderer informativer

Aspekt des Elterngesprächs ist laut TN8: „[...] , dass die Eltern mal die guten Seiten sehen von dem Kind und nicht immer nur das Schlechte, sondern auch sehen was das Kind eigentlich alles kann“ (Abs.94).

Einen großen Stellenwert in der Elternarbeit nimmt nach Aussage von fünf Teilnehmern die Anleitung und Schulung der Eltern ein, um einen Alltagstransfer zu gewährleisten (TN2, TN3, TN5, TN7, TN8). TN2 und TN3 schildern in diesem Zusammenhang, dass die Eltern immer in die Behandlung einbezogen werden: „[...] wir arbeiten hier niemals mit dem Kind alleine, [...] sondern wir schulen die Eltern und ihren Blick. Wir arbeiten so, dass die das mit nach Hause nehmen können, dass die sicher sind im Umgang mit ihren Kindern und den Besonderheiten“ (TN3, Abs.6).

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer nimmt innerhalb der Elternarbeit eine beratende Rolle ein (TN1, TN2, TN3, TN5, TN6, TN7, TN8). „Der beratende Anteil ist fast 50 Prozent“ (TN8, Abs.145). TN2 und TN3 beraten hinsichtlich verschiedener Leistungen, die dem Kind mit FASD und seiner Pflegefamilie zustehen: „Angefangen von: Sie können ihr Kind diagnostizieren lassen, Sie haben Anspruch auf Behindertenhilfe, weißer Ring, Opferhilfe, dies das. Das ist gar nicht mein Job, aber ohne dem kann ich gar nicht arbeiten [...]“ (TN3, Abs.32). Darüber hinaus merkt TN3 jedoch an: „Aber ich muss auch immer vorsichtig sein mit dem was ich rate, weil die wollen natürlich ihren Kindern helfen, haben aber oft gar nicht die Kraft. Wo ich dann doch erstmal zu einer Erholungskur rate [...]“ (Abs.32). Auch TN2 und TN6 empfehlen den Pflegeeltern regelmäßig eine Kur zu machen.

Für TN3 ist es wichtig, die Eltern in Bezug auf die Stigmatisierung zu beraten und zu schulen: „[...] Umgang mit den Nachbarn, Umgang mit allgemein der Bevölkerung. Wie gehe ich damit um, wenn ich angeblöfft werde, weil ich soll mal mein Kind besser erziehen“ (Abs.64). Diese Thematik verdeutlicht er durch spontane Rollenspiele: „[...] dass die auch mal in die Rolle des Anderen kommt. Oder [...], dass ich mit denen auch verschiedene Variationen durchspiele“ (Abs.68).

Einige Teilnehmer führen auch eine vermittelnde Rolle im Rahmen der Beratung aus (TN2, TN3, TN6): „Was ist danach, wenn sie hier raus sind? Dann brauchen sie etwas. Was folgt dann? [...] Was kann man noch alles machen?“ (TN6, Abs.94). Dahingehend spricht TN3 die Notwendigkeit einer guten Vernetzung an. Den Pflegeeltern werden Möglichkeiten aufgezeigt, über die sie mit anderen Betroffenen in Kontakt treten können, wie beispielsweise über das Forum „REHAKids“ (TN3, Abs.64).

Drei Teilnehmer beraten neben den Pflegeeltern des betroffenen Kindes auch Pädagogen (TN2, TN3, TN5): „Erzieher und Lehrer wissen gleich gar nichts, ganz oft“ (TN3, Abs.64). Diesbezüglich werden die Umweltgestaltung, der Einsatz von Hilfsmitteln (TN3) sowie das Anpassen von Anforderungen (TN2) als wichtige Themen aufgezählt.

Ein Teilnehmer spricht auch einen kritischen Aspekt der Elternarbeit an: „[...] wir haben nur 45 Minuten meistens und in der Zeit sollen wir dann alles machen [...]. Dann immer ein Elterngespräch führen, das ist einfach nicht immer möglich, weil dann bleibt die Zeit für das Kind ja gar nicht mehr“ (TN8, Abs.132).

## 6.4 Der Ergotherapeut

Ergotherapeuten verfolgen das Ziel, den Klienten bei der Durchführung der für ihn bedeutungsvollen Betätigungen zu stärken (DVE, 2007). Die Teilnehmer beschreiben persönliche Kompetenzen, Qualifikationen, Erfahrungen und Orientierungshilfen, die sie dahingehend in der Behandlung von Kindern mit FASD unterstützen.

### Dimension 1: Qualifikationen

Unter der Dimension Qualifikationen führen die Teilnehmer Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an, die ihnen in der Behandlung von Kindern mit FASD von Nutzen sind. Drei Teilnehmer schildern, dass sie die Inhalte aus einer Fortbildung zum IntraActPlus Konzept nach Jansen und Streit (2006) in der ergotherapeutischen Behandlung anwenden (TN1, TN2, TN3). TN2 erläutert diesbezüglich: „Das mache ich auch gerne, gerade wenn der Schwerpunkt wirklich Sozialverhalten ist“ (Abs.107). Vereinzelt werden von den Teilnehmern noch weitere Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen genannt, die nachfolgend aufgezählt werden: „Marburger Konzentrationstraining“ (TN2, Abs.8), „Ergotherapeutisches Sozialkompetenz-Training“ (TN2, Abs.107), „Traumatherapie“ (TN3, 115), „Lauth und Schlottke“ (TN3, Abs.125), „Bobath am Pferd“ (TN4, Abs.105), „Systematische Familientherapie“ (TN5, Abs.100), „SI-Mototherapie“ (TN7, Abs.167), „Tiergestützte Therapie“ (TN7, Abs.167), „Sensorische Integrationstherapie“ (TN8, Abs.151) und die „Psychomotorik“ (TN8, Abs.151). Hinsichtlich FASD spezifischer Fortbildungen geben zwei Teilnehmer an, die Gemeinschaftsfortbildungen des FASD Deutschland e.V. besucht zu haben (TN2, TN5). TN5 bedauert, dass er bisher noch keine FASD Fortbildungen speziell für Ergotherapeuten gefunden habe. Ein anderer Teilnehmer berichtet von einer FASD Fortbildung für Ergotherapeuten, schildert jedoch dahingehend: „[...] da habe ich mich jedes Jahr angemeldet für diesen Kurs FASD spezifisch Ergotherapie und das ist jedes Mal nicht zustande gekommen, weil nicht genügend Interessierte da waren“ (TN2, Abs.113).

## Dimension 2: Erfahrungen

Die genannten Informationen der Teilnehmer hinsichtlich ihrer Erfahrungen, beziehen sich auf die angewendeten Behandlungsmethoden und werden dementsprechend unter der Variable *Ergotherapeutischer Behandlungsprozess* aufgeführt (→6.3).

## Dimension 3: Persönliche Kompetenzen

Die Dimension persönliche Kompetenzen beinhaltet das Fachwissen sowie die persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten der Teilnehmer, welche sie in der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern mit FASD benötigen. Drei Teilnehmer geben an, dass Humor eine Ressource im Behandlungsprozess darstellt (TN1, TN2, TN6). *„Auch, dass man sich nicht zu ernst nimmt, weil die so lustige Sachen raushauen. Also wenn du sagst: ‘Wir drücken mal ein Auge zu’, dann kommen die und machen das“* (TN2, Abs.103). Die Fähigkeit, dem Kind ehrlich, berechenbar und auf Augenhöhe gegenüber zu treten, wird ebenfalls als wichtig erachtet: *„Also einfach so dieses Reagieren auf das Kind, ohne von oben herab zu kommen und ohne irgendwelches pädagogisches Gelaber. [...] Das gehört bei den Kindern ganz doll dazu, berechenbar und ehrlich zu sein“* (TN3, Abs.109). Des Weiteren beschreibt TN2 die Strukturierungsfähigkeit als wichtige Kompetenz: *„Also ich bin selber sehr strukturiert und das finde ich auch wichtig. Ich glaube, das musst du haben, damit du das weitergeben kannst“* (Abs.103). Ein anderer Teilnehmer sieht die Flexibilität und Kreativität als wichtige Eigenschaft in der ergotherapeutischen Behandlung von Kindern mit FASD an: *„Meine Flexibilität. Und die Kreativität (...) Dinge immer adaptieren zu können“* (TN5, Abs.92). Trotzdem soll laut TN3 *„ein gewisses großes Maß an Klarheit und Konsequenz“* bewahrt werden (Abs.111). *„[...] [S]chon flexibel sein [...], aber trotzdem klar und berechenbar. [...] Und aber auch immer in seiner Mitte bleiben. Das nützt den Kindern, die haben ja alle einen Schwarzgurt im Machtkampf, dass man da einfach gelassen bleibt“* (TN3, Abs.111). Eine weitere unterstützende persönliche Kompetenz, stellt nach Aussage einiger Teilnehmer die Empathie dar (TN2, TN5, TN7). In diesem Zusammenhang nennt TN5 nicht nur das Einfühlungsvermögen für die Kinder, sondern betont auch, dass die Empathie für die Elternarbeit einen großen Stellenwert hat: *„Einfach meine Fähigkeit, viel Empathie auch für die Belastung der Eltern aufzubringen und sie da abzuholen und zu stärken, weil die sind halt sozusagen mein bestes Mittel, diese Kinder zu fördern“* (Abs.92). Dahingehend wird die Fähigkeit, die Eltern der Kinder zu motivieren, von zwei Teilnehmern besonders hervorgehoben (TN5, TN7). *„Wenn ich Eltern motivieren kann, mit mir zu arbeiten. [...] [E]infach die Angst zu nehmen was da auf sie zukommt und ihnen immer wieder Mut zu machen, dass der Weg auch irgendwann mit einem Licht versehen ist“* (TN5, Abs.92). Eine

weitere wichtige persönliche Kompetenz für die Behandlung von Kindern mit FASD ist laut TN7 das Fürsprechen:

*Ich sehe mich als Anwalt des Kindes und ich kann dem Kind nur helfen, wenn ich den Eltern klar mache, der macht das aus den und den Gründen. Und ich glaube das, das zeichnet mich aus, dass ich immer hinter dem Kind stehe. (TN7, Abs.157)*

Drei Teilnehmer schildern das Fachwissen über das Krankheitsbild als unterstützende persönliche Kompetenz (TN1, TN7, TN8). Dazu gehört unter anderem das Erkennen der Problembereiche des Kindes und das Wissen um eine geeignete Vorgehensweise. „[...] [I]ch kann erkennen, was das Kind für Problembereiche hat, und ich weiß, wie man die behandelt“ (TN7, Abs.25). Weitere Fertigkeiten und Eigenschaften, die von den Befragten genannt werden, sind das Interesse und die Freude an der Arbeit mit Kindern (TN1, TN3), Geduld (TN1, TN8), „*musikalisch*“ zu sein (TN1, Abs.182), Objektivität (TN6), die Beobachtungsgabe (TN6), Kommunikationsgeschick (TN2), Ruhe (TN2), Spontanität (TN3) sowie eine „*starke Mimik*“ (TN6, Abs.126).

## 7 Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrundes diskutiert und interpretiert. Die Beantwortung der zentralen Forschungsfrage mithilfe der drei Leitfragen sowie die Verknüpfung mit den theoretischen Vorüberlegungen, verdeutlichen die Vorgehensweise in der ergotherapeutischen Behandlung von Kindern mit FASD. Die Basis der Diskussion bildet die kanadische Modelltriple mit ihren Grundüberlegungen sowie ihrer Terminologie.

### 7.1 Leitfrage 1

Welche syndromspezifischen Besonderheiten zeichnen die Arbeit mit Kindern mit FASD aus?

Nach Thomsen et al. (2014) gibt es bei Kindern mit FASD kein einheitliches Schädigungsbild des Gehirns. Die Literatur liefert differente Darstellungen möglicher Funktions- und Verhaltensstörungen (→2.3.1). Die Studienteilnehmer bestätigen, dass jedes Kind individuelle Ausprägungen verschiedener Merkmale zeigt und somit im Einzelnen betrachtet werden sollte.

Die **Spiritualität** von Kindern mit FASD wird sowohl in der Literatur, als auch in den Teilnehmerinterviews deutlich. Sie werden unter anderem als „*zugewandt*“ (Thomsen et al., 2014, S.20), „*begeisterungsfähig*“ (TN2, Abs.40), „*wertschätzend*“ (TN7, Abs.67) und „*sehr interessiert*“ (TN1, Abs.200) beschrieben, was sich förderlich auf die ergotherapeutische Behandlung auswirkt. Die Forscherinnen schlussfolgern aus den genannten Eigenschaften, dass die Kinder eine hohe Bereitschaft zeigen, aktiv an der Therapie mitzuwirken.

Nach Thomsen et al. (2014) sind die Einschränkungen in der **physischen** Komponente überwiegend auf ausgeprägte Verarbeitungsstörungen verschiedener Wahrnehmungsbereiche zurückzuführen (→2.3.1.3). Mehrere Teilnehmer beschreiben im Interview die Unruhe sowie die Reizoffenheit der Kinder als hinderlich für den Behandlungsprozess. Auch aus den theoretischen Vorüberlegungen geht hervor, dass Kinder mit FASD Schwierigkeiten haben mehrere Stimuli gleichzeitig zu verarbeiten, was zu einer „*Reizüberflutung*“ (Landeck et al., 2012, S.24) führt.

Im Rahmen der **kognitiven** Komponente beschreiben die Teilnehmer die Lernproblematik der Kinder als besonders herausfordernd für die ergotherapeutische Behandlung, da Inhalte die bereits erarbeitet

wurden, häufig wieder vergessen werden. Thomsen et al. (2014) bestätigen diese Problematik und erwähnen, dass Regeln je nach Setting immer wieder neu erlernt werden müssen (→2.3.1.1).

Landgraf et al. (2016) schildern, dass Kinder mit FASD oftmals ein oppositionelles Verhalten mit einer geringen Impulskontrolle zeigen (→2.3.1.2). Auch die Teilnehmer stellen diese Problematik als Einflussfaktor für die ergotherapeutische Behandlung heraus. Sie sprechen von impulsivem sowie unberechenbarem Verhalten. Damit einhergehend wird eine geringe Frustrationstoleranz beschrieben, da die Kinder bei Misserfolgen schnell wütend und demotiviert sind. Ebenfalls als herausfordernd sehen einige Teilnehmer die gestörte Eigenwahrnehmung der Kinder an, da diese ihre Fähigkeiten oftmals unter- oder überschätzen und sich nur schlecht reflektieren können. Die Forscherinnen sind der Ansicht, dass die beschriebenen Einschränkungen der **affektiven** Komponente in der Behandlungsplanung besondere Beachtung finden sollten.

In den Interviews nennen die Teilnehmer verschiedene Betätigungsanliegen, die ihrer Erfahrung nach häufig in der Behandlung von Kindern mit FASD vorkommen. Auffällig ist, dass sie überwiegend betätigungsorientierte Anliegen schildern, die sich den Bereichen **Selbstversorgung, Produktivität** und **Freizeit** zuordnen lassen. Diese sind jedoch nicht kongruent zu den in der Behandlung formulierten Zielen. Einige Teilnehmer schildern funktionsorientierte Ziele, obwohl zuvor alltagsnahe Betätigungsanliegen erläutert wurden.

## 7.2 Leitfrage 2

Welche Umweltfaktoren beeinflussen die Behandlung von Kindern mit FASD?

Sowohl die Teilnehmeraussagen, als auch die Literaturrecherche ergeben hauptsächlich **institutionelle** und **soziale Umweltfaktoren**, die Einfluss auf das Kind mit FASD, sein Umfeld und auch auf die ergotherapeutische Behandlung nehmen.

Die theoretischen Vorüberlegungen verdeutlichen, dass ein großer Förderfaktor der **sozialen Umwelt** die Pflegefamilie des Kindes darstellt (→2.4.1.2). Kinder mit FASD wachsen in der Regel bei einer Pflegefamilie auf (Schindler, 2017). Diese können ihnen ein Zuhause bieten, in denen sie sich ihren Möglichkeiten entsprechend entfalten können (Thomsen et al., 2014). Die Teilnehmer bestätigen, dass die Pflegefamilie einen Förderfaktor für das Kind und die Behandlung darstellt. Wie in den theoretischen Vorüberlegungen dargestellt (→2.5.5) sind die Menschen aus dem unmittelbaren Umfeld eher in der Lage, die Schwierigkeiten und Stärken des Kindes wahrzunehmen und diese im

gemeinsamen Alltag konkret zu fördern. Einige Teilnehmer bestätigen, dass eine gute Compliance der Pflegefamilie besonders förderlich für die Behandlung ist.

Die **soziale Umwelt** kann jedoch für Kinder mit FASD auch eine Barriere darstellen. Wie die Studie von Kully-Martens et al. (2012) herausstellt, werden Kinder mit FASD oftmals mit Mobbing und Stigmatisierung konfrontiert. In diesem Zusammenhang berichten einige Teilnehmer von Rückschritten innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung, wenn die betroffenen Kinder Mobbing und Stigmatisierung ausgesetzt sind.

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer beschreiben den Besuchskontakt der leiblichen Eltern als Barriere für die ergotherapeutische Behandlung, weil die Kinder hinterher „oft sehr durcheinander“ (TN4, Abs.32) sind. Koponen et al. (2013) bestätigen mit ihrer Studie, dass ein Besuchskontakt der leiblichen Eltern das Kind mit FASD verängstigt und die Verhaltensprobleme verstärkt werden. Die Forscherinnen sehen darin die Notwendigkeit, dass diese Belastungssituation in der ergotherapeutischen Behandlung aufgegriffen wird.

Auch die institutionelle Umwelt stellt einen beeinflussenden Faktor für die ergotherapeutische Behandlung dar. Kraus de Camargo und Simon (2013) erachten eine Unterstützung von unterschiedlichen Fachpersonen in der Behandlung von Kindern mit FASD als sinnvoll, da diese in vielfältigen Bereichen Beeinträchtigungen erleben. Die Teilnehmer sind sich einig, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit einen positiven Einflussfaktor für die Behandlung darstellt, wenn eine Kontinuität besteht und alle Professionen die gleichen Strategien verfolgen. Kritisch wird jedoch von einem Teilnehmer der zeitliche Aufwand für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit betrachtet. Scheepers (2000b) hebt hervor, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im ambulanten Sektor weitaus schwieriger umzusetzen ist, als im klinischen Setting. Sie sieht den zeitlichen Aufwand als Barriere für eine Zusammenarbeit und führt die Vielfalt an überweisenden Ärzten und anderen Therapeuten sowie die langen Wege, als weitere problematische Faktoren auf. Nach Bährle (2016) zählen bei Ergotherapeuten unter anderem „vom Arbeitgeber angesetzte Teamsitzungen“ (S.26) sowie „Telefonate mit Ärzten wegen Verordnungen (Ausstellung, Änderung)“ (S.26) zur Arbeitszeit. Der Austausch mit anderen Disziplinen wird jedoch nicht explizit aufgeführt. In einer Studie von Albrecht (2016) wurden 729 angestellte Ergotherapeuten im Hinblick auf die Arbeitszeitverteilung und der zur Verfügung stehenden Zeit für Aufgaben wie Dokumentation, Teamsitzungen, Telefonate sowie Vor- und Nachbereitungszeit befragt. Die Studie ergab, dass den Therapeuten 5 bis 15% der Arbeitszeit für die genannten Aufgaben zur Verfügung stehen (Albrecht, 2016). Wie Kraus de Camargo und Simon (2013), sehen auch die Forscherinnen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Kindern mit FASD für

die ergotherapeutische Behandlung als förderlich an. Fraglich ist jedoch, wie diese im Arbeitsalltag umgesetzt werden kann, wenn die institutionellen Rahmenbedingungen nicht gegeben sind.

### 7.3 Leitfrage 3

Wie gestalten Ergotherapeuten den Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD?

Die Gestaltung des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses bei Kindern mit FASD wird in der Literatur wenig thematisiert (→2.5). Innerhalb der Experteninterviews schildern die Teilnehmer ihre Erfahrungen hinsichtlich einer ergotherapeutischen Behandlung bei Kindern mit FASD. Die im Experteninterview beschriebenen Erfahrungen der Teilnehmer, werden von den Forscherinnen den einzelnen Aktionspunkten des Prozessmodells CPPF zugeordnet.

Im Hinblick auf den Aktionspunkt **Eintreten/ initiieren** geht aus den Teilnehmerinterviews hervor, dass die betroffenen Kinder teilweise nicht mit einer diagnostizierten FASD in die ambulante ergotherapeutische Institution kommen. Grund dafür ist nach Aussage einiger Teilnehmer das fehlende Wissen der Bezugspersonen über das Syndrombild und die Möglichkeit einer Diagnosestellung sowie eine ungenügende Aufklärung von Seiten der Ärzte. Nach Spohr (2016) ist eine frühe Diagnose notwendig, um eine günstige Entwicklung zu gewährleisten und therapeutische, soziale und staatliche Hilfen einzufordern zu können. Die Forscherinnen sehen den Bedarf, den Bekanntheitsgrad des Syndrombildes durch Aufklärungsarbeit zu steigern. Auch die Teilnehmer halten dahingehend eine Wissensvermittlung durch die Ärzte für sinnvoll.

Eine Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen ist im § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V aufgeführt. Darin sind die Art und der Umfang der verordneten Heilmittel bei spezifischen Krankheits- und Störungsbildern festgeschrieben (Verband der Ersatzkassen, 2017). Bei der FASD, welche der ZNS-Schädigungen zugeordnet wird, zählt die sensomotorisch-perzeptive Behandlung als vorrangig verordnetes Heilmittel. Auch nach den Erfahrungen der Teilnehmer wird in der Regel dieses Heilmittel bei Kindern mit FASD verordnet. Diesbezüglich wird kritisch angemerkt, dass eine Behandlungszeit von 45 Minuten für ein Kind mit FASD zu gering ist: „[...] *Also wir brauchen einfach die Stunde, um wirklich arbeiten zu können*“ (TN3, Abs.20). Die Forscherinnen schlussfolgern, dass der zeitliche Umfang einer sensomotorisch-perzeptiven Behandlung nicht ausreicht, um sowohl dem Kind eine effektive Behandlung zu bieten, als auch dem informativen Austausch mit den Eltern gerecht zu werden.

Bei dem Aktionspunkt **Rahmenbedingungen klären** kommt es zum ersten persönlichen Kontakt zwischen dem Therapeuten, dem Kind mit FASD und den Angehörigen. Die überwiegende Mehrheit

der Teilnehmer schildert, dass eine Anamnese im Rahmen des Erstgesprächs mit den Pflegeeltern des Kindes stattfindet. Einige Teilnehmer sehen es in der Anamnese als sinnvoll an, Kleinkindfotos einzubeziehen, da die fazialen Auffälligkeiten bei einer FASD vor allem im Kleinkindalter deutlicher sichtbar sind. Die Forscherinnen gehen davon aus, dass ein Hinzuziehen der Fotos für den Therapeuten insbesondere dann von großer Bedeutung ist, wenn die Diagnose FASD noch nicht besteht. Bestimmte faziale Auffälligkeiten gelten als diagnostische Schlüsselkriterien einer FASD (Spohr, 2016), welche aus diesem Grund besondere Beachtung in der Anamnese finden sollten.

Mehrere Teilnehmer berichten, dass sie bei dem Erstgespräch selbst entwickelte Anamnesebögen nutzen. Nicht jedes Kind mit FASD hat die gleichen Defizite, mit der gleichen Ausprägung, in den gleichen Bereichen (→2.3.1). Daraus ergibt sich die Überlegung, ob ein allgemeiner Anamnesebogen bei Kindern mit FASD ausreicht oder ein spezifischer Bogen entwickelt werden sollte.

Spohr (2016) hebt die Notwendigkeit hervor, bei jedem Kind eine individuelle und ausführliche Befunderhebung durchzuführen, um seine Stärken und Schwächen zu identifizieren. Im Rahmen des Aktionspunktes **Erheben/ bewerten** kommen in der Regel Assessments und Testverfahren zum Einsatz, um plausible Erklärung für die Betätigungsanliegen zu finden (Davis, Craik & Polatajko, 2013). Aus den Experteninterviews geht jedoch hervor, dass die Teilnehmer das Durchführen von Tests und Assessments als kritisch ansehen. Sie schildern, dass die Kinder aufgrund einer geringen Konzentrationsspanne und einer eingeschränkten Handlungsplanung nicht das umsetzen können, was in den Tests gefordert wird. Aus diesem Grund nutzen die Teilnehmer das freie Beobachten, um die Stärken und Schwächen in der Betätigungsausführung zu erheben. Bisher gibt es keine Studien zur Anwendbarkeit von ergotherapeutischen Testverfahren und Assessments bei Kindern mit FASD. Auf Basis der Teilnehmeraussagen sind die Forscherinnen der Meinung, dass die freie Beobachtung eine geeignete Möglichkeit bietet, um die Schwierigkeiten und Ressourcen des Kindes zu erheben. Die positiven Erfahrungen der Teilnehmer mit der freien Beobachtung sind lediglich auf ihre interne Evidenz zurückzuführen. Aus diesem Grund wird eine weiterführende Forschung im Hinblick auf geeignete ergotherapeutische Befunderhebungsinstrumente bei Kindern mit FASD als relevant angesehen, um eine externe Evidenz zu gewährleisten (→9).

