

Einsatz des COPMs im ambulanten pädiatrischen Setting in Deutschland

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

Antonia Henrich, 1965441

Lena Stauber, 1965638

Begleiterin: Helen Strebel

- November 2021 -



Vorwort

Die vorliegende Forschungsarbeit ist im Rahmen des berufsbegleitenden Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool, Heerlen, innerhalb des Zeitraums Februar 2021 bis November 2021, entstanden. Sie richtet sich an Ergotherapeut:innen und an die Gruppe, die sich in Zukunft mit der weiteren Entwicklung des COPMs für die Pädiatrie befassen wird.

Danksagung

Wir möchten allen danken, die uns während des gesamten Bachelorprozesses unterstützt und begleitet haben. In schwierigen Phasen haben sie uns immer wieder von neuem motiviert und sich mit uns über Erfolge gefreut.

Besonders möchten wir unserer Bachelorbegleiterin Helen Strebel danken, die uns immer unterstützt hat und uns bei kleinen und großen Fragen immer zur Seite stand. Für die hilfreichen Anregungen und konstruktive Kritik möchten wir uns herzlich bedanken!

Insbesondere möchten wir allen Teilnehmer:innen für ihre Zeit und ihren Aufwand danken. Die Teilnahme und Rückmeldungen zu ihren Erfahrungen mit dem COPM und COPM a-kids haben die Beantwortung der Forschungsfrage erst möglich gemacht.

Ebenfalls danken wir den beiden Teilnehmer:innen des Pretests, die sich mit der Überarbeitung des Fragebogens auseinandergesetzt haben. Durch sie konnte die Umfrage optimiert, und Unklarheiten beseitigt werden.

Bei unseren Korrekturleser:innen bedanken wir uns für ihren scharfen Blick und ihre Ausdauer, mit der sie zum letzten Schliff der Arbeit beigetragen haben. Außerdem danken wir einer Kommilitonin für die Übersetzung des Abstracts in die niederländische Sprache.

Wir danken uns gegenseitig für die harmonische und konstruktive Zusammenarbeit. Danke für die offene und ehrliche Kommunikation, in der auch persönliche Themen Raum fanden und sich eine neue Freundschaft entwickelte.

Großer Dank gebührt auch unseren Familien und Freunden, welche uns während des Prozesses mit Rat, Tat und Humor unterstützt haben und uns die Energie gaben, diese besondere Zeit zu bewältigen.

Vielen Dank!

SARS-COV-2-Passus

Die seit Beginn 2020 durch den Coronavirus SARS-COV-2 verursachte pandemische Lage hat auch 2021 Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht oder nur eingeschränkt möglich. Es erforderte den jeweils aktuellen Vorgaben entsprechenden Umgang in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit, sowie deren Umsetzung. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung zur notwendigen Norm (anstatt face-to-face Kontakt) weil der direkte Kontakt mit Klient:innen und Professionals nicht möglich war. Des Weiteren war der Zugang zu den Bibliotheken überwiegend nur online möglich. Alle methodischen Vorgehensweisen sind mit der Begleiterin der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggeber:innen abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Lesehinweise

In der vorliegenden Arbeit wurde sich an die aktuellen Entwicklungen der genderneutralen Sprache angepasst. Feststehende Begriffe, wie beispielsweise Klientenzentrierung oder erweiterter Klient, wurden zur leichteren Lesbarkeit nicht verändert. Zudem wurden direkte Zitate nicht nachträglich durch die Autorinnen gegendert.

Mit der Bezeichnung Therapeut:in sind in Zusammenhang mit dieser Arbeit ausschließlich Ergotherapeut:innen gemeint.

Bei der Erhebung der Daten wurde sowohl nach dem COPM als auch nach dem COPM a-kids gefragt, sodass die Ergebnisse auf beide Assessments bezogen werden können. Da das COPM a-kids jedoch nicht mehr zum Verkauf angeboten wird und das COPM für den pädiatrischen Bereich überarbeitet werden soll, wird in der folgenden Arbeit überwiegend vom COPM gesprochen.

Die vorliegende Arbeit wurde nach den Richtlinien APA 7 (American Psychological Association) verfasst.

Abkürzungen für Bezeichnungen, beispielsweise Modelle und Assessments, werden bei der Erstnennung vollständig ausgeschrieben. Anschließend werden die jeweiligen Abkürzungen verwendet. Diese finden sich auch im folgenden Abkürzungsverzeichnis. Gängige Abkürzungen werden nicht extra aufgeführt.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Ausgeschriebenes Wort
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COPM a-kids	Die adaptierte Version des Canadian Occupational Performance Measure für Grundschul Kinder
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapy
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance - Engagement
CPPF	Canadian Practice Process Framework
CMCE	Canadian Model of Client-Centered Enablement
MOHO	Model Of Human Occupation
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
PEO	Person-Environment-Occupation
PEAP	Pädiatrisches Ergotherapeutisches Assessment & Prozessinstrument
MABC	Movement Assessment Battery for Children
FEW	Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung
EBP	Evidence-based Practice

SMARTI	Specific, Measurable, Achievable, Reasonable, Timed, Innovative (<i>im Deutschen</i> : Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch, Terminiert, Innovativ)
ADL	Activities of Daily Living (<i>engl.</i> : Aktivitäten des täglichen Lebens)
OT	Occupational Therapy
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.
BED	Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.
AJOT	American Journal of Occupational Therapy
AOTA	American Occupational Therapy Association
et al.	et alteri (<i>lat.</i> : und Andere)
DiZ	Doorzoek informatiebronnen Zuyd (<i>nl.</i> : Informationsquellen durchsuchen Zuyd)
PIO	Patient, Intervention, Outcome

Abstracts

Deutsches Abstract

Einleitung: Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, Aufschluss über die aktuelle Anwendung und den Stellenwert des COPM in der pädiatrischen Ergotherapie in Deutschland zu geben. Aus den Ergebnissen werden Handlungsempfehlungen zur Entwicklung der Neuauflage für den Einsatz mit Kindern abgeleitet.

Methode: Mittels einer explorativen Studie im quantitativen Forschungsdesign wurde eine Online-Umfrage durchgeführt, wobei die Antworten von 89 Teilnehmer:innen zur Auswertung herangezogen werden konnten. Die Datenanalyse erfolgte deskriptiv-statistisch. Offene Fragen wurden qualitativ induktiv ausgewertet.

Resultate: Das COPM hat in Deutschland einen hohen Stellenwert, da es bereits von vielen Ergotherapeut:innen im pädiatrischen Kontext eingesetzt wird und zur betätigungszentrierten und klientenzentrierten Praxis beiträgt. Durch die Studie wurden jedoch Herausforderungen sichtbar, welche sich vor allem auf die Bewertung der Betätigungsanliegen durch Kinder beziehen.

Schlussfolgerung: Durch diese Herausforderungen empfiehlt sich die kindgerechte Anpassung der Gestaltung der Skalierungen sowie des COPM-Bogens an die aktuelle Lebensrealität der Kinder. Dadurch könnten Kinder aktiver in den Prozess einbezogen werden.

English Abstract

Introduction: Aim of this study is to provide information about the current use and status of the COPM in pediatric occupational therapy in Germany. Recommendations to adjust the new development of the assessment for the usage with children will be derived from the results.

Method: Within this explorative and quantitative research design an online-survey was used. Answers of 89 participants were used for evaluation. The data analysis was descriptive-statistical. Open questions were analysed qualitatively inductively.

Results: COPM is highly valued in Germany as it is already used by many occupational therapists in pediatric contexts and contributes to occupation-centred and client-centred practice. Challenges appearing through this study were mainly related to the rating of occupational-issues through children.

Conclusion: Due to these challenges, it is recommended to adapt the design of the scales and the COPM-sheets to current reality of children's lives, to involve them in the process more actively.

Nederlands Abstract

Inleiding: Doel van dit onderzoek is om informatie te verschaffen over het huidige gebruik en de status van de COPM in de kinder-ergotherapie in Duitsland. De resultaten kunnen dienen als aanbevelingen voor verdere ontwikkelingen van het assessment in gebruik met kinderen.

Methode: Voor het kwantitatief en exploratief onderzoeksdesign werd een online vragenlijst uitgevoerd, waarvan antwoorden van 89 deelnemers werden geëvalueerd. De data-analyse is beschrijvend en statistisch uitgevoerd. Open vragen werden kwalitatief, inductief beoordeeld.

Resultaten: De COPM heeft een hoge positie in Duitsland, omdat het door veel ergotherapeuten binnen de pediatrie context wordt gebruikt en bijdraagt aan een activiteitsgerichte en cliëntgerichte praktijk. Dit onderzoek stelt uitdagingen vast, die voornamelijk betrekking hebben op het scoren van lastige activiteiten van kinderen.

Conclusie: Gezien deze uitdagingen, wordt aanbevolen om het ontwerp van de schaalverdeling en het COPM-blad aan de actuele realiteit van kinderen aan te passen, om ze actiever bij het proces te betrekken.

Zusammenfassung

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit dem Stellenwert des COPMs im ambulanten Setting im pädiatrischen Fachbereich der Ergotherapie in Deutschland und dessen Handhabbarkeit. Hierbei wird die Sicht der Anwender:innen mit ihren praktischen Erfahrungen dargestellt. Ziel ist die Formulierung von Handlungsempfehlungen zur Entwicklung einer Neuauflage für eine bessere Anwendbarkeit des Assessments in der Pädiatrie.

Im Rahmen eines quantitativen Forschungsdesigns wird eine explorative Studie durchgeführt. Die Daten werden mittels einer Online-Umfrage erhoben. Zur Auswertung der Daten werden die Antworten von 89 Teilnehmer:innen herangezogen, welche deskriptiv-statistisch erfolgt. Offene Fragen werden durch ein qualitatives induktives Verfahren analysiert.

Das COPM hat einen hohen Stellenwert in Deutschland und wird bereits von vielen Ergotherapeut:innen in der Pädiatrie genutzt. Der häufigste Grund für den Einsatz des Assessments im therapeutischen Prozess sind die Klientenzentrierung sowie Betätigungsorientierung. Es kommt überwiegend bei der Befunderhebung zum Einsatz. Die Durchführung des Assessments zur Zielüberprüfung ist nur von einem deutlich kleineren Anteil der Teilnehmer:innen in das Vorgehen integriert. Vor allem die Durchführung mit jüngeren Kindern stellt viele Therapeut:innen vor Herausforderungen, weshalb oft Bezugspersonen hinzugezogen werden. Dadurch stehen häufig nicht mehr die Interessen des Kindes im Vordergrund. Durch die Analyse der Herausforderungen wird deutlich, dass Anwender:innen überwiegend Schwierigkeiten bei der Bewertung der Betätigungsanliegen durch die Kinder sehen.

Anhand der identifizierten Herausforderungen werden abschließend Handlungsempfehlungen verfasst. Dabei steht besonders die Anpassung der Skalierung als auch des Layouts im Vordergrund. Zudem sollte auch die kindgerechte Sprachgestaltung ausgearbeitet werden. Dadurch könnten die Kinder mit ihren Betätigungsanliegen in den Vordergrund der Therapie gestellt und aktiver in den Prozess miteinbezogen werden. Diese Handlungsempfehlungen werden an die Gruppe, die in Zukunft das COPM für den pädiatrischen Kontext überarbeiten will, weitergeleitet.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	0
Danksagung	2
SARS-COV-2-Passus	3
Lesehinweise	4
Abkürzungsverzeichnis	5
Abstracts	7
Zusammenfassung	9
1. Einleitung	12
1.1 <i>Literaturrecherche</i>	13
1.2 <i>Überblick über die Arbeit</i>	14
2. Theoretischer Hintergrund	16
2.1 <i>Relevante Definitionen</i>	16
2.2 <i>Säulen der Ergotherapie</i>	18
2.2.1 <i>Klientenzentrierung</i>	18
2.2.2 <i>Betätigungsbasierung</i>	19
2.2.3 <i>Evidenzbasierung</i>	19
2.2.4 <i>Weitere ergotherapeutische Säulen</i>	20
2.3 <i>Ergotherapie mit pädiatrischem Fokus</i>	21
2.4 <i>Modellgeleitete Theorien</i>	25
2.4.1 <i>Die kanadische Triplette</i>	26
2.4.2 <i>Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)</i>	32
2.5 <i>Das Canadian Occupational Performance Measure (im pädiatrischen Kontext)</i> 34	
2.6 <i>Internationale Perspektive</i>	36
2.7 <i>Forschungslücke</i>	36
3. Forschungsmethodik	38
3.1 <i>Forschungsdesign</i>	38
3.1.1 <i>Grundlagen der empirischen Sozialforschung</i>	39
3.1.2 <i>Forschungsprozess</i>	40
3.2 <i>Ethische Aspekte</i>	41
3.3 <i>Vorbereitung der Datenerhebung</i>	43

3.3.1 Akquise der Studienteilnehmer:innen.....	43
3.3.2 Methode und Instrumente der Datenerhebung.....	44
3.3.3 Erstellung des Fragebogens	45
3.3.4 Pretest.....	50
3.4 Durchführung der Datenerhebung.....	51
3.5 Vorgehen bei der Datenanalyse	51
3.6 Gütekriterien.....	56
4. Darstellung der Ergebnisse	59
5. Diskussion	68
5.1 Relevanz der Ergebnisse.....	76
5.2 Stärken und Limitationen der Bachelorarbeit	78
5.3 Schlussfolgerung.....	79
Literaturverzeichnis.....	81
Tabellenverzeichnis.....	87
Abbildungsverzeichnis.....	88
Anlagen.....	90
<i>Anlage A</i>	90
<i>Anlage B</i>	91
<i>Anlage C</i>	94
<i>Anlage D</i>	95
<i>Anlage E</i>	96
<i>Anlage F</i>	97
<i>Anlage G</i>	106
<i>Anlage H</i>	107
<i>Anlage I</i>	111
<i>Anlage J</i>	135

1. Einleitung

Die Ergotherapie entwickelt sich immer weiter, was die therapeutische Sichtweise und Handlungsweise formt und verändert. Das zeitgenössische Paradigma stellt das Bedürfnis nach Betätigung in den Fokus (O'Brien & Kielhofner, 2017). Der Mensch wird als handelndes Wesen wahrgenommen, welches durch Betätigungsherausforderungen und -erfahrungen beeinflusst wird (Fisher, 2013). Ebenso tragend ist die Betätigungszentrierung, die die ergotherapeutische Sicht auf bedeutungsvolle Betätigung als Faktor für Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation erachtet (Townsend & Polatajko, 2013). Zudem wird auch die Klientenzentrierung immer relevanter. Klient:innen bestimmen durch ihre Wünsche, Ziele und Anliegen nicht nur die Inhalte der Intervention, sondern sind auch aktiv in die Gestaltung des therapeutischen Prozesses miteingebunden. Diese beiden Aspekte sind schon seit langer Zeit die Kerndomänen der Ergotherapie und bilden zudem zwei ihrer sechs Säulen. Eine Erhebung von Merklein de Freitas et al (2015b) zeigt, dass Ergotherapeut:innen in Deutschland zwar theoretische Kenntnisse über den therapeutischen Prozess und die Säulen der Ergotherapie haben, die praktische Anwendung dieser Kenntnisse jedoch noch nicht adäquat integriert haben. Die Gewährleistung dieser Aspekte ist vor allem im Fachbereich der Pädiatrie nicht immer einfach, da Kinder ihre Betätigungsanliegen häufig nicht direkt verbalisieren können. Folglich werden vermehrt Bezugspersonen, beispielsweise Eltern, zur Klärung der Betätigungsprobleme und Therapieinhalte herangezogen. Oft steht deshalb nicht mehr das Kind mit seinen Interessen im Vordergrund, wodurch ihm die Möglichkeit zur aktiven Mitgestaltung des therapeutischen Prozesses erschwert wird. Der Erfolg einer Behandlung hängt von einer "gezielten, spezifischen und effizienten Befunderhebung" (Kraus, 2016, S. 133) ab, was bedeutet, dass die Befunderhebung zusammen mit dem Kind essenziell für das Gelingen der gemeinsamen Arbeit an bedeutungsvollen Aktivitäten ist. Dabei gibt es verschiedene Assessments, wie beispielsweise das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 2020), welche den Prozess unterstützen können. Dieses bietet, neben der klientenzentrierten Erhebung von Betätigungsanliegen, die Möglichkeit durch eine erneute Erhebung zu einem späteren Zeitpunkt die Veränderung der Betätigungsausführung und -zufriedenheit zu erfassen. Somit kann der Erfolg der Intervention messbar und sichtbar gemacht werden. Das COPM lässt Klient:innen zu Wort kommen, sodass sie direkt in den Prozess miteinbezogen werden (Law et al., 2020). Anhand der Ergebnisse können Therapieziele und -pläne entsprechend den Wünschen der Klient:innen erarbeitet werden. Dies ist eine Eigenschaft des Assessments, die Kinder und deren Eltern in der Intervention besonders schätzen, da es sie unterstützt ihre Wünsche und Ziele in der Therapie einzubringen

(Verkerk et al., 2021). In Deutschland gibt es neben dem COPM noch die adaptierte Version des Canadian Occupational Performance Measure für Grundschul Kinder (COPM a-kids) (Gede et al., 2007), eine veraltete Version des Assessments für den Einsatz mit Kindern.