Bei dem Aktionspunkt **Sich auf Ziele einigen/ planen** wird der Klient dazu befähigt, eigene Ziele zu definieren. Das repräsentiert den Kern des Enablements und bildet nach Townsend und Polatajko (2013) die Grundlage für die aktive Beteiligung und Klientenzentrierung. Während einige Teilnehmer der Meinung sind, dass die Kinder selbst Ziele benennen sollten, um die intrinsische Motivation zu steigern, betonen andere Teilnehmer, dass die Kinder aufgrund einer schlechten Selbst- und

Problemwahrnehmung nicht dazu in der Lage wären. An dieser Stelle sollte nach Ansicht der Forscherinnen die Klientenzentrierung berücksichtigt und somit dem Kind ermöglicht werden, Betätigungsanliegen zu benennen. Diesbezüglich bleibt die Frage offen, welche Möglichkeiten bestehen, Kinder mit FASD darin zu unterstützen, ihre Ressourcen und Defizite wahrzunehmen und dementsprechend Veränderungswünsche zu äußern.

Im Aktionspunkt **Plan umsetzen** wird, abhängig von den individuellen Betätigungsanliegen und Zielen, der Behandlungsplan aufgestellt und umgesetzt (Davis, Craik & Polatajko, 2013). Mehrere Teilnehmer schildern, dass es bei Kindern mit FASD nicht möglich ist, ein einheitliches Programm durchzuführen. Die Behandlung muss an die Betätigungsanliegen und unter Berücksichtigung der syndromspezifischen Besonderheiten individuell an das Kind angepasst werden.

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer ist sich einig, dass insbesondere die Aspekte Routine und Struktur in der ergotherapeutischen Behandlung von Kindern mit FASD eine große Rolle spielen. Auch nach Ansicht der Forscherinnen sollten diese Faktoren in der Behandlungsdurchführung berücksichtigt werden, um nachhaltige Therapieerfolge zu erzielen. Thomsen et al. (2014) schildern, dass Kinder mit FASD viele Wiederholungen benötigen, um etwas „fest abspeichern“ (S.31) zu können. Die Forscherinnen ziehen daraus den Rückschluss, dass eine routinierte und strukturierte Vorgehensweise unerlässlich ist, damit das Kind die Inhalte aus der Therapie abspeichern kann. Auch aus dem Artikel von Kalberg und Buckley (2007) geht hervor, dass eine klare Strukturierung unerlässlich ist, um Kindern mit FASD das Lernen zu erleichtern (→A.9).

Einige Teilnehmer beschreiben außerdem positive Erfahrungen in der Anwendung des Modelllernens, der Visualisierung und des Belohnungssystems, um das Lernen der Kinder zu unterstützen. Ein Teilnehmer stellt in Bezug auf das Belohnungssystem jedoch auch die Problematik heraus, dass die Kinder „oft diesen Weitblick nicht haben“ (TN3, Abs.58). Die Forscherinnen schlussfolgern aus dieser Aussage, dass ein Belohnungssystem nur begrenzt angewendet werden kann, da sich Kinder mit FASD oftmals der Verknüpfung zwischen einer Handlung und der daraus folgenden Konsequenz nicht bewusst sind.

In der Literatur wird das Medium Tier als Teil der ergotherapeutischen Behandlung postuliert, um die Interaktionsfähigkeit und Motivation zu steigern. Darüber hinaus kann es zu einer gesteigerten Compliance und einem zielgerichteten Verhalten führen (Junkers, 2015). Einige Teilnehmer bestätigen positive Erfahrungen im Hinblick auf den Einsatz ihrer Tiere in der Behandlung. Die Teilnehmer, die mit dem Medium Hund arbeiten, stellen einen Alltagstransfer eindeutig und als wirkungsvoll heraus. Im Gegensatz dazu sieht der Teilnehmer, der mit dem Medium Pferd arbeitet, darin eine

Herausforderung.

Alle Teilnehmer erachten insbesondere die Elternarbeit in der Behandlung von Kindern mit FASD als wichtigen Bestandteil, um Veränderungen im Umfeld des Kindes zu erreichen. Auch die Studie von Stigler und Thierfelder (2013) belegt, dass ein intensiver Einbezug der Eltern zu einer effektiveren Behandlung führt und die aufgestellten Ziele in einer kürzeren Zeit erreicht werden. Um einen Alltagstransfer zu gewährleisten, beziehen mehrere Teilnehmer die Eltern in die Behandlung ein. Andere Teilnehmer berichten von einem Kontakt über separate Eltern- oder Übergabegespräche. Unter Berücksichtigung der theoretischen Vorüberlegungen sowie der geschilderten Erfahrungen, sehen die Forscherinnen eine Kombination aus beiden Varianten als relevant für einen gelungenen Alltagstransfer an.

Sowohl die Literatur, als auch die Teilnehmerinterviews deuten darauf hin, dass der Ergotherapeut in der Elternarbeit vor allem eine informierende, anleitende und beratende Rolle einnimmt. Nach Ansicht der Forscherinnen ist vor allem der beratende Anteil innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung notwendig, um den belasteten Eltern unterstützende Hilfen aufzuzeigen (→2.4.2).

Die Effektivität der Elternarbeit hängt nach den Erfahrungen einiger Teilnehmer von der Compliance der Eltern ab und stellt die Grundvoraussetzung für die ergotherapeutische Behandlung dar. Ohne die Compliance der Eltern kommt es laut Aussagen dieser Teilnehmer zu einem Behandlungsabbruch. Daraus schlussfolgern die Forscherinnen, dass die Elternarbeit unerlässlich für die Behandlung von Kindern mit FASD ist.

Im Rahmen des Aktionspunktes **Überwachen/ verändern** wird der Behandlungsplan im Hinblick auf die therapeutischen Strategien überprüft, um gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen (Davis, Craik, Polatajko & 2013). Alle Teilnehmer benennen im Rahmen des Interviews unterschiedliche Methoden, um ihre ergotherapeutische Arbeit zu reflektieren. Keiner der Teilnehmer erwähnt jedoch explizit, dass eine fortlaufende Evaluierung während des Behandlungsprozesses stattfindet, um diese gegebenenfalls zu adaptieren.

Der Aktionspunkt **Ergebnis bewerten** beinhaltet, dass ein Erreichen der Betätigungsziele überprüft und somit das Ergebnis der Therapie evaluiert wird (Davis, Craik & Polatajko, 2013). Eine Studie von Merklein de Freitas et al. (2015) stellt heraus, dass bei deutschen Ergotherapeuten ein Überprüfen der Therapieziele in der Evaluationsphase im Vordergrund steht, eine Out-come Messung durch eine Wiederholung von Assessments jedoch häufig nicht stattfindet. Auch aus den Teilnehmerinterviews geht hervor, dass die Teilnehmer zwar die aufgestellten Therapieziele überprüfen, jedoch keine

gezielte Out-Come Messung durchführen. Die Schlussfolgerung von Merklein de Freitas et al. (2015), dass eine Out-Come Messung auf Handlungs- und Partizipationsebene vermehrt genutzt werden sollte, lässt sich nach Ansicht der Forscherinnen auch auf die Behandlung von Kindern mit FASD übertragen.

In Bezug auf den Aktionspunkt **Beenden/ abschließen** berichten die Teilnehmer von unterschiedlichen Vorgehensweisen und Erfahrungen. Einige sehen einen Abschluss oder eine Pause der Therapie als Herausforderung an, da ein Kind mit FASD alle erarbeiteten Strategien wieder vergisst. Andere Teilnehmer halten einen Abschluss der Therapie für notwendig, um die Kinder nicht „kaputt [zu] therapieren“ (TN6, Abs.104).

Für die Forscherinnen ergibt sich dahingehend die Frage, woran festgemacht werden kann, wann das Abschließen der Behandlung bei Kindern mit FASD sinnvoll ist. Zum einen steht fest, dass bei den Kindern lebenslange Einschränkungen bestehen, da eine FASD nicht heilbar ist. Andererseits ist es auch wichtig zu beachten, dass ein Kind nicht „übertherapiert“ (Landeck et al., 2012, S.28) wird. Die Forscherinnen sehen eine hohe Verantwortung beim Therapeuten, der darauf achten muss, dem Kind „[s]oviel Therapie wie möglich, aber auch nur soviel wie nötig“ (Landeck et al., 2012, S.28) zu bieten.

## 7.4 Leitfrage 4

Welche besonderen Kompetenzen muss der Ergotherapeut für die Behandlung von Kindern mit FASD mitbringen?

Die Teilnehmer schildern, dass sie, je nach Behandlungsschwerpunkt, Inhalte aus verschiedenen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in die Behandlung von Kindern mit FASD einbeziehen. Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen steigert in erster Linie die Sicherung der Qualität und führt zu einer Erweiterung des Leistungsspektrums (Hucke & Gans, 2009). Auch ein Teilnehmer erklärt dahingehend: „[...] was mir auch immer hilft, sind wirklich diese Fortbildungen, wo ich immer wieder [...] gezwungen bin, mich mit aktuellen Sachen zu beschäftigen“ (TN3, Abs.91). Das stetige Informieren und Weiterbilden stellt im Rahmen der Schlüsselkompetenz **Spezialisieren** eine wesentliche Rolle für die ergotherapeutische Arbeit dar (→2.6.1). Ein Teilnehmer betont passend dazu: „Ich wäre generell auch dafür [...], dass man auch für solche Krankheitsbilder einfach gewisse Fortbildungen haben muss, damit man nicht einfach drauf los therapiert“ (TN7, Abs.176). FASD-spezifische Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Ergotherapeuten werden laut Aussage der Teilnehmer bisher jedoch nicht angeboten oder kommen aufgrund einer zu geringen Teilnehmeranzahl nicht zu Stande. Es

besteht allerdings die Möglichkeit, sich in angrenzenden Themen weiterzubilden (Stigler & Thierfelder, 2013). Auch die Teilnehmer bildeten sich in angrenzenden Themen fort und schildern positive Erfahrungen in der Anwendung ihrer neu erlernten Fähigkeiten und ihres hinzugewonnenen Wissens in der Behandlung. Obwohl die Teilnehmer an keinen ergotherapiespezifischen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für FASD teilgenommen haben, berichten sie auf der Grundlage ihrer Qualifikationen und Erfahrungen von Therapieerfolgen. Trotzdem sehen die Forscherinnen, wie auch Hücke und Gans (2009) herausgestellt haben, einen Bedarf an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in diesem speziellen Bereich, um die Qualität der Behandlung zu steigern.

Über die erworbenen Fähigkeiten der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen hinaus, bringt der Ergotherapeut persönliche Kompetenzen mit, die bei der Behandlung von Kindern mit FASD benötigt werden. Die Teilnehmer nennen in diesem Zusammenhang eine große Vielfalt an benötigten Charaktereigenschaften. Daraus schlussfolgern die Forscherinnen, dass der Ergotherapeut auf die Individualität des Kindes reagiert und seine persönlichen Kompetenzen im Hinblick darauf gezielt einsetzt. Innerhalb der theoretischen Vorüberlegungen werden die Enablement skills **Spezialisieren, Fürsprechen, Beraten, Anpassen, Befähigen** und **Zusammenarbeiten** als relevante Schlüsselkompetenzen für die ergotherapeutische Behandlung von Kindern mit FASD beschrieben. In den Teilnehmerinterviews wird diese Annahme der Forscherinnen bestätigt. Das **Fürsprechen** identifizierten die Forscherinnen als relevante Kompetenz für die Behandlung, um die Bedürfnisse des Kindes mit FASD gegenüber Dritten vertreten zu können. Auch ein Teilnehmer sieht diese Kompetenz als unerlässlich an: „*Ich sehe mich als Anwalt des Kindes und ich kann dem Kind nur helfen, wenn ich den Eltern klar mache: ‚Der macht das aus den und den Gründen‘*“ (TN7, Abs.157). Die Teilnehmer beschreiben für die ergotherapeutische Behandlung von Kindern mit FASD die Notwendigkeit einer umfassenden Elternberatung, wobei der Ergotherapeut auf die Kompetenz **Beraten** zurückgreift. Nach Ansicht der Forscherinnen stellt die Grundlage für ein Beratungsgespräch ein umfassendes Wissen sowie Fähigkeiten in der Gesprächsführung dar. Diese können durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen oder der Auseinandersetzung mit fachspezifischer Literatur erworben werden. Daraus ergibt sich ein Zusammenhang zwischen den Schlüsselkompetenzen **Beraten** und **Spezialisieren**. Auf die Schlüsselkompetenz **Anpassen**, welche in den theoretischen Vorüberlegungen als relevant herausgestellt wird, gehen die Teilnehmer auf die Frage nach den benötigten Kompetenzen nicht explizit ein. Trotzdem geht aus den Interviews hervor, dass sie beispielsweise Behandlungskonzepte individuell an das Kind mit FASD anpassen. Die Forscherinnen schlussfolgern, dass diese Kompetenz als grundlegende Fähigkeit eines Ergotherapeuten angesehen wird und nicht spezifisch für die Behandlung von Kindern mit FASD hervorgehoben werden muss. Auch die

Schlüsselkompetenz **Befähigen** wird nicht explizit in den Interviews aufgeführt. Die Teilnehmer schildern allerdings, dass das Kind und sein Umfeld am Behandlungsprozess beteiligt sind. Die Teilnehmer befähigen beispielsweise das Kind mit FASD und seine Pflegeeltern dazu, eigenständig Betätigungsanliegen und Ziele zu benennen. Darüber hinaus stellt das Befähigen nach Townsend und Polatajko (2013) die Kernkompetenz des Ergotherapeuten dar, sodass diese nach Annahmen der Forscherinnen nicht explizit aufgeführt wird. Aus den Experteninterviews geht hervor, dass die Schlüsselkompetenz **Zusammenarbeiten** im Rahmen der interdisziplinären Arbeit benötigt wird. „Ergotherapeuten müssen dabei in der Lage sein, aus dem Gesamtbehandlungsauftrag des Kindes den eigenen herauszufiltern und sinnvoll mit den anderen Professionen abzustimmen“ (Scheepers, 2000b, S.228). Da Kinder mit FASD vielfältige Einschränkungen zeigen, muss der Ergotherapeut nach Ansicht der Forscherinnen dazu in der Lage sein, mit den vielen unterschiedlichen Disziplinen zusammen zu arbeiten und seinen Zuständigkeitsbereich erkennen.

## 7.5 Beantwortung der zentralen Forschungsfrage

Die zentrale Forschungsfrage wird im Folgenden unter der Berücksichtigung der vier Leitfragen beantwortet.

Wie gestaltet sich die Ergotherapie bei Kindern mit FASD im Praxisalltag und wodurch wird sie beeinflusst?

Die Forscherinnen ziehen aus den Ergebnissen folgende Schlussfolgerung:

- Die Behandlung von Kindern mit FASD wird dadurch ausgezeichnet, dass die Kinder unterschiedliche Einschränkungen in der **affektiven, physischen** und/oder **kognitiven** Komponente aufweisen und somit individuell betrachtet werden müssen. Trotzdem sehen mehrere Teilnehmer die Reizoffenheit und Lernschwierigkeiten der Kinder sowie ihre Impulsivität als besonders herausfordernd für die Behandlung an.
- Die Behandlung von Kindern mit FASD wird insbesondere durch **soziale** und **institutionelle Umweltfaktoren** beeinflusst.
  - In Bezug auf die **soziale Umwelt** stellt vor allem die Compliance der Pflegeeltern einen Förderfaktor für die ergotherapeutische Behandlung dar. Stigmatisierung und fehlende Akzeptanz von Seiten der Gesellschaft führen zu Rückschlägen innerhalb der Behandlung und stellen somit eine Barriere dar.

- Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, bei der eine Kontinuität besteht und alle Professionen die gleichen Strategien verfolgen, stellt einen Förderfaktor im Rahmen der **institutionellen Umwelt** dar.
- Für die Gestaltung des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses gibt es keine pauschale Vorgehensweise.
  - Befunderhebung: Das Durchführen von Tests und Assessments wird bei Kindern mit FASD als kritisch angesehen. Aus diesem Grund werden freie Beobachtungen genutzt, um die Stärken und Schwächen in der Betätigungsausführung zu erheben.
  - Intervention: Die Behandlung muss an die individuellen Betätigungsanliegen und unter Berücksichtigung der syndromspezifischen Besonderheiten angepasst werden. Effektive Strategien für die Behandlung von Kindern mit FASD sind unter anderem das Vermitteln von Routine, Struktur und Strategien, um das Lernen zu unterstützen. Dabei stellen die Visualisierung, das Lernen am Modell und der Einsatz von Belohnungssystemen effiziente Methoden dar.
  - Die Elternarbeit hat in der Behandlung von Kindern mit FASD eine große Relevanz, wobei der Ergotherapeut vor allem eine informierende, anleitende und beratende Rolle einnimmt.
  - Evaluation: Das Erreichen der Therapieziele wird überprüft. Ein Abschluss der Therapie wird jedoch als herausfordernd angesehen, da Kinder mit FASD lebenslanglich von Einschränkungen betroffen sind.
- Der Ergotherapeut muss für die Behandlung von Kindern mit FASD eine Vielzahl an persönlichen Kompetenzen mitbringen, um auf die Individualität des Kindes zu reagieren.
  - Er benötigt insbesondere die Enablement skills Spezialisieren, Fürsprechen, Beraten, Anpassen, Befähigen und Zusammenarbeiten.

## 8 Reflektion der Studie

Im folgenden Kapitel wird die Forschungsarbeit im Rahmen einer Stärken- und Schwächenanalyse reflektiert.

Die Forscherinnen setzten sich während des gesamten Forschungsprozesses mit der Literaturrecherche auseinander und zogen neu gefundene Literatur hinzu. Dadurch wurde der aktuelle Forschungsstand ausführlich repräsentiert. Trotzdem sehen die Forscherinnen im Rahmen dessen eine Schwäche, da das Angebot an evidenzbasierter Literatur in Deutschland sehr gering ist. Aus diesem Grund bezogen die Forscherinnen untern anderem auch Literatur ein, die älter als zehn Jahre ist.

Das methodische Vorgehen wurde anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) umgesetzt. Infolgedessen wurde das Forschungsdesign strukturiert, was zu einer effizienten und effektiven Beantwortung der Forschungsfrage führte. Die Methodik wurde in drei Kapiteln von den Forscherinnen nachvollziehbar und transparent beschrieben. Um den Forschungsprozess zu objektivieren und somit die Triangulation zu gewährleisten, wurde die qualitative Inhaltsanalyse von den Forscherinnen gemeinsam durchgeführt.

Die forschungsethischen und datenschutzrechtlichen Aspekte wurden in der gesamten Forschungsarbeit eingehalten. In diesem Zusammenhang holten sich die Forscherinnen die Einverständniserklärung der Studienteilnehmer ein und achteten auf die Anonymität. Personenbezogene Daten, die Rückschlüsse auf die Teilnehmer ermöglichen, wurden anonymisiert oder durch Pseudonyme ersetzt, damit kein Teilnehmer zu Schaden kommt.

Die befragten Studienteilnehmer arbeiteten in unterschiedlichen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland. Durch das große Einzugsgebiet der Teilnehmer konnten die Forscherinnen vielfältige Informationen erhalten. Das Interesse der Studienteilnehmer für die Thematik der Forschungsarbeit und ihre hohe intrinsische Motivation, wirkten sich positiv auf die Gesprächsatmosphäre aus. Durch die entstandene Vertrauensbasis zeigten sich die Studienteilnehmer aufgeschlossen und teilten ihre zahlreichen Erfahrungen mit. Zwei Interviews mussten wegen externer Störungen unterbrochen werden. Der Gesprächsfluss konnte jedoch schnell wieder aufgenommen werden.

Am Ende der Experteninterviews bekamen die Forscherinnen von den Teilnehmern ein positives Feedback. Sie meldeten zurück, dass die Thematik der Forschungsarbeit eine hohe Relevanz hat und sie mit ihrer Teilnahme die Erweiterung des Forschungsstandes fördern möchten.

Allen Teilnehmern wurde die Möglichkeit des member-checking gegeben, um die Transkripte auf ihre Korrektheit zu überprüfen.

Infolge der Experteninterviews wurde den Forscherinnen bewusst, dass viele der gewonnenen Daten nicht den zuvor gebildeten Dimensionen zugeordnet werden können. Außerdem konnten einige Informationen mehreren Dimensionen zugeordnet werden, während andere Dimensionen inhaltslos blieben. Daraufhin entschieden sich die Forscherinnen dazu, ihr hypothetisches Modell anzupassen.

Da die Thematik der Forschungsarbeit sehr breit gefasst ist, konnten nicht alle Aspekte im Experteninterview detailliert erfragt werden. Weiterführende Studien zu ergotherapeutischen Behandlungsverfahren bei Kindern mit FASD sollten aus diesem Grund spezifische Teilaspekte untersuchen (→9).

Eine Stärke der Forschungsarbeit führen die Forscherinnen auf den praktischen Nutzen zurück. Trotz der geringen Teilnehmeranzahl von acht Personen, liefern die qualitativen Ergebnisse eine Grundlage für weitere Forschungsarbeiten in diesem speziellen ergotherapeutischen Handlungsfeld. Sie repräsentiert die aktuellen Entwicklungen der Ergotherapie bei Kindern mit FASD in Deutschland und kann zu einer Verbesserung und Entwicklung der Behandlung von dieser Klientel beitragen.

## 9 Schlussfolgerung

Die Studie stellt heraus, dass eine ergotherapeutische Behandlung für Kinder mit FASD sinnvoll ist, um sie in ihrem alltäglichen Leben zu unterstützen. Grundsätzlich zeigen die Ergebnisse der Studie, dass die Ergotherapie bei Kindern mit FASD ganzheitlich und klientenzentriert umsetzbar ist.

Problematisch sehen die Forscherinnen den geringen Bekanntheitsgrad der FASD sowie die Herausforderung einer eindeutigen Diagnosestellung an, da somit die spezifischen Auffälligkeiten der Kinder oftmals nicht erkannt und nicht hinreichend beachtet werden können. Daraus resultiert, dass eine spezielle Förderung nicht stattfinden kann. Hinzu kommen die fehlende Akzeptanz und Stigmatisierung von Seiten der Gesellschaft, die aus mangelnder Aufklärung hervorgeht. Viele Studienteilnehmer wünschen sich gerade in diesem Bereich mehr Aufklärung und Verständnis von der Gesellschaft.

Die Studienteilnehmer betonten im Experteninterview, dass trotz des hohen Bedarfs ein Mangel an Fort- und Weiterbildungsangeboten besteht. Von den Forscherinnen wird eine Notwendigkeit gesehen, dass ergotherapiespezifische Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in diesem speziellen Bereich angeboten werden, um die Qualität der Behandlung zu steigern.

Es ist hervorzuheben, dass weiterführende Forschung im Hinblick auf die Thematik Ergotherapie bei FASD notwendig ist, um das Berufsbild in diesem Handlungsfeld voranzutreiben. Insbesondere sollten Outcome Studien zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Behandlungsmethoden oder der Anwendbarkeit von Testverfahren und Assessments bei Kindern mit FASD durchgeführt werden. Auf Grundlage der Ergebnisse im Rahmen der Elternarbeit, wird eine vertiefende Studie als sinnvoll erachtet.

Bei der vorliegenden Forschungsarbeit handelt es sich um die erste Studie, die sich mit der ergotherapeutischen Behandlung von Kindern mit FASD auseinandersetzt. Weiterführende und spezifischere Forschungen zu diesem Handlungsfeld sind grundsätzlich wünschenswert.