Da sich die Umsetzung des Assessments mit Kindern zu der mit Erwachsenen unterscheidet, soll das COPM speziell für die Pädiatrie neu aufgelegt werden. Eine Anpassung an den pädiatrischen Bereich wäre sinnvoll, um den Einsatz sowohl für die Ergotherapeut:innen als auch für die Kinder zu erleichtern. Dadurch könnte die betätigungs- und klientenzentrierte Befundung, die Intervention und deren Messbarkeit in den pädiatrischen Fachbereich der Ergotherapie besser integriert werden. Die vorliegende Studie erfasst aus diesem Grund den derzeitigen Einsatz des COPMs oder COPM a-kids im pädiatrischen Setting. Zudem soll die Bewertung der Handhabbarkeit des Assessments mit Kindern und deren Bezugspersonen durch Anwender:innen erhoben werden. Aus diesen Ergebnissen werden abschließend Handlungsempfehlungen zur Anpassung der Neuauflage abgeleitet.

Mit den Ergebnissen dieser Arbeit soll ein Teil zur Verbesserung des COPMs im pädiatrischen Bereich beigetragen werden. Da über den derzeitigen Einsatz des Assessments mit Kindern in Deutschland nichts bekannt ist, kann sich bei der Entwicklung des COPMs für die Pädiatrie ausschließlich auf theoretische Grundlagen gestützt werden, da keine Daten aus der therapeutischen Praxis zur Verfügung stehen. Durch die Erhebung zur aktuellen Anwendung des Assessments im Praxiskontext mittels der vorliegenden Arbeit können Aussagen zu momentanen Schwierigkeiten und Herausforderungen getroffen und in der Neuauflage berücksichtigt werden. Somit kann eine präzisere Anpassung auf den gesellschaftlichen Kontext sowie den Praxiskontext in Deutschland erfolgen (Polatajko et al., 2007). Diese Anpassung könnte den Einsatz des COPMs mit Kindern erleichtern sowie verbreiten, und damit den ergotherapeutischen Prozess evidenzbasierter, betätigungszentrierter und klientenzentrierter werden lassen.

1.1 Literaturrecherche

Ein strukturiertes Vorgehen bei der Suche und Auswertung von Literatur ist eine der wichtigsten Grundlagen einer wissenschaftlichen Arbeit. Sie untermauert die Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die Recherche nach passender Literatur steht überwiegend am Anfang des Forschungsprozesses, begleitet jedoch den gesamten Prozess. Um das Vorgehen bei der Literaturrecherche dieser Arbeit darzustellen, werden nun die angewendeten Strategien beschrieben und an beispielhaften Ausschnitten erklärt. Zunächst wurden die PIO-Frage sowie die Stichwörter zusammengestellt, welche in primäre (z.B. *COPM*, *Kinder*) und sekundäre (z.B. *Klientenzentrierung*,

Betätigungsbasierung) Suchbegriffe eingeteilt wurden. Diese wurden zudem in die englische Sprache übersetzt, um den internationalen Forschungsstand erfassen zu können (Döring & Bortz, 2016). Mittels dieser Suchbegriffe wurde in verschiedenen Datenbanken (z.B. DiZ, Pubmed), sowie Online-Suchmaschinen und Wissenschaftsverlagen nach relevanter Literatur recherchiert (Döring & Bortz, 2016). Eine ausführliche Auflistung der Suchbegriffe sowie der Ergebnisse können in den Anlagen A und B eingesehen werden. Um die Suchergebnisse einschränken zu können und aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten, wurden verschiedene Operatoren wie *AND*, *OR*, *NOT*, verwendet, um die Suchbegriffe miteinander zu verknüpfen. Die Ergebnisse wurden abschließend nach dem Inhalt des Titels und Aussagen des Abstracts aussortiert. Da auf die Aktualität der Literatur geachtet wurde, ist der Großteil der Literatur nicht älter als zehn Jahre. Um die Qualität der verwendeten Literatur beurteilen zu können, wurde das Evidenzlevel der Artikel nach Tomlin und Borgetto (2011) eingestuft. Tabelle 1 zeigt einen beispielhaften Auszug.

Tabelle 1

Auszug aus der Tabelle Evidenzlevel der Artikel nach Tomlin und Borgetto (2011)

	Evidenzlevel nach Tomlin und Borgetto (2011) ; Borgetto et al., (2007)
Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 71(4), 210–222.	<u>Descriptive Research:</u> Systematic reviews 1. Evidenzlevel

Anmerkung: Die vollständige Tabelle findet sich in Anlage C.

1.2 Überblick über die Arbeit

Die Forschungsarbeit gliedert sich in fünf Kapitel, welche im Folgenden kurz erläutert werden. Während des gesamten Prozesses wurde sich an den neun Phasen des quantitativen Forschungsprozesses nach Döring & Bortz (2016) orientiert, welcher in Kapitel 3 näher erläutert wird.

Im aktuellen Kapitel, der Einleitung, werden Leser:innen in die Thematik eingeführt. Anschließend wird die Themenwahl mit der Forschungsfrage und der Relevanz für die

Praxis erläutert. Nachfolgend wird die Literaturrecherche beschrieben. Abschließend erhalten die Leser:innen einen Überblick über die folgende Arbeit.

Der theoretische Hintergrund bildet das 2. Kapitel. Dabei werden zunächst einige relevante Definitionen erläutert, um Unklarheiten zu vermeiden. Anschließend werden die Säulen der Ergotherapie beschrieben und die pädiatrische Ergotherapie erläutert. Darunter fällt der Arbeitsbereich Pädiatrie sowie die Befunderhebung im pädiatrischen Bereich. Danach wird auf modellgeleitete Theorien eingegangen. Dafür wird zunächst die kanadische Triplette beschrieben, in welcher das COPM seinen Ursprung hat. Zudem wird das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (Fisher, 2017) aufgegriffen. Im Anschluss wird auf das COPM eingegangen. Zum Schluss wird die internationale Perspektive beschrieben und die Forschungslücke erläutert.

Das 3. Kapitel stellt die Forschungsmethodik dar. Dabei werden zunächst das Forschungsdesign und die Grundlagen der empirischen Sozialforschung beschrieben. Anschließend wird der Forschungsprozess anhand der neun Phasen nach Döring & Bortz (2016) erläutert. Es wird auf die ethischen Aspekte eingegangen, welche beispielsweise den Datenschutz sowie die Einwilligungserklärung beinhalten. Danach wird die Vorbereitung der Datenerhebung dargestellt. Dabei wird zunächst die Akquise der Studienteilnehmer:innen mit der Rekrutierung beschrieben, dann die Methode und Instrumente der Datenerhebung sowie die Erstellung des Fragebogens und abschließend wird noch der Pretest dargestellt. Danach wird die Durchführung der Datenerhebung und das Vorgehen bei der Datenanalyse erläutert. Abschließend werden die Gütekriterien der quantitativen Forschung aufgeführt.

In Kapitel 4. werden die Ergebnisse in grafischer, tabellarischer und schriftlicher Form dargestellt. Dazu gehört die Beschreibung der Teilnehmer:innen sowie die Auswertung aller Fragen aus dem Online-Fragebogen.

Die Diskussion bildet das 5. Kapitel. Dabei werden zunächst die Leitfragen sowie die Forschungsfrage beantwortet. Anschließend werden die Ergebnisse diskutiert und die Relevanz dieser betrachtet. Dann werden die Stärken und Schwächen der Forschungsarbeit dargestellt. Daraufhin folgt die Schlussfolgerung, in welcher das Fazit enthalten ist, welches aus der gesamten Forschung gezogen wird. Schlussendlich wird ein Ausblick auf weitere mögliche Studien gegeben.

2. Theoretischer Hintergrund

Das folgende Kapitel erläutert die theoretischen Grundlagen der Forschungsarbeit. Dabei werden zunächst einige relevante Definitionen (Kapitel 2.1) aufgezeigt und die Säulen der Ergotherapie (Kapitel 2.2) dargestellt, um zentrale Begriffe der Arbeit vorzustellen. Anschließend wird das ergotherapeutische Arbeitsfeld im Bereich Pädiatrie (Kapitel 2.3) näher beschrieben und es wird auf Besonderheiten in der Arbeit mit Kindern eingegangen. In Kapitel 2.4 wird ausführlich auf zwei modellgeleitete Theorien eingegangen, wobei speziell die kanadische Triplette und das OTIPM (Fisher, 2017) erläutert werden. Danach wird auf das COPM (Kapitel 2.5) eingegangen. Abschließend folgt die Zusammenführung der Themen, die Einordnung im internationalen Kontext (Kapitel 2.6) und die Überleitung zur Forschungsfrage (Kapitel 2.7). Die Schwerpunktsetzung dieses Kapitels dient dazu, die ergotherapeutische Arbeit mit Kindern und das Assessment COPM (Law et al., 2020) in einen aktuellen Kontext einzubetten.

2.1 Relevante Definitionen

Die folgenden Definitionen sind grundlegend für das Verständnis der Arbeit und werden in späteren Abschnitten noch genauer beleuchtet.

Betätigungszentrierung

Betätigungszentrierung ist eine der Grundvoraussetzungen für die ergotherapeutische Arbeit. Die Betätigung wird hier als der Kern gesehen, auf dem Planung und Handeln aufbauen. Fisher (2013) beschreibt sie als eine berufsspezifische Haltung der Ergotherapie, die den gesamten therapeutischen Prozess beeinflusst und begleitet. Personen werden als “occupational beings” (Fisher, 2013, S. 164), also als handelnde Wesen wahrgenommen, die von Betätigungsherausforderungen und -erfahrungen beeinflusst sind.

Klientenzentrierung

Der ursprünglich durch Carl Rogers geprägte Begriff der Klientenzentrierung (Rogers, 1981) meint in Bezug auf Ergotherapie die Grundhaltung der Therapeut:innen, demzufolge Klient:innen in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses zu stellen sind. Die Klient:innen mit ihren individuellen Wünschen, Zielen und Eigenschaften werden aktiv in die Gestaltung der Therapie einbezogen und damit Partner:innen auf Augenhöhe (Taylor, 2017).

Assessments

Grundsätzlich lässt sich für die Ergotherapie der Begriff Assessment als ein spezifisches Tool, Instrument oder eine systematische Interaktion beschreiben (Hinojosa & Kramer, 2014). Auch kann er als Befund- oder Statuserhebung beschrieben werden und unterstützt den Prozess der systematischen Datensammlung (Harth & Pinkepank, 2007). Ergotherapeutische Assessments werden also als Methode verstanden, um Informationen auf unterschiedlichen Wegen zu sammeln, wodurch ein ganzheitliches Bild der Klient:innen entsteht (Kielhofner, 2008). Assessments können beispielsweise in Form von Beobachtungen, Interviews, Tests und Screenings durchgeführt werden.

Praktikabilität

Die Praktikabilität beschreibt “wie gut [...] sich der Test in der Praxis anwenden lässt” (Mangold, 2013, S. 126). In der Literatur finden sich unterschiedliche Definitionen. In der vorliegenden Arbeit werden die Merkmale der Praktikabilität nach Schönthaler (2016) verwendet. Diese Kriterien werden in der Studie verwendet und durch Ergotherapeut:innen bewertet, um mehr über den praktischen Einsatz sowie die Rahmenbedingungen des Assessments im Berufsalltag zu erfahren.

Kriterien der Praktikabilität nach Schönthaler (2016):

- Aufwand und Mühe für Klient:innen
- Dauer der Durchführung
- Zeit für Vorbereitung und Auswertung
- Raumbedarf, Handhabbarkeit der Materialien
- Kosten für Anschaffung und Lizenzen
- Kosten für die einzelne Testung, zum Beispiel Formulare und Verbrauchsmaterial
- Zeit und Kosten für die Einschulung in das Assessment

Es würde über den Rahmen dieser Bachelorarbeit hinausgehen, alle Aspekte der Praktikabilität ausführlich zu beleuchten. Deshalb wird hier besonders auf den Teilaspekt der Handhabbarkeit eingegangen, um die Eigenschaften des Assessments genauer betrachten zu können. Darunter wird die Anwendbarkeit des Assessments sowie die der Materialien verstanden. Zudem werden dabei die Herausforderungen und positiven Aspekte miteinbezogen. Dies sind wichtige Kriterien, um anschließend Handlungsempfehlungen formulieren zu können.

2.2 Säulen der Ergotherapie

Die Grundprinzipien der Ergotherapie stützen sich auf sechs Säulen. Diese Prinzipien leiten das ergotherapeutische Denken und Handeln in der Intervention mit Klient:innen und Klient:innengruppen und formen das Berufsprofil. Hartingsveldt et al. (2010, zitiert nach Cup & van Hartingsveldt, 2019) formulierten zunächst vier Kernelemente der Ergotherapie: Klientenzentrierung, Betätigungsbasierung, Evidenzbasierung und Kontextbasierung. Durch die stetige Forschung und Weiterentwicklung zählen inzwischen auch Populationsbasierung und Technikbasierung zu den Säulen, auf die sich die Ergotherapie stützt (Cup & van Hartingsveldt, 2019).

2.2.1 Klientenzentrierung

Die Klientenzentrierung ist zwar seit vielen Jahren ein nicht wegzudenkender Teil der ergotherapeutischen Grundhaltung, hat ihre Wurzeln aber in der humanistischen Psychologie und den Entwicklungen des klientenzentrierten Ansatzes nach Carl Rogers (Rogers, 1981). Die ersten Leitlinien zur Klientenzentrierung in der Ergotherapie wurden 1983 durch den kanadischen Berufsverband „Canadian Association of Occupational Therapists“ (CAOT) veröffentlicht (zitiert nach Cup & van Hartingsveldt, 2019). Der Begriff des:der Klient:in, der sich in der Ergotherapie entgegen anderer medizinischer Fachbereiche an Stelle des:der Patient:in durchgesetzt hat, meint Personen oder Gruppen von Personen, die ergotherapeutische Leistungen direkt oder indirekt in Anspruch nehmen oder über Leistungen von Institutionen oder Organisationen Kontakt zu Ergotherapeut:innen haben (Townsend & Polatajko, 2013). Mittlerweile existieren sechs Kategorien in die Klient:innen unterteilt werden: Einzelpersonen, Familien, Gruppen, Gemeinschaften, Organisationen und Populationen (Townsend & Polatajko, 2013). Während ein:e Patient:in eher passiv die Behandlung empfängt, wird nach dem zeitgenössischen Paradigma eine Person als Klient:in gesehen, deren Haltung und Meinung den therapeutischen Prozess aktiv mitgestaltet. Dadurch ist die Intervention durch eine „partizipative Entscheidungsfindung“ (Satink & Van de Velde, 2019, S. 89) geprägt. Speziell im Bereich der Pädiatrie sind häufig nicht nur das Kind, sondern auch die Familienmitglieder Teil der Therapie. Hier zeigt sich besonders wie wichtig die Möglichkeit zur Mitsprache und der Einbezug der Familie als Klient:in ist und den Erfolg der Therapie nachhaltig beeinflusst (Costa, 2016). Nach einer Studie von Enemark Larsen et al. (2018) ist der Einsatz des COPM geeignet, um Klientenzentrierung in der Praxis zu verbessern.

2.2.2 Betätigungsbasierung

Die Betätigung ist seit Langem der Kern der Ergotherapie, die Basis, auf der sich das gesamte Berufsbild aufbaut. Inhaltsmodelle wie das Model Of Human Occupation (MOHO) (Taylor, 2017, S. 4) oder das Canadian Model of Occupational Performance – Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2013, S. 1) beschreiben sie als die Kerndomäne der ergotherapeutischen Arbeit. Betätigungsbasierung meint die professionelle Auseinandersetzung mit dem Wechselspiel zwischen dem Menschen und den für ihn bedeutungsvollen Betätigungen (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Fisher differenziert die Terminologie in die Begriffe Betätigungszentrierung, -fokussierung und -basierung (Fisher, 2013). Betätigungszentrierung meint die ergotherapeutische Sichtweise den Menschen als „handelndes Wesen“ wahrzunehmen und einen Bezug zur Betätigung während des gesamten Behandlungsprozesses zu schaffen. Betätigungsfokussierung stellt die Betätigung in den Vordergrund der Behandlung, ohne direkt daran zu arbeiten und Betätigungsbasierung ist die direkte Arbeit mit Klient:innen an einer bedeutungsvollen Betätigung (Fisher, 2013).

In Deutschland ist die betätigungsbasierte Arbeit noch nicht gänzlich in der Praxis angekommen, aber der Paradigmenwechsel vom funktionellen zum zeitgenössischen Paradigma schreitet auch hier weiter voran (Merklein de Freitas et al., 2015b). Durch eine Eingliederung von Assessments oder Interventionsmethoden in alle drei Prozessphasen, Evaluations-, Interventions- und Re-Evaluationsphase (Fisher, 2017) (siehe Kapitel 2.4.2), kann der Übergang zur betätigungsbasierten Arbeitsweise unterstützt werden. Speziell in der Evaluations- und Re-Evaluationsphase hebt die Literatur hierzu häufig das COPM als Grundlage für eine betätigungsbasierte Herangehensweise im therapeutischen Prozess hervor (Hofmann, 2010; Vincon et al., 2015). Betätigungsbasierung hat gerade im Arbeitsfeld der Pädiatrie große Vorteile. Die Arbeit an Betätigungsproblemen kann für Kinder greifbar gemacht werden, indem sie an konkreten Alltagssituationen festgemacht und mit Bezug auf diese Situation bearbeitet werden können. Dies schafft für Kinder und deren Bezugspersonen nicht nur die Möglichkeit zur Mitgestaltung der Therapie, sondern auch Transparenz in der Vorgehensweise und erleichtert so den Transfer des Erlernten in den Alltag.

2.2.3 Evidenzbasierung

Dadurch, dass professionelles Handeln auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse beruht, kann die Wahl der Interventionsmethode und das methodische Handeln erklärt werden. Der Einsatz von Evidenz ermöglicht es also effektive und individuell geeignete Interventionen in den therapeutischen Prozess einzubringen

(Townsend, Egan, et al., 2013). Nach dem zeitgenössischen Paradigma findet sich auch in der „Evidence-based Practice (EBP)“ (Cup & van Hartingsveldt, 2019, S. 200) der Einbezug des Klientels wieder. Die Teilhabe an der EBP entsteht durch respektvolle Zusammenarbeit und ein Bewusstsein für den therapeutischen Prozess auf Seiten der praktizierenden Therapeut:innen, der Wissenschaftler:innen und der Klient:innen (Townsend, Egan, et al., 2013). Die Anerkennung und Zusammenführung dieser drei Expertisen führt zu einem individuellen und erfolgreichen Ergebnis für die Klient:innen. Nach einer Studie von Schubert (2019) könnte die evidenzbasierte Arbeit für Therapeut:innen, die bislang keine wissenschaftliche Ausbildung haben, durch Zertifikatskurse erleichtert werden. So könnten wissenschaftliche Kompetenzen aufgearbeitet und das professionelle Reasoning mit Evidenz gestützt werden. Ein international verbreitetes Instrument, um evidenzbasiertes Arbeiten zu stützen, ist das COPM (Christiansen & Haertl, 2019). Eine Studie von Carswell et al. (2004) beschreibt das COPM als ein valides, reliables, klinisch hilfreiches Assessment für praktizierende und forschende Ergotherapeut:innen, das evidenzbasiertes Arbeiten unterstützt. Das COPM wird in wissenschaftlichen Arbeiten häufig als Messinstrument verwendet, um beispielsweise die Effektivität von Interventionen anhand der Betätigungsperformanz zu messen.

2.2.4 Weitere ergotherapeutische Säulen

Entsprechend der holistischen Grundhaltung der Ergotherapie ist es wichtig, die individuellen Klient:innen in deren spezifischer Lebensumwelt zu betrachten. In der Kontextbasierung sollten Klient:innen allerdings nicht nur in ihrer Umwelt betrachtet werden, sondern nach Möglichkeit sollte auch die Intervention in diesem Rahmen stattfinden (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Auch im Bereich der pädiatrischen Ergotherapie besteht immer öfter die Möglichkeit im Kontext der Klient:innen anzusetzen. Inklusionsmaßnahmen, Präventionsprojekte oder Frühförderstellen ermöglichen gezielte ergotherapeutische Interventionen, beispielsweise in Kindertagesstätten oder Schulen (Hasselbusch et al., 2016).

Mit der Populationsbasierung eröffnen sich der ergotherapeutischen Arbeit neue Möglichkeiten ihre fachlichen Kompetenzen in das Gemeinwesen einzubringen. Sie strebt die Verbesserung der Gesundheit verschiedener Populationen oder vulnerabler Gruppen innerhalb einer Gesellschaft an. Eine Studie von Albuquerque und Farias (2019) hebt hervor, wie wichtig die Populationsbasierung für das Wohl der Gesellschaft ist, sowie das darin enthaltene Potential für die Gesundheitsförderung. Allerdings macht sie auch deutlich, dass die aktuellen Ausbildungsstandards Therapeut:innen nicht ausreichend qualifizieren und die benötigten Kompetenzen ausgebaut werden müssen

(Albuquerque & Farias, 2019). Die Tatsache, dass auch Populationen als Klient:innen betrachtet werden können, zeigt, dass die Ergotherapie weit über die Intervention mit Individuen hinaus geht (Townsend & Polatajko, 2013).

Ebenso wie die Populationsbasierung gewinnt auch die Technologiebasierung erst in jüngerer Vergangenheit an Bedeutung. Technologiebasierung meint den Einsatz technischer Entwicklungen, die die therapeutischen und diagnostischen Mittel und Möglichkeiten der Ergotherapie beeinflussen (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Sie weist den Weg in Richtung einer zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die Möglichkeit der Teletherapie hat speziell im letzten Jahr durch die Covid-19-Pandemie an Bedeutung gewonnen. Sie kann große Vorteile für die Betätigungsorientierung mitbringen, da Therapie stattfinden kann, wo auch immer Klient:innen sie benötigen (Mohr et al., 2021). Auch das COPM wurde bereits mittels einer App digitalisiert. Die App erstellt einen kurzen Bericht, der im PDF-Format gespeichert und mit anderen Mitgliedern des Teams geteilt, sowie an die elektronische Klient:innenakte angehängt werden kann (COPM Inc, 2017).

2.3 Ergotherapie mit pädiatrischem Fokus

Der Arbeitsbereich Pädiatrie in der Ergotherapie befasst sich mit der Einschränkung oder drohenden Einschränkung der Handlungsfertigkeiten und Partizipation von Kindern vom Säuglingsalter bis zur Jugend (DVE, 2015). Grundsätzlich geht es im Fachbereich Pädiatrie um die Erhebung von Betätigungsproblemen, Formulierung von Betätigungszielen, Förderung von psychischen und sozialen Kompetenzen sowie kognitiver und körperlicher Fähigkeiten (DVE, 2015). Um betätigungsorientiert, klientenzentriert und evidenzbasiert mit Kindern arbeiten zu können, ist es wichtig, dass Ergotherapeut:innen sich auf aktuelle ergotherapeutische Inhalts- und Prozessmodelle stützen (Rodger, 2010). Gleichzeitig müssen sie aber auch über Kenntnisse zu kindlichen Entwicklungsmodellen und sozialpolitischen Einflüssen verfügen (Heller, 2016).

Kinder sind wie Erwachsene kontinuierlich in Betätigung. Sie entwickeln ihre Betätigungsrollen und Fähigkeiten weiter und stehen dabei permanent unter dem Einfluss ihrer sozialen und physischen Umgebung, also dem Kontext, in dem sie sich betätigen (Romein, 2016). Humphry und Walkeford (2008, zitiert nach Romein, 2016) formulieren zur Veränderung von Betätigungen im Alltag eines Kindes drei beeinflussende Prozesse:

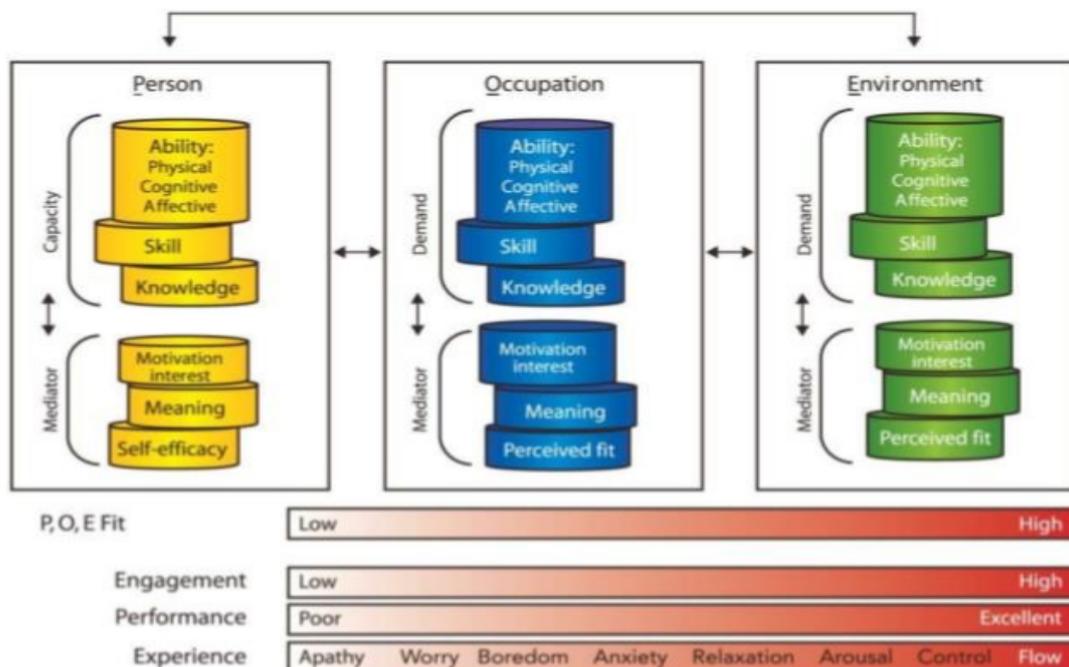
1. Gesellschaftliche Investitionen, wie Bildungs- oder Sozialsysteme, die Einfluss auf das Erlernen kindlicher Betätigungen nehmen und ihnen einen Rahmen geben.
2. Die Einwirkung durch interpersonelle Beziehungen, beispielsweise Modelle oder Vorbilder in Bezugspersonen des Kindes.

3. Die betätigungseigene Dynamik, z.B. das Erlernen neuer Betätigungen und Verbessern der Betätigungsausführung.

Diese Prozesse bieten eine Erklärung dafür, wie Betätigungsausführungen entstehen. Die daraus resultierenden Veränderungen stellen sich im Rahmen der kindlichen Entwicklung meist von selbst ein (Satink & Van de Velde, 2019). Ist dies aber nicht der Fall, entstehen Betätigungsbeeinträchtigungen oder -herausforderungen (“occupational challenges” (Polatajko et al., 2013, S. 208)). Genau wie Betätigungen durch Interaktion aus der Person, ihrer Umwelt und den Faktoren der Betätigung an sich entstehen, können so auch individuelle Betätigungsprobleme entstehen, da nicht jede Person in der gleichen Weise mit ihrer Umwelt interagieren kann (Polatajko et al., 2013). Sowohl das Person-Environment-Occupation (PEO) Modell (Law et al., 1996) als auch das CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013) beschreiben die Möglichkeit eines “fit” oder “lack of fit” (Polatajko et al., 2013, S. 209) zwischen der Person, ihrer Umwelt und der Betätigung, wodurch es zu einer erfolgreichen oder problematischen Betätigungsausführung oder Partizipation kommt. Kommt es zu einem solchen “lack of fit”, entsteht ein Betätigungsproblem. Dieses Problem kann seine Ursache in den verschiedenen Ebenen der genannten Bereiche haben, wie Abbildung 1 “Fit Chart” (Polatajko, 2007, S. 213) verdeutlicht.

Abbildung 1

Fit Chart



Anmerkung: Polatajko, 2007, S. 213

Möchte ein Kind beispielsweise Fahrradfahren lernen und scheitert immer wieder am Losfahren, hat also an dieser Stelle ein Betätigungsproblem, kann es beispielsweise daran liegen, dass es das Gleichgewicht noch nicht ausreichend halten kann, also die physischen Fähigkeiten des Kindes nicht zur Betätigung passen, oder die Größe des Fahrrades (Umwelt) nicht zum Kind passt.

Haben nun Kinder ein Betätigungsproblem, sind es meist erst die Eltern oder Personen, die durch ihre Profession im Kontakt mit dem Kind stehen (z.B. Erzieher:innen, Lehrer:innen oder Ärzt:innen), denen dieses Problem auffällt, da sie einen Vergleich zur Handlungsfähigkeit anderer Kinder ziehen können. Gerade im Bereich der Pädiatrie ist der Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen der Kinder besonders wichtig (DVE, 2015). Es ist nie das Kind alleine in der ergotherapeutischen Intervention zu betrachten, sondern der erweiterte Klient ist immer mit involviert und spielt eine unterschiedlich starke Rolle. Nach der Klientenzentrierung des zeitgenössischen Paradigmas stehen Klient:innen, also die Kinder mit ihren Wünschen und Bedürfnissen im Vordergrund (siehe Kapitel 2.2.1). Hier müssen Ergotherapeut:innen einen sensiblen Umgang mit allen am Prozess beteiligten Personen führen, um zufriedenstellende Ergebnisse zu erhalten. Dazu ist es wichtig, die Anliegen der verschiedenen Personen ernst zu nehmen und gemeinsam mit beispielsweise Kind und Eltern Prioritäten festzuhalten. Da es darum geht, Lösungen für die Probleme des Kindes zu finden, müssen diese ebenso erhoben werden wie bei Erwachsenen. Zudem stärkt eine Kommunikation auf Augenhöhe das Kind, indem es sich ernst genommen und wertgeschätzt fühlen kann. Daraus kann eine gestärkte therapeutische Beziehung zwischen Klient:in und Therapeut:in hervorgehen (Gede, 2016), die wiederum ein wichtiger Grundstein ist, um eine erfolgreiche Intervention aufzubauen.

Wie auch in anderen Bereichen der Ergotherapie, unterteilt sich der therapeutische Prozess in Evaluationsphase, Interventionsphase und Re-Evaluationsphase. Das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) (American Occupational Therapy Association, 2020) beschreibt die Befunderhebung in der Ergotherapie als Einstiegsphase in den therapeutischen Prozess. Dieser beginnt mit dem Evaluationsprozess, welcher das Sammeln und Verarbeiten von qualitativen und quantitativen Daten aus verschiedenen Erhebungsinstrumenten beschreibt. Es werden vier Arten von Befundungsinstrumenten unterschieden (Page, 1999, zitiert nach Kraus, 2016).

Tabelle 2

Arten von Befunderhebungsinstrumenten

Instrumente	Beschreibung
Anamnese	Hier werden Daten beispielsweise aus Fragebögen, Überweisungsunterlagen und Anamnesegesprächen gewonnen.
Interview	Hier findet eine Befragung anhand unterschiedlich vorgegebener Strukturen statt. Diese können von frei bis semi-strukturiert (z.B. COPM) bis hin zu strukturiert sein. Meist sind Leitfäden zur Unterstützung vorhanden.
Beobachtung	Hierunter werden kriteriengeleitete oder standardisierte Beobachtung von Tätigkeiten verstanden. Beispiele dafür wären eine beschreibende Dokumentation und Checklisten.
Test	Dieser entspricht den Testgütekriterien, zudem ist eine standardisierte Vorgehensweise und die genaue Beschreibung der Durchführung und Materialien kennzeichnend.