# Glossar

<b>A</b> lert Program	Das Alert Program fördert die Fähigkeit zur Selbstregulation, sodass die Kinder den Erregungszustand des Nervensystems und ihre Aufmerksamkeit für die jeweilige Aufgabe bewusst verändern und steuern können. Um den Erregungszustand zu reflektieren, verwendet das Programm die Metapher eines Automotors (hoher Gang, niedriger Gang, genau richtiger Gang). Zur Selbstregulation gehört die sensorische Wahrnehmungsverarbeitung, weshalb die Kinder verschiedene Strategien erlernen, um ihr Erregungsniveau an die Anforderungen der Aufgabe oder Situation anzupassen (Williams & Schellenberger, 1996).
Attentioner- Training	Das Attentioner-Training ist ein Gruppentraining für vier Kinder im Alter von 7-14 Jahren, welches die Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistung anstrebt. Verteilt auf 15 Sitzungen à 60 Minuten werden vier Aufgaben bearbeitet, die Anforderungen an die fokussierte und geteilte Aufmerksamkeit stellen (Jacobs & Petermann, 2013).
<b>B</b> ruininks-Oseretzky Test der motorischen Fähigkeiten – 2 (BOT-2)	Das Testverfahren besteht aus 53 Aufgabenbereichen, die kindgerechte und alltagsrelevante motorische Fähigkeiten abtesten. Innerhalb dieses Tests werden zahlreiche fein- und grobmotorische Fähigkeiten in acht Untertests abgedeckt (Testzentrale, 2018).
<b>C</b> anadian Occupational Performance Measure a-kids (COPM a-kids) und Kids Activity Cards	Das standardisierte Messinstrument COPM a-kids ist eine adaptierte Version des COPM und ist für Grundschulkindern im Alter von 6-10 Jahren geeignet. Die Kids Activity Cards sind eine ergänzende Maßnahme zum Buch und eignen sich für Kinder mit expressiven Sprachstörungen. Mithilfe der Kids Activity Cards können Kinder ihre Betätigungsbedürfnisse besser mitteilen (Gede, Strebel & Kriege, 2014).
Clinical Reasoning	Das Clinical Reasoning ist der mentale Denkprozess des Ergotherapeuten, der in der Therapieplanung- und Durchführung in der Klientenanleitung und Angehörigenberatung sowie der Reflektion der eigenen Arbeit angewandt wird (Feiler, Fleming & Schnell, 2003).
CO-OP	CO-OP versteht sich als eine klientenzentrierte Problemlösungsmethode, in der kognitive Strategien und begleitete Entdeckung eingesetzt werden, um den Erwerb spezifischer Fertigkeiten zu ermöglichen“ (Van Kampen, 2016, S.196).
<b>D</b> <sub>2</sub> Aufmerksamkeits- und Belastungstest	Der sogenannte Durchstreichtest misst innerhalb der Unterscheidung ähnlich visueller Reize die Sorgfalt des Arbeitsverhaltens- und Tempos. Somit können individuelle Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen beurteilt werden. Er zählt zu den häufigsten verwendeten psychodiagnostischen Testverfahren innerhalb Deutschlands (Testzentrale, 2018).

Developmental Test of Visual Perception, Second Edition (DTV P2)	Der DTV P2 ist ein standardisierter Test, welcher die visuelle Wahrnehmung von Kindern beurteilt. Das Ziel ist es, das Ausmaß von visuellen Wahrnehmungsdefiziten zu bestimmen. Dieser Test erstreckt sich über einen Zeitraum von 30 bis 60 Minuten, der sich jeweils in vier Subtests mit motorikintegrierten und motorikreduzierten Aufgaben unterteilt (Testzentrale, 2018).
<b>E</b> mbryo	Ein Embryo ist die Frucht in der Gebärmutter, die sich von der ersten bis zur achten Schwangerschaftswoche entwickelt (Human- Embryologie Embryogenese, 2018).
Engagement	Engagement impliziert das Ausführen und Einbeziehen von bedeutungsvollen Betätigungen in die Therapie (Townsend & Polatajko, 2013).
Epidemiologie	Die Epidemiologie befasst sich mit der Verteilung von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten. Sie untersucht in diesem Zusammenhang physikalische, chemische, psychische und soziale bestimmende Faktoren und Folgen für die Bevölkerung (Pschyrembel, 2004).
Ergotherapeutisches Sozialkompetenz-Training	„Das EST stellt den Bezug zu Alltagsbetätigungen der Kinder her und bezieht die Eltern intensiv mit ein, indem die Familien durch gezielte und konkret formulierte therapeutische Hausaufgaben die EST-Elemente im Alltag erproben und vertiefen“ (Scheepers, 2016, S.284).
Exekutivfunktion	„Bei den Exekutivfunktionen handelt es sich um höhere kognitive Funktionen wie z.B. Handlungsplanung, Erkennen von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen, Kontrolle und Anpassung der Handlungsausführung oder Problemlösen“ (Landgraf et al., 2016).
<b>F</b> eedback im Sekundenfenster	Die Methode Feedback im Sekundenfenster kennzeichnet ein Vorgehen, wobei der Lernende eine sofortige Rückmeldung bezüglich günstigen und ungünstigen Lernverhaltens bekommt (Jansen & Streit, 2006).
Fetus	Ein Fetus bezeichnet die Frucht im Mutterleib, die sich circa ab der neunten Schwangerschaftswoche bis zum Ende der Schwangerschaft entwickelt (Human- Embryologie Embryogenese, 2018).
Fortbildungsmaßnahme	Der Bestandteil einer Fortbildung ist das Aneignen neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten, welches sich auf den derzeit ausgeübten Job bezieht (Benecke & Hergenröder, 2009).
Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung – 2 (FEW – 2)	Der FEW-2 ist ein standardisiertes Testverfahren, um visuelle Wahrnehmungsstörungen zu diagnostizieren. Der FEW-2 geht über einen Zeitraum von 30 bis 45 Minuten und wird im Einzelsetting durchgeführt. Er beinhaltet acht Subskalen, wie z.B. Figur-Grund-Erkennung (Büttner, Dacheneder, Schneider & Weyer, 2008).

<p><b>G</b>oFAR Programm</p>	<p>Das GoFAR (FAR: „F“ Focus/Plan, „A“ Act, „R“ Reflect) Programm ist ein Behandlungskonzept für die Verbesserung der Selbstregulation im Rahmen von adaptiven Fähigkeiten. Es besteht aus den folgenden Komponenten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ein Computerspiel, bei welchem die Kinder metakognitive Kontrollstrategien erlernen.</li> <li>Einheiten für die Eltern, in denen sie lernen, die Verhaltensregulation ihrer Kinder zu fördern.</li> <li>Gemeinsame Therapieeinheiten von Eltern und Kindern, wo die metakognitiven Lernstrategien praktisch angewendet werden (Kable et al., 2016)</li> </ol>
<p><b>H</b>eilmittel</p>	<p>Die Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation von krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen/Fähigkeiten sind die Ziele von ergotherapeutischen Maßnahmen. Diese Maßnahmen können z.B. durch den Einsatz von lebenspraktischen Übungen oder der Beratung zur Wohnraumanpassung erfolgen. Zu den Maßnahmen der Ergotherapie gehören folgende verordnungsfähige Heilmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• motorisch-funktionelle Behandlung</li> <li>• sensomotorisch-perzeptive Behandlung</li> <li>• Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung</li> <li>• Psychisch-funktionelle Behandlung</li> <li>• Therapieergänzende Maßnahmen (Der Heilmittelkatalog, 2017)</li> </ul>
<p><b>I</b>ntraActPlus</p>	<p>Das IntraActPlus- Konzept nach Jansen und Streit (2006) ist ein Therapie- und Interventionsansatz, der an die Verhaltenstherapie angelehnt ist. Das Ziel des Konzeptes ist das Aufbauen einer positiven Beziehung zwischen den Kindern und ihren Bezugspersonen. Ein wichtiger Bestandteil des Konzeptes ist die Videoarbeit, mit der Beziehungssignale erfasst werden können. Im Rahmen von Videoanalysen können Eltern lernen ihr Kind sicher wahrzunehmen und das eigene Verhalten auf das Kind abzustimmen. Durch die Arbeit mit Videos kann eine genaue Problemanalyse stattfinden, indem unbewusstes Verhalten und unbewusste Beziehungssignale transparent gemacht werden. Hierbei werden – wenn nötig- alle wichtigen Bezugspersonen wie Eltern, ErzieherInnen oder MitarbeiterInnen vom Jugendamt miteinbezogen (Jansen &amp; Streit, 2006).</p>
<p>Intrauterin</p>	<p>Innerhalb der Gebärmutter [liegend, erfolgend] (Bibliographisches Institut GmbH, 2018c)</p>
<p><b>K</b>ognitiver Fähigkeitentest (KFT)</p>	<p>Mit dem Niveautest werden schulisch relevante intellektuelle Lern- und Leistungsvoraussetzungen ermittelt. Er kann als Einzel- und Gruppentest eingesetzt werden (Testzentrale, 2018).</p>

Krankheits-Entität	Es beschreibt das Vorhandensein einer Krankheit. (Bibliographisches Institut GmbH, 2018a)
Lauth & Schlottke	Als Orientierung für das Lauth & Schlottke Trainingsprogramm dient die Arbeit mit dem Kind und deren Bezugspersonen. [...] „Es besteht aus verschiedenen Therapiebausteinen: dem Basistraining, dem Strategietraining, der Elternanleitung, der Wissensvermittlung und der Vermittlung sozialer Kompetenzen“ (Stock-Mühlhnickel, 2016, S.280).
Marburger Konzentrationstraining	Das Marburger Konzentrationstraining ist ein bewährtes Konzept für die Förderung von Schulkindern. Das MKT richtet sich an Kinder, die Probleme haben ihre Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Aufgabe zu fokussieren, sich bei der Aufgabe gezielt zu konzentrieren sowie strukturiert zu arbeiten. Es wurde auf der Basis bewährter Techniken der Verhaltensmodifikation entwickelt und beinhaltet ein zeitlich begrenztes Trainingsprogramm, welches sich über sechs Sitzungen a 75 Minuten erstreckt. Speziell für die Arbeit mit kleinen Gruppen wurde das MKT entwickelt, kann jedoch auch im Setting Eins-zu-eins umgesetzt werden (Krowatschek, Krowatschek & Reid, 2011).
Math Interactive Learning Experience Program (MILE)	Es basiert auf dem Grundgedanken, dass sich eine mathematische Intervention darauf konzentrieren sollte, mathematische Fähigkeiten zu entwickeln und dabei zugrundeliegende Probleme mit Neurokognition z.B. visuell-räumliche Fähigkeiten zu beheben. Es ist ein individualisiertes Training, welches im Einzelsetting stattfindet. Ergänzt wird es durch die Anleitung der Pflegeperson, die Techniken erlernt, um das Kind im häuslichen Setting bei Lernsituationen zu unterstützen (Kully-Martens et al., 2018).
Merkzeichen B	Das Merkzeichen B (Begleitperson) erhalten Menschen, die Hilfe bei der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln benötigen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2018).
Merkzeichen G	Das Merkzeichen G (erheblich beeinträchtigt) steht für eine Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2018).
Merkzeichen H	Personen, die konsequent auf fremde Hilfe bei der Bewältigung von immer wiederkehrenden Tätigkeiten angewiesen sind, erhalten das Merkzeichen H (Hilflosigkeit) (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2018).
Metacom Karten	Mithilfe des Metacom Symbolsystems können Metacom Karten erstellt werden, auf denen Begriffe des täglichen Lebens abgebildet sind. Metacom Karten verfolgen das Ziel die Kommunikation durch die bildliche Darstellung dieser Begriffe zu erleichtern (Metacom, 2018).
Motoriktest (MOT)	Der MOT4-6 dient der Erfassung des motorischen Entwicklungsstandes für Kinder des Alters 4-6. Er wird häufig im klinischen und pädagogischen Setting eingesetzt und besteht aus 17 Testaufgaben wie z.B. Balancieren (Zimmer, 2015).

Movement Assessment Battery for Children – 2 (M-ABC-2)	Mit dem M-ABC-2 werden verschiedene motorische Bereiche bei Kindern getestet. Das Ziel des M-ABC ist es, motorische Defizite zu diagnostizieren, um möglichst früh eine gezielte Förderung zu gewährleisten. Er umfasst drei verschiedene Altersgruppen mit jeweils drei Untertests (Testzentrale, 2018).
<b>P</b> hiltrum	„Einbuchtung in der Mitte der Oberlippe“ (Bibliographisches Institut GmbH., 2018d).
Power-sharing	Es beschreibt das Teilen von Macht. Das bedeutet, dass die Stimmen von allen sozialen Gruppen gehört und in die Behandlung miteinbezogen werden (Townsend & Polatajko, 2013).
Pränatal	„Der Geburt vorausgehend“ (Bibliographisches Institut GmbH., 2018e).
<b>R</b> eliabilität	„Die Reliabilität ist ein Synonym für die Zuverlässigkeit bzw. Beständigkeit eines Messinstrumentes. Sie zeigt an, ob wiederholte Messungen eines Gegenstands einer Substanz oder eines Vorgangs mit einem Messinstrument immer dieselben Werte liefern“ (Susanne Perkhofer, 2016, S.138)
<b>S</b> ensorische Integration	Die sensorische Integrationstherapie beruht auf der Annahme, dass Probleme beim Lernen aus einer Verarbeitungsstörung sowie fehlender Integration sensorischer Reize entstehen (Ayres, 2016).
SI-Moththerapie	Unter der sensorisch integrativen Mototherapie versteht man ein gezieltes Bewegungs- und Wahrnehmungstraining, welches bei Kindern eingesetzt wird. Innerhalb des Konzeptes wird das Kind ganzheitlich betrachtet und die Funktionstüchtigkeit des Gehirns als Ganzes angestrebt (Kürbisch, 2013).
Setting	„Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, erlebt wird“ (Bibliographisches Institut GmbH., 2018h)
Spio Anzug	Spio ( <b>S</b> tabilizing <b>P</b> ressure <b>I</b> nput <b>O</b> rthosis) ist ein innovatives dynamisches Orthesensystem, welches aus hochelastischem Lycra besteht und nach Maß angefertigt wird. Mittels Tiefendruck und taktiler Stimulation wird eine sensorische Rückkopplung erreicht. Der SPIO Anzug ist ein Wahrnehmungsanzug, der durch einen einfachlagigen Kompressionsdruck eine sensorisch stabilisierende Verbindung zwischen Rumpf und den Beinen herstellt. Er kommt bei verstärkten Wahrnehmungsdefiziten zum Einsatz (Dynamics Competence Center, 2018).
Stakeholder	Als Stakeholder bezeichnet man Personen oder Gruppen, die direkt oder indirekt von unternehmerischen Tätigkeiten gegenwärtig oder in Zukunft betroffen sind. Sie haben das Recht, ihre Interessen gegenüber Unternehmen geltend zu machen (Prof. Dr. Thommen, 2018).

<b>T</b> eratogene Substanzen	Darunter wird Alkohol und deren Abbauprodukte verstanden, die Fehlbildungen hervorrufen (Jones & Smith, 1973).
Testreihe zur Prüfung der Konzentrationsfähigkeit (TPK)	Dieser Konzentrationstest kann bei Kindern der Schulklasse 2-6 im Einzel- oder Gruppensetting verwendet werden. Er besteht aus drei unterschiedlich strukturierten Untertests, die innerhalb von circa 45 Minuten geprüft werden (Testzentrale, 2018).
<b>V</b> alidität	„Dieses Kriterium, auch Gültigkeit genannt, gibt an, ob das verwendete Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll“ (Susanne Perkhofer, 2016, S.138).
<b>W</b> eiterbildungsmaßnahme	Ein erneutes organisiertes Lernen nach einer Berufsausbildung wird als Weiterbildung bezeichnet (Deutscher Bildungsrat, 1970).

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der embryonalen Organentwicklung (Spohr, 2016, S. 125) .....	7
Abbildung 2: Ausprägungsgrade der FASD.....	8
Abbildung 3: CMOP-E (Polatajko, Townsend & Craik, 2007) .....	15
Abbildung 4: CPPF (Polatajko, Craik, Davis & Townsend, 2007) .....	17
Abbildung 5: CMCE (Polatajko, Craik, Davis & Townsend, 2007).....	18
Abbildung 6: Hypothetisches Modell.....	48
Abbildung 7: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse (Gläser & Laudel, 2010, S.200) .....	54
Abbildung 8: Darstellung der ICF-CY anhand eines Fallbeispiels .....	141
Abbildung 9: Wichtige Forschungsethische Grundsätze (Gläser & Laudel, 2010, S.50) .....	143

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Komorbiditäten bei FASD (Hoff-Emden, 2011, zitiert nach Thomsen et al., 2014).....	12
Tabelle 2: Darstellung des Kategoriensystems .....	58
Tabelle 3: Zuordnung der Teilnehmer zum Setting.....	58
Tabelle 4: Verwendete Tests/ Assessments in der Befunderhebung .....	70
Tabelle 5: In die Befunderhebung involvierte Personen.....	71
Tabelle 6: Ergotherapeutische Behandlungskonzepte.....	72
Tabelle 7: Beispielhafte Darstellung der Suchwege .....	122
Tabelle 8: Beispielhafte Darstellung der Literaturrecherche .....	122
Tabelle 9: Beispielhafte Bewertung der Studien nach Tomlin und Borgetto (2011) .....	123
Tabelle 10: Einschränkungen in den Exekutivfunktionen und ihre Auswirkungen auf den Alltag (Thomsen et al., 2014, S.17).....	130
Tabelle 11: Beispiel für eine neuropsychologische Diagnostik .....	137
Tabelle 12 Teilnehmerbeschreibung.....	152
Tabelle 13: Tabellenausschnitt der Kategorie ergotherapeutischer Behandlungsprozess.....	164
Tabelle 14: Tabellenausschnitt der Kategorie ergotherapeutischer Behandlungsprozess von TN7 ..	165
Tabelle 15: Tabellenausschnitt der Kausalmechanismen der dritten Ebene.....	166

# Literaturverzeichnis

- Albrecht, M. (2017). Zahlen, Daten, Einschätzungen: Ergebnisse der DVE-Angestelltenumfrage 2016. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 56 (12), 28-32. doi:10.2443/skv-s-2017-51020171203
- American Psychological Assoziation. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Assink, E. M. S., Rouweler, B. J., Minis, M.-A. H., & Hess-April, L. (2009). How teachers can manage attention span and activity level difficulties due to Foetal Alcohol Syndrome in the classroom: an occupational therapy approach. *South African Journal of Occupational Therapy*, 39 (3), 10-16.
- Astley, S. J., & Clarren, S. K. (2000). Diagnosing the full spectrum of alcohol exposed individuals: Introducing the 4-Digit Diagnostic Code. *Alcohol & Alcoholism*, 35 (4), 400-410.
- Ax, M., & Lutz, L. (2006). Ergotherapie in der Kinderklinik. In H. Becker & U. Steding-Albrecht (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S.410-411). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Ayres, A. J. (2016). *Bausteine der kindlichen Entwicklung: Sensorische Integration verstehen und anwenden* (6. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.
- Bährle, R. J. (2016). Rund um die Arbeitszeit - Der Fachausschuss Angestellte klärt auf. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 55(08), 26-27. doi: 10.2443/skv-s-2016-5102016080
- Becker, H. (2006a). Elternarbeit in der Ergotherapie. In H. Becker & U. Steding-Albrecht (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S.264-265). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Becker, H. (2006b). Interdisziplinäre Teamarbeit. In H. Becker & U. Steding-Albrecht (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S.422-429). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Becker, H., & Steding-Albrecht, U. (2006). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Benecke, M., & Hergenröder, C. S. (2009). *BBiG Berufsbildungsgesetz*. München: C. H. Beck.
- Bertelsmann Stiftung. (2015). *Inklusion in Deutschland. Daten und Fakten*. Abgerufen von <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/inklusion-in-deutschland-1/>

- Bibliographisches Institut GmbH. (2018a). *Entität*. Dudenverlag, DUDEN online. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Entitaet>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2018b). *Erfahrung*. Dudenverlag, DUDEN online. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Erfahrung>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2018c). *Intrauterin*. Dudenverlag, DUDEN online. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/intrauterin>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2018d). *Philtrum*. Dudenverlag, DUDEN online. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Philtrum>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2018e). *pränatal*. Dudenverlag, DUDEN online. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/prae natal>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2018f). *Kind*. Dudenverlag, DUDEN online. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Kind>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2018g). *Differenzialdiagnose*. Dudenverlag, DUDEN online. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Differenzialdiagnose>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2018h). *Setting*. Dudenverlag, DUDEN online. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Setting>
- Boyt Schell, B. A., Gillen, G., & Scaffa, M. E. (2014). Glossary. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Hrsg.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12. Auflage) (S.1229-1243). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Breuer, J., & Piso, B. (2014). Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen: Literaturübersicht zu Indikationsbereichen. *Ergoscience*, 9 (2), 78-83. doi: 10.2443/skv-s-2014-54020140204
- Bruininks, R. H. (2005). *Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency*. Circle Pines, MN: AGS Publishing.
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung. Ein Überblick*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017). *Gesetz zur Anpassung des Datenschutzrechts an die Verordnung (EU) 2016/679 und zur Umsetzung der Richtlinie (EU)*

2016/680 (Datenschutz- Anpassungs- und -Umsetzungsgesetz EU -DsAnpUG-EU). Bonn: Bundesgesetzblatt.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH. (2017). Sozialgesetzbuch (SGB - Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S.1014). Abgerufen von <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ergthaprv/gesamt.pdf>

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2018). *Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAww) § 3 Weitere Merkzeichen*. Abgerufen von [http://www.gesetze-im-internet.de/schwabawv/\\_3.html](http://www.gesetze-im-internet.de/schwabawv/_3.html)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2018). *Einkommensteuergesetz (EStG) § 33b Pauschbeträge für behinderte Menschen, Hinterbliebene und Pflegepersonen*. Abgerufen von [http://www.gesetze-im-internet.de/estg/\\_33b.html](http://www.gesetze-im-internet.de/estg/_33b.html)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2018). *Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen § 229 Persönliche Voraussetzungen*. Abgerufen von [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9\\_2018/\\_229.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/_229.html)

Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherungen*. Abgerufen von [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen\\_GKV.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen_GKV.pdf)

Bundeszentrale für politische Bildung. (2015). *Inklusion: eine Schule für alle Kinder?* Abgerufen von <http://www.bpb.de/gesellschaft/bildung/zukunft-bildung/213296/inklusion-worum-es-geht?p=all>

Burd, L. (2011). A court team model for young children in foster care: The role of prenatal alcohol exposure and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Journal of Psychiatry & Law*, 39 (1), 179-191. doi.org/10.1177/009318531103900107

Büttner, G., Dacheneder, W., Schneider, W., & Weyer, K. (2008). *Manual FEW 2. Frostigs Entwicklungstest zur visuellen Wahrnehmung – 2*. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe.