Anmerkung: In Anlehnung an Page, 1999, zitiert nach Kraus, 2016

„Gemäß dem OTPF konzentriert sich der Evaluationsprozess auf die Inventarisierung dessen, was der Klient an Aktivitäten ausgeübt hat, was er tun kann, tun will und was erforderlich ist, um etwas tun zu können.“ (Logister-Proost, 2019, S. 431). Im Rahmen der Evaluation wird ein Betätigungsprofil (occupational profile) und eine Betätigungsanalyse (analysis of occupational performance) (American Occupational Therapy Association, 2020) durchgeführt. Dies bildet die Grundlage der gesamten Therapie. Der Befunderhebungsprozess ist eine komplexe Aufgabe, da sich dieser am einzelnen Individuum orientiert. Eine gezielte, differenzierte und standardisierte Befunderhebung ist von großer Wichtigkeit. Das Ziel der Befunderhebung ist es, Alltagsschwierigkeiten der Klient:innen zu erkennen und zu analysieren. Anschließend stellen Therapeut:innen zusammen mit den Klient:innen die Therapieziele auf. Danach beginnt die Intervention. Zudem sollte zum Abschluss eine Re-Evaluation durchgeführt werden, um überprüfen zu können, ob die Ziele erreicht wurden. Falls noch Ziele offen sind oder sich neue Ziele ergeben haben, wird die Therapie weitergeführt. Wenn alle Ziele erreicht wurden, endet hier die Therapie.

Der Evaluationsprozess im pädiatrischen Bereich gestaltet sich oft schwieriger, denn zum einen muss sichergestellt werden, dass die Probleme des Kindes richtig verstanden werden und zum anderen bieten die Befunde als Outcome Assessments einen Nachweis der Effizienz der Therapie (Kraus, 2016). Deshalb sollten sich Therapeut:innen alters- und entwicklungsgemäß auf das Kind einstellen und die Gesprächssituationen auf das Kind anpassen. Dabei spielt die richtige Gesprächsführung eine große Rolle. Im Anschluss an die Befunderhebung sollte überprüft werden, ob die Partizipationsebene oder Teilhabe des Kindes genügend mitberücksichtigt wurde. Diese kann in “die Lebensbereiche Produktivität (Kindertagesstätte/Schule), Freizeit und Selbstversorgung” (Kraus, 2016, S. 138) eingeteilt werden. Die Anliegen des Kindes sollten idealerweise auch “im direkten Kontakt zu den Erziehern oder Lehrern erfasst werden” (Kraus, 2016, S. 139).

Anschließend sollten die Herausforderungen und die Ressourcen sowohl des Kindes als auch der Familie beleuchtet werden. Dafür werden die Probleme priorisiert und die Ziele definiert, was gemeinsam mit dem Kind geschieht (Kraus, 2016). Da Kinder oft Schwierigkeiten haben ihre Betätigungsanliegen zu definieren, wird hier häufig der erweiterte Klient, wie z.B. die Eltern, miteinbezogen. Die Ergebnisse einer Pilotstudie von Fayed & Kerr (2009) deuten darauf hin, dass Kinder und Eltern sowohl überlappende als auch unterschiedliche Prioritäten für die Therapie haben. Deshalb ist es wichtig, dass weiterhin das Kind mit den eigenen Anliegen im Mittelpunkt steht und nicht die Anliegen der Eltern.

Der erweiterte Klient kann das Kind zusätzlich außerhalb der Therapie unterstützen, um die vereinbarten Ziele zu erreichen, weshalb Ergotherapeut:innen auch Zeit in die Arbeit mit Angehörigen investieren sollten. “Verglichen mit der relativ geringen Zeit, die Kinder bzw. Jugendliche mit ihren Therapeuten verbringen, können Menschen aus der unmittelbaren sozialen Umwelt häufiger und direkt im gemeinsamen Alltag zu Gesundheit, Teilhabe und Lebensqualität beitragen.” (Costa, 2016, S. 141).

2.4 Modellgeleitete Theorien

Damit Ergotherapeut:innen ihre Therapiegestaltung methodisch aufbauen können, sind theoretische Modelle notwendig, die der ergotherapeutischen Arbeit zu Grunde liegen. Diese Modelle beziehen sich auf Inhalte oder den Prozess der Therapie, begleiten das klinische Reasoning und ermöglichen evidenzbasiertes Arbeiten (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Im Folgenden wird näher auf die kanadische Triplette sowie das OTIPM eingegangen. Die kanadische Triplette ist in diesem Zusammenhang interessant, da sie den Ursprungskontext des Assessments COPM abbildet. Das OTIPM hingegen ist ein

sehr aktuelles Prozessmodell, welches die Integration des COPMs in seine drei Phasen des Therapieprozesses ermöglicht.

2.4.1 Die kanadische Triplette

Die kanadische Triplette besteht aus drei Modellen: dem Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2013), dem Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) (Townsend & Polatajko, 2013) und dem Canadian Practice Process Framework (CPPF) (Townsend & Polatajko, 2013). Dabei beschreibt das CMOP-E das ergotherapeutische Aufgabenfeld und das CMCE erläutert die ergotherapeutischen "skills". Das CPPF stellt abschließend den ergotherapeutischen Prozess dar. Das "Enablement & Enabling" ist die Grundlage einer partizipativen und handlungsbasierten Ergotherapie. "Enabling" bedeutet Menschen zu befähigen, eine Wahl zu treffen und Betätigungen durchzuführen, die für sie bedeutungsvoll sind (Townsend & Polatajko, 2013). Der:die Therapeut:in wird dabei als "Enabler" angesehen, der:die Klient:innen dabei unterstützt.

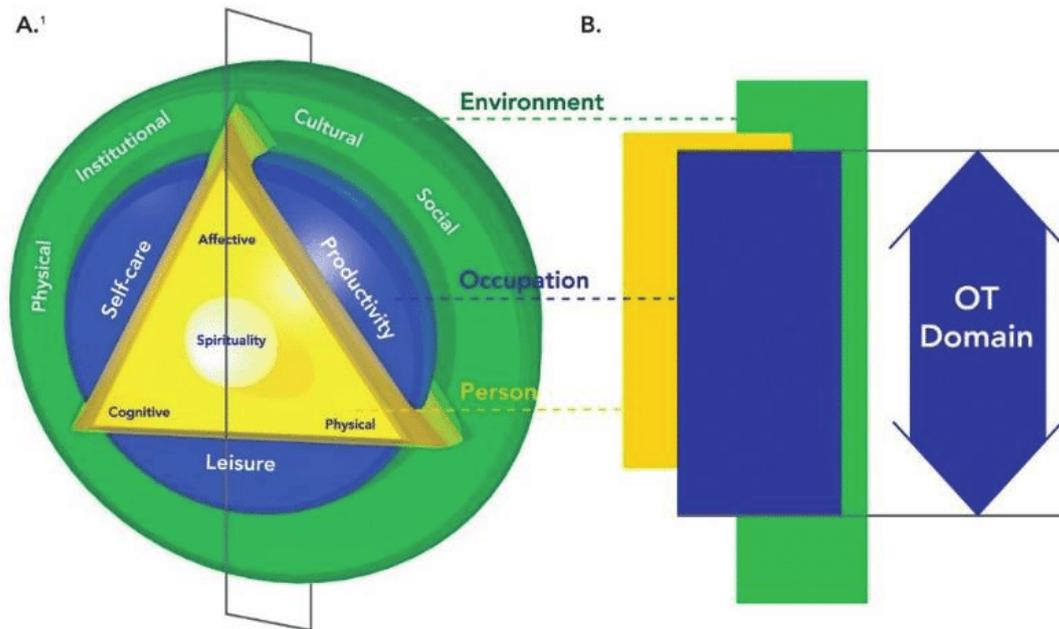
Das CMOP-E "beschreibt den Zusammenhang zwischen Personen, ihren täglichen Betätigungen und der Umwelt" (Knagge, 2016, S. 71). Dabei wird davon ausgegangen, dass die Betätigung ein menschliches Grundbedürfnis ist, welche dem Leben einen Sinn und eine Bedeutung gibt. Zudem trägt sie zu Gesundheit und Wohlbefinden bei (Townsend & Polatajko, 2013). Dabei wird vor allem die "Occupational Performance", also die Betätigungsausführung in den Vordergrund gestellt. Diese wird als dynamische Interaktion von Person, Betätigung und Umwelt beschrieben (Polatajko et al., 2007).

Für die Betätigungsausführung werden verschiedene Komponenten benötigt. Dazu gehören die *affektiven Komponenten*, welche den sozialen und emotionalen Anteil beschreiben. Die *kognitiven Komponenten* stellen die geistigen Faktoren dar und die *physischen Komponenten* die motorischen und sensorischen Anteile. Im Mittelpunkt des Modells steht die Spiritualität, welche als Wesenskern des Menschen verstanden wird (Townsend & Polatajko, 2013). "Menschen führen also Betätigungen nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Komponenten unterschiedlich aus, sondern auch, weil jeder ein anderes Sein hat, das er in seinem Tun ausdrückt." (Knagge, 2016, S. 72). Durch diese Aspekte entwickelte sich die klientenzentrierte Praxis, wobei Klient:innen als Expert:innen für sich selbst angesehen werden. Im Gegensatz dazu werden Ergotherapeut:innen als Expert:innen für das Ermöglichen von Betätigung angesehen. Dadurch entsteht eine Zusammenarbeit, bei der beide am Prozess beteiligt sind. Dies bezeichnet man als "Power-Sharing" (Schaeffer, 2002 zitiert nach Townsend & Polatajko, 2013, S. 120). Die Umwelt des CMOP-E wird in vier Kategorien unterteilt:

kulturelle, institutionelle, physische und soziale Umwelt, welche in Abbildung 2 (Townsend, Polatajko, & Craik, 2007, S. 23) dargestellt sind. Diese werden durch individuelle Handlungen beeinflusst (E. A. Townsend & Polatajko, 2013). Der Begriff “Engagement” ist seit 2007 im CMOP-E verankert und bedeutet “sich selbst betätigen”. Das Ermöglichen (“enabling”) ist seither eine Kernkompetenz der Ergotherapie.

Abbildung 2

The CMOP-E: Specifying our domain of concern



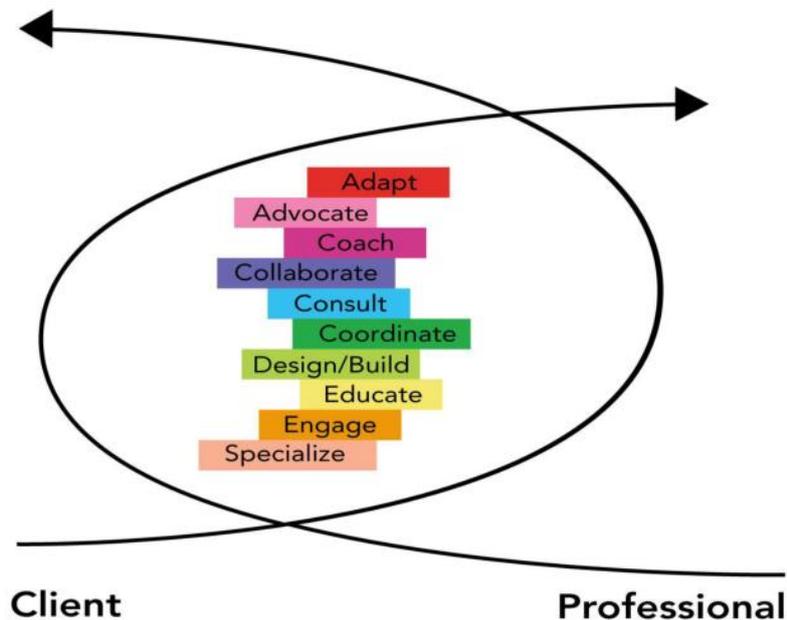
A.¹ Referred to as the CMOP in *Enabling Occupation* (1997a, 2002) and CMOP-E as of this edition
 B. Trans-sectional view

Anmerkung: Townsend, Polatajko & Craik, 2007, S. 23

Um Ergotherapeut:innen bei der Umsetzung in der Therapie zu unterstützen, wurde das CMCE (E. A. Townsend, Beagan, et al., 2013, S. 109) erstellt. Es stellt das Grundprinzip des Ermöglichens (Enablement) als Kernkompetenz der Ergotherapeut:innen dar. Diese Kernkompetenz ist unterteilt in zehn “Enablement Skills“ und drei “Generic Skills” (E. A. Townsend, Beagan, et al., 2013, S. 114). Die in Abbildung 3 (E. Townsend, Polatajko, Craik, et al., 2007, S. 110) zu erkennenden Linien symbolisieren die dynamische Beziehung zwischen Klient:in und Therapeut:in im therapeutischen Prozess.

Abbildung 3

Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE)



Anmerkung: Townsend et al., 2007, S. 110

Adapt (Anpassen) meint die Adaption der Betätigung oder der Umwelt an den:die Klient:in. Zum Beispiel der Einsatz eines Merkspruches zur Vereinfachung des Schuhebindens, oder Klettverschlüsse die Schnürsenkel ersetzen.

Advocate (Fürsprechen) hat nach Rodger (2010) in der Pädiatrie eine besondere Bedeutung. Da Kinder in Gesundheits- oder Betätigungsfragen oft noch nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sprechen, haben Ergotherapeut:innen die Aufgabe ihre Bedürfnisse, Anliegen oder Wünsche angemessen an entsprechenden Stellen zu vertreten.

Coach (Coachen) steht in der Pädiatrie dafür, erstens das Kind anzuleiten seine Ziele zu erreichen, zweitens Probleme zu analysieren und zu lösen sowie drittens darauf aufbauend Pläne zu erarbeiten (Knagge, 2016).

Collaborate (Zusammenarbeiten) bildet gemeinsam mit dem "Power-Sharing" (Schaeffer, 2002 zitiert nach E. A. Townsend, Beagan, et al., 2013, S. 120) den zentralen Punkt der Klientenzentrierung in der Ergotherapie. Für die Arbeit mit Kindern und ihren Eltern bedeutet dies, dass individuelle Lösungen zusammen erarbeitet werden und die Klient:innen aktiv darüber entscheiden, was für sie funktioniert.

Consult (Beraten) kann sich zum einen direkt auf die Beratung des:der Klient:in beziehen, wenn Kindern beispielsweise eine Griffverdickung zum Ausprobieren angeboten wird. Zum anderen kann die Beratung auf Dritte abzielen, wie Lehrkräfte, pädagogische

Fachkräfte oder weitere Bezugspersonen, die zur Lern- oder Hausaufgabensituation mit dem Kind beraten werden.

Coordinate (Koordinieren) beleuchtet die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen in das Hilfesystem des Kindes involvierten Professionen, um so eine bessere Versorgung des Kindes zu erhalten.

Design/Build (Entwerfen/Konstruieren) stellt die Anpassung der Umwelt durch Therapeut:innen dar. Es werden kreative und individuelle Lösungen für das Kind entwickelt, die die Umwelt an das Kind anpassen oder sie ihm zugänglicher machen.

Educate (Ausbilden/Lehren) stellt das Lernen durch eigenes Handeln in den Fokus. Kinder lernen beispielsweise häufig durch das Anleiten, Nachahmen oder Ausprobieren von Betätigungen.