- Chasnoff, I. J., Wells, A. M., & King, L. (2015). Misdiagnosis and missed diagnosis in foster and adopted children with prenatal alcohol exposure. *Pediatrics*, *135*, 264-270. doi:10.1542/peds.2014-2171
- Chrisholm, D., & Boyt Schell, B. A. (2014). Overview of the Occupational Therapy Process and Outcomes. In B. A. B. Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Hrsg.). *Willard and Spackman's occupational therapy* (12. Auflage) (S.266 – 280). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Christiansen, C. H., & Townsend, E. A. (2010). An Introduction to Occupation. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend. *Introduction to Occupation The Art and Science of Living, Second Edition* (S. 1 – 34). New Jersey: Pearson.
- Coggins, T., Timler, G., & Olswang, L. (2007). A state of double jeopardy: impact of prenatal alcohol exposure and adverse environments on the social communicative abilities of school-age children with fetal alcohol spectrum disorder. *Language, Speech & Hearing Services In Schools*, *38* (2), 117-127. doi:10.1044/0161-1461
- Coles, C. D., Kable, J. A., & Taddeo, E. (2009). Math Performance and Behavior Problems in Children Affected by Prenatal Alcohol Exposure: Intervention and Follow-up. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *30* (7), 7-15. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181966780
- Costa, U. M. (2016). Arbeit mit Eltern und Umfeld von Kindern und Jugendlichen. In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie* (S.141-149). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In: E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Enabling Occupational II: Advancing on Occupational Therapy Vision Health, Well-Being & Justice through Occupation* (S.229-246). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Crocker, N., Riley, E. P., & Mattson, S. N. (2015). Visual-spatial abilities relate to mathematics achievement in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Neuropsychology*, *29* (1), 108-116.
- Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H. J. (2013). Using the Canadian process practice framework: amplifying the process. In: E. A. Townsend, H. J. Polatajko, *Enabling Occupational II: Advancing on Occupational Therapy Vision Health, Well-Being & Justice through Occupation* (S.247-272). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

- Der Heilmittelkatalog. (2017). *Maßnahmen der Ergotherapie*. Abgerufen von <https://heilmittelkatalog.de/index.php/massnahmen-der-ergotherapie.html>
- Deutscher Bildungsrat. (1970). *Empfehlungen der Bildungskommission -Strukturplan für das Bildungswesen*. Stuttgart: Klett.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE). (2007). *Ergotherapie Definition*. Abgerufen von <https://www.dve.info/ergotherapie/definition>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. – DVE (Hrsg.) (2018). *Infos für Patienten 2018*. Abgerufen von <https://dve.info/ergotherapie/infos-fuer-patienten>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. – DVE. (Hrsg.). (2008). *Ergotherapie im Profil*. Karlsbad: DVE.
- Doney, R., Lucas, B. R., Jirikowic, T., Tsang, T. W., Watkins, R. E., Sauer, K., Howat, P., Latimer, J., Fitzpatrick, J. P., Oscar, J., Carter, M., & Elliott, E. J. (2017). Graphomotor skills in children with prenatal alcohol exposure and fetal alcohol spectrum disorder: A population-based study in remote Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, *64* (1), 68-78. doi: 10.1111/1440-1630.12326
- Dresing, T., & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch: Interview, Transkription & Analyse – Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Abgerufen von <https://www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf>.
- Duval-White, C. J., Jirikowic, T., Rios, D., Deitz, J., & Olson, H. C. (2013). Functional handwriting performance in schoolage children with fetal alcohol spectrum disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, *67*, 534–542. doi: 10.5014/ajot.2013.008243
- Dynamics Competence Center. (2018). *Spio Anzug*. Abgerufen von <http://www.dcc-expert.com/spio/anzug/>
- Elliott, E. J., Payne, J., Morris, A., Haan, E., & Bower, C. (2008). Fetal Alcohol Syndrome: A prospective national surveillance study. *Archives Disease Childhood*, *93*, 732-737. doi: 10.1136/adc.2008.137109
- Engelhardt Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie. (2017). *Dysmorphiezeichen*. Abgerufen von <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01315>

- Espei, E. (2016). Die ICF-CY und ihre Rolle in der (interdisziplinären) Intervention. In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie* (S.55-62). Idstein: Schulz-Kirchner.
- FASD Deutschland. (2018). *Regionale Selbsthilfegruppen*. Abgerufen von <http://www.fasd-deutschland.de/hilfe-bei-fasd/regionale-selbsthilfegruppen.html>
- Feiler, M. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie. Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Berlin: Springer.
- Fisher, A. G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different?. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 21, 96-107. doi: 10.3109/11038128.2014.952912
- Flotho, W. (2009). Aktuelle Entwicklungen in Kanada. In: C. Jerosch-Herold, B. M. Stubner, P. Weber, & U. Marotzki, *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S.175-180). Heidelberg: Springer.
- Franklin, L., Deitz, J., Jirikowic, T., & Astley, S. (2008). Children with fetal alcohol spectrum disorders: Problem behaviors and sensory processing. *American Journal of Occupational Therapy*, 62 (3), 265–273
- Gede, H., Strebel, H., & Kriege, S. (2014). *Kinder zu Wort kommen lassen: die adaptierte Version des Canadian Occupational Performance Measure für Grundschul Kinder (COPMa-kids)*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Gesetzliche Krankenversicherung. (2005). *Leistungsbeschreibung Ergotherapie*. Abgerufen von [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/heilmittel/heilmittel\\_rahmenempfehlungen/125\\_Anlage\\_1b\\_209.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/125_Anlage_1b_209.pdf)
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Auflage.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Green, J. H. (2007). Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Understanding the Effects of Prenatal Alcohol Exposure and Supporting Students. *Journal Of School Health*, 77 (3), 103-108. doi: 10.1111/j.1746-1561.2007.00178.x

- Haase, F. C. (2011). Phasen des Therapieprozesses. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (S.189-196). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Henderson, S. E., Sugden, D. A., & Barnett, A. L. (2007). *Movement assessment battery for children-2*. Harcourt Assessment. London: Pearson PLC
- Hennicke, K., & Hoffman, K., (2015). *Menschen mit Intelligenzminderung und Fetalem Alkoholsyndrom (FAS) Eine Herausforderung für die Behindertenhilfe*. Berlin: Eigenverlag der DGSG.
- Hickerson Christ, P. A. (2014). Competence and Professional Development. In B. A. B. Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Hrsg.). *Willard and Spackman's occupational therapy* (12. Auflage) (S. 989-1004). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Höhl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Sozialforschung. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben – Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 127-130). Berlin Heidelberg: Springer.
- Hollenweger, J., & Camargo, O. D. (2011). *ICF-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.
- Hucke, B., & Gans, M. (2009). *Qualitätsmanagement und Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Human- Embryologie Embryogenese. (2018). *Modul Embryonalperiode*. Abgerufen von <http://www.embryology.ch/allemand/iperiodembry/resumeperiod01.html>
- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Jacobs, C., & Petermann, F. (2013). *Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen – Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Jansen, F., & Streit, U. (2006). *Positiv lernen: Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Beiträgen zur Legasthenie und Dyskalkulie - Das IntraActPlus- Konzept*. Heidelberg: Springer.
- Jones, K. (2004). Successfully raising resilient foster children with fetal alcohol syndrome: What works. *Envision: The Manitoba Journal of Child Welfare*, 3 (1), 1-18.

- Jones, K., & Smith, D. (1973). Recognition of the Fetal Alcohol Syndrome in early infancy. *The Lancet*, 2, 999-100. doi: 10.1016/S0140-6736(73)91092-1
- Junker, J. (2011). Ergotherapie mit dem Medium Pferd. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 2 (20), 20-25. doi: 10.2443/skv-s-2011-51020110203
- Junkers, A. (2015). Kein Allheilmittel! Tiergestützte Therapie (German). *Ergotherapie & Rehabilitation*, 54 (6), 21. doi:10.2443/skv-s-2015-51020150603
- Kable, J. A., Coles, C. D., & Taddeo, E (2007). Socio-Cognitive Habilitation using the Math Interactive learning Experience (MILE) Program for Alcohol-Affected Children. *Alcohol Clin Exp Res.*, 31, 1425– 1434.
- Kable, J. A., Taddeo, E., Strickland, D., & Coles, C. D. (2015). Community translation of the Math Interactive Learning Experience Program for children with FASD. *Research In Developmental Disabilities*, 3, 91-111. doi: 10.1016/j.ridd.2014.12.031
- Kable, J. A., Taddeo, E., Strickland, D., & Coles, C. D. (2016). Improving FASD Children’s Self-Regulation: Piloting Phase 1 of the GoFAR Intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, 38 (2), 124-141 doi: 10.1080/07317107.2016.1172880
- Kalberg, W. O., & Buckley, D. (2007). FASD: What types of intervention and rehabilitation are useful?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31 (2), 278-285. doi: 10.1016/j.neubiorev.2006.06.014
- Keightley, M., Agnihotri, S., Subramaniapillai, S., Gray, J., Kereszetesi, J., Colantonio, A., Polatajko, H. J., Cameron, D., & Wiseman-Hakes, C. (2018). Investigating a theatre-based intervention for Indigenous youth with fetal alcohol spectrum disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85 (2), 128-136. doi: 10.1177/0008417417719722
- Knagge, S. (2016). Modelle in der pädiatrischen Ergotherapie. In A. Baumgarten & H. Strebler, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S.63-82). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Koponen, A. M., Kalland, M., Autti-Rämö, I., Laamanen, R., & Suominen, S. (2013). Socio-emotional development of children with foetal alcohol spectrum disorders in long-term foster family care: a qualitative study. *Nordic Social Work Research*, 3 (1), 38-58, doi: 10.1080/2156857X.2013.766234

- Kraus de Camargo, O., & Simon, L. (2013). *Die ICF-CY in der Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Krowatschek, D., Krowatschek, G., & Reid, C. (2011). *Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Schulkinder*. Dortmund: Borgmann Verlag.
- Küfner, M., Helmig, E., & Kindler, H. (2011). Umgangskontakte und die Gestaltung von Beziehungen zur Herkunftsfamilie. In H. Kindler, E. Helmig, T. Meysen & K. Jurczyk (Hrsg.), *Handbuch Pflegekinderhilfe* (S.563–612). München: Deutsches Jugendinstitut eV.
- Kully-Martens, K., Denys, K., Treit, S., Tamana, S., & Rasmussen, C. (2012). A Review of Social Skills Deficits in Individuals with Fetal Alcohol Spectrum Disorders and Prenatal Alcohol Exposure: Profiles, Mechanisms, and Interventions. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 36 (4), 568-576. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01661.x
- Kully-Martens, K., Pei, J., Kable, J., Coles, C. D., Andrew, G., & Rasmussen, C. (2018). Mathematics intervention for children with fetal alcohol spectrum disorder: A replication and extension of the math interactive learning experience (MILE) program. *Research In Developmental Disabilities*, 78, 55-65. doi: 10.1016/j.ridd.2018.04.018
- Kürbisch, A., (2013). *Was ist SI-Mototherapie?*. Abgerufen von <http://www.mototherapie.biz/wasistsi.php>
- Landeck, G., Thomsen, A., Wills, I. Reinhardt, S., & Michalowski, G. (2012). Fasd Deutschland - Lebenslang durch Alkohol. Abgerufen von [http://www.fasd-deutschland.de/images/12010041\\_FASD\\_Broschuere\\_DIN\\_A5\\_web.pdf](http://www.fasd-deutschland.de/images/12010041_FASD_Broschuere_DIN_A5_web.pdf)
- Landeshauptstadt München Sozialreferat Stadtjugendamt (2017). *Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)*. Abgerufen von [http://www.muenchen.info/soz/pub/pdf/566\\_Pflegeelternrundbrief\\_2017-I.pdf](http://www.muenchen.info/soz/pub/pdf/566_Pflegeelternrundbrief_2017-I.pdf)
- Landgraf, M. N., & Heinen, F. (2016). *Fetales Alkoholsyndrom: S3-Leitlinie zur Diagnostik*. Kohlhammer Verlag.
- Landgraf, M. N., Albers, L., Rahmsdorf, B., Vill, K., Gerstl, L., Lippert, M., & Heinen, F. (2018). Original article: Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) – What we know and what we should know – The knowledge of German health professionals and parents. *European Journal Of Paediatric Neurology*, 22, 507-515. doi: 10.1016/j.ejpn.2018.02.010

- Landgraf, M. N., Giese, R. M., & Heinen, F. (2016) Fetale Alkoholspektrumstörungen – Diagnose, neuropsychologische Testung und symptomorientierte Förderung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45 (2), 104-117. doi: 10.1024/1422-4917/a000444
- Landgraf, M. N., Hilgendorff, A., & Heinen, F. (2014). Mütterlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und fetales Alkoholsyndrom. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 162 (10), 903-910.
- Law, M., Polatajko, H., Carswell, A., McColl, M.A., Pollock, N., & Baptiste, S. (2004). Das kanadische Modell der „occupational performance“ und das „Canadian Occupational Performance Measure“. In: C. Jerosch-Herold, B. M. Stubner, P. Weber, & U. Marotzki, *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* . Heidelberg: Springer.
- Lucas, B. R., Latimer, J., Doney, R., Ferreira, M. L., Adams, R., Hawkes, G., ... & Elliott, E. J. (2013). The Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency-short form is reliable in children living in remote Australian aboriginal communities. *BMC pediatrics*, 13 (1), 135. doi.org/10.1186/1471-2431-13-135
- Mattson, S. N., Roesch, S. C., Fagerlund, Å., Autti-Rämö, I., Jones, K. L., May, P. A., ... & CIFASD. (2010). Toward a neurobehavioral profile of fetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34 (9), 1640-1650.
- May, P. A., Fiorentino, D., Coriale, G., Kalberg, W. O., Hoyme, H. E., Aragón, A. S., ... & Ceccanti, M. (2011). Prevalence of children with severe fetal alcohol spectrum disorders in communities near Rome, Italy: new estimated rates are higher than previous estimate. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 2331-2351, doi:10.3390/ijerph8062331
- May, P. A., Fiorentino, D., Gossage, J. P., Kalberg, W. O., Hoyme, E. Robinson, L. K., Coriale, G., ... & Ceccanti, M. (2006). Epidemiology of FASD in a province in Italy: prevalence and characteristics of children in a random sample of schools. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 30 (9), 1562–1575. doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00188.x
- Menger, B. (2017). *Solange ich noch Hoffnung habe – FAScetten eines Lebens*. Heidelberg: Schulz-Kirchner.
- Merklein de Freitas, C., Pott, U., Weber, B., Wendel, E., & Zillhardt, C. (2015). Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 54 (12), doi: 24.10.2443/skv-s-2015-5102015110

- Metacom. (2018). *Symbolsystem zur Unterstützten Kommunikation*. Abgerufen von <https://www.metacom-symbole.de/>
- Nacke, A. (2006). *Ergotherapie bei Kindern mit graphomotorischen Störungen*. In H. Becker, & U. Steding-Albrecht (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S.312-320). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Nash, K., Stevens, S., Greenbaum, R., Weiner, J., Koren, G., & Rovet, J. (2015). Improving executive functioning in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Child Neuropsychology*, 21 (2), 191-209. doi: 10.1080/09297049.2014.889110
- Novick, B. N., Connor, P., & Adler, R. (2012). Conduct-Disordered Adolescents With Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Intervention I Secure Treatment Settings. *Criminal Justice & Behavior*, 39 (6), 770-793. doi: 10.1177/0093854812437919
- O'Connor MJ, Shah B, Whaley S, Cronin P, Gunderson B, & Graham J. (2002). Psychiatric illness in a clinical sample of children with prenatal alcohol exposure. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 28 (4), 743-754. doi: 10.1081/ADA-120015880
- Oldenburg, E. (2017). Dokumentationspflicht – „Die Dokumentation dient dem Therapeuten selbst“. *Physiopraxis*, 17 (07/08), 64-65. doi: 10.1055/s-0043-107982
- Olswang, L., Svensson, L., & Astley, S. (2010). Observation of classroom social communication: do children with fetal alcohol spectrum disorders spend their time differently than their typically developing peers?. *Journal Of Speech, Language & Hearing Research*, 53 (6), 1687-1703. doi :1092-4388(2010/09-0092)
- Paul, K. (2006). Ergotherapie in der Frühförderung. In H. Becker, & U. Steding-Albrecht (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S.404-405). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Peadon, E., & Elliot, E. (2010). Distinguishing between attention-deficit hyperactivity and fetal alcohol spectrum disorders in children: clinical guidelines. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 509-515.
- Perkhofer, S. (2016). Was ist quantitative Forschung?. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben – Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 138). Berlin Heidelberg: Springer.

- Pernod Ricard Deutschland GmbH. (2018). *Beratung & Hilfe*. Abgerufen von <http://www.mein-kind-will-keinen-alkohol.de/hilfe.php>
- Pflegeelternnetz (2018). *Forum*. Abgerufen von <http://pflegeelternnetz.de/forum/index.php/Thread/12299-Adoptions-Fall-um-FASD-Kinder-Wer-kennt-die-Wahrheit/>
- Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., & Townsend, E. A. (2007). Canadian Practice Process Framework. In E. A. Townsend & H.J. Polatajko, *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (S.233). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A., & Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In E. A. Townsend & H.J. Polatajko, *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (S.23). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Prof. Dr. Thommen, Gabler Wirtschaftslexikon. (2018). *Anspruchsgruppen*. Abgerufen von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/anspruchsgruppen-27010/version-250673>
- Pruschmann, T. (2010). Fortbildung Tiergestützte Therapie – Assistenten mit dickem Fell. *Ergopraxis*, 3(9), 30-33. doi: 10.1055/s-0030-1265879
- Pschyrembel, W. (2004). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin: Walter de Gruyter.
- REHAkids. (2017). *FASD*. Abgerufen von <https://www.rehakids.de/phpBB2/ftopic129361.html>
- Romein, E., & Espei, A. (2006). Diagnostik und Befundaufnahme. In Steding-Albrecht, U., & Becker, H. *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*. (S.108-118). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Scheepers, L. (2016). Gruppenangebot in der pädiatrischen Ergotherapie für sozial-emotionales Training (283-285). In A., Baumgarten & H., Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie-klientenzentriert- betätigungsorientiert- evidenzbasiert*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Scheepers, C. (2000a). Ambulante Versorgung. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn, *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S.226-227). Stuttgart: Thieme.

- Scheepers, C. (2000b). Schnittstellen zu angrenzenden Berufen. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn, *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S.228-229). Stuttgart: Thieme.
- Schindler, G. (2017). *Die Fetale Alkoholspektrum-Störung - Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis*. Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung.
- Seiferth, N. Y., Thienel, R., & Kirchner, T. (2007). *Funktionelle MRT in Psychiatrie und Neurologie*. Heidelberg: Springer.
- Seiffert, B. (2011). FAS: Diagnose oft erschwert. *Pädiatrie: Kinder- und Jugendmedizin hautnah*, 23 (5), 414-414. doi.: 10.1007/BF03364059
- Sonnenhof Evangelischer Verein e.V. FASD-Fachzentrum. (2018). *Weiterbildung zur Fachkraft für FASD 2019*. Abgerufen von <https://fasd-fachzentrum.de/category/fortbildungen/>.
- Spohr, H. -L. (2016). *Das Fetale Alkoholsyndrom: Im Kindes- und Erwachsenenalter*. Berlin Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Spohr, H. -L., & Steinhausen, H. C. (2008). Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen - Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (41), 693-698. doi: 10.3238/arztebl.2008.0693.
- Stamm, T., Weigl, R., & Ritschl, V. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Stein, F., Rice, M. S., & Cutler, S. K. (2013). *Clinical research in occupational therapy*. Delmar: Cengage Learning.
- Stigler, B. A., & Thierfelder, I. (2013). Zum Stellenwert der Elternarbeit in der ambulanten ergotherapeutischen Versorgung aus Perspektive der professionellen Akteure. *Ergoscience*, 8 (4), 152-159. doi: 10.2443/skv-s-2013-54020130403
- Stock-Mühnickel, S. (2016). Arbeit mit Eltern und Umfeld von Kindern und Jugendlichen. In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie* (S.275-281). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Stratton, K. R., Howe C. J., Battaglia, F. C. (1996). *Institute of Medicine. Fetale alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, prevention and treatment*. Washington DC: National Academy Press.

- Ter Horst, K. (2010). *Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) – Prävention, Diagnostik, Behandlung und Betreuung*. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag. doi: 10.2378/uj2010.art30d
- Testzentrale. (2018). *BOT-2 Bruininks-Oseretzký Test of Motor Proficiency Second Edition– Deutschsprachige Version*. Abgerufen von <https://www.testzentrale.de/shop/bruininks-oseretzký-test-of-motor-proficiency-second-edition-deutschsprachige-version.html>
- Testzentrale. (2018). *DTVP-2 Developmental Test of Visual Perception*. Abgerufen von <https://www.testzentrale.de/shop/developmental-test-of-visual-perception.html>
- Testzentrale. (2018). *KFT-K Kognitiver Fähigkeitstest- Kindergartenforum*. Abgerufen von <https://www.testzentrale.de/shop/kognitiver-faehigkeitstest-kindergartenform.html>
- Testzentrale. (2018). *M-ABC-2 Movement Assessment Battery for Children – 2*. Abgerufen von <https://www.testzentrale.de/shop/movement-assessment-battery-for-children-2.html>
- Testzentrale. (2018). *Test d2 - Aufmerksamkeits-Belastungs-Test*. Abgerufen von <https://www.testzentrale.de/shop/test-d2-aufmerksamkeits-belastungs-test.html>
- Testzentrale. (2018). *TPK Testreihe zur Prüfung der Konzentrationsfähigkeit*. Abgerufen von <https://www.testzentrale.de/shop/testreihe-zur-pruefung-derkonzentrationsfaehigkeit.html>
- Thomsen, A., Michalowski, G., Landeck, G., & Lepke, K. (2014). *FASD–fetale Alkoholspektrumstörungen*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65 (2), 189-196.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II. advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., Craik, J., & Davis, J. (2007). Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE). In E. A. Townsend & H.J. Polatajko, *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (S.110). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko. *Enabling Occupational II: Advancing on Occupational Therapy Vision Health,*

*Well-Being & Justice through Occupation* (S.87-134). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Van Kampen, S. (2016). Kindern Erfolg ermöglichen: Der CO-OP Approach In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie- klientenzentriert- betätigungsorientiert- evidenzbasiert* (S.195-206). Idstein: Schulz-Kirchner.

Vasak, M., Williamson, J., Garden, J., & Zwicker, J. G. (2015). Sensory processing and sleep in typically developing infants and toddlers. *American Journal of Occupational Therapy*, 69, 1-8. doi: 10.5014/ajot.2015.015891

Verband der Ersatzkassen (2017). *Zweiter Teil - Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen*. Abgerufen von [https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/heilmittelrichtlinie/\\_jcr\\_content/par-/download/file.res/HeilM-RL\\_2017-09-21\\_iK-2018-01-01\\_Heilmittelkatalog.pdf](https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/heilmittelrichtlinie/_jcr_content/par-/download/file.res/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01_Heilmittelkatalog.pdf)

Wells, A. M., Chasnoff, I. J., Schmidt, C. A., Telford, E., & Schwartz, L. D. (2012). Neurocognitive habilitation therapy for children with fetal alcohol spectrum disorders: An adaptation of the Alert Program. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 24–34. doi: 10.5014/ajot.111.002691

Welz, D. (2006). Ergotherapie in der Praxis. In H. Becker & U. Steding-Albrecht (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S.408-409). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Wilhoit, L. F., Scott, D. A., & Simencka, B. A. (2017). Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Characteristics, Complications, and Treatment, *Community Ment Health Journal*, 53, 711-718. doi: 10.1007/s10597-017-0104-0

Williams, L., Jackson, C. P., Choe, N., Pelland, L., Scott, S. H., & Reynolds, J. N. (2014). Sensory-Motor Deficits in Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder Assessed Using a Robotic Virtual Reality Platform. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38 (1), 116-125. doi: 10.1111/acer.12225

Williams, M. S., & Shellenberger, S. (1996). „How Does Your Engine Run?“ A leader’s guide to the Alert Program for self-regulation. Albuquerque, NM: Therapy Works Inc.

Williams, M.S., & Schellenberger, S. (2009). *Wie läuft eigentlich dein Motor?: Theorie und Praxis der Selbstregulierung für Menschen mit ADS /HKS - Das „Alert-Programm“*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

- Winkler, A. (2013). Geld vom Staat für Fortbildungen – Finanzspritzen. *Ergopraxis*, 6 (11/12), 41-43.  
doi: 10.1055/s-0033-13-61911
- Winter, B., & Arasin, B. (2007). *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS*. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag.
- Winter, B., Ottinger, D., & Arasin, B. (2007). Ergotherapeutischer Therapieprozess bei Kindern mit ADHS. In: B. Winter & B. Arasin, *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS* (S.109-113). Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag.
- Wodrich, D.L. (2000). *Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: what every parent wants to know*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- World Health Organization. (2016). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10*. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kodesuche/htmlamt12016/>
- ZiFF-Therapie & Fortbildungen. (2018). *Fortbildungen für Ergotherapeuten*. Abgerufen von <https://www.ziff.de/fortbildungen/ergotherapeuten/>
- Zillhardt, C., & Merklein de Freitas, C. (2016). Das Canadian Practice Process Framework (CPPF). In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie* (S.87-100). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Zimmer, R. (2015). *MOT 4-6. Motoriktest für 4- bis 6-jährige Kinder*. Göttingen: Hogrefe.