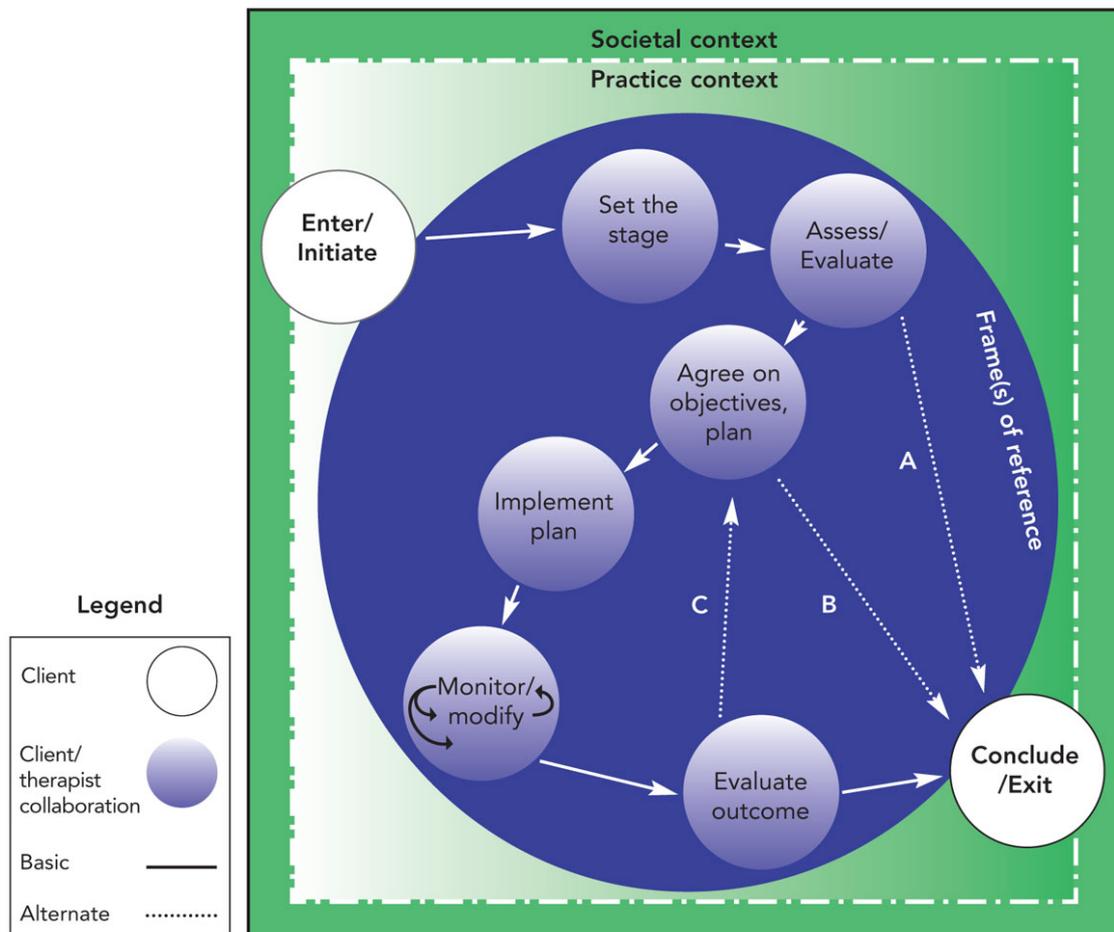
Engage (Beteiligen) ist der zentrale Punkt, um Kinder zur aktiven Mitgestaltung des Therapieprozesses zu animieren. So wird ihnen beispielsweise durch das COPM ermöglicht, eigene Wünsche in die Therapie einzubringen und an den Betätigungszielen zu arbeiten.

Schlussendlich steht *Specialize* (Spezialisieren) für die berufliche Ausrichtung der Therapeutin oder des Therapeuten, die sich zum Beispiel auf den Fachbereich Pädiatrie spezialisiert, um Klient:innen eine qualitativ hochwertige Intervention bieten zu können. Zusätzlich gibt es die drei "Generic Skills" die als grundlegende Fähigkeiten der Therapeut:innen gelten und die "Enablement Skills" untermauern. Diese prozessgerichteten, professionellen und wissenschaftlichen Fähigkeiten ermöglichen evidenzbasiertes, methodisches Planen und Durchführen einer Therapie (Townsend, Beagan, et al., 2013).

Das CPPF (Craik et al., 2013) ist das Prozessmodell der kanadischen Triplette, welches in Abbildung 4 (Polatajko et al., 2007, S. 233) zu sehen ist. Der Prozess wird innerhalb zweier Rahmen dargestellt, dem gesellschaftlichen Kontext und dem Praxiskontext. Gemeint ist damit jeweils der gesellschaftliche Kontext des:der Therapeut:in und des:der Klient:in, mit dem sich beide im Praxiskontext begegnen.

Abbildung 4

Canadian Practice Process Framework (CPPF)



Anmerkung: Polatajko et al., 2007, S. 233

Innerhalb des Praxiskontexts finden sich acht Aktionspunkte, die den therapeutischen Prozess in seiner Abfolge gliedern. Diese Aktionspunkte sind als inhaltliche Orientierung und nicht als zeitliche Einheiten des therapeutischen Prozesses zu verstehen. Die Aktionspunkte werden anhand der nachfolgenden Tabelle 3 (Davis et al., 2013; Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016) dargestellt. Anschließend werden kurze Beispiele aus dem Fachbereich Pädiatrie zur Erläuterung herangezogen.

Tabelle 3*Aktionspunkte des CPPF*

Aktionspunkte	Beschreibungen
Eintreten/Initiieren	Erstkontakt, formale Einleitung des Therapieprozesses
Rahmenbedingungen klären	Beginn der therapeutischen Zusammenarbeit, Erwartungen und Betätigungsanliegen werden geklärt
Erheben und bewerten	Assessments kommen zum Einsatz
Sich auf Ziele einigen/planen	Aufbauend auf bisherigen Erhebungen werden gemeinsam Ziele formuliert und ein möglicher Plan entwickelt
Plan umsetzen	Der entwickelte Plan wird praktisch umgesetzt und dokumentiert
Überwachen/verändern	Der Plan bzw. die Strategien zur Erreichung des Ziels werden überprüft und ggf. angepasst
Ergebnis bewerten	Durch Wiederholung der Assessments werden die Erfolge der Therapie bewertet und dokumentiert, die Behandlung kann mit neuen Zielen fortgeführt oder beendet werden
Beenden/abschließen	Nach einem Abschlussgespräch wird der Prozess beendet

Anmerkung: In Anlehnung an Polatajko et al., 2007; Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016

Im Fachbereich Pädiatrie sind in der Regel neben dem Kind auch die Eltern oder andere Bezugspersonen involviert und übernehmen Teile des Prozesses stellvertretend für das Kind. Sie initiieren den Kontakt zur Ergotherapie, evtl. auf Empfehlung der Schule oder Kindertagesstätte. Bei der Klärung der Betätigungsanliegen, beispielsweise durch Verwendung des COPMs, können ebenfalls die Bezugspersonen des Kindes befragt werden (Vincon et al., 2015). Wichtig ist hierbei aber, dass die Anliegen des Kindes im Sinne der Klientenzentrierung (siehe Kapitel 2.2.1) im Vordergrund stehen. Erhobene Betätigungsanliegen werden nun mit Assessments oder einer Betätigungsanalyse

bewertet. Um später im Verlauf der Therapie Erfolge sichtbar zu machen, ist es hilfreich, mit konkreten Messungen Vergleichswerte zu ermitteln. Auch hier eignet sich das COPM als Instrument zur Erhebung der Betätigungsperformanz und -zufriedenheit (Law et al., 2020). Beim Priorisieren und Formulieren von Zielen ist es wichtig, Eltern und Kind einzubeziehen. Wie in der Formulierung nach SMARTI (Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch, Terminiert, Innovativ) (van der Hulst et al., 2019) vorgesehen, ist es wichtig, auch einen Zeitraum für die Erfüllung der Ziele festzulegen. Gemeinsam mit dem Kind und/oder den Eltern wird nun ein Plan für die Behandlung aufgestellt (Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016). Als nächstes wird der vereinbarte Behandlungsplan umgesetzt, hierbei sind Kinder je nach Ziel gegebenenfalls auf die Unterstützung ihrer Bezugspersonen angewiesen. Eventuell können diese auch direkt in die Umsetzung involviert werden, indem sie mit dem Kind die Betätigung gemeinsam ausführen. Die Implementierung des Plans wird fortlaufend überwacht und verändert. Dazu beobachtet der:die Ergotherapeut:in permanent den Fortschritt des:der Klient:in hinsichtlich der vereinbarten Ziele (Davis et al., 2013). Mit Erreichen der Ziele beginnt der nächste Schritt, in dem Ergebnisse der Behandlung re-evaluiert werden. Zur Messung des Therapieerfolgs bietet es sich an, Assessments wie das COPM zu wiederholen, um so genau ermitteln zu können, was sich verändert hat und ob noch offene Betätigungsprobleme oder Ziele bestehen (siehe Kapitel 2.5) (Davis et al., 2013). Wenn sich an dieser Stelle neue Ziele ergeben oder Ziele noch nicht zufriedenstellend erreicht werden konnten, springt der Prozess zurück zum vierten Aktionspunkt und es werden neue Ziele oder Pläne entwickelt. Wurden aber alle Ziele zufriedenstellend erreicht, kann die Therapie beendet werden. Hierbei sollte im Abschluss darauf geachtet werden, dass offene Fragen und eventuelle Empfehlungen zur Wiederaufnahme oder Weiterbehandlung in andere Professionen, wie Logopädie, geklärt werden (Davis et al., 2013).

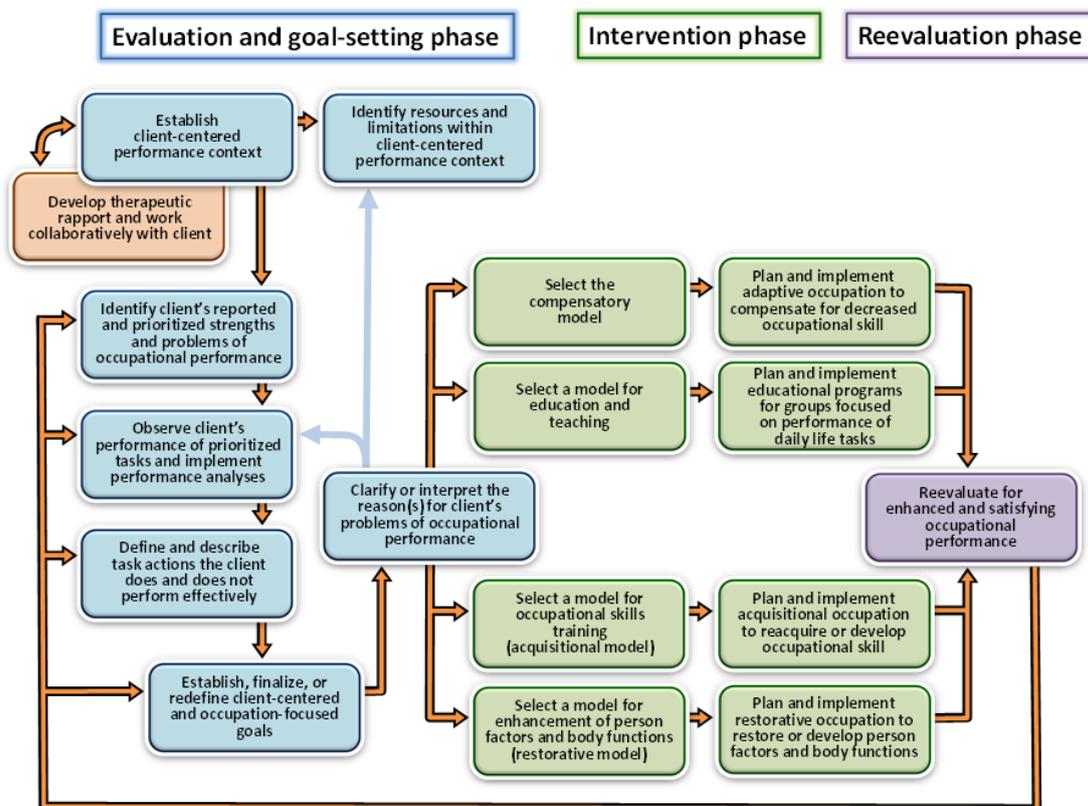
2.4.2 Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

Das CMOP-E (E. A. Townsend & Polatajko, 2013) bildet mit dem CPPF (Townsend & Polatajko, 2013) und dem CMCE (Townsend & Polatajko, 2013) die kanadische Triplette, in der das COPM (Law et al., 2020) seinen Ursprung hat. Nichtsdestotrotz gibt es verschiedene Modelle, die die Umsetzung des COPM als klientenzentriertes Assessment strukturieren, wie z.B. das OTIPM (Fisher, 2017). Das OTIPM ist ein Prozessmodell, welches für das Planen und Umsetzen von klientenzentrierter und betätigungsbasierter Top-down-Intervention eingesetzt wird. Im Rahmen dieser Arbeit wurde sich für das OTIPM entschieden, da es aktueller als das CPPF ist und zudem die Betätigung noch mehr in den Fokus stellt. Die Grundsätze des OTIPM besagen, dass

jeder Mensch einzigartig ist und den Willen hat, sich mit Aktivitäten zu befassen. Somit steht das Sich-Befassen mit Betätigung und der therapeutische Einsatz dieser im Fokus. Daraus ergibt sich das Ziel, dass Klient:innen die Fähigkeiten wiedererlangen sollen, die sie für bedeutungsvolle und zweckdienliche Betätigungen benötigen. Laut Fisher soll deshalb auch ausschließlich nach dem Top-down-Ansatz gearbeitet werden (Fisher, 2017). Das Prozessmodell ist in drei Phasen aufgeteilt, welche in Abbildung 5 (Fisher, 2009) zu sehen sind.

Abbildung 5

Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)



Adapted from: Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins CO: Three Star Press. (Revised June 2013)

Anmerkung: Fisher, A. G. (2009)

Die erste Phase ist die Evaluations- und Zielsetzungsphase. Hier geht es darum Informationen zu sammeln und anschließend die Zielsetzung zu formulieren. Anne Fisher beschreibt drei Quellen der Informationsgewinnung. Eine davon ist durch den:die Klient:in selbst, wobei sie an dieser Stelle das COPM nennt. "Wenn es passt, können hier das 'COPM' (Law et al., 2005) oder die 'ADL [Activity of Daily Living / Aktivitäten des täglichen Lebens] Taxonomy' (Törnquist & Sonn, 2001) als hervorragende Instrumente eingesetzt werden, um dem Klienten zu ermöglichen selbst herauszufinden, welche seiner

Aufgaben Stärken darstellen und welche ihm Probleme bereiten. Beide Instrumente bieten dem Klienten durch ihre Struktur die Möglichkeit wichtige Probleme herauszufinden und Prioritäten zu setzen.” (Fisher, 2017, S. 97). Die zweite Phase ist die Interventionsphase, in welcher der Plan umgesetzt wird. Auch hier kann das COPM in angemessenen Abständen durchgeführt werden, um den Fortschritt zu erfassen und gegebenenfalls die Ziele anzupassen. Die dritte und letzte Phase ist die Re-Evaluationsphase. Auch hier zum Schluss kann das COPM nochmals verwendet werden, um zu überprüfen, ob sich neue Ziele ergeben haben oder ob die Therapieziele erreicht wurden und die Therapie endet.

2.5 Das Canadian Occupational Performance Measure (im pädiatrischen Kontext)

Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 2020) ist ein individualisiertes Messinstrument. Es erfasst die Selbsteinschätzung der Betätigungsperformanz der Klient:innen. “Das COPM ist als Ergebnis-Messinstrument konzipiert. Als solches sollte es zu Beginn der Ergotherapie eingesetzt werden, um Ziele für die Intervention festzulegen, und dann erneut nach einer geeigneten Zeitspanne, um Fortschritte und Ergebnisse zu bestimmen.” (Law et al., 2020, S. 13). Das COPM legt den Fokus auf die Betätigung, wobei es diese in die Kategorien Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit unterteilt. Es wird benutzt, um Problembereiche in der Betätigungsperformanz herauszufinden und anschließend eine Rangordnung dafür festzulegen. Zudem schafft es eine Basis für die anschließende Zielsetzung. Außerdem misst es, wie sich die Wahrnehmung von Klient:innen in Bezug auf seine:ihre Betätigungsperformanz während der ergotherapeutischen Intervention verändert. “Ein Problem in der Betätigungsperformanz wird definiert als: Eine Betätigung, die eine Person TUN MÖCHTE, TUN MUSS oder DIE VON IHR ERWARTET WIRD, **die sie aber** NICHT TUN KANN, NICHT TUT oder MIT DEREN AUSFÜHRUNG SIE NICHT ZUFRIEDEN IST.” (Law et al., 2020, S. 17). Das COPM ist in 5 Schritte unterteilt.

Schritt 1 ist die Problemdefinition. Dazu wird mit den Klient:innen ein Interview zur Betätigungsperformanz geführt. Zunächst sollen Klient:innen die Betätigungen beschreiben, die sie regelmäßig ausführen. Anschließend bewerten sie die derzeitige Ausführung dieser Betätigungen und ihre Zufriedenheit damit. Der COPM-Bogen unterstützt Therapeut:innen während des Interviews, so dass sichergestellt wird, dass keine Bereiche ausgelassen werden. Da Kinder oft Schwierigkeiten haben ihre Betätigungsbedürfnisse zu benennen, können dabei der erweiterte Klient oder Hilfsmittel

(z.B. Bildkarten von verschiedenen Aktivitäten) eingesetzt werden. Wichtig dabei ist, dass auch wenn Bezugspersonen wie z.B. die Eltern miteinbezogen werden, das Kind mit seinen Bedürfnissen und Zielen im Vordergrund steht.

Schritt 2 des COPMs ist die Einstufung der Wichtigkeit. Dabei stufen Klient:innen die Probleme der Betätigungsperformanz nach der Wichtigkeit in ihrem Alltag ein. Dies geschieht mit Hilfe einer 10-Punkte-Skala. Die Einstufung wird anschließend in den COPM-Bogen eingetragen. “Dieser Schritt ist von großer Bedeutung für den Prozess, da der Klient so von Anfang an bei der Prioritätensetzung für die Intervention beteiligt ist.” (Law et al., 2020, S. 26). Zudem erleichtert dies die darauffolgende Zielsetzung und Therapieplanung. Auch in diesem Schritt können Adaptionen für den Einsatz mit Kindern, wie z.B. adaptierte Skalen der Wichtigkeit, verwendet werden. Auch die Bezugspersonen können das Kind unterstützen.

Schritt 3 & 4 stellen die Bewertung dar. Hier sollen Klient:innen bis zu fünf Probleme auswählen und bewerten, welche für sie am wichtigsten sind und in den Interventionsprozess aufgenommen werden sollen. Diese werden wieder in den COPM-Bogen übertragen und stellen die Basis der Therapieziele dar. Anschließend sollen die Klient:innen anhand einer 10-Punkte-Skala bewerten, wie die derzeitige Performanz funktioniert und wie zufrieden sie mit dieser sind. Diese werden anschließend wieder in den Bogen übertragen und die Durchschnittswerte für die Ausführung und die Zufriedenheit berechnet. Für Kinder können hier Einstufungskarten verwendet werden oder die Unterstützung von Bezugspersonen beansprucht werden.

Schritt 5 des COPMs ist die erneute Erhebung. Diese wird nach einem angemessenen zeitlichen Abstand durchgeführt, welcher von der Einschätzung von Therapeut:in und Klient:in abhängt. “An diesem Termin werden AUSFÜHRUNG und ZUFRIEDENHEIT in den spezifischen Problembereichen jeweils noch einmal auf der Skala von 1 bis 10 beurteilt [...]“ (Law et al., 2020, S. 28). Die Durchschnittswerte für die Ausführung und Zufriedenheit werden erneut errechnet und anschließend noch die Veränderung zur vorherigen Erhebung. Dadurch kann der erreichte Fortschritt in der Betätigungsausführung und -zufriedenheit dargestellt werden. Hier kann bei Kindern wieder der erweiterte Klient oder diverse Hilfsmittel miteinbezogen werden.

Durch den Einsatz des COPMs im pädiatrischen Setting ergeben sich viele Chancen für die Kinder. Durch das halbstrukturierte Interview wird den Kindern eine Stimme gegeben, indem sie in den gesamten Therapieprozess miteinbezogen werden. Dabei kann individuell auf die Bedürfnisse und Ziele des Kindes eingegangen sowie diese anschließend in den Fokus der Intervention gestellt werden. Eine Studie von Verkerk et al. (2021) zeigt, dass sowohl Kinder als auch Eltern das COPM sehr schätzen. Dabei wurde besonders positiv hervorgehoben, dass Kinder mithilfe des Assessments ihre

Probleme und Änderungswünsche definieren können. Zudem sehen die Kinder und ihre Eltern das COPM als wertvolles Instrument zur Ergebnismessung, um die Auswirkung einer Intervention zu evaluieren.

2.6 Internationale Perspektive

Auch wenn sich die vorliegende Studie nur auf Deutschland bezieht, ist es wichtig die internationale Perspektive miteinzubeziehen. Das COPM ist seit der Veröffentlichung nicht nur in Kanada, sondern international weit verbreitet (Law et al., 2020). Besonders interessant ist hierbei der Blick auf die aktuelle Vorgehensweise in den Niederlanden. Dort ist die Ergotherapie in einigen Aspekten weiterentwickelt als in Deutschland. Beispielsweise lernen die Student:innen dort spezifische Berufskompetenzen, um eine eigene Berufsidentität auszubilden (Kaldewei, 2019). Auch das COPM ist dort schon für den Einsatz im pädiatrischen Arbeitsbereich adaptiert. Dafür wurde das “Ergänzende Handbuch für die Anwendung des Canadian Occupational Performance Measure (COPM) bei Kindern” (van der Molen – Meulmeester & Verkerk, 2019) erstellt. Darin enthalten sind eine Vorgangsbeschreibung sowie zahlreiche Tipps beispielsweise für die Anwendung, die Gesprächsführung und den erweiterten Klienten. Zudem wurden die Skalen zur Bewertung der Performanz einer Betätigung, sowie der Zufriedenheit und Wichtigkeit dieser, kindgerecht angepasst. Das Handbuch unterstützt Ergotherapeut:innen bei der Durchführung des COPMs im pädiatrischen Setting, um die Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in den Fokus der Behandlung zu stellen. Auch wenn die beruflichen Rahmenbedingungen der beiden Länder beispielsweise durch die gesundheitspolitischen Unterschiede voneinander abweichen, können die vorgenommenen Anpassungen des Assessments an das pädiatrische Klientel Hinweise auf mögliche Anpassungen im deutschen Arbeitskontext geben.

2.7 Forschungslücke

Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, legt das zeitgenössische Paradigma den Fokus der Ergotherapie auf eine klientenzentrierte, betätigungsorientierte und evidenzbasierte therapeutische Intervention. Hierzu ist es notwendig die Intervention auf theoretische Inhalts- und Prozessmodelle zu stützen, um das methodische Handeln als Therapeut:in begründen zu können. Um qualitativ hochwertige und dem zeitgenössischen Paradigma entsprechende Arbeit leisten zu können, ist es wichtig, den therapeutischen Prozess der Evaluation, Intervention und Re-Evaluation aufeinander aufzubauen. Eine gelingende Therapie braucht somit eine aussagekräftige Evaluations- bzw. Befunderhebungsphase, auf deren Grundlage gemeinsam mit dem:der Klient:in Ziele und

ein Interventionsplan festgelegt werden können. Hierzu ist es hilfreich, mit einem validen und gut anwendbaren Assessment arbeiten zu können. Das COPM bietet die Möglichkeit Betätigungsprobleme gemeinsam mit Klient:innen zu erheben. Mit einer anschließenden Wiederholung der Durchführung an die Intervention kann der Erfolg der Therapie messbar gemacht werden. Da sich die Durchführung des Assessments bei Erwachsenen und Kindern unterscheidet, ist eine Neuauflage des COPMs für die Arbeit mit Kindern geplant. Dies ist ein wichtiger Schritt in Richtung einer evidenzbasierten, betätigungsbasierten und klientenzentrierten ergotherapeutischen Versorgung.

Um bei der Neuauflage des Assessments dafür zu sorgen, dass es für die Therapeut:innen gut anwendbar ist, müssen Informationen von den Anwender:innen zum aktuellen Einsatz des COPMs mit Kindern eingeholt werden. Diese Informationen sollen dazu dienen die bestehende Version des COPMs gezielt überarbeiten und verbessern zu können. Über die aktuelle Verbreitung des COPMs im Bereich der pädiatrischen Ergotherapie ist nichts bekannt, ebenso über die Bewertung des Assessments durch die Ergotherapeut:innen im beruflichen Praxisalltag. Daher besteht die zentrale Fragestellung dieser Arbeit darin, welchen Stellenwert das COPM für Ergotherapeut:innen in der Arbeit mit pädiatrischem Klientel in Deutschland zum aktuellen Zeitpunkt hat und wie diese die praktische Anwendbarkeit des Assessments im ambulanten Setting einschätzen.

3. Forschungsmethodik

Nachdem im vorherigen Kapitel das theoretische Fundament der Arbeit gesetzt wurde, liegt nun der Fokus auf den methodischen Grundlagen und Vorgehensweisen. Dabei wird zunächst auf das Forschungsdesign (Kapitel 3.1) eingegangen. Anschließend werden die ethischen Aspekte (Kapitel 3.2) erläutert. Danach werden die Vorbereitung (Kapitel 3.3) sowie die Durchführung (Kapitel 3.4) der Datenerhebung dargestellt. Abschließend werden das Vorgehen bei der Datenanalyse (Kapitel 3.5) und die Gütekriterien (Kapitel 3.6) beschrieben.

3.1 Forschungsdesign

Aus den Ausführungen im theoretischen Hintergrund ergibt sich die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit:

Welchen Stellenwert hat das COPM im ambulanten pädiatrischen Bereich für Ergotherapeut:innen in Deutschland und wie wird die Handhabbarkeit bewertet?

Um die komplexe Forschungsfrage beantworten zu können, ist es sinnvoll sie in Teilfragen aufzuschlüsseln. Diese Fragen befassen sich detaillierter mit dem Rahmen der Anwendung des Assessments, deren Vorzüge und Herausforderungen und den Beweggründen für oder gegen den Einsatz des COPMs im Bereich der pädiatrischen Ergotherapie.

Die drei Leitfragen zur Forschungsfrage lauten:

- *Wie setzen Ergotherapeut:innen das COPM innerhalb des therapeutischen Prozesses ein? (Wann? Mit wem? In welchem Rahmen?)*
- *Warum nutzen Ergotherapeut:innen in der Pädiatrie das COPM oder Teile des COPMs (nicht)?*
- *Welche Herausforderungen und welche positiven Aspekte werden von Ergotherapeut:innen bei der Umsetzung beschrieben?*

Zur repräsentativen Beantwortung dieser Fragen ist es wichtig, nicht nur die Meinungen einzelner Personen abzubilden, sondern möglichst viele Ergotherapeut:innen im ambulanten pädiatrischen Setting zu erreichen. Dadurch wird sich einer Allgemeingültigkeit angenähert, woraus sich Verbesserungsvorschläge für die Überarbeitung ableiten lassen. Die vorliegende Arbeit auf Deutschland zu beschränken ist insofern sinnvoll, da die Neuauflage des COPMs auf die pädiatrische Behandlung in Deutschland angepasst werden soll.

Dieses Vorgehen wird durch ein quantitatives Forschungsdesign ermöglicht. Da sich die Erhebung hauptsächlich um die Beschreibung eines Problems dreht, welches bisher nicht erforscht wurde, handelt es sich um eine explorative Studie (Döring & Bortz, 2016). Die Daten werden mittels einer Umfrage erhoben und anschließend quantitativ deskriptiv-statistisch und qualitativ in Anlehnung an Mayrings „Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung“ (Mayring, 2015, S. 69) ausgewertet.

Zur Erhebung der Daten bietet sich also eine Studie mit möglichst großer Reichweite an, um eine breitgefächerte Stichprobe zu erhalten. In dieser Umfrage sind einerseits geschlossene Fragen enthalten, um in Bezug auf die erste Leitfrage konkrete Aussagen zum Einsatz im therapeutischen Prozess treffen zu können. Andererseits werden offene Fragen gestellt, um genauere und individuellere Antworten zu Vorzügen, Herausforderungen und Begründungen für oder gegen den Einsatz des Assessments zu erhalten.

3.1.1 Grundlagen der empirischen Sozialforschung

Die empirische Sozialforschung befasst sich mit “sozialen und humanen Sachverhalten, d.h. mit dem Verhalten, Erleben und Zusammenleben von Menschen [...]” (Döring & Bortz, 2016, S. 4). Sie erforscht also Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren. Das Ziel ist die wissenschaftliche Untersuchung von Sachverhalten, um anschließend zu gesicherten Erkenntnissen zu gelangen (Döring & Bortz, 2016).

Die empirische Sozialforschung unterscheidet zwischen dem qualitativen und dem quantitativen Forschungsansatz, sowie einem Mixed-Methods-Ansatz. In dieser Forschungsarbeit wird sich für einen quantitativen Forschungsansatz entschieden. Der Ausgangspunkt der quantitativen Forschung ist eine “eindeutig definierte Problem- oder Fragestellung.” (Hasselbusch, 2016, S. 161). Dazu werden in der Regel standardisierte Messungen vorgenommen, die große und möglichst repräsentative Stichproben untersuchen (Döring & Bortz, 2016). Die erhaltenen numerischen Messwerte werden anschließend statistisch ausgewertet und dienen der Überprüfung von Hypothesen, Beschreibung von Populationen oder der Bildung neuer Theorien (Döring & Bortz, 2016).

Des Weiteren unterscheidet man grundlagen- und anwendungswissenschaftliche Studien, wobei es sich in dieser Arbeit um Letztere handelt. Die anwendungswissenschaftliche Studie “dient primär der Lösung praktischer Probleme mithilfe wissenschaftlicher Methoden und Theorien.” (Döring & Bortz, 2016, S. 185). Der Erkenntnisgewinn richtet sich in der Regel auf ein spezifisches sowie praktisches Ziel.

Der hier angewandte Weg des Schlussfolgerns ist die Induktion. Dabei wird “vom Speziellen auf das Allgemeine” (Döring & Bortz, 2016, S. 35) geschlussfolgert. Das

heißt, dass aus empirischen Daten eine verallgemeinerte Theorie gebildet wird. Da in der Auswertung dieser Studie von den einzelnen Antworten auf eine allgemeine Erkenntnis geschlussfolgert wird, wurde der induktive Ansatz genutzt.

3.1.2 Forschungsprozess

Der Forschungsprozess von quantitativ empirischen Studien lässt sich nach Döring & Bortz (2016) in neun Phasen einteilen, an welchen sich orientiert wird. Im Folgenden werden diese erläutert. In den weiteren Unterkapiteln findet sich die Verknüpfung mit der praktischen Durchführung.

Die 1. Phase ist die Entscheidung für ein Forschungsthema, wobei das Forschungsproblem konkretisiert wird. In diesem Fall geht es um den Einsatz des COPMs im ambulanten pädiatrischen Setting in Deutschland. Dabei wird die Forschungsfrage sowie die Leitfragen aufgestellt (siehe Kapitel 3.1) und ein Proposal mit allen relevanten Informationen erstellt.

Die 2. Phase veranschaulicht den Forschungsstand und den theoretischen Hintergrund. Wichtig dabei ist die Anknüpfung an den bisherigen Forschungsstand und die Festlegung des theoretischen Rahmens. Voraussetzung dafür ist die gründliche Recherche von Fachliteratur (siehe Kapitel 1.1) zum Forschungsthema, welche im Anschluss an die Themenfindung durchgeführt wird. Dadurch wird die Forschungslücke definiert. Anschließend wird mit der Ausformulierung des theoretischen Hintergrunds begonnen (siehe Kapitel 2).

In der 3. Phase wird das Untersuchungsdesign festgelegt. Dies entscheidet anschließend darüber, welche Aussagekraft die wissenschaftlichen Befunde am Ende haben. Zudem hat es Einfluss auf den forschungsökonomischen Aufwand und die Umsetzbarkeit. Bei quantitativen Untersuchungen werden je nach Erkenntnisinteresse verschiedene Typen von Studien unterschieden. Zu dem Einsatz des COPMs in Deutschland gibt es bisher nur wenig Forschungsergebnisse. Diese Ausgangslage führt zu der Entscheidung, das Forschungsdesign als explorative Studie zu gestalten (siehe Kapitel 3.1). Durch den begrenzten Forschungsstand sowie den wenigen Theorien dazu, kann diese sehr flexibel gestaltet werden. Zudem bietet sie die Grundlage für weiterführende deskriptive Studien. Die 4. Phase ist die Operationalisierung. Hierbei werden alle relevanten Merkmale präzise definiert. „Auf dieser Basis muss dann festgelegt werden, wie die Merkmale bzw. ihre Ausprägungen zu **messen** sind, damit sich aussagekräftige quantitative Daten ergeben.“ (Döring & Bortz, 2016, S. 24). Im Rahmen dieser Phase werden die Variablen und die Skalenniveaus für die Umfrage aufgestellt (siehe Kapitel 3.3.3).