# Anhangsverzeichnis

Anhang 1	Beispiel Literaturrecherche
Anhang 2	Beispielhafte Bestimmung des Evidenzlevels nach Tomlin und Borgetto (2011)
Anhang 3	Darstellung der CMOP-E Komponenten anhand eines Fallbeispiels
Anhang 4	Darstellung eines Behandlungsprozesses nach dem CPPF anhand eines Fallbeispiels
Anhang 5	Einschränkungen in den Exekutivfunktionen und ihre Auswirkungen auf den Alltag
Anhang 6	Begleitende Hilfen für den Kindergarten und die Beschulung
Anhang 7	Ergotherapie im ambulanten Setting
Anhang 8	Beispiel für eine neuropsychologische Diagnostik bei einem Kind mit Verdacht auf FASD
Anhang 9	Kindern mit FASD das Lernen erleichtern
Anhang 10	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
Anhang 11	ICF CY
Anhang 12	Forschungsethik
Anhang 13	Tabelle der Variablen, Dimensionen und Indikatoren
Anhang 14	Teilnehmeranschreiben
Anhang 15	Teilnehmeranschreiben in Facebook-Gruppen
Anhang 16	Fragebogen
Anhang 17	Teilnehmerbeschreibung
Anhang 18	Interviewleitfaden
Anhang 19	Evaluationsbogen des Pretests
Anhang 20	Einverständniserklärung der Teilnehmer
Anhang 21	Transkriptionsregeln

Anhang 22	Transkriptionsausschnitt
Anhang 23	Extraktionsregeln
Anhang 24	Extraktionsausschnitt
Anhang 25	Kausalmechanismus der ersten Ebene
Anhang 26	Kausalmechanismus der zweiten Ebene
Anhang 27	Kausalmechanismen der dritten Ebene
Anhang 28	Ehrenwörtliche Erklärung

# Anhang

## Anhang 1: Beispiel Literaturrecherche

Tabelle 7: Beispielhafte Darstellung der Suchwege

Datenbanken	Ergotherapeutische Fachzeitschriften
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discover information sources Zuyd (DiZ)</li> <li>• PubMed</li> <li>• OT-Seeker</li> <li>• Science Direct</li> <li>• Cochrane</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• American journal of occupational therapy</li> <li>• Australian journal of occupational therapy</li> <li>• British journal of occupational therapy</li> <li>• Canadian journal of occupational therapy</li> <li>• Ergopraxis</li> <li>• Ergoscience</li> <li>• Ergotherapie und Rehabilitation</li> <li>• Journal of Occupational Science</li> <li>• Scandinavian journal of occupational therapy</li> </ul>

Tabelle 8: Beispielhafte Darstellung der Literaturrecherche

Suchmaschine	Suchbegriffe (2007-2018)	Trefferanzahl
DiZ	- Fetales Alkoholsyndrom	138
	- FASD	8,550
	- Fetale Alkoholspektrumstörung	11
	- Fetales Alkoholsyndrom AND Intervention	48
	- Fetales Alkoholsyndrom AND Ergotherapie	25
	- fetal alcohol syndrome	58,735
	- fetal alcohol spectrum disorder	30,812
	- fetal alcohol syndrome effects	51,010
	- fetal alcohol syndrome AND Intervention	26,748
	- fetal alcohol syndrome AND Occupational Therapy	5,074

## Anhang 2: Beispielhafte Bewertung der Studien nach Tomlin und Borgetto (2011)

Tabelle 9: Beispielhafte Bewertung der Studien nach Tomlin und Borgetto (2011)

Studie	Forschungs- methode	Forschungsdesign	Evidenz- level
May et al. (2006)	Quantitative Forschung - klinisch experimentell	Randomisierte Kontrollierte Studie	2
May et al. (2011)	Quantitative Forschung- klinisch experimentell	Randomisierte Kontrollierte Studie	2
Day et al. (2002)	Quantitative Forschung- klinisch experimentelle	Klinische kontrollierte nicht randomisierte Studie	3
Kable, Taddeo, Strickland und Coles (2016)	Quantitative Forschung- Versorgungs- forschung	Metaanalyse	1
Merklein de Freitas, Pott, Weber, Wendel und Zillhardt (2015)	Qualitative Forschung	Qualitative Studie an mehreren Personen geringe Güte	3
Stigler und Thierfelder (2013)	Qualitative Forschung - Forschung	Qualitative Studie an mehreren Personen geringe Güte	3
Junkers (2011)	Qualitative Forschung	Qualitative Studie an mehreren Personen geringe Güte	3
Green (2007)	Quantitative Forschung - Versorgungs- forschung	Metaanalyse	1
Keightley et al. (2018)	Qualitative Forschung	Qualitative Studie an mehreren Personen geringe Güte	3
Landgraf et al. (2018)	Quantitative Forschung - Versorgungs- forschung	Forschung an bestehenden Gruppen mit Kovarianzanalyse	2

## Anhang 3: Darstellung der CMOP-E Komponenten anhand eines Fallbeispiels

Im Folgenden wird das Inhaltsmodell CMOP-E mit seinen Komponenten anhand des Fallbeispiels Max veranschaulicht. Das Fallbeispiel wurde auf Grundlage des Erfahrungsberichtes „Solange ich noch Hoffnung habe - FAScetten eines Lebens“ von Menger (2017) geschrieben, jedoch verändert und angepasst.

Max ist 8 Jahre alt. Er hat folgende Diagnosen gestellt bekommen:

- Q 86.0 Fetales Alkoholsyndrom
- F 81.3 Kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten
- F 93.0 Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst
- F 90.1 Hyperaktive Störung des Sozialverhaltens
- F. 70.0 leichte Intelligenzminderung

Außerdem soll abgeklärt werden, ob zusätzlich eine ADHS bestehen könnte.

### Person:

Besonders in der **kognitiven Komponente** hat Max deutliche Einschränkungen. Mit einem IQ von 70 zeigt er eine unterdurchschnittliche Intelligenz. Seine Gedächtnisleistung und somit Lern- und Merkfähigkeit sind eingeschränkt. Eine besonders große Schwäche besteht im verbalen Gedächtnis. Max fällt es somit schwer, neue Informationen aufzunehmen, zu lernen und später abzurufen. Er kann verbale Aufträge nur mühsam in eine konkrete Handlung umsetzen. Hinzu kommt, dass es ihm nur mit großer Anstrengung gelingt, sich auf seine Umwelt zu konzentrieren und die unwichtigen Informationen auszublenden. Er zeigt ein starkes Aufmerksamkeitsdefizit.

Bei Max sind ebenfalls Einschränkungen in der **affektiven Komponente** erkennbar. Er hat Probleme damit, Regeln einzuhalten und Anweisungen zu befolgen. Anderen Leuten gegenüber ist er oftmals distanzgemindert. Beispielsweise spricht er Fremde auf der Straße an oder kommt den Kindern in der Schule zu nah. Er merkt nicht, dass sich diese von ihm abwenden. Es fällt ihm schwer, die Gefühlslage anderer zu verstehen und kann sich nicht in sie hineinversetzen. Max zeigt eine geringe Frustrationstoleranz sowie Impulskontrolle. Misslingt ihm eine Aufgabe, kann er die Grenzen seiner Fähigkeiten nicht akzeptieren und es kommt zu starken Wutausbrüchen.

Ebenfalls bestehen Probleme in der **physischen Komponente**. Max zeigt einen ausgeprägten Freiheits- und Bewegungsdrang. Er ist immer unruhig und hat ein geringes Gefahrenbewusstsein. Seine damit einhergehende hohe Risikobereitschaft führt zu einem erhöhten Verletzungsrisiko. Kommt es zu Verletzungen, hat Max nur ein geringes Schmerzempfinden. Neben dem geringen Schmerzempfinden fällt auf, dass Max auch Temperaturen nur bedingt wahrnehmen kann. Er hat Beeinträchtigungen in verschiedenen Wahrnehmungsbereichen. Besonders auffällig sind dabei die Entwicklungsdefizite in der räumlich-visuellen Wahrnehmung. Ebenfalls können bei Max Einschränkungen in der Fein- und Grobmotorik beobachtet werden. Er kann feine Bewegungen nur schlecht koordinieren, seine Kraft nicht angemessen dosieren und sein Gleichgewicht nicht halten.

In Bezug auf die **Spiritualität** lässt sich sagen, dass Max ein sehr offener, höflicher und freundlicher Junge ist. Er ist aufgeweckt, lebendig und zeigt viel Freude an Bewegung. Er startet motiviert und mit viel Energie in den Tag und freut sich besonders, wenn er nach der Schule seinen Hobbys nachgehen kann. Zu seiner Familie pflegt er ein sehr liebevolles Verhältnis und zeigt sich sehr bemüht ihren Anforderungen gerecht zu werden.

#### Betätigung:

Der Betätigungsbereich **Selbstversorgung** stellt für Max ein großes Problem dar. Alltägliche Abläufe wie das Anziehen, Waschen, Zähneputzen oder Aufräumen kann er nicht selbstständig erledigen. Er muss von vorne bis hinten angeleitet werden. Dabei kommt es oftmals zu heftigen Streitereien und Wutausbrüchen, wenn er nicht versteht, was von ihm verlangt wird. Andererseits ist Max sehr bemüht und kann inzwischen in manchen Situationen, mit der Unterstützung von visuellen Verstärkern, konkrete Handlungen wie das Tischdecken eigenständig durchführen. Oftmals macht er jedoch immer wieder die gleichen Fehler und lernt nicht aus ihnen. In Bezug auf die Mobilität ist festzustellen, dass Max beim Fahrrad- und Rollerfahren noch sehr unsicher ist, sodass es oftmals zu Stürzen kommt.

Im Betätigungsbereich **Produktivität** hat Max besonders große Schwierigkeiten in der Schule. Er ist nicht in der Lage dem Unterricht zu folgen, ist unruhig und kann sich nicht konzentrieren. Häufig stört er den Unterricht und hält sich nicht an Absprachen und Regeln, sodass er oft den Klassenraum verlassen muss. Aufgrund seiner eingeschränkten Feinmotorik sowie seiner Entwicklungsdefizite in den räumlich-visuellen Fertigkeiten ist er nicht in der Lage, Buchstaben oder Zahlen zu schreiben. Max kann nicht mit seinen Klassenkameraden mithalten und schreibt schlechte Noten. Auch die Hausaufgaben stellen eine große Herausforderung dar. Sie dauern oft stundenlang und es kommt aufgrund seiner geringen Frustrationstoleranz häufig zu emotionalen Wutausbrüchen.

Auch im Betätigungsbereich **Freizeit** hat Max Schwierigkeiten, sodass er unter ständiger Kontrolle sein muss. Im Schwimmverein hält er sich nicht an die Regeln und zeigt keine Angst. Er springt z.B. sofort ins Wasser, obwohl er nicht schwimmen kann. Da er aufgrund seiner Essproblematik kaum Fettgewebe hat, friert er viel schneller als die anderen Kinder. Er selbst merkt es jedoch nicht, sodass er regelmäßig mit einer Blasenentzündung nach Hause kommt. Sehr positiv ist die Teilnahme im Leichtathletikverein. Max hat viel Spaß dabei sich an der frischen Luft zu bewegen, und erzielt viele Erfolgserlebnisse. Lange Laufstrecken kann er sich zwar taktisch nicht einteilen, was seinen Trainer manchmal verzweifeln lässt, aber er hat so viel Energie, dass er einfach durchläuft. Aber auch in diesem Verein zeigt Max Probleme mit Regeln und Disziplin. Er gerät ständig in Streit mit anderen Kindern, weil er die Spielregeln nicht einhält. Keiner der Kinder will mehr mit ihm spielen, er wird nicht zu Kindergeburtstagen eingeladen und ist ein Außenseiter. Das scheint er jedoch gar nicht so zu empfinden. Jeder ist für ihn sein Freund, der gerade nett zu ihm ist. Auf dem Campingplatz bringt er völlig fremde Kinder mit und stellt sie als seine besten Freunde vor. Die Namen dieser Kinder kennt er aber nicht.

#### Umwelt:

Die **soziale Umwelt** stellt eine große Ressource für Max dar. Seine Pflegeeltern sind engagiert und bieten ihm ein liebevolles, stabiles Zuhause, sodass er sich seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten entsprechend entfalten kann. Zu seinem großen Bruder, welcher auch ein Pflegekind ist, hat Max ein sehr gutes Verhältnis. Dieser hat viel Verständnis für Max und dient ihm als Vorbild. Auch seine Großeltern, welche auf demselben Grundstück wohnen, pflegen einen sehr liebevollen Umgang mit Max und bemühen sich, seine Pflegeeltern zeitweilig zu entlasten. Im Schwimm- und Leichtathletikverein stellen die Trainer eine große Ressource für Max dar. Sie sind verständnisvoll und können mit seinen Eigenarten gut umgehen. Eine Barriere stellt seine Lehrerin dar. Sie ist mit der Klasse und vor allem mit der Problematik von Max überfordert, sodass er sich in der Schule vollkommen verschließt. Außerdem weigert sich die Lehrerin ihm seine verschriebenen Tabletten zu verabreichen, sodass seine Pflegemutter in der Mittagspause in die Schule fahren muss. Eine besonders große Ressource stellt der Freizeitbegleiter für Max dar. Der gelernte Sozialpädagoge kann sich gut auf ihn einlassen. Er merkte schnell, dass er mit seinen pädagogischen Konzepten nicht weit bei ihm kommt und geht seitdem unkonventionelle Wege, die große Wirkung zeigen. Beide haben viel Spaß miteinander, während seine Pflegeeltern die Zeit für den Haushalt oder zum Erholen nutzen können.

Max wohnt mit seinen Pflegeeltern in einer kleinen Zwei-Zimmerwohnung ohne Garten. Da sich die Wohnung in der Innenstadt und somit an einer stark befahrenen Straße befindet, hat Max keine Möglichkeit, ohne Begleitung die Wohnung zu verlassen. Auch innerhalb der Wohnung hat er wenig

Möglichkeiten, sich frei zu bewegen, obwohl er sehr bewegungsfreudig und unruhig ist. Die **physische Umwelt** stellt diesbezüglich eine Barriere dar. Positiv ist, dass fußläufig innerhalb von fünf Minuten ein großer Abenteuerspielplatz zu erreichen ist, den Max gern besucht. Seine Schule liegt außerdem nah an dem Arbeitsplatz seiner Pflegemutter, sodass diese bei Schwierigkeiten innerhalb weniger Minuten vor Ort sein kann.

Die **institutionelle Umwelt** eröffnet Max viele Möglichkeiten. Ihm steht ein Schwerbehindertenausweis mit einem Grad von 70 und den Merkzeichen G (erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit), B (Begleitperson) und H (Hilflosigkeit) zu, sodass finanzielle Vergünstigungen in Anspruch genommen werden können. Außerdem wurden ihm die Pflegestufe 1 anerkannt und Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt. Somit können eine Schulbegleitung und eine Begleitung im Freizeitbereich herangezogen werden. Eine weitere Ressource, die die **institutionelle Umwelt** für Max darstellt, ist die Möglichkeit, im Sommer auf eine Schule für Lernbehinderte wechseln zu können, wo es kleinere Klassen mit zwei verantwortlichen Lehrkräften gibt. Die Pflegeeltern von Max profitieren außerdem von den Beratungsgesprächen der städtischen Erziehungsberatung, zu denen sie einmal in der Woche gehen können.

Auch die **kulturelle Umwelt** wirkt sich auf Max aus. Seiner Pflegefamilie sind Ordnung und Sauberkeit sehr wichtig. Besonders am Esstisch werden Manieren vorausgesetzt. Max ist oftmals mit den Anforderungen, die an ihn gestellt werden, überfordert, sodass es beim gemeinsamen Essen häufig eskaliert. Eine große Ressource, die damit einhergeht, ist jedoch auch, dass die Familie sehr viel Wert auf geregelte Essenszeiten und somit auf einen routinierten Tagesablauf legt. Diese vorgegebene Routine bietet Max Sicherheit und Beständigkeit. Jeden Sonntag geht die Familie gemeinsam in die Kirche. Die Routine tut Max zwar gut, jedoch ist es schwierig für ihn, 60 Minuten am Stück ruhig sitzen zu bleiben. Die Familie muss somit oftmals den Gottesdienst frühzeitig verlassen, was zu Unzufriedenheit führt. Eine große Ressource der **kulturellen Umwelt** ist, dass die Pflegeeltern von Max Wert darauf legen, dass er bestmöglich gefördert wird. Sie setzen sich dafür ein, dass er Ergotherapie erhält und zeigen in der Behandlung eine gute Compliance.

## Anhang 4: Darstellung eines Behandlungsprozesses nach dem CPPF anhand eines Fallbeispiels

1. Enter/ initiate - Eintreten/ initiieren
2. Set the stage – Rahmenbedingungen klären
3. Assess evaluate – Erheben/bewerten
4. Agree on objectives/ plan – Sich auf Ziele einigen/ planen
5. Implement the plan – Plan umsetzen
6. Monitor and modify – Überwachen/ verändern
7. Evaluate outcome - Ergebnis bewerten
8. Conclude/ exit - Beenden/ abschließen

Im Aktionspunkt eins findet die Kontaktaufnahme der Pflegeeltern per Telefon zum Ergotherapeuten statt. Dabei wird ein Termin für ein Erstgespräch vereinbart, bei dem Max (8 Jahre, FASD) und seine Pflegeeltern den Ergotherapeuten in der Einrichtung kennenlernen. Innerhalb dieses ersten Kontaktes wird gemeinsam entschieden, ob der ergotherapeutische Prozess beginnt. Eine Zusammenarbeit entsteht ab Aktionspunkt zwei, wobei Werte, Überzeugungen, Erwartungen und Wünsche von allen Seiten über den folgenden Prozess geklärt werden. Außerdem werden die möglichen Betätigungsanliegen von Max identifiziert (→A.3). Bei dem dritten Aktionspunkt wird der ergotherapeutische Befund erhoben. Der Ergotherapeut bestimmt unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen und praktischen Kontextes sowie der Bezugsrahmen, welche Assessments in der Situation von Max am relevantesten und praktikabelsten sind. Die Auswahl der Assessments wird mit Max selbst sowie seinen Pflegeeltern diskutiert und anschließend gemeinsam eine Entscheidung getroffen. Nach Abschluss der Beurteilung wird der Befund analysiert und interpretiert, um eine plausible Erklärung für die Betätigungsanliegen zu finden. Anschließend können im vierten Aktionspunkt die ergotherapeutischen Betätigungsziele gemeinsam mit Max und seinen Pflegeeltern festgelegt werden. Bei Aktionspunkt fünf wird, abhängig von den individuellen Betätigungsanliegen und Zielen, der Behandlungsplan aufgestellt und umgesetzt. Der sechste Aktionspunkt beinhaltet eine fortlaufende formative Evaluierung, um zu ermitteln, ob die aktuellen Förderstrategien die festgelegten Ziele erfüllen und ob der Plan befolgt wird. Dabei können neue Betätigungsanliegen oder Stakeholder hinzukommen, um die Behandlung effizienter zu gestalten. Im siebten Aktionspunkt des CPPF geht es vor allem darum, das Erreichen der Betätigungsziele zu überprüfen und somit das Ergebnis der Therapie zu evaluieren. Dafür werden die bereits durchgeführten Assessments wiederholt. Wenn alle vereinbarten Betätigungsziele erreicht wurden und Max und seine Pflegeeltern

keine weiteren Anliegen benennen, kann die ergotherapeutische Behandlung im achten Aktionspunkt abgeschlossen werden. Die Ergebnisse der Evaluation werden besprochen und ein Abschlussbericht geschrieben. Am Ende der Therapie werden Max und seine Pflegeeltern über die Möglichkeit des Wiedereintritts informiert und die Überweisung an andere Disziplinen werden koordiniert. Der Abschluss der Therapie wird sorgfältig organisiert und kommuniziert (Davis, Craik, Polatajko, 2013).

## Anhang 5: Einschränkungen in den Exekutivfunktionen und ihre Auswirkungen auf den Alltag

Tabelle 10: Einschränkungen in den Exekutivfunktionen und ihre Auswirkungen auf den Alltag (Thomsen et al., 2014, S.17)

Exekutivfunktion	Die Fähigkeit ...	Zeichen einer Störung:
Planung und Reihenfolgeplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... zur Planung von Teilschritten, zur Lösung einer Aufgabe oder Erreichung eines Ziels. Dazu gehört auch, das benötigte Material bereitzuhalten oder Termine einzuhalten.</li> <li>• ... Teilschritte einer Aufgabe in der richtigen Reihenfolge abzuarbeiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginnt Aufgaben ohne benötigtes Material</li> <li>• Schätzt Zeitfenster für Aufgabenschritte nicht realistisch ein</li> <li>• Macht keine Pläne für Freizeit oder Wochenenden</li> <li>• Lässt Teilschritte bei einer komplexeren Aufgabe aus</li> <li>• Hat Schwierigkeiten, eine Geschichte/ein Erlebnis zeitlich und logisch korrekt wiederzugeben</li> <li>• Handelt spontan und unreflektiert</li> </ul>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... benötigte Materialien oder Unterlagen zu beschaffen und zu behalten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verliert wichtige Dokumente</li> <li>• Schließt Aufgaben nicht ab, wird nicht fertig</li> <li>• Entwirft unrealistische Pläne</li> </ul>
Zeitmanagement und Priorisierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... abzuschätzen, wie viel Zeit für eine Aufgabe bleibt, Zeit einzuteilen, Zeit zu nutzen und Termine einzuhalten.</li> <li>• ... Termine und Treffen zu vereinbaren und einzuhalten.</li> <li>• ... eine Vorrangigkeit für Bedürfnisse und Aufgaben einzuschätzen. Was ist am wichtigsten? Was sollte zuerst erledigt werden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschwendet Zeit für Unwichtiges und verpasst dadurch die eigentlichen Aufgaben</li> <li>• Kann sich keine Notizen im Unterricht machen</li> </ul>
Arbeitsgedächtnis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... Informationen im Gedächtnis zu behalten, während komplexe Aufgaben bearbeitet werden.</li> <li>• ... sich auf Gelerntes oder Erfahrungen in einer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folgt Anweisungen nicht</li> <li>• Schreibt nicht mit, füllt Arbeitsbögen/Formulare nicht aus, gibt diese nicht ab</li> <li>• Hat benötigte Dinge nicht dabei</li> <li>• Verliert Sachen</li> </ul>

	<p>aktuellen Situation beziehen zu können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ... Lösungsstrategien für mögliche Probleme zu entwerfen.</li> <li>•</li> </ul>	
Metakognition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... sich selbst in einer Situation zu reflektieren.</li> <li>• ... gedanklich „Probe zu handeln“.</li> <li>• ... Verschiedene Lösungsstrategien überdenken zu können.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macht sorglos Fehler</li> <li>• Überprüft eigene Arbeit nicht</li> <li>• Vergisst, Anweisungen zu prüfen, um sicherzustellen, dass Regeln eingehalten werden</li> <li>• Erkennt Probleme nicht und fragt nicht nach Hilfe</li> <li>• Erkennt nicht, wie das eigene Verhalten auf die Mitmenschen wirkt</li> </ul>
Hemmung von Verhaltensweisen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... sich von einer Ablenkung abwenden zu können.</li> <li>• ... vor einer Reaktion nachdenken zu können.</li> <li>• ... auf sofortige Belohnungen verzichten zu können, zugunsten einer größeren nach längerer Zeit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist leicht ablenkbar und impulsiv</li> <li>• Nimmt Eigentum anderer, lügt, nutzt Schimpfwörter, wird ohne Vorwarnung handgreiflich</li> <li>• Benötigt sofortige Belohnung oder Bestätigung, kann nicht auf eine größere Belohnung warten</li> <li>• Bringt sich in Gefahr, da mögliche Konsequenzen von Handlungen nicht vorhergesehen werden</li> </ul>
Selbstregulation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... seine Gefühle, Stimmungen selbst regulieren und auch kontrollieren zu können, wenn es der Erreichung des Ziels dient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeigt in vielen Situationen unangemessenes Verhalten oder reagiert über</li> </ul>
Antrieb	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... Eine Aufgabe ohne Verzögerungen zu beginnen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Schwierigkeiten, eine Aufgabe zu beginnen, können als oppositionelles Verhalten gedeutet werden</li> </ul>
Geistige Flexibilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... flexibel zwischen Aufgaben wechseln zu können.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bleibt einer Sichtweise/Lösung verhaftet</li> <li>• Erkennt nicht, wie man an Hilfen und Unterstützung gelangen kann</li> <li>• Ist schnell frustriert und bekommt Wutanfälle</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kann nur zögerlich zwischen verschiedenen Aktivitäten wechseln</li> <li>• Besteht auf die bekannte Routine, auch wenn die Umstände anderes einfordern</li> <li>• Kann jeweils nur eine Sache gleichzeitig machen</li> </ul>
Fokussierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... sich auf die wichtigsten Informationen aus der Umwelt konzentrieren zu können und unwichtige Reize ausblenden zu können (Figur-Grund-Wahrnehmung).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scheint wichtige Informationen zur Vervollständigung einer Aufgabe zu vergessen</li> <li>• Scheint nicht zu bemerken, dass das Verhalten an eine neue Situation angepasst werden muss</li> </ul>
Aufmerksamkeitsspanne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... die Aufmerksamkeit über einen gewissen Zeitpunkt auf einen bestimmten Punkt richten zu können.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Aufmerksamkeit kann kurz auf eine Sache gerichtet werden, aber nicht lange genug, um alle Informationen erhalten zu können</li> <li>• Kann einen guten Start bei der Bearbeitung einer Aufgabe haben, aber nach kurzer Zeit qualitativ und quantitativ stark nachlassen</li> </ul>
Gedächtnisspeicher	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... Informationen oder Wissen für späteren Gebrauch zu speichern.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fällt durch Tests wegen Vergessens von Gelerntem</li> <li>• Hat Schwierigkeiten, sich an tägliche Ereignisse zu erinnern</li> <li>• Hat Schwierigkeiten, Informationen wieder abzurufen</li> </ul>
Abrufbarkeit von gespeichertem Wissen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... gespeichertes Wissen zum richtigen Zeitpunkt parat zu haben.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hat schwankende Leistungen, da es an einem Tag möglich ist, auf Gelerntes zurückzugreifen, an anderen nicht</li> <li>• Findet nicht das passende Wort</li> <li>• Meldet sich, hat dann aber die Antwort vergessen, wenn er/sie drangenommen wird</li> </ul>

## Anhang 6: Begleitende Hilfen für den Kindergarten und die Beschulung

### Welche Hilfen bieten sich im Kindergarten an?

Kindern mit FASD steht, wie jedem anderen Kind auch, der Anspruch auf Förderung einer Kindertagesbetreuung ab dem zweiten Lebensjahr zu. Meist treten schon im Kindergarten Probleme auf, sodass für eine bedarfsgerechte Förderung zusätzliche Leistungen notwendig sind. Auch hier können Teilhabeleistungen eine wichtige Rolle spielen, die sich auf das Recht des Kindes auf soziale Teilhabe an der Gemeinschaft in der Kindertagesstätte und auf angemessene Förderung altersgerechter Kompetenzen beziehen. Es gibt sowohl Regel- als auch Fördereinrichtungen. Der Vorteil einer Fördereinrichtung ist, dass dort meist interdisziplinäre Leistungen für die Kinder angeboten werden und es sich um kleinere Gruppen handelt. Im Rahmen einer Regeltagesförderung ist es durch spezifische Eingliederungshilfen ebenfalls möglich, das betroffene Kind umfangreich zu fördern (Schindler, 2017).

### Welche Hilfen bieten sich bei der Beschulung an?

Kinder mit FASD sind wie jedes Kind in Deutschland über sechs Jahre, schulpflichtig. Der Schulalltag ist jedoch oftmals mit großen Schwierigkeiten verbunden (→2.3.1). Den Kindern stehen die klassischen Angebote der Eingliederungshilfe wie Förderschulen zu. Es gibt sowohl Fördereinrichtungen als auch individuelle Förderungen zur Teilhabe an Regelangeboten (Schindler, 2017). „Viele Schulkinder mit FASD benötigen zur Bewältigung des Schulalltags neben einem verständnisvollen und nervenstarken Lehrer eine Person, die ihnen als Schulbegleiter oder Integrationshelfer in schwierigen Situationen zur Seite steht“ (Thomsen et al., 2014, S.55). Eine solche intensive Begleitung kann beispielsweise als schulische Integrationshilfe im Rahmen einer Leistung der Eingliederungshilfe gewährt werden (Schindler, 2017).

Nach Green (2007) sind Kinder mit FASD, die zu Beginn ihrer Schulzeit keinen Zugang zu geeigneten sonderpädagogischen Förderprogrammen haben, einem erhöhten Risiko ausgesetzt langfristige Betätigungsprobleme innerhalb der schulischen und später auch beruflichen Ausbildung zu entwickeln. Bislang sind viele Kinder mit FASD an einer speziellen Förderschule untergebracht, da die Voraussetzungen an den Regelschulen ungeeignet sind oder sie die benötigten Hilfen nicht erhalten. Der Bundesländervergleichstest von 2011 analysierte, dass Schüler/innen mit Förderbedarf, die eine Regelschule besuchten, besser lesen, zuhören und rechnen konnten als die Kinder an einer

Förderschule (Bundeszentrale für politische Bildung, 2015). „Ziel müsste aus Sicht der Inklusion sein, Grundvoraussetzungen zur Beschulung von FASD-Kindern zu schaffen, die ihren spezifischen Förderbedarfen gerecht werden“ (Schindler, 2017, S.37). Wenn die Grundvoraussetzungen geschaffen und die Besonderheiten der Kinder mit FASD berücksichtigt werden, dann wären viele von ihnen in der Lage, einen Regelabschluss zu absolvieren (Schindler, 2017). Die Umsetzung der schulischen Inklusion wird zwar vorangetrieben, jedoch entwickeln sich die Bundesländer unterschiedlich. Es werden gemeinsame Standards für die inklusive Beschulung benötigt, die allen Bundesländern vergleichbare Chancen eröffnen (Klemm, 2015). In vielen Bundesländern fehlt es noch immer an umsetzbaren und erfolgreichen Konzepten für die Beschulung von Kindern mit einer Behinderung. Kinder mit FASD sind davon besonders betroffen, da für ihre Behinderung noch immer das gesellschaftliche Verständnis fehlt (Schindler, 2017).

## Anhang 7: Ergotherapie im ambulanten Setting

Die Forschungsarbeit bezieht sich auf die ergotherapeutische Behandlung im ambulanten Setting. Ambulantes Setting bedeutet in dem Fall, dass die Kinder „nicht an eine Krankenhausaufnahme gebunden“ sind und somit die Behandlung „nicht stationär“ stattfindet (Bibliographisches Institut GmbH (2018h). In Bezug auf die ergotherapeutische Behandlung im pädiatrischen Fachbereich können dies beispielsweise Versorgungssysteme wie Praxen, sozialpädiatrische Zentren oder Frühförderstellen sein, die ambulant aufgesucht werden (Becker & Steding-Albrecht, 2006). „Das Arbeitsfeld der ergotherapeutischen ambulanten Versorgung bezieht sich heute hauptsächlich auf die Arbeit in ergotherapeutischen Praxen“ (Scheepers, 2000a, S.226).

### Ergotherapie in der Praxis

„Die ergotherapeutische Behandlung in einer freien Praxis beruht größtenteils auf Verordnungen, die im Rahmen der Heilmittelrichtlinien von Kinderärzten oder Kinder- und Jugendpsychiatern ausgestellt werden“ (Welz, 2006, S.408). In der Regel müssen Klienten eine Zuzahlung von 10% pro Verordnung selbst tragen (DVE, 2018). Kinder sind bis zu ihrem 18. Lebensjahr zuzahlungsbefreit (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Die Maßnahmen sind in der Dauer einer Behandlungseinheit sowie in der Gesamtverordnungsmenge festgelegt. Die Erstverordnung umfasst üblicherweise zehn Behandlungseinheiten. Eine Therapieeinheit hat je nach durchgeführter Maßnahme (z.B. Hirnleistungstraining, motorisch-funktionelle-, sensomotorisch-perzeptive- oder psychisch-funktionelle Behandlung) eine Dauer zwischen 30 und 60 Minuten (DVE, 2018). Ergotherapie kann sowohl als Einzel- als auch als Gruppentherapie stattfinden (Welz, 2006).

Die gesetzliche Krankenversicherung zählt zu den häufigsten Kostenträgern einer ergotherapeutischen Behandlung von Kindern in einer Praxis. Gemäß den Heilmittelrichtlinien umfasst die Ergotherapie folgende Leistungen:

- Durchführen einer Befunderhebung
- Aufstellung eines individuellen Therapieplans
- Durchführen der besprochenen ergotherapeutischen Maßnahmen
- Vor- und Nachbereitung des Therapieplatzes sowie der Therapiemittel
- Verlaufsdokumentation sowie Mitteilungen an den verordnenden Arzt
- Beratung des Klienten und seiner Bezugsperson
- Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (Welz, 2006)

### Ergotherapie in der Frühförderung und im sozialpädiatrischen Zentrum:

„Die Komplexleistung Frühförderung verbindet heilpädagogisch-pädagogisch-psychologische und medizinisch-therapeutische Diagnostik und Förderung des Kindes mit Angeboten zur Beratung und Begleitung der Familien“ (Paul, 2006, S.404). Finanziert wird sie, bei einer Verordnung vom Arzt, überwiegend über die Krankenkassen. „Wird die Maßnahme nicht als Leistung der Krankenversicherung erbracht, so besteht die Möglichkeit, dass sie als Eingliederungshilfe vom Träger der Sozialhilfe bzw. vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe gewährt wird“ (Schindler, 2017, S.20). Früherkennung und Frühförderung werden insbesondere in interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) umgesetzt (Paul, 2006).

## Anhang 8: Beispiel für eine neuropsychologische Diagnostik bei einem Kind mit Verdacht auf FASD

Bei Max, 8 Jahre fand im Diagnostikzentrum ein persönliches Gespräch mit seinen Pflegeeltern statt, in welchem der Schweregrad seiner kognitiven Beeinträchtigungen erfragt wurde. Daraufhin wurde eine Vorauswahl neuropsychologischer Tests für die FASD-Diagnose getroffen. Eine mögliche Testauswahl für Max, orientiert an der Tabelle Vorgeschlagene neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf FASD aus der S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD“ (Landgraf & Heinen, 2016), ist nachfolgend beispielhaft dargestellt:

Tabelle 11: Beispiel für eine neuropsychologische Diagnostik

Bereich	Testverfahren
Intelligenz	Wechsler Intelligence Scale for Children – 4 <sup>th</sup> Edition (WISC-IV)
Visuelle-räumliche Fähigkeiten	Rex Komplexe Figuren Test und Wiedererkennung
Gedächtnis	Scala „Arbeitsgedächtnis“ der WISC-IV
Exekutive Funktionen	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)
Feinmotorik	Movement Assessment Battery for Children (M-ABC-2)
Soziale Fertigkeiten & Verhalten	Child-Behavior-Checklist (CBCL) für die (Pflege)Eltern/Betreuer

## Anhang 9: Kindern mit FASD das Lernen erleichtern

Im Folgenden werden Ratschläge zusammengefasst, um Kindern mit FASD das Lernen zu erleichtern.

Der Artikel von Kalberg & Buckley (2007) identifiziert verschiedene Methoden, um Kindern mit FASD das Lernen zu erleichtern. Eine Methode stellt die sogenannte visuelle Strukturierung dar. Wichtige Informationen, die für eine Aktivität oder eine Aufgabe relevant sind, werden dabei hervorgehoben. Dies kann beispielsweise durch das farbliche Kennzeichnen von benötigten Materialien oder Gegenständen geschehen. Ein Zeitplan kann ebenfalls eine geeignete Strukturierungshilfe darstellen, welche das Kind dabei unterstützt, die Reihenfolge der Ereignisse eines Tages einzuordnen (Kalberg & Buckley, 2007). Das Visualisieren von Tages- oder Stundenabläufen zur Strukturierung des Schulalltages gibt einem Kind mit FASD Sicherheit, indem ihm eine räumliche und örtliche Orientierung ermöglicht wird. Außerdem bereitet es auf schwierige Übergänge zwischen Pausen und Unterricht oder Orts- sowie Personenwechsel vor. Des Weiteren wird die Nutzung von Eieruhren, Sanduhren oder Weckern empfohlen, um dem Kind ein Zeitgefühl zu vermitteln und Zeitbedarf für eine gegebene Aufgabe zu verdeutlichen. Darüber hinaus sollte der Zeitbedarf für gegebene Aufgaben transparent vermittelt werden (Thomsen et al., 2014). Einschränkungen in den Exekutivfunktionen und somit in der Handlungsplanung können ebenfalls durch visuelle Strukturierungshilfen unterstützt werden. In Bezug auf die Verbesserung der Reihenfolgeplanung wird es als wichtig erachtet eine komplexe Aufgabe in kleinere Teilschritte zu gliedern. Wenn das Kind einzelne Arbeitsschritte ausgeführt hat, ist es sinnvoll Abhaklisten zu nutzen. Dies visualisiert dem Kind wie weit es von der Lösung einer Aufgabe entfernt ist und zeigt gleichzeitig, was das Kind schon alles geschafft hat und vermittelt kleine Erfolge. (Thomsen et al., 2014)

Der Artikel nennt außerdem die Notwendigkeit, Lernbedingungen zu schaffen, um dem Kind eine Struktur zu vermitteln. Ein Beispiel dafür ist das Festlegen von Arbeitsplätzen, um das Verständnis des Kindes für seine Umgebung zu verbessern. Es sollte ein Arbeitsplatz festgelegt werden, an dem es mit möglichst wenig auditiven und visuellen Reizen konfrontiert wird (Kalberg & Buckley, 2007). Da es den Kindern oftmals nur schwer gelingt, Geräusche und Gesehenes zu selektieren und relevante Informationen zu filtern, werden sie durch einen reizarmen Arbeitsplatz darin unterstützt, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren (Thomsen et al., 2014). Grundsätzlich betonen Kalberg und Buckley (2007), dass es wichtig sei, die Lernbedürfnisse jedes Kindes mit FASD individuell zu betrachten, um es optimal in seinem Alltag zu unterstützen.

## Anhang 10: Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld

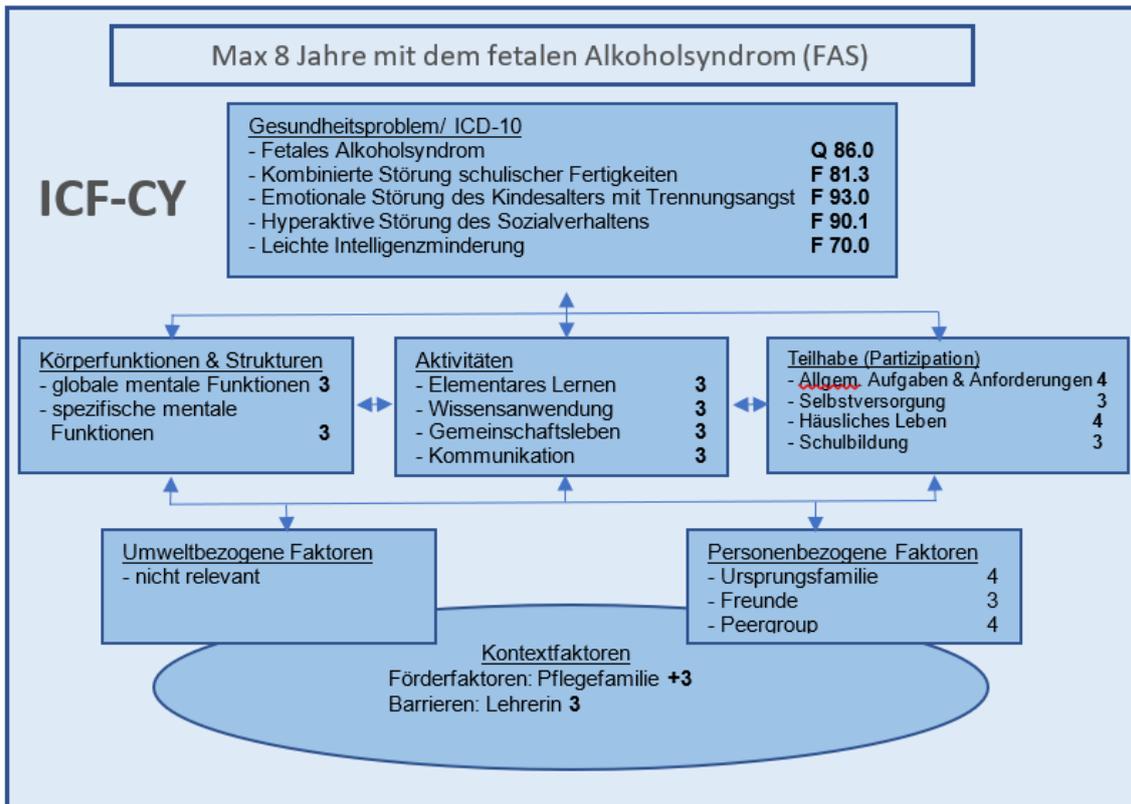
Diese Form der Beratung kann im Rahmen einer ergotherapeutischen Einzelbehandlung bei sensomotorisch-perzeptiven, motorisch-funktionellen und psychisch-funktionellen Störungen erfolgen. Sie ist dann erforderlich, wenn Betätigungseinschränkungen in der Selbstversorgung und der Alltagsbewältigung zu Schwierigkeiten im häuslichen und sozialen Umfeld führen. „Im Rahmen dieser Maßnahme erfolgt die Analyse des häuslichen und sozialen Umfeldes des Patienten, die Beratung und ggf. die Erstellung von Empfehlungen für eine aus medizinischer Sicht notwendige Adaptation des Umfeldes an die vorhandenen Einschränkungen des Patienten“ (Gesetzliche Krankenversicherung, 2005, S.3). Bei Kindern mit FASD ist diese Maßnahme sinnvoll, um sie und/oder ihre Eltern dazu zu befähigen, die in der Therapie erarbeiteten Fähigkeiten in den Alltag zu transferieren. „Der Hausbesuch kann nur einmal pro Regelfall erbracht und abgerechnet werden und erfordert keine gesonderte ärztliche Verordnung“ (Gesetzliche Krankenversicherung, 2005, S.18). Er kann jedoch nur nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt erfolgen und bedarf einer separaten Dokumentation (Gesetzliche Krankenversicherung, 2005).

## Anhang 11: ICF CY

Kinder mit FASD erhalten häufig Unterstützung von unterschiedlichen Fachpersonen (→2.5.5) (Kraus de Camargo & Simon, 2013). Ein intensiver, regelmäßiger Austausch zwischen diesen verschiedenen Fachpersonen aus unterschiedlichen Settings ist für die Behandlung von großer Bedeutung. Eine gemeinsame Planung aller Beteiligten ist jedoch mit der Voraussetzung verbunden, dass ein gemeinsames Denkmodell und eine gemeinsame Sprache bestehen. Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ (ICF-CY – Hollenweger & Kraus Camargo, 2011) eignet sich dafür als gutes Werkzeug. Es wird bereits von vielen Akteuren im Gesundheitswesen verwendet und immer weiter etabliert (Espei, 2016).

In Teambesprechungen und Fallkonferenzen kann die Nutzung der ICF-CY besonders hilfreich sein, um das Verständnis zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu verbessern. Durch die disziplinübergreifende gemeinsame Sprache wird es ermöglicht, eine Therapie zu gewährleisten, die auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes und seiner Angehörigen abgestimmt ist. Die ICF-Kriterien können darüber hinaus zur Strukturierung des Berichtes dienen und somit eine mögliche Fortführung der Maßnahme nach der Entlassung erleichtern (Kraus de Camargo & Simon, 2013).

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF - WHO, 2001) gehört zu den Klassifikationssystemen der World Health Organization (WHO). Sie wurde entwickelt, um komplexe Zusammenhänge darzustellen und eine ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen zu schaffen. Im Jahr 2007 entstand daraus die ICF-CY (Hollenweger & Kraus Camargo, 2011), welche 2011 ins Deutsche übersetzt wurde. Dabei handelt es sich um eine eigene Version für Kinder und Jugendliche, um die Besonderheiten des sich entwickelnden Kindes und den Einfluss seiner Umwelt aufzuzeichnen. „Die ICF-CY bietet ein Rahmenkonzept und nutzt eine gemeinsame Sprache und Terminologie, um Probleme mit den Körperfunktionen und -strukturen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation, wie sie sich im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter manifestieren sowie die relevanten Umweltfaktoren zu erfassen“ (Hollenweger & Kraus Camargo, 2011, S.12). Das gesamte Spektrum der Beeinträchtigungen durch FASD und der sich daraus ergebenden Teilhabebedarfe kann mit dem bio-psycho-sozialen Modell nach der ICF-CY abgebildet werden. In dem folgenden Schaubild wird zur Veranschaulichung die Kategorisierung des achtjährigen Kindes Max mit FAS nach der ICF-CY beispielhaft dargestellt.



**Klassifikation der Körperfunktionen/Körperstruktur/  
Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren  
Ausmaß und Größe des Problems**

0... Problem nicht vorhanden  
 1... Problem leicht ausgeprägt  
 2... Problem mäßig ausgeprägt  
 3... Problem erheblich ausgeprägt  
 4... Problem voll ausgeprägt

**Kontextfaktoren/Förderfaktoren:  
Ausmaß und Größe des Problems**

+0... nicht ausgeprägt  
 +1... leicht ausgeprägt  
 +2... mäßig ausgeprägt  
 +3... erheblich ausgeprägt

Abbildung 8: Darstellung der ICF-CY anhand eines Fallbeispiels

## Anhang 12: Forschungsethik

Nach Gläser und Laudel (2010) ist die Forschungsethik für sozialwissenschaftliche Studien unerlässlich. Ein wichtiger Grundsatz ist, dass die Teilnehmer über die Verwendung der Forschungsarbeit und die Art ihrer Mitwirkung aufgeklärt werden und darauf basierend freiwillig über ihre Teilnahme entscheiden können (Gläser & Laudel, 2010). Im Zuge dessen stellten die Forscherinnen sicher, dass den Studienteilnehmern das Forschungsziel, ohne Vorenthaltung wesentlicher Informationen, bewusst ist und veranschaulichten ihre Vorgehensweise transparent. Diese Informationen wurden in der Einladung zum Experteninterview dargelegt, sodass die Experten im Rahmen der informierten Einwilligung selbst gewillt an der Studie teilnahmen und unter Umständen auch ohne Benachteiligung wieder austreten konnten. Darüber hinaus sollten auch die Angehörigen der untersuchten sozialen Gruppe nicht zu Schaden kommen (Gläser & Laudel, 2010), weshalb darauf geachtet wurde keine Stereotypen der Berufsgruppe der Ergotherapeuten hervorzubringen oder zu verstärken.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt der Forschungsethik ist die Anonymität der Studienteilnehmer (Gläser & Laudel, 2010). Dieser Punkt liegt im neuen Bundesdatenschutzgesetz (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017) verankert, in dem unter anderem die Datenverarbeitung für wissenschaftliche Forschungszwecke geregelt wird. Personenbezogene Daten müssen sowie es nach dem Forschungs- oder Statistikzweck möglich ist, anonymisiert werden. Eine Ausnahme besteht, wenn die betroffene Person dieser Regelung berechnigte Interessen entgegenstellt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017). Im Zuge dessen nutzten die Forscherinnen Pseudonyme für die Studienteilnehmer, um diese nicht namentlich erkenntlich zu machen. Darüber hinaus wurden Merkmale, die zur Identifizierung eines Teilnehmers führen können, gesondert abgespeichert und nur im Sinne des Forschungszweckes zusammengeführt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017). Ein weiterer Grundsatz ist, dass personenbezogene Daten nur infolge der Einwilligung durch die betroffene Person oder wenn dies für die Darstellung von Forschungsergebnissen unerlässlich ist, veröffentlicht werden dürfen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017). Um diesem Punkten gerecht zu werden, setzten die Forscherinnen eine Einverständniserklärung auf.

Laut Gläser und Laudel (2010) sollte es sich bei der Forschungsarbeit um einen „wahrheitsgemäßen öffentlichen Bericht“ (S.50) handeln. Darunter ist zu verstehen, dass die Forschungsergebnisse nicht verfälscht und wahrheitsgemäß zitiert werden. Außerdem sollten die Forscherinnen eine objektive Haltung wahren und die Studienteilnehmer nicht anhand ihrer persönlichen Merkmale, wie soziale

Herkunft und Geschlecht, bewerten (Gläser & Laudel, 2010). Die Abbildung (→9) veranschaulicht wichtige forschungsethische Grundätze, an denen sich die Forscherinnen orientierten, um die Rechte der Studienteilnehmer zu schützen. Unter Berücksichtigung der Forschungsethik konstruierten die Forscherinnen konstruierten die Forscherinnen den Interviewleitfaden hinzugezogen.



Abbildung 9: Wichtige Forschungsethische Grundsätze (Gläser & Laudel, 2010, S.50)

## Anhang 13: Tabelle der Variablen, Dimensionen und Indikatoren

### Variable 1: Kind mit FASD

**Kind:** Ein Kind ist ein Mensch, der sich noch im Lebensabschnitt der Kindheit befindet (etwa bis zum Eintritt der Geschlechtsreife) und noch kein Jugendlicher, bzw. kein erwachsener Mensch ist (Bibliographisches Institut GmbH, 2018f).

**FASD:** „Die Fetalen Alkoholspektrumsstörungen sind ein beschreibender Begriff, der eine Reihe verschiedener Syndromausprägungen zusammenfasst, die dadurch charakterisiert sind, dass physische und mentale Störungen sowie Verhaltens- und Lernauffälligkeiten auftreten, die ein Leben lang bestehen können und mit einer pränatalen Alkoholexposition in der Schwangerschaft assoziiert sind“ (Spohr, 2016, S.10).

Indikatoren: Aussagen über Auffälligkeiten des Kindes, das Alter des Kindes, die allgemeine Situation des Kindes, den Alltag des Kindes, Ressourcen und Schwierigkeiten des Kindes, Aktivitäten des Kindes

Zeitdimension: Das Lebensalter des Kindes und der Zeitraum der therapeutischen Beziehung.

Sachdimensionen:

→ **Betätigungsanliegen:**  
Betätigung: Unter einer Betätigung wird ein Komplex von Aktivitäten verstanden, der die Partizipation in der Gesellschaft ermöglicht. Eine Betätigung ist für die ausführende Person zielgerichtet, bedeutungsvoll, kulturell geprägt und hat eine soziale oder ökonomische Relevanz. (Christiansen & Townsend, 2010).  
Anliegen: Ein Anliegen ist eine persönliche Angelegenheit, die jemandem am Herzen liegt. Es ist gleichzusetzen mit einem Wunsch oder einer Bitte (Duden, 2017). Ein Betätigungsanliegen ist somit der persönliche Wunsch, eine bedeutungsvolle Betätigung auszuführen.

→ **Ziele:**  
Das Ziel benennt die Betätigung, beschreibt wie das Resultat aussieht und wann es erreicht wird. Die angestrebte Verbesserung ist so formuliert, dass die Überprüfung für alle Beteiligten möglich ist (Romein & Espei, 2006). Die Ziele werden im ergotherapeutischen Prozess von dem Klienten (Kind mit FASD), unter Einbezug der erweiterten Klienten und der Stakeholder, formuliert.