In der 5. Phase, der Stichprobenziehung, wird entschieden, ob eine Vollerhebung oder eine Stichprobenerhebung durchgeführt wird. Dabei werden zudem die Stichprobenart

sowie der Stichprobenumfang festgelegt. In diesem Forschungsvorhaben wird sich für eine Teilerhebung der Population (Stichprobenuntersuchung) entschieden, da sich diese in einem umsetzbaren Rahmen befindet. Dieser Plan wird anschließend durch die Rekrutierung umgesetzt, welcher hier zum großen Teil in unterschiedlichen sozialen Medien erfolgt (siehe Kapitel 3.3.1).

Die 6. Phase ist die Datenerhebung, wobei sich für eine Methode entschieden wird. In der quantitativen Sozialforschung stehen dafür sechs Methoden zur Verfügung. “Um quantitative Daten auf diese Weise zu erheben, müssen zuvor im Zuge der Operationalisierung standardisierte Erhebungsinstrumente (Beobachtungsplan, Interviewleitfaden, Fragebogen, Kategoriensystem etc.) entwickelt worden sein.” (Döring & Bortz, 2016, S. 24). Die Datenerhebung dieser Studie (siehe Kapitel 3.3.2) erfolgt mittels eines Online-Fragebogens.

In der 7. Phase, der Datenaufbereitung, wird das Rohdatenmaterial aufbereitet, z.B. durch Anonymisierung und Fehlerbereinigung. Ziel sind “vollständige, fehlerfreie und kommentierte Datensätze” (Döring & Bortz, 2016, S. 25), welche meist in elektronischer Form vorliegen. Nach Abschluss der Umfrage werden die Rohdaten aufbereitet (siehe Anlage I). Dabei werden Fehler bereinigt, sowie die Daten sortiert und anonymisiert.

Die 8. Phase ist die Datenanalyse. Dies erfolgt über das Tabellenkalkulationsprogramm *Microsoft Excel*. Je nach Untersuchungstyp kann die Analysestrategie abweichen. Explorative Studien werden in der Regel mit deskriptiv-statistischen und exploratorischen (z.B. grafischen) Auswertungen analysiert. Die offenen Fragen werden in Anlehnung an Mayring (2015) analysiert. Abschließend werden die Befunde interpretiert und so die Forschungsfrage, sowie die Leitfragen beantwortet (siehe Kapitel 5).

In der 9. Phase werden die Ergebnisse z.B. in Zeitschriftenartikeln oder Konferenzvorträgen präsentiert. Dabei wird ein Peer-Review-Prozess durchlaufen, bei dem Fachkolleg:innen das Ergebnis begutachten. Zudem sind weitere Veröffentlichungen, beispielsweise in Vorträgen oder Büchern möglich. Nach Abschluss der Bachelorarbeit sollen die Ergebnisse in einer Präsentation vorgestellt werden.

3.2 Ethische Aspekte

Die Ethik dient dem Schutz der Persönlichkeitsrechte und der Daten der Teilnehmer:innen. Die (Bio-) Ethik unterscheidet dabei vier Grundprinzipien (Drumil, 2010). Das erste Grundprinzip ist die Autonomie, welche mit klaren und verständlichen Informationen erfolgen soll. Das zweite Prinzip ist das Wohltun, was bedeutet, dass das Forschungsteam die Sorge für das Wohl der Teilnehmer:innen trägt. Das dritte Grundprinzip ist das Nicht-Schaden, wodurch Schäden durch die Nutzen-Risiko-

Abwägung vermieden werden sollen. Als letztes steht die Gerechtigkeit, wodurch alle von dem Fortschritt profitieren sollen. Dies wird durch die Verantwortung einer gerechten Lasten-Risiko-Verteilung von Studien gewährt (Druml, 2010).

Für die Einwilligungserklärung gibt es einige Voraussetzungen. Zunächst muss darin über den Inhalt, den Titel, sowie den Zweck des Forschungsvorhabens aufgeklärt werden. Diese Informationen müssen eine laienverständliche Erklärung enthalten (Druml, 2010). Es wird festgehalten, dass die Teilnahme freiwillig erfolgt und die Person ohne Angabe von Gründen jederzeit abbrechen kann. Die Ablehnung bzw. vorzeitige Beendigung hat keine Nachteile für die Teilnehmer:innen (Druml, 2010). Die Einwilligungserklärung dieser Studie wird vor Beginn des Fragebogens angezeigt und kann mit einem Kreuz bestätigt und akzeptiert werden.

Der Datenschutz ist ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Durchführung einer Studie. Durch die fortschreitende Vernetzung vieler Lebensbereiche erhält der Datenschutz einen immer wichtigeren Stellenwert in allen Bereichen, nicht nur in der Forschung (Druml, 2010). Die Daten aller Teilnehmer:innen stehen deshalb unter höchstem Schutz. Die zwei Grundpfeiler Anonymität und Verschwiegenheit sind dabei sehr wichtig. Durch die Anonymisierung werden die personenbezogenen Daten so verändert, dass diese nicht mehr zugeordnet bzw. zurückverfolgt werden können. Die Verschwiegenheit ist das Versprechen der Forschenden, keine personenbezogenen Daten zu veröffentlichen.

Die Daten werden nur so lange aufbewahrt, wie die Durchführung und Auswertung der Studie es erforderlich machen. Anschließend werden diese von den Rechnern und Festplatten gelöscht bzw. vernichtet. Zuvor erfolgt jedoch eine Übergabe der Daten an die Zuyd Hogeschool, welche sie für 10 Jahre in einem sicheren und verschlüsselten Ordner verwahrt.

Da die Zuyd Hogeschool über keine Ethikkommission verfügt, kann die vorliegende Studie nicht bei einem entsprechenden Gremium vorgelegt werden. Die Themenfindung durchläuft ein mehrstufiges Proposalverfahren, welches von verschiedenen Expert:innen begutachtet wird. Dabei entstanden keine ethischen Einschränkungen. Zudem wird die Studie so geplant, dass mit keiner vulnerablen Gruppe gearbeitet wird. Es geht zwar um die Arbeit mit Kindern, jedoch werden in der Umfrage keine Klient:innen, sondern Therapeut:innen befragt.

“Die Wissenschaftsethik umfasst alle ethischen **Regeln guter wissenschaftlicher Praxis** [...], an denen sich Forschende bei ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit jenseits des Umgangs mit Untersuchungspersonen [...] orientieren sollen, um **wissenschaftliches Fehlverhalten** [...] zu verhindern. Im Mittelpunkt steht der verantwortungsvolle Umgang mit wissenschaftlichen Ergebnissen, ihrer Generierung, Interpretation, Bewertung und

Veröffentlichung.” (Döring & Bortz, 2016, S. 132). Im Forschungsprozess wurde großer Wert darauf gelegt, keine Wissenschaftsfälschung sowie fehl- oder überinterpretierte Befunde zu generieren. Deshalb werden die Limitationen der Forschung in Kapitel 5.2 kenntlich gemacht. Zudem wird darauf geachtet, eine korrekte Zitation zu verwenden, sodass kein Plagiarismus entsteht und es gibt eine “faire Festlegung der Autorschaft bei Publikationen.” (Döring & Bortz, 2016, S. 133).

3.3 Vorbereitung der Datenerhebung

Im folgenden Unterkapitel wird auf die Aspekte während der Vorbereitung eingegangen. Dabei wird zunächst die Akquise der Studienteilnehmer:innen und die Auswahl der Methode und der Instrumente beschrieben. Abschließend werden die Erstellung des Fragebogens sowie der Pretest erläutert.

3.3.1 Akquise der Studienteilnehmer:innen

“Die Zielpopulation ergibt sich aus dem jeweiligen Forschungsinteresse der Studie.” (Döring & Bortz, 2016, S. 292). Die Aussagekraft der Ergebnisse steigt mit der Größe des Stichprobenumfangs. Eine Vollerhebung wäre in der vorgegebenen Zeit nicht zu bewältigen, deshalb wird sich in diesem Forschungsvorhaben für eine Teilerhebung, in Form einer Umfrage, entschieden. Bei dieser Umfrage werden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert, weshalb sich eine nicht-probabilistische Stichprobe ergibt.

Um möglichst viele Teilnehmer:innen in ganz Deutschland zu erreichen, werden verschiedene Internet-Plattformen genutzt. Der Online-Fragebogen wird zunächst mit einem Ankündigungsflyer über verschiedenen Medien verteilt, um die potentiellen Teilnehmer:innen darauf aufmerksam zu machen. Die Verteilung der Ankündigung fand am 29. April 2021 statt. Interessent:innen hatten die Möglichkeit, sich bereits vorab per E-Mail anzumelden. Der Flyer (siehe Anlage G) mit dem Link und dem dazugehörigen QR-Code zur direkten Teilnahme wird in fachbezogenen Facebook-Gruppen für Ergotherapeut:innen geteilt, an Ergotherapie-Seiten auf Instagram geschickt, sowie im Online-Forum “ErgoXChange” verbreitet. Des Weiteren werden Berufsverbände wie der DVE (Deutscher Verband Ergotherapie) und der BED (Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.) (BED e.V., 2021) sowie Fortbildungsinstitute angeschrieben, welche den Flyer veröffentlichen. Zudem erhalten 58 Ergotherapie-Praxen sowie die Teilnehmer:innen, welche sich im Vorhinein für die Umfrage angemeldet haben, den Link zum Fragebogen per E-Mail. Alle Aufrufe zur Teilnahme an der Umfrage sind mit der Bitte um Weiterverteilung des Links verbunden. Durch diese

weitläufige Verteilung über die verschiedenen beschriebenen Kanäle werden 90 Teilnehmer:innen in ganz Deutschland rekrutiert.

Teilnahmevoraussetzungen sind einerseits eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Studium der Ergotherapie, zusätzlich ist eine Berufserfahrung von mindestens vier Monaten vorgegeben. Da es in der Studie um den Einsatz des COPMs im pädiatrischen Bereich geht, sollen die Studienteilnehmer:innen wöchentlich mit mindestens einem Kind arbeiten. Außerdem soll die Arbeit in einem ambulanten Setting stattfinden. Um eine möglichst breite Bestandsaufnahme zu erhalten, können Ergotherapeut:innen sowohl mit als auch ohne Erfahrungen mit dem COPM an der Umfrage teilnehmen.

3.3.2 Methode und Instrumente der Datenerhebung

Zur quantitativen Datenerhebung wird sich für die Fragebogenmethode entschieden, die als traditionelle Art der Datenerhebung gilt (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016). Im Folgenden werden die Vor- und Nachteile eines Online-Fragebogens erläutert.

Es gibt zahlreiche Vorteile für die Verwendung eines Online-Fragebogens. Der zeitliche und finanzielle Aufwand, um viele Menschen gleichzeitig zu befragen, ist gering (Weigl, 2016). Die Zeiteffizienz ist deutlich höher als bei anderen Befragungsarten, was sich sowohl bei der Erhebung und Auswertung als auch bei der Präsentation der Daten bemerkbar macht. Es gibt zahlreiche kostenlose Programme zur Durchführung einer Online-Umfrage. In diesem Forschungsvorhaben wurde Questback verwendet, welches von der Zuyd Hogeschool zur Verfügung gestellt wird. Zudem entstehen keine Reisekosten, sowie Kosten für den Druck und die Verteilung der Fragebögen (Thielsch & Weltzin, 2014). Durch die zeitliche und räumliche Unabhängigkeit werden die Teilnehmer:innen nicht unter Druck gesetzt und können sich ihre Antworten in Ruhe überlegen (Weigl, 2016). Dadurch zeigen die Befragten eine höhere Offenheit gegenüber der Umfrage auf. Noch ein Grund dafür ist der Grad an Anonymität, welcher höher empfunden wird als bei schriftlichen Befragungen (Scholl, 2015). Ein weiterer Vorzug ist die unbegrenzte Reichweite, welche durch die Verteilung in den sozialen Medien erreicht wird (Weigl, 2016). Hierdurch konnten Ergotherapeut:innen aus ganz Deutschland rekrutiert werden.

Ein wichtiger Nachteil der Online-Erhebung ist, dass vor allem ältere Menschen bei solch einer Umfrage leicht überfordert werden können oder gar nicht erst erreicht werden (Weigl, 2016). Zudem muss sich auf die Lesekompetenz und das Textverständnis der Teilnehmer:innen verlassen werden, da kein persönlicher Kontakt entsteht. Dadurch können Fragen nur schriftlich verfasst werden, ohne in den direkten Austausch zu gelangen (Weigl, 2016).

3.3.3 Erstellung des Fragebogens

Im Folgenden wird die Entwicklung, die Erstellung und der Aufbau des Fragebogens genauer erläutert. Vor der Erstellung der Fragen wird sich zunächst mit der Theorie und Praxis des COPMs befasst. Daraus ergeben sich die Informationen, welche für die Erstellung des Fragebogens von Bedeutung sind.

Ein Online-Fragebogen sollte bestenfalls nicht mehr als 25 Fragen beinhalten (Weigl, 2016) und die Bearbeitungszeit sollte nicht länger als 15 Minuten dauern (Bosnjak, 2002, zitiert nach Döring & Bortz, 2016). Es wird versucht, den Fragebogen möglichst kurz zu halten. Der Fragebogen enthält insgesamt 30 Fragen, jedoch werden je nach Antwort-Pfad nur maximal 23 Fragen gestellt. Die Dauer der Umfrage ist ebenfalls von den Antworten der Studienteilnehmer:innen abhängig, allerdings werden 20 Minuten nicht überschritten. Durch den Einsatz eines Fortschrittbalkens wird den Teilnehmer:innen eine Orientierung über die Anzahl der verbleibenden Fragen gegeben (Döring & Bortz, 2016).

Aufbau des Fragebogens

“Standardisierte Fragebögen sind in ihrer Grundstruktur immer gleich aufgebaut und bestehen aus sechs Elementen.” (Döring & Bortz, 2016, S. 405). Diese Elemente sind: der Fragebogentitel, die Fragebogeninstruktion, die inhaltlichen Frageblöcke, statistische Angaben, das Fragebogen-Feedback und die Verabschiedung. Bei der Erstellung wurde sich an diesem Aufbau orientiert. Diese Erhebung trägt den Titel “*Umfrage zu Assessments in der Pädiatrie*”. Durch diese Überschrift wird den potentiellen Teilnehmer:innen ein Anhaltspunkt zum Thema gegeben. Außerdem sollen das Interesse und die Motivation geweckt werden. Anschließend folgt die Fragebogeninstruktion. In dieser wird die Zielsetzung sowie der Ablauf des Fragebogens erläutert. Zudem findet sich hier eine Kontaktmöglichkeit sowie Hinweise zur Forschungsethik. Es folgen die inhaltlichen Fragenblöcke:

- Allgemeine Daten
- Assessments in der Pädiatrie
- Durchführung des COPMs
- Hilfsmittel
- Praktikabilität

Die statistischen Angaben werden unter dem Block “Allgemeine Daten” zu Beginn erfragt, um den Einstieg in die Umfrage zu erleichtern. Es gibt Fragen, welche nur an eine Teilgruppe gestellt werden. Die Filterführung der verschiedenen Pfade erfolgt automatisch durch das Umfrage-Tool. Es wird ein Antwortfeld angeboten, in dem die

Teilnehmer:innen zusätzliche Anmerkungen anbringen können. Abschließend folgen in der Verabschiedung Worte des Dankes.

Entwicklung der Fragen

Die Entwicklung der Fragen ist ein wichtiges Element der Umfrage. “Ob und wie gut Befragungspersonen diese Aufgaben bewältigen können, hängt sehr stark von der Qualität der gestellten Frage und damit nicht zuletzt von der Qualität der Frageformulierung ab.” (Porst, 2019, S. 688). Deshalb gibt es einige Kriterien bei der Erstellung zu beachten.