→ **Syndromspezifische Besonderheiten:**  
Es gibt kein typisches Schädigungsbild des Gehirns bei Kindern mit FASD (Thomsen et al., 2014). Jedes Kind entwickelt andere typische Verhaltensweisen. Jedoch gibt es neben sichtbaren körperlichen Merkmalen, wie kraniofazialer Dysmorphie, Kleinwuchs und Mikrozephalus, funktionelle ZNS-Störungen, die unter anderem mit mehr oder weniger stark ausgeprägten Störungen der exekutiven Funktionen einhergehen. Das bedeutet, dass sich Auffälligkeiten des Kindes z.B. in der Handlungsplanung, dem Lenken von Aufmerksamkeit oder der Impulskontrolle zeigen können. Des Weiteren können Auffälligkeiten in anderen kognitiven Fähigkeiten, wie z.B. Intelligenz, Sprache, visuell-räumliche Fähigkeiten oder Gedächtnis beobachtet werden (Spohr, 2016).

## Variable 2: Behandlungsprozess

### Behandlungsprozess:

„Der ergotherapeutische Behandlungsprozess spiegelt ein bewusst oder unbewusst ablaufendes Schema von Aktionen, das den Therapieverlauf strukturiert und in ein wieder erkennbares Muster gliedert“ (Haase, 2011, S.189). Das Canadian Practice Process Framework (CPPF) ist ein Prozessmodell, welches den ergotherapeutischen Behandlungsprozess strukturiert und die Aspekte der Befunderhebung (assess/evaluate), Intervention (implement plan) und Evaluation des Outcomes (evaluate outcome) umfasst. Darüber hinaus wird der Ergotherapeut von fünf weiteren Aktionspunkten geleitet, die auf einen klientenzentrierten, evidenz-basierten und betätigungs-basierten Ansatz ausgerichtet sind (Townsend & Polatajko, 2013).

Indikatoren  
Befunderhebung: Aussagen über Kontaktaufnahme, Erstkontakt, Erstgespräch, Kennenlernen, Informationen erhalten, Checklisten, Assessments, Tests, Abstimmen über Therapiehäufigkeit und -dauer, Erwartungen/ Wünsche, Zielsetzung

Indikatoren  
Intervention: Aussagen über Anwendung von Konzepten, Anwendung von Methoden, Behandlungsverfahren, ergotherapeutisches Vorgehen, Übungen, Aufgaben, Adaption, Hilfsmittelversorgung, Setting

Indikatoren  
Evaluation: Aussagen über Messen der Ziele, Reflektion, Überprüfen der Ziele, Zufriedenheit, Abschluss der Ergotherapie, Abschlussbericht,

Zeitdimension: Vom Erstkontakt zwischen Klient und Ergotherapeut bis zum Abschluss des ergotherapeutischen Prozesses.

Sachdimensionen: → Befunderhebung: „Process of gathering and interpreting qualitative and/ or quantitative data to understand client needs and desires, describe function, predict future function (and to) plan intervention (...)“ (Boyt Schell, Gillen, & Scaffa, 2014, S.1233).

→ Intervention: „Intervention is the implementation of actions directed at facilitating the client’s engagement in his or her occupations“ (Chrisholm & Boyt Schell, 2014, S.268).

→ Evaluation: „A systematic evaluation conducted to determine change from initial evaluation; typically performed to determine need for changes in course of intervention“ (Boyt Schell, Gillen, & Scaffa, 2014, S.1240).

### Variable 3: Ergotherapeut

**Ergotherapeut:** Der Ergotherapeut "unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen" (DVE, 2007). Die Kernkompetenz des Ergotherapeuten ist das "Enablement", also die Ermöglichung beziehungsweise Befähigung einer Betätigung. Um das zu erreichen nutzt der Ergotherapeut in seiner Arbeit Enablement skills, welche die folgenden zehn Schlüsselfertigkeiten umfassen: Anpassen (Adapt), Fürsprechen (Advocate), Coachen (Coach), Zusammenarbeiten (Collaborate), Beraten (Consult), Koordinieren (Coordinate), Entwerfen/Konstruieren (Design/Build), Informieren (Educate), Beteiligen (Engage) und Spezialisieren (Specialize) (Townsend & Polatajko, 2013).

Indikatoren: Aussagen über Seminare, Fortbildungen, Weiterbildungen, Ressourcen, persönliche Fähigkeiten, Voraussetzungen, Fachwissen, Berufserfahrung, Erlebnisse, Stärken Vom Erstkontakt zwischen Klient und Ergotherapeut bis zum Abschluss des ergotherapeutischen Prozesses.

Zeitdimension: Die Erfahrungen und daraus erworbenen Kompetenzen des Ergotherapeuten, die sich über den Zeitraum seiner Ausbildung und seiner beruflichen Laufbahn entwickelt haben.

Sachdimensionen: → Qualifikationen: Qualifikationen sind durch Ausbildung, Studium, Fort- und Weiterbildungen erworbene Fähigkeiten (Boyt Schell, Gillen & Scaffa, 2014).

→ Erfahrungen: „Bei praktischer Arbeit oder durch Wiederholen einer Sache gewonnene Kenntnis; Routine“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2018b).

→ Persönliche Kompetenzen: „Competence refers to knowledge, critical thinking, motives, traits, characteristics, or skills to achieve a specific goal or perform job responsibilities“ (Hickerson Christ, 2014).

## Variable 4: Umwelt

**Umwelt:** „Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten“ (Hollenweger & Camargo, 2011, S.228).

Indikatoren Umwelt nach CMOP-E: Aussagen über Kontext, Beeinflussung, Einfluss von außen, Einfluss auf den ergotherapeutischen Prozess

Zeitdimension: Vom Erstkontakt zwischen Klient und Ergotherapeut bis zum Abschluss des ergotherapeutischen Prozesses

Sachdimensionen:  
→ Institutionelle Umwelt: Unter der institutionellen Umwelt werden formelle und informelle Strukturen verstanden, die die soziale Ordnung fördern und die Gesellschaft regieren. Sie umfasst politische Gegebenheiten, Finanzierungen und Gesetzgebungen (Townsend & Polatajko, 2013).

→ Kulturelle Umwelt: Die Kultur ist ein besonderer Teilaspekt der sozialen Umwelt. Sie schließt Wissen, Glauben, Kunst, Moral, Recht, Sitte und andere Fähigkeiten und Gewohnheiten als erworbene Fähigkeiten des Menschen als Mitglied der Gesellschaft ein (Townsend & Polatajko, 2013).

→ Soziale Umwelt: Die soziale Umwelt lässt sich in die Mikro-, Meso- und Makroebene aufteilen. Die Mikroebene bezieht sich auf persönliche und unmittelbare Aspekte der sozialen Interaktion im täglichen Leben, während die Makroebene soziale Strukturen wie die Politik und die Regulierung von Organisationen und Institutionen betrifft. Die Mesoebene umfasst die sozialen Gruppen, die zwischen den Ebenen der individuellen und sozialen Strukturen existieren, wie etwa Familien oder Arbeitsgruppen (Townsend & Polatajko, 2013).

→ Physische Umwelt: Die physische Umwelt kann das Engagement sowohl fördern als auch hindern und wird in die natürliche und die konstruierte Umgebung unterteilt. Die natürliche physische Umwelt umfasst all die lebendigen und nicht lebendigen Dinge, die natürlich in der Welt vorkommen, wie Bäume und Landschaften. Die konstruierte physische Umwelt hingegen wurde erbaut und schließt unter anderem Häuser, Möbel und Gebäude mit ein (Townsend & Polatajko, 2013).

## Anhang 14: Teilnehmeranschreiben

WE want YOU

### Einladung zum Experteninterview

WIR - Janine Börgers, Jule Erler und Pauline Thron - suchen SIE!

Als bereits ausgebildete Ergotherapeutinnen absolvieren wir aktuell den Aufbaustudiengang Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine Studie durch, die sich mit der Gestaltung des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses bei Kindern mit dem fetalen Alkoholsyndrom (FASD/ FAS) auseinandersetzt. Die Basis für unsere Studie bildet die Durchführung von Experteninterviews.



#### *Sind Sie der richtige Experte?*

Wir suchen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, die:

- im Setting einer ergotherapeutischen Praxis tätig sind
- mindestens fünf Jahre lang Berufserfahrung im Fachbereich Pädiatrie haben
- mindestens fünf Kinder mit diagnostiziertem FAS/FASD behandelt und begleitet haben (im besten Fall circa 2-3 Kinder pro Woche)
- sich intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt haben (Literatur)
- eventuell sogar Fortbildungen in diesem Bereich haben (keine Pflicht!)

#### *Was ist das Thema des Interviews?*

Das Interview thematisiert den Behandlungsprozess von Kindern mit FASD in der Ergotherapie. Dabei erfragen wir Ihre persönlichen Erfahrungen und Vorgehensweisen, sowie den ergotherapeutischen Behandlungsprozess in diesem Handlungsfeld. Darüber hinaus interessieren uns Themen, wie die Eltern/ Pflegeeltern der betroffenen Kinder, das alltägliche Leben und das Betätigungsverhalten der Familie.

#### *Was ist das Ziel unseres Interviews?*

Das Interview dient dem Zweck der Informationsgewinnung für unsere Bachelorarbeit, um das Vorgehen der Ergotherapie bei Kindern mit FASD zu erfassen.

#### *In welchem Zeitraum soll das Interview stattfinden?*

Mai 2018 - Juni 2018

#### *Wie lange dauert ein Interview?*

60 - 90 Minuten

#### *Wo finden die Interviews statt?*

Gemein kommen wir für die Interviews an einen Ort Ihrer Wahl.

#### *Was ist Ihr Benefit?*

Durch die Teilnahme an der Studie tragen Sie dazu bei, eine Vorgehensweise der Ergotherapie bei Kindern mit FASD zu beschreiben und das Wissen über das Störungsbild zu erweitern. Alle Daten bleiben anonym und werden vertraulich behandelt, sodass kein Rückschluss auf Ihre Person gezogen werden kann. Die Ergebnisse der Studie werden im Rahmen unserer Bachelorarbeit veröffentlicht.

Um eine möglichst hohe Anzahl potentieller Teilnehmer zu erhalten bitten wir Sie, dieses Anschreiben an Kollegen oder bekannte Praxen weiterzugeben.

Bitte kontaktieren Sie uns bis Ende April unter folgender E-Mail-Adresse, um einen Termin für das Experteninterview auszumachen: [bsc.ergotherapie-fasd@web.de](mailto:bsc.ergotherapie-fasd@web.de)  
Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Wir freuen uns, Sie zu unserem Experteninterview zu begrüßen und Ihre Erfahrungen und Expertise kennenzulernen. Vielen Dank für Ihre tatkräftige Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen,

Janine Börgers, Jule Erler und Pauline Thron

**ZU  
YD**

## Anhang 15: Teilnehmeranschriften in Facebook-Gruppen

Hallo ihr Lieben,

➔ Kennt jemand von Euch eine Ergotherapeutin/ einen Ergotherapeuten der/ die Kinder mit FASD behandelt ?

Wir, Janine, Pauline und Jule sind Studentinnen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine Studie zu dem Thema "Gestaltung des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses bei Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom" durch und suchen aktuell noch Teilnehmer.

Wir sind dankbar für jeden Tipp! 😊

Vielen lieben Dank im Voraus,  
Pauline, Janine und Jule



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir suchen noch immer deutschlandweit Teilnehmer für unser Interview. 🙏



➔ Kennt jemand von Euch eine Ergotherapeutin/ einen Ergotherapeuten, der/ die Kinder mit FASD behandelt ?

Wir, Janine, Pauline und Jule sind Studentinnen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine Studie zu dem Thema "Gestaltung des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses bei Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom" durch und suchen aktuell noch Teilnehmer!

Wir sind dankbar für jeden Tipp! 😊

Vielen lieben Dank im Voraus,  
Pauline, Janine und Jule



## Anhang 16: Fragebogen

### Fragebogen



Nachname, Vorname:

Wunschort für die Durchführung des Interviews (Adresse):

Ausgemachtes Datum für das Interview:

Telefon oder E-Mail-Adresse:

In welchem Setting sind Sie tätig? (z.B. Praxis, Krankenhaus, SPZ, etc.)  
Angestellt, Selbstständig?

Wie lange arbeiten Sie schon als Ergotherapeut/in?

Wie lange arbeiten Sie bereits im pädiatrischen Fachbereich?

Wie viele Kinder mit der Diagnose FASD/FAS behandeln Sie aktuell?

Wie viele Kinder mit der Diagnose FASD/FAS haben Sie circa innerhalb Ihrer ergotherapeutischen Laufbahn behandelt?

## Anhang 17: Teilnehmerbeschreibung

Tabelle 12 Teilnehmerbeschreibung

Teilnehmer	Arbeitsbereich	Berufserfahrung als Ergotherapeut	Berufserfahrung in der Pädiatrie	FASD Kinder aktuell	FASD Kinder gesamt	Interviewer
TN1	Tagesklinik	9 Jahre	9 Jahre	0	3	F1
TN2	SPZ	15,5 Jahre	15,5 Jahre	2-3	Viele	F2
TN3	Praxis	18 Jahre	18 Jahre	3	50	F1
TN4	Praxis	6 Jahre	6 Jahre	6	10	F2
TN5	Praxis	17 Jahre	34 Jahre	4	10	F1
TN6	Frühförderstelle	20 Jahre	20 Jahre	5-6	20	F1
TN7	Praxis	9 Jahre	9 Jahre	4	10-12	F2
TN8	Praxis	6 Jahre	6 Jahre	0	8	F2

## Anhang 18: Interviewleitfaden

Bevor wir gleich mit dem Interview beginnen, möchten wir Sie noch einmal darüber informieren, dass das Interview eine Dauer von ca. 60 bis 90 Minuten haben wird. Eine Pause können Sie währenddessen gern jederzeit einfordern. Während des Interviews möchten wir Ihre Erfahrungen als Ergotherapeut/in bei der Behandlung mit Kindern mit dem fetalen Alkoholsyndrom kennenlernen. Wir nutzen in unseren Fragen die Abkürzung FASD. Sie sind damit einverstanden, dass das Interview aufgenommen wird, um es später zu verschriftlichen und Zitate anonymisiert in der Bachelorarbeit zu verwenden. Da das gesamte Interview von uns transkribiert wird, bitten wir Sie laut und deutlich sowie in vollständigen Sätzen zu sprechen. Zur Orientierung liegen unsere Interviewfragen in Schriftform auf dem Tisch. Sie können gern mit hineinschauen. Falls wir die Fragen unverständlich formulieren, bitten wir Sie darum, Nachfragen zu stellen. Wichtig zu erwähnen ist noch, dass es bei der Beantwortung unserer Fragen kein Richtig oder Falsch gibt. Wir möchten lediglich Ihre Erfahrungen kennenlernen. Haben Sie, bevor wir mit unseren Fragen beginnen, noch Fragen an uns?

### **Einstiegsfragen:**

- Können Sie uns zum Einstieg etwas über Ihren beruflichen Werdegang erzählen?
- Bitte erzählen Sie uns etwas über Ihren jetzigen Arbeitsbereich.
- Wie sind Sie dazu gekommen, Kinder mit FASD zu behandeln?
- Werden Sie uns im Interview von einem konkreten Beispiel erzählen oder Ihre gesammelten Erfahrungen zusammenfassen?

### **Leitfragen:**

- Wir möchten gerne mehr über Kinder mit FASD erfahren, die Sie in Behandlung hatten:
  - In welchem Alter waren die Kinder durchschnittlich?
  - Wurde die Diagnose vor oder während der Behandlung gestellt?
  - Welches Heilmittel wurde überwiegend verordnet?
  - Von wem wurden die Kinder überwiesen?
- Uns interessiert auch die häusliche Situation der Kinder:
  - Können Sie uns sagen, bei wem die Kinder in der Regel leben?
  - Besteht Kontakt zu den leiblichen Eltern?
- Was zeichnet Kinder mit FASD Ihrer Erfahrung nach aus?
  - Erleben Sie bestimmte Verhaltensweisen der Kinder als eine besondere Herausforderung in der Behandlung?
- Welche Betätigungsanliegen bestehen im Alltag der Kinder, die Sie behandeln/ behandelt haben?
- Was sind Ihrer Erfahrung nach häufig vorkommende Ziele für die Behandlung?
- Gibt Ihnen die Klinik/ Praxis eine Vorgehensweise für Ihre ergotherapeutische Arbeit vor?
- Bitte beschreiben Sie uns Ihr Vorgehen bei der Befunderhebung bei einem Kind mit FASD.
- Inwieweit nutzen Sie Hilfen wie z.B. Assessments oder Checklisten für die Befunderhebung?
- Wen beziehen Sie in die Befunderhebung mit ein?
- Wie gestaltet sich die Zielformulierung im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung?

- Können Sie uns erzählen, wie Sie bisher in der Behandlung von Kindern mit FASD vorgegangen sind? Wie waren Ihre Erfahrungen damit?
- Inwiefern nutzen Sie spezielle Methoden oder Behandlungsverfahren?
- Gibt es etwas, woran Sie sich bei der Behandlung von Kindern mit FASD orientieren? (z.B. eigene Erfahrungen oder der Kollegen, wissenschaftliche Ergebnisse, Expertenmeinungen)
- Inwieweit findet eine Arbeit mit den Angehörigen statt?
  - Welche Aspekte sind dabei relevant/ werden besprochen?
  - Nehmen Sie eine beratende Rolle ein?
- Wie gestalten Sie den Abschluss des Therapieprozesses?
- Wie reflektieren Sie Ihre Arbeit?
- Wie wird der ergotherapeutische Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD nach Ihren Erfahrungen durch die Umwelt beeinflusst?
  - Welche Faktoren unterstützen Ihren Erfahrungen nach den ergotherapeutischen Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD?
  - Welche Faktoren sind Ihren Erfahrungen nach hinderlich für den ergotherapeutischen Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD?
- Welche Erwartungen und Wünsche an die Ergotherapie bestehen von Seiten der Umwelt?
- Inwiefern findet eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen statt?
- Welche persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen unterstützen Sie bei Ihrer Arbeit mit Kindern mit FASD?
- Was für Voraussetzungen benötigt Ihrer Meinung nach ein Ergotherapeut mit dieser Klientel?
- Können Sie uns erzählen, wie Sie Ihr Wissen und Ihre Fähigkeiten in diesem speziellen Bereich erlangt haben?
- Haben Sie Fortbildungen, Weiterbildungen, Seminare oder Vorträge zum Thema FASD besucht?
- Welche Inhalte beziehen Sie daraus in Ihre Arbeitsweise mit ein?
- Gibt es Aspekte aus anderen Weiterbildungsmaßnahmen, auf die Sie in der Behandlung zurückgreifen?

**Abschlussfragen:**

- Was nehmen Sie aus den Behandlungen von Kindern mit FASD mit?
- Was würden Sie sich in Zukunft für die ergotherapeutische Behandlung von Klienten mit FASD wünschen?
- Gibt es zusätzliche Aspekte, welche bisher nicht berücksichtigt wurden und Sie uns noch mitteilen möchten?

## Anhang 19: Evaluationsbogen des Pretests

### Evaluation des Pretests

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um an unserem Pretest/ Interview teilzunehmen. Wir würden Sie nun bitten die folgenden Fragen bezüglich des Interviews zu beantworten. Ihre Verbesserungsvorschläge und Anmerkungen nehmen wir dankbar entgegen, um die Durchführung der zukünftigen Interviews optimieren zu können.

1. War Ihnen von Beginn an klar, was die Inhalte des Interviews sind?

---

2. Waren alle Fragen verständlich formuliert?

---

2.1 Wenn nein: Welche Fragen waren missverständlich und warum?

---

---

---

3. Gibt es Fragen, die Sie weglassen würden?

---

3.1 Wenn ja: Welche?

---

---

---

4. Gibt es Fragen, die Sie ergänzen würden?

---

---

---

5. War die Abfolge der Fragen sinnvoll?

---

6. Ist der Interviewer flexibel auf Ihre Fragen eingegangen? Kam es zu einem natürlichen Gesprächsverlauf?

---

---

7. Hatten Sie genügend Möglichkeiten Ihre eigenen Erfahrungen mitzuteilen?

---

8. War der zeitliche Rahmen des Interviews angemessen?

Angemessen       zu kurz       zu lang

9. Wie haben Sie die Atmosphäre während des Interviews empfunden?

---

---

10. Gibt es sonst noch etwas, was Sie gerne anmerken möchten?

---

---

---

## Anhang 20: Einverständniserklärung der Teilnehmer

### Einverständniserklärung zur Durchführung eines Interviews

*Studie:* Bachelorarbeit zum Thema  
ergotherapeutischer Behandlungsprozess bei Kindern mit FASD

*Durchführende Institution:* Zuyd Hogeschool Heerlen

*Interviewerinnen:* Janine Börgers, Jule Erler, Pauline Thron

*Interviewdatum:*

*Interviewteilnehmer/in:*

Hiermit erkläre ich mich dazu bereit, im Rahmen der genannten Studie an einem Interview teilzunehmen und von den oben genannten Studentinnen interviewt zu werden. Über das Ziel und den Verlauf der Studie wurde ich informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Interviewaussagen mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und von den Interviewerinnen der Studie verschriftlicht werden. Mir wurde erklärt, dass alle Angaben, die zu meiner Identifizierung führen könnten, für die weitere wissenschaftliche Auswertung verändert oder entfernt werden. Darüber hinaus wurde mir versichert, dass meine Aussagen nur in Ausschnitten zitiert werden und das gesamte Interview nicht veröffentlicht wird. Somit wird gegenüber Dritten sichergestellt, dass der Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person zurückführen kann.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme am Interview freiwillig ist und ich mein Einverständnis dazu jederzeit ohne Begründung und ohne Nachteile zurückziehen kann. Ebenso kann ich einer Speicherung meiner Daten jederzeit widersprechen und deren Löschung verlangen.

---

Ort, Datum, Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten über das Ende der Studie hinaus gespeichert werden, um die Forschungsergebnisse zu erhalten.

Ja

Nein

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Anhang 21: Transkriptionsregeln

- Es wird wortwörtlich transkribiert. Die Ausnahme sind Dialekte, welche ins hochdeutsch übersetzt werden.
- Die Transkription erfolgt in Standardorthographie, sodass literarische Umschriften geglättet werden (z.B. „kannst du“ statt „kannste“).
- Der Satzbau wird beibehalten, auch wenn er grammatikalische Fehler beinhaltet.
- Interpunktionen werden aufgrund der Lesbarkeit geglättet, indem ein Punkt gesetzt wird.
- Nonverbale Äußerungen werden nur transkribiert, wenn sie die Bedeutung der Aussage beeinflussen.
- Besonderheiten in der Betonung der Antworten werden in Klammern vermerkt und kursiv verschriftlicht (z.B. *zögernd*, *lachend*).
- Pausen oder Unterbrechungen werden im Gespräch durch Punkte in Klammern dargestellt. Dabei stellt die Anzahl der Punkte die Sekunden der Unterbrechung dar. Bei mehr als drei Sekunden bleiben es jedoch drei Punkte. Längere Unterbrechungen werden begründet und kursiv verschriftlicht.
- Wort- und Satzabbrüche werden mit einem „/“ markiert. Ein Stottern wird geglättet.
- Unverständliche Wörter werden durch ein (unv.) gekennzeichnet.
- Verständnissignale und Fülllaute (Äh, Ähm, Mhm, Aha) werden nur transkribiert, wenn sie den Verlauf des Gespräches beeinflussen.
- Das Ende eines Sprechbeitrages wird durch eine Zeitmarke dargestellt und wird durch eine Leerzeile von dem Gesprächsbeitrag des Interviewpartners getrennt.
- Der Hauptinterviewer wird durch ein I, die befragte Person wird B und die anderen Forscherinnen werden als I(2) und I(3) gekennzeichnet.
- Zeichen und Abkürzungen werden ausgeschrieben (z.B. Prozent).
- Englische Begriffe werden nach den deutschen Regeln der Rechtschreibung behandelt.
- Zahlen von null bis zwölf und runde Zahlen werden im Fließtext ausgeschrieben, größere in Ziffern. Hausnummer, Seitenzahlen, Daten, Telefonnummern oder ähnliches werden nicht ausgeschrieben.
- Das Transkript wird als Rich Text Format (.rtf-Datei) gespeichert.

## Anhang 22: Transkriptionsausschnitt

### Transkriptionsausschnitt von TN5:

85. I: Wenn die Zeit dann da ist, mit welchen Berufsgruppen findet dann alles eine Zusammenarbeit statt? #00:51:39-9#
86. B: Eltern, Lehrer, Ärzte, Erzieher und eben auch mit den Instituten, die eben Diagnostik machen oder eben die Diagnosen dann erstellen. Ganz oft natürlich auch im interdisziplinären Team mit den Logopäden oder auch mit den Physiotherapeuten, die eben auch mit dem Kind zusammenarbeiten. Oft ist es auch so, dass der Logopäde auch gerne wissen möchte wer kann mit diesem Kind jetzt arbeiten, was kann ich machen, was eben nicht? Und der Physiotherapeut natürlich auch. Aber es ist nicht regelmäßig. Die Zeit hat man einfach nicht. #00:52:22-7#
87. I: Wenn man jetzt den Blick auf die komplette Umwelt betrachtet, inwieweit wird der Behandlungsprozess dann durch die Umwelt beeinflusst, sowohl positiv als auch negativ? #00:52:34-4#
88. B: Positiv wird er immer dann beeinflusst, wenn alle miteinander an den gleichen Strategien arbeiten und das Kind eben unterstützt wird, auch mit den Strategien, dass die es umsetzen können. Negativ ist halt immer dann, wenn nicht akzeptiert oder nicht wahrgenommen wird, dass diese Probleme halt da sind, dass Kinder dann als dumm oder unfähig oder eben auch Störenfriede abgestempelt werden und dann reicht eben aufgrund ihrer eh schon schwachen sozialen Kompetenzen ein Augenrollen oder ein „Och du bist aber auch bescheuert“ und das haut schon Wochen guter Therapie um. Also es ist eben wirklich mühsam, weil gerade die sozialen Bereiche doch sehr prägend sind. Und gerade in der Pubertät ist es halt oft mit viel Luft und mit viel nochmal Reflektieren nicht umzusetzen, weil das Kind halt gerade, oder der Jugendliche oder die Jugendliche halt gerade mit seinem Umfeld beschäftigt ist und das Umfeld halt Druck ausübt. Das sind nicht die Eltern, das ist oft der Freundeskreis. Die haben ja auch immer leicht die Tendenz gerade die falschen Leute kennenzulernen, falsche Wege zu gehen, wo man dann auch wieder Konflikte hat, die nicht so einfach lösbar sind. Das sind so die großen Schwierigkeiten. #00:54:11-5#
89. B: Die Barrieren dann? #00:54:13-2#
90. I: Ja. #00:54:14-7#
91. I: Okey, bevor wir jetzt gleich zum Ende kommen, würden wir dann nochmal auf sie als Ergotherapeutin zu sprechen kommen und da würde und interessieren welche persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen die Sie besitzen, beziehungsweise die du besitzt, was dich da bei der Arbeit mit Kindern mit FASD unterstützt? #00:54:33-4#
92. B: Meine Flexibilität. Und die Kreativität (...) Dinge immer adaptieren zu können. Einfach meine Fähigkeit viel Empathie auch für die Belastung der Eltern aufzubringen und sie da abzuholen und zu stärken, weil die sind halt sozusagen mein bestes Mittel diese Kinder zu fördern. Wenn ich Eltern motivieren kann mit mir zu arbeiten, mitzugehen, sich nicht immer traurig in die Ecke zu setzen weil es nicht so funktioniert, das ist glaube ich so meine größte Stärke, dass ich es schaffe die Menschen zu motivieren einfach den Weg mitzugehen, einfach die Angst zu nehmen was da auf sie zukommt und ihnen immer wieder Mut zu machen, dass der Weg auch irgendwann mit einem Licht versehen ist. #00:55:29-1#

## Anhang 23: Extraktionsregeln

Da keine allgemeingültigen Extraktionsregeln bekannt sind, stellten die Forscherinnen eigene Extraktionsregeln auf, die im nachfolgend aufgelistet werden:

- Für die Extraktion werden alle transkribierten Interviews verwendet
- Alle drei Forscherinnen führen den Prozess der Extraktion gemeinsam durch
- Es wird Absatz für Absatz betrachtet
- Quellenangaben werden immer aufgeführt und mit dem jeweiligen Absatz gekennzeichnet
- Entsprechend des Kategoriensystems erfolgt die Zuordnung der Informationen
- Zur besseren Übersicht werden acht verschiedene Schriftfarben eingesetzt, die den jeweiligen Teilnehmern zuzuordnen sind

Darüber hinaus orientierten sich die Forscherinnen an den nachstehenden Vorschlägen von Gläser und Laudel (2010):

- „Kurz fassen! Es wird darauf geachtet, die Informationen, die man den Aussagen der Interviewpartner entnehmen kann, so kurz wie möglich zusammenzufassen.
- Aussagen aus den Analyseeinheiten sollen zerlegt und den Dimensionen zugeordnet werden.
- Entscheidungen sollen protokolliert werden, damit die Forscher später selbst noch nachvollziehen können, warum sie welche Entscheidung/Zuordnung vorgenommen haben“ (S.220)

## Anhang 24: Extraktionsausschnitt

### Variable 3: Ergotherapeutischer Behandlungsprozess Thema Elternarbeit

Die Kinder und die Eltern sind auch angehalten Termine mit wahrzunehmen, dann mach ich Eltern Kind Training sowas. (TN1, Abs.12)

Wie gesagt, es findet doch auch eine enge Zusammenarbeit mit den Eltern oder Pflegeeltern statt. (TN1, Abs.204)

Diese Aufklärungsarbeit ist glaube ich an erster Stelle, dass die wissen es kann immer wieder Rückschritte geben. (TN2, Abs.10)

Tricks zeigen wie kann man gut den Alltag gestalten, worauf muss ich achten, wenn neue Situationen eintreten. (TN2, Abs.10)

Definitiv auch Fragen wo drückt der Schuh bei den Pflegeeltern am meisten. Was ich jetzt vielleicht am schwierigsten sehe, muss noch lange nicht das Problem Zuhause sein [...]. (TN2, Abs.44)

Ich lasse die Eltern auch immer mit drin. [...] „Also wir haben das jetzt hier so ausprobiert, versuchen Sie das mal zu übernehmen zuhause, und dann sprechen wir mal ob es geklappt hat“. Wo sind bei Ihnen Zuhause Probleme aufgetreten. Manchmal kann man dann auch mal eine Videoaufnahme machen, dass die Eltern das mal machen. Man filmt es und dann bespricht man das mit den Eltern noch einmal extra, weil das ist vorm Kind ja nicht so gut. (TN2, Abs.44)

Ich sage immer loben Sie genau in dem Moment, indem er das gut macht und sagen sie nochmal was er gut gemacht hat. Der kann das ja sonst überhaupt nicht verknüpfen. [...] Und wenn die jetzt zum Beispiel sagen sie wünschen sich, dass er zum Beispiel früh etwas zügiger ist, dann ist das ja ein konkretes Ziel wo wir sagen „Ok, unser Ziel ist, dass du dich früh zügiger anziehst.“ (TN2, Abs.69)

Also erstmal Schulungen und Aufklärung, Stressreduktion, auch gucken was ist Stressreduktion für die Pflegeeltern. Manche brauchen halt eventuell noch eine Familienhilfe oder einen familienentlastenden Dienst oder es gibt ja auch spezielle Ferienangebote für Kinder mit FASD [...], aber dass die einfach so wissen wo können die sich hinwenden weil die haben manchmal eine Diagnose, wissen jetzt zwar was es bedeutet, aber wissen eigentlich noch nicht was kann ich wo beantragen, wie muss ich das machen, halt einen Schwerbehindertenausweis und so weiter, Merkmale also das ist glaube ich so ein ganz ganz großer Fakt was die brauchen. (TN2, Abs.79)

Die gibt es hier aber nicht, oder gab es zu dem Zeitpunkt nicht und auch heute ist es sehr sehr wenig in der Region vertreten und die Kinderärzte haben gemerkt, dass wir hier große Erfolge damit haben, weil wir die Eltern und das Umfeld immer miteinbeziehen und praktisch damit in dem Umfeld des Kindes ganz viel verändern. [...] wir arbeiten hier niemals mit dem Kind alleine, also das kommt bei uns so gut wie nie vor, sondern wir schulen die Eltern und ihren Blick. Wir arbeiten so, dass die das mit nach Hause nehmen können, dass die sicher sind im Umgang mit ihren Kindern und den Besonderheiten. (TN3, Abs.6)

Zu den leiblichen Eltern? Ich versuche es. [...] Aber mir ist es wichtig die Eltern auch kennenzulernen, wenn sie es mitmachen. Also ich versuche es, aber es ist nicht immer möglich. (TN3, Abs.26)

Ja, sich verstanden fühlen, das auf jeden Fall. Aber ich muss auch immer vorsichtig sein mit dem was ich rate, weil die wollen natürlich ihren Kindern helfen, haben aber oft gar nicht die Kraft. Wo ich dann doch erstmal zu einer Erholungskur rate oder wo ich erstmal nur daran bin so schöne Sachen mit denen rauszuarbeiten. (TN3, Abs.32)

Die Kinder, die lassen sich manchmal auch sehr schwer auf qualitativen guten Körperkontakt ein, die lassen

sich ganz schwer /, auch mal kuscheln oder in den Arm nehmen, was Eltern ja sonst eine Menge zurückgeben würde. Und auch da haben die ihre Schwierigkeiten. Also es gibt für die Eltern so wenig schöne Momente, wo die wieder auftanken können. Also ich sehe die Elternarbeit immer mit und das [...] beeinflusst meine Arbeit bald noch mehr als diese Umtriebigkeit bei den Kindern. (TN3, Abs.32)

Ich schicke Eltern nicht raus. Machen ja viele mit der Begründung da sind die Kinder anders. Ich coache vorher die Eltern, dass die einfach an der Stelle neutral bleiben. [...] Es erleichtert mir aber im Nachgang das Erklären wie kam es zu diesen Ergebnissen, wenn ich die Eltern mit drin habe. (TN3, Abs.52)

Die sind sehr, sehr belastet und wir machen dann extra Termine mal aus, um ein Elterngespräch nochmal zu führen und wir machen das sonst nur am Anfang und am Ende fünf Minuten. Die Eltern kommen dann etwas eher und sprechen die wichtigsten Sachen durch und alles andere machen wir eher in einem gesonderten Termin, weil die eben doch sehr belastet sind, also die meisten. (TN4, Abs.77)

Ich darf hier sagen was mir auf der Leber liegt, ich darf auch mal weinen, ich darf unglücklich sein, ich darf auch aussprechen, dass es mich belastet, das finde ich ganz wichtig. Also Elternarbeit ist hier ganz, ganz wichtig in meiner Praxis und ein großer Schwerpunkt, den wir sehr ernst nehmen. (TN5, Abs.64)

Und ich habe immer die Eltern dabei. Also die sind nicht im Wartezimmer, sondern sind immer hier drin und müssen mitmachen und müssen lernen, müssen ihre Strategien für den häuslichen Bereich verändern, weil sonst laufen sie auf. Und dann ändert sich nichts. Also es geht wirklich darum, dass man in einer Therapie das Setting so aufbaut, dass es auch für den häuslichen Bereich dann eingesetzt werden kann, damit sich diese Gesamtbreite von Lernstrategien durchzieht. Nicht nur hier, nicht nur 45 Minuten hier, sondern in einem. (TN5, Abs.70)

Manchmal ist es so, dass ich dann hier mit den Eltern auch über viele Monate Elternterapie mache, das wir also üben wie führe ich mein Kind, wie bekomme ich mein Kind dazu, dass es sich anzieht. [...] Wo muss ich mich positionieren als Mutter, was muss ich tun damit es in der Handlung bleibt, und das trainieren wir hier. (TN5, Abs.76)

[...] und der wird von mir in der Woche zweimal behandelt, das heißt also einmal rein heilpädagogisch und einmal rein ergotherapeutisch und da bekommt der auch noch andere Therapien dazu, und so arbeiten wir mit ihm. (TN6, Abs.16)

Die Elterngespräche, wir nennen es einmal Übergabegespräche das heißt, dass also das Kind hier ankommt. Dann gibt es eine ganz kurze Info, das mache ich mit meinen Kindern hier, dass ich weiß wie sind die Kinder aufgestanden, gibt es irgendwelche Vorkommnisse was weiß ich. [...] Das sind ganz kurze Übergabegespräche, die zehn Minuten dauern und dann gibt es in der Regel alle sechs bis acht Wochen ein Elterngespräch mit den Eltern, also hier mit den Pflegeeltern. Wir legen eigentlich auch immer Wert darauf, wenn es Kontakt zu den Herkunftsfamilien gibt, dass dann auch die Herkunftsfamilie mit eingeladen wird und dort wird definitiv besprochen A was findet in der Therapie statt, was sind meine Therapieziele, was muss noch zusätzlich verordnet werden [...]? Aber es werden auch Wünsche aufgenommen. [...] Was steht an, wie ist das in Zukunft, gerade auch diese Begleitung. [...] Ärztebegleitung haben wir auch wenn sich die Eltern wünschen, dass nochmal eine Ärztebegleitung ist, weil Mama das vielleicht auch gar nicht so gut versteht. [...] wir arbeiten viel mit den Eltern zusammen um auch Wünsche und Bedürfnisse aufzunehmen. (TN6, Abs.92)

Er kann nicht anders reagieren, er reagiert so, weil er hat es nicht gelernt oder er kann es einfach nicht. Das muss ganz oft in den Köpfen noch integriert werden es kann es einfach nicht. Du musst ihm helfen auf eine gewisse Art und Weise, wir leiten die Eltern auch ganz viel hier an. Dann kommen wir mit dazu, ich zeige wie es gehen könnte, wir haben es schon geübt, deswegen komm einfach mit dazu. (TN6, Abs.94)

[...] von diesen 60 Prozent Kinder machen ungefähr 30 Prozent genauso mit wie ich mir das vorstelle. [...] Also ich bin bei manchen Kindern wirklich dran und versuche die Eltern wirklich zu motivieren. [...] aber wenn ich nach der fünften Einheit frage: "und habt ihr die Übungen gemacht?" und nach fünf Wochen immer noch nicht annähernd das Pensum erreicht wurde, was an häuslichen Übungen umgesetzt werden sollte sorry to say,

aber dann ist das so. Dann bringt die Therapie einfach nichts. Also ich behandel hier auch nicht nur um mein Geld zu verdienen, dann bitte ich zu gehen und Platz für Neue zu machen. Weil es gibt immer Neue, die wirklich wollen. (TN7, Abs.21)

Man braucht halt dann auch immer die Eltern als Background, die das mit unterstützen[...]. (TN7, Abs.95)

Das heißt ich baue zum Beispiel einen Parcours auf, ich erkläre den einmal und leite dann die Mutter an ihr Kind selber durch den Parcours zu führen [...] weil es ist zwar schön, wenn ich das mache, [...] aber dann hat die Mutter gar nicht gelernt, wie sie ihr Kind unterstützen kann. [...] . Ich möchte immer das die Mütter mit reinkommen. Immer. Bei mir geht keine Therapie ohne Begleitperson. (TN7, Abs.106)

Und die Angehörigen (..) Geschwisterkinder nehme ich ab und zu mal mit in die Therapie. (TN7, Abs.116)

Solange man das FASD Kind vorne hält kommt keine Rivalität auf und es ist alles gut, und solange das andere Geschwisterkind weiß, ich habe hier nur die Gastrolle, geht das. (TN7, Abs.120)

Also in der Praxis war es so, dass ich dann immer die letzten 5 Minuten mit den Eltern gesprochen habe, was haben wir gemacht oder wenn die noch etwas hatten dann haben sie natürlich auch immer noch was gesagt. Ich habe immer regelmäßige Elterngespräche geführt. (TN8, Abs.70)

Mit manchen Eltern habe ich auch Hausaufgaben erarbeitet, dass eben immer Hausaufgaben mitgegeben werden, [...] Also mir ist es halt wichtig, dass es in den Alltag eingebaut wird, genau. (TN8, Abs.88)

Aspekte waren vor allem diese Entwicklung des Kindes und wo ist der weitere Werdegang. Manchmal war es ja auch so, dass die Erzieher das Kind gerne in dem Integrationskindergarten oder in der Integrationsgruppe gesehen hätten. Die Eltern wollten das aber nicht. Die Eltern müssen das ja auch bestätigen. Das man vielleicht da nochmal einlenkt [...] Also was die Einschränkungen sind oder vielleicht auch, dass die Eltern mal die guten Seiten sehen von dem Kind und nicht immer nur das Schlechte, sondern auch sehen was das Kind eigentlich alles kann. (TN8, Abs.94)

Manchmal habe ich auch mit denen Behandlungen zusammen gemacht, dass sie einfach mal mit ihrem Kind mal was zusammen machen, dass man die nochmal ein bisschen unterstützt, dass die auch einfach mal Zeit zusammen verbringen und positive Erlebnisse auch rausziehen [...]. Manche Eltern können auch das gar nicht schaffen mit den Hausaufgaben. [...] Also, ich habe das auch schnell erlebt, dass die Erzieher das gemacht haben, weil man muss dann nicht nur die Hausaufgaben machen, sondern man muss ja dann noch protokollieren. Ich sehe das immer so, wir haben nur 45 Minuten meistens und in der Zeit sollen wir dann alles machen, und die Eltern arbeiten ja auch und so weiter und sofort und dann noch ein Protokoll schreiben über die Hausaufgaben und so weiter, das finde ich schon sehr viel. Dann immer ein Elterngespräch führen, das ist einfach nicht immer möglich. Weil dann bleibt die Zeit für das Kind ja gar nicht mehr. Dann hat man mit allen anderen zu tun, aber nicht mit diesem Kind. (TN8, Abs.132)

Also ich habe eigentlich immer vorher mit den Eltern oder den Erziehern gesprochen was macht ihr, wenn /. Gerade bei ganz auffälligen Kindern, dann habe ich mit den immer gesprochen und gefragt „Was macht ihr denn, wenn das Kind euch anspuckt oder euch schlägt, was macht ihr dann?“ Und dann hat die mir halt gesagt, dass und das mache ich oder das habe ich ausprobiert, das funktioniert gar nicht. (TN8, Abs.145)

## Anhang 25: Kausalmechanismus der ersten Ebene

Die erste Ebene beinhaltet Beschreibungen der Teilnehmer über Kausalzusammenhänge die sie bei der Behandlung von Kindern mit FASD erfahren haben.

Tabelle 13: Tabellenausschnitt der Kategorie ergotherapeutischer Behandlungsprozess

Dimension	Thema	Zitate	Kausalmechanismus der 1. Ebene
Befunderhebung	Heilmittel	<p>„Sensomotorisch- perzeptiv und ich habe dann immer Mühe das auf psychisch funktionell zu ändern, weil mir einfach auch die Stunde Redebedarf /. Also wir brauchen einfach die Stunde um wirklich arbeiten zu können.“ (TN3, Abs.20)</p> <p>„Sensomotorisch-perzeptiv“ (TN4, Abs.26)</p> <p>„Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, es sein denn [...] es gibt schon Defizite im Bereich der psychischen Entwicklung, die schon von einem Kinder- und Jugendarzt diagnostiziert worden sind.“ (TN5, Abs.28)</p> <p>„Es gibt eine Empfehlung, das heißt also entweder sensomotorisch oder es muss motorisch-funktionell oder auch sozio- emotional [...].“ (TN6, Abs.22)</p> <p>„Sensomotorisch-perzeptiv. [...] Also es ist ganz selten, dass ich mal psychisch-funktionell bekomme.“ (TN7, Abs.61)</p> <p>„Achso, ich hatte Hirnleistungstraining. Dann hatte ich sensomotorisch perzeptiv und psychisch-funktionell. [...] Dann neuropsychologische Behandlungsverfahren, sensomotorisch perzeptiv und psychisch funktionell [...].“ (TN8, Abs.32)</p>	In Bezug auf das verschriebene Heilmittel äußern die Teilnehmer, dass Kinder mit FASD ihrer Erfahrung nach überwiegend eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung verschrieben bekommen.

## Anhang 26: Kausalmechanismus der zweiten Ebene

Die zweite Ebene beinhaltet die Rekonstruktion einer Kausaldimension von Seiten der Forscherinnen auf Grundlage eines Experteninterviews mit Ursachen- und Wirkungsbeschreibungen.

Tabelle 14: Tabellenausschnitt der Kategorie ergotherapeutischer Behandlungsprozess von TN7

Dimension	Thema	Zitate	Kausalmechanismus der 2. Ebene
Befunderhebung	Checklisten, Tests, Assessments	„Also ich mache generell nicht gerne Tests, aber egal welchen Test ich mit einem FASD-Kind anfangen, meines Erachtens nach sind die standardisierten Tests für normale Kinder nicht auf FASD Kinder übertragbar [...]. Das Kind ist überhaupt nicht in der Lage diese Aufmerksamkeitsspanne von 45 Minuten zu halten. [...] Wenn die teilweise ja gar keine Handlungsplanung haben, können die das auch nicht umsetzen, was da gefordert wird.“ (TN7, Abs.91)	Die Anwendung standardisierter Testverfahren ist bei Kindern mit FASD schwierig, weil sie aufgrund ihrer kurzen Aufmerksamkeitsspanne und eingeschränkten Handlungsplanung nicht das leisten können, was gefordert wird.
Intervention	Einsatz von Strategien	„Ich erarbeite oft mit den Kindern Bildkärtchen. Also wirklich Alltagspläne. [...] Dann machen wir wirklich Pläne und die hängen dann überall an den Orten, wo das Kind das braucht und das hilft den Kindern ungemein. Die visuelle Kontrolle, was muss ich nochmal wann und wie machen?“ (TN7, Abs.77)	Der Ergotherapeut erarbeitet Alltagspläne mit dem Kind und platziert diese gezielt an den Orten, wo sie benötigt werden.
Evaluation	Abschluss der Therapie	„Und dann kriegen die eine Urkunde und ein Bild. [...] Also Fotos von den Hunden kriegen die fast alle mit. [...]. Wir versuchen aber einen runden Abschluss hinzukriegen, das ist aber nicht immer ganz einfach.“ (TN7, Abs.138)	Der Teilnehmer versucht einen runden Therapieabschluss mit dem Kind zu gestalten.
Elternarbeit	Anleiten	„Das heißt, ich baue zum Beispiel einen Parcours auf, ich erkläre den einmal und leite dann die Mutter an ihr Kind selber durch den Parcours zu führen [...], weil es ist zwar schön, wenn ich das mache, [...] aber dann hat die Mutter gar nicht gelernt, wie sie ihr Kind unterstützen kann.“ (TN7, Abs.106)	Der Ergotherapeut leitet die Mutter an, ihr Kind zu unterstützen.

## Anhang 27: Kausalmechanismen der dritten Ebene

Die dritte Ebene beinhaltet die Rekonstruktion von Kausalmechanismen der Forscherinnen von allen Experteninterviews.

Tabelle 15: Tabellenausschnitt der Kausalmechanismen der dritten Ebene

Kategorie	Dimension	Quelle	Kausalmechanismus der 3. Ebene
Kind mit FASD	Syndrom-spezifische Besonderheiten	Alle	Die Teilnehmer schildern syndromspezifische Besonderheiten in der affektiven Komponente.
	Betätigungs-anliegen	- TN2 - TN3 - TN5 - TN6 - TN8	Ein häufig genanntes Betätigungsanliegen, welches der Selbstversorgung zugeordnet werden kann, stellt laut der Teilnehmer das selbstständige An- und Ausziehen dar.
	Ziele	Alle	Aus den Teilnehmerinterviews gehen individuelle Aussagen in Bezug auf häufig vorkommende Behandlungsziele hervor.
Umwelt	Institutionelle Umwelt	- TN1 - TN3 - TN5 - TN6 - TN7 - TN8	Die Mehrheit der Teilnehmer bezeichnet insbesondere die Zusammenarbeit mit Lehrern oder Erziehern als förderlich für das Kind.
	Soziale Umwelt	- TN2 - TN3 - TN4 - TN5 - TN6 - TN7 - TN8	Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer beschreiben den Besuchskontakt der leiblichen Eltern als Barriere für die ergotherapeutische Behandlung.
Ergotherapeutischer Behandlungsprozess	Befunderhebung	- TN2 - TN3 - TN4 - TN5 - TN7 - TN8	Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer führt im Rahmen der Befunderhebung ein Erstgespräch mit den Eltern durch.
	Intervention	- TN2 - TN3 - TN5 - TN6 - TN8	Mehrere Teilnehmer schildern, dass es bei Kindern mit FASD nicht möglich ist, ein einheitliches Programm durchzuführen und eine individuelle Herangehensweise notwendig ist.
	Evaluation	Alle	Alle Teilnehmer benennen im Rahmen des Interviews unterschiedliche Methoden um ihre ergotherapeutische Arbeit zu reflektieren.
	Elternarbeit	Alle	Alle Teilnehmer erachten insbesondere die Elternarbeit in der Behandlung von Kindern mit FASD als wichtigen Bestandteil, um Veränderungen im Umfeld des Kindes zu erreichen.

## Anhang 28: Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern wir, dass 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 wurden. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, den 06. September 2018

---

Janine Börgers

---

Jule Erler

---

Pauline Thron