Porst (2014) erläutert die “10 Gebote der Frageformulierung” (Porst, 2014, S. 99), woran sich während der Erstellung orientiert wird (siehe Anlage D). Zunächst wird darauf geachtet, die Fragen kurz und konkret zu formulieren. Des Weiteren werden keine Fremdwörter verwendet. Einige Begriffe wurden erläutert, sodass ein einheitliches Verständnis sichergestellt wird. Die Fragen werden neutral formuliert, damit keine Suggestivfragen entstehen. Es werden keine hypothetischen Fragen gestellt, das heißt, dass die Befragten nur zu Situationen befragt werden, in denen sie sich auch schon einmal befunden haben. Durch die unterschiedlichen Pfade der Online-Umfrage wird sichergestellt, dass die Teilnehmenden die für sie relevanten Fragen erhalten. Wenn beispielsweise eine Person das COPM noch nie angewendet hat, wurde nach den Gründen dafür gefragt und nicht nach der Durchführung. Daneben wurde auf doppelte Verneinungen sowie doppelte Stimuli verzichtet, um die Teilnehmer:innen nicht unnötig zu verwirren. Zudem sind die Antwortkategorien des Fragebogens sowohl erschöpfend als auch überschneidungsfrei. Erschöpfend bedeutet, dass alle potentiell bestehenden Antwortmöglichkeiten abgedeckt wurden. Dies wird in einigen Fragen durch ein freies Antwortfeld sichergestellt. Überschneidungsfrei heißt, dass die Befragten sich zweifelsfrei einer Antwortkategorie zuordnen können (Porst, 2014). Um den Fragebogen übersichtlicher zu gestalten, wird bei skalierten Fragen immer dieselbe Skala verwendet.

Variablen und Skalenniveaus

“Die Variable [...] ist ein Merkmal, das verschiedene Ausprägungen annehmen kann.” (Döring & Bortz, 2016, S. 224). Dabei werden stetige und diskrete Variablen unterschieden. Stetige Variablen können jeden beliebigen Wert annehmen. Im Gegensatz dazu können diskrete Variablen nur endliche Werte annehmen. In dieser Studie wird ausschließlich nach Letzteren gefragt. Zudem unterscheidet man zwischen manifesten und latenten Variablen. Bei manifesten Variablen “sind die Ausprägungen direkt beobachtbar” (Döring & Bortz, 2016, S. 224). Deshalb wird man hier keine ausführlichen

theoretischen Erläuterungen finden, denn man kann die Bedeutung des Begriffes voraussetzen. Bei latenten Variablen hingegen “sind die Ausprägungen nicht direkt beobachtbar und die theoretische Bedeutung ist erklärungsbedürftig.”(Döring & Bortz, 2016, S. 224). Dabei findet man häufig kurze theoretische Erklärungen, wie in dieser Umfrage z.B. für Praktikabilität. In dieser Studie überwiegt der Anteil der manifesten Variablen.

In Tabelle 4 ist eine beispielhafte Aufschlüsselung der Variablen in Indikatoren und Merkmalsausprägungen dargestellt, aus denen sich die Fragen für den Fragebogen ableiten.

Tabelle 4

Aufschlüsselung der Variablen in Indikatoren und Merkmalsausprägungen

Begriff	Variable	Indikator	Merkmalsausprägung
Assessments	Fortbildung	Fortbildung zum 1: Ja COPM/COPM a-kids	2: Nein
COPM / COPM a- kids	Einsatz	Begründung gegen den Einsatz	1: Ich kenne es nicht 2: Schwere Anwendung 3: Passt nicht zu meinem Klientel 4: Zu viel Aufwand und Mühe für die Klient:innen 5: Aufwand der Einschulung in das Assessment 6: Zu lange Dauer der Durchführung 7: Zu zeitaufwändig in Vorbereitung/Auswertung 8: Zu hohe Anschaffungskosten 9: Zu hohe Kosten für die einzelne Testung (Formulare/Verbrauchsmaterial) 10: Die Ergebnisse helfen mir nicht bei meiner Arbeit 11: Sonstiges + <i>Offenes Antwortfeld</i>

Praktikabilität Handhabbarkeit 1: sehr gut
der Materialien 2: gut
3: befriedigend
4: ausreichend
5: mangelhaft
6: ungenügend
7: Keine Angabe

Art der Fragen

“Fragen können im Rahmen von Fragebögen auf zweierlei Arten präsentiert werden, nämlich geschlossen und offen.” (Weigl, 2016, S. 163). Zudem gibt es halboffene Fragen (Porst, 2014) und quasi-geschlossene Fragen (Döring & Bortz, 2016). Es werden vier verschiedene Skalenniveaus differenziert (Döring & Bortz, 2016):

1. Nominalskala
2. Ordinalskala
3. Intervallskala
4. Verhältnisskala

Bei quasi-geschlossenen Fragen ist zwar ein Antwortraum vorgegeben, jedoch würde es zu viel Platz in Anspruch nehmen alle Antwortmöglichkeiten aufzulisten. Deshalb wird ein freies Feld zur Verfügung gestellt, in dem die Antwort notiert werden kann (Döring & Bortz, 2016). Ein Beispiel ist die folgende Frage, bei der es sich um eine Verhältnisskala handelt. Ihre Merkmale haben gleichabständige Ausprägungen, jedoch zusätzlich einen absoluten Nullpunkt. Die Verhältnisskala stellt das höchste Skalenniveau dar (Döring & Bortz, 2016).

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie mit pädiatrischem Klientel? (Runden Sie bitte auf ganze Jahre auf.)

Geschlossene Fragen geben Antwortmöglichkeiten vor, welche von den Teilnehmer:innen ausgewählt werden. Dabei kann je nach Frage entweder nur eine Antwort ausgewählt werden, bei Mehrfachnennung auch mehrere (Porst, 2014). Die geschlossenen Items können sowohl aus einer Frage als auch aus einer Aussage oder Aufforderung bestehen (Döring & Bortz, 2016).

Die folgenden Beispiele zeigen Intervallskalen. Dabei bilden die Antwortkategorien eine Rangordnung, jedoch zeichnet sich diese durch eine Gleichabständigkeit der Messwerte aus (Döring & Bortz, 2016). Laut Döring und Bortz (2016, S. 244) werden “viele psychologische und soziale Merkmale von Personen” wie beispielsweise Stimmungen

und Einstellungen auf der Intervallskala gemessen. Es werden auf Intervallskalenniveau die visuelle Analogskala sowie die Likert-Skala eingesetzt. Erstere zeichnet sich durch eine Linie zwischen zwei Polen aus, welche ein Kontinuum zwischen zwei extremen Merkmalsausprägungen symbolisiert. Die Teilnehmer:innen markieren den Punkt auf der Linie, der ihrer Meinung nach am zutreffendsten ist (Weigl, 2016).

Wie hoch ist Ihr wöchentlicher pädiatrischer Arbeitsanteil circa?

0% _____ 100%

“Eine Likert-Skala ist eine Rating-Skala, mittels derer ein Befragter einem Statement zustimmt oder es ablehnt. Da diese sogenannte Intervallskala mehrstufig ist, muss die befragte Person nicht nur mit „ja“ oder „nein“ antworten, sondern kann eine abgestufte Antwort geben.“ (Gritsch, 2012, S. 16). In diesem Fragebogen wurden nur Likert-Skalen mit 6 Stufen verwendet, um den Mittelwert auszuschließen.

Wann setzen Sie das COPM/COPM a-kids innerhalb Ihres Therapieprozesses ein?

Zu Beginn

- *Nie*
- *Selten*
- *Gelegentlich*
- *Oft*
- *Sehr häufig*
- *Immer*

Ein anderes Beispiel aus dem Fragebogen zeigt ebenfalls eine geschlossene Frage, allerdings mit einer Ordinalskala. Hierbei unterliegen die Antwortkategorien einer bestimmten Rangordnung (Porst, 2014), weshalb sie auch Rangskala genannt wird (Döring & Bortz, 2016).

Wie alt sind Sie?

- *Unter 20*
- *20 bis 29*
- *30 bis 39*
- *40 bis 49*
- *Ab 50*

Halboffene Fragen geben wie die geschlossenen Fragen Antwortmöglichkeiten vor, jedoch gibt es zusätzlich ein offenes Feld, in der die Teilnehmer:innen eine individuelle Antwort formulieren können (Porst, 2014). In diesem Fall handelt es sich um eine Nominalskala. “Nominalskalen stellen [...] Klassifizierungen qualitativer Ausprägungen einer Eigenschaft dar.” (Pfeifer & Schuchmann, 1996, S. 92). Es gibt eine Rangordnung

innerhalb der Antwortkategorien (Weigl, 2016), beispielsweise eine Frage zum Geschlecht. Man unterscheidet bei nominalen Skalen zudem, ob sie dichotom oder polytom sind (Porst, 2014). Dichotom bedeutet, dass es zwei Antwortkategorien gibt. Wenn eine Frage polytom ist, stehen den Befragten mehrere Antwortmöglichkeiten zur Verfügung.

In welchem Setting arbeiten Sie?

- *Ambulante Praxis*
- *Frühförderung*
- *Ambulante Klinik*
- *SPZ*
- *Sonstiges:* _____

Im Gegensatz dazu ermöglichen die offenen Fragen den Teilnehmer:innen ihre Antworten in einem dafür vorgesehenen Feld frei zu formulieren. Da es schwierig ist, diese Daten quantifizierbar zu machen, werden diese in Fragebögen nur selten eingesetzt (Weigl, 2016). Es wurde sich dafür entschieden, diesen Fragentyp nur in notwendigen Fällen zu verwenden. Ein Beispiel zeigt die folgende Frage:

Welche Herausforderungen sehen Sie in der Umsetzung des COPM/COPM a-kids?

3.3.4 Pretest

Da die Wirkung der Fragen auf potentielle Teilnehmer:innen nicht im Vorhinein beurteilt werden kann, wird ein Pretest durchgeführt. Das Ziel ist die Identifizierung potenzieller Probleme der Befragungspersonen bei der Beantwortung des Fragebogens mit anschließender Überarbeitung. Dadurch soll eine hohe Datenqualität gesichert werden (Döring & Bortz, 2016). “Jedes Fragebogendesign sollte daher idealerweise eine Pretesting-Phase beinhalten.” (Weigl, 2016, S. 174). Durchgeführt wird ein Pretest, bei dem eine kleine Teilmenge der Zielgruppe die Endfassung des Online-Fragebogens unter Realbedingungen ausfüllt. Die erhobenen Daten werden anschließend ausgewertet, um den reibungslosen Ablauf der gesamten Datenerhebung sicherzustellen. In der Regel besteht ein Pretest aus “fünf bis zehn ausgewählten Personen der Zielpopulation” (Döring & Bortz, 2016, S. 411). Aufgrund der schwer einzuschätzenden Größe der Zielpopulation nehmen zwei Personen an dem Pretest teil. Beide sind staatlich geprüfte Ergotherapeut:innen, arbeiten mit pädiatrischem Klientel, sind mit dem Assessment vertraut und werden aus dem beruflichen Umfeld rekrutiert. Die Rückmeldung zu dem Fragebogen erfolgt persönlich, womit die Kriterien eines qualitativen Pretests erfüllt sind (Döring & Bortz, 2016). Im Verlauf des Fragebogens weisen die Pretester:innen auf

Formulierungsfehler und missverständliche Formulierungen hin. Die im Vorhinein geschätzte Durchführungsdauer von 5 bis 20 Minuten, abhängig von der Erfahrung der Teilnehmer:innen mit dem COPM im pädiatrischen Arbeitsfeld, wird nach dem Pretest als realistische Angabe bestätigt. Die genauen Änderungen finden sich in Anlage E.

3.4 Durchführung der Datenerhebung

Der Fragebogen wurde am 17.06.2021 veröffentlicht. Interessierte Personen konnten online über einen Zeitraum von drei Wochen über das Programm *Questback* an der Studie teilnehmen. Während der gesamten Umfrage konnten Fragen per E-Mail gestellt werden. Insgesamt wurden 90 Teilnehmer:innen rekrutiert. Davon können 89 zur Auswertung herangezogen werden. Eine Person wird aufgrund der Einschlusskriterien zu Beginn der Umfrage eliminiert, da sie nicht in Deutschland arbeitet.

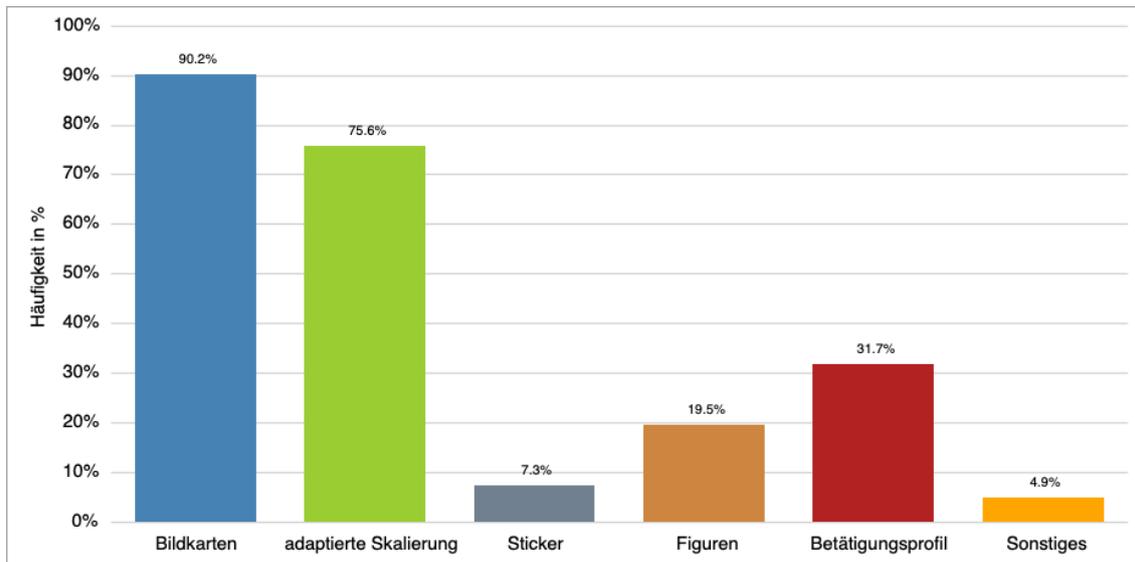
3.5 Vorgehen bei der Datenanalyse

Im Folgenden wird zunächst das Vorgehen der Analyse der quantitativen Daten und anschließend der qualitativen Daten beschrieben.

“Die deskriptive Statistik steht häufig am Beginn jeder quantitativen Datenanalyse, um die Stichprobe zu beschreiben und/oder einen Überblick über die Daten zu bekommen.” (Ritschl et al., 2016, S. 193). In der “Deskriptivstatistisch explorative[n] Datenanalyse” (Döring & Bortz, 2016, S. 621) steht die Strukturierung der quantitativen Daten zur Erhebung unvorhersehbarer Effekte im Vordergrund. Dies geschieht häufig über ein Tabellenkalkulationsprogramm oder graphische Visualisierungstechniken. Es wird *Microsoft Excel* genutzt, da das Umfrage-Tool *Questback* den Download in dieses Dateiformat (.xls) ermöglicht. Da die Anonymisierung der Teilnehmer:innen in dieser Arbeit einen sehr hohen Stellenwert hat, wird im Programm die Einstellung *Erweiterte Einstellungen für “Identität verbergen”* aktiviert. Dadurch können keine individuellen Antworten miteinander verknüpft werden. Aus dem Grund werden die einzelnen Antworten der zwei Pretester:innen individuell herausgerechnet, um das Ergebnis nicht zu verfälschen. Ein Überblick über die gewonnenen Daten ist in Anlage I beschrieben. Für die Darstellung der Ergebnisse werden zunächst die demographischen Daten zusammengefasst (siehe Kapitel 4). Anschließend werden Zusammenhänge zwischen den Fragen geschaffen und mit den offenen Fragen verknüpft. Die folgende Abbildung 6 zeigt ein Beispiel der ausgewerteten Frage in Form eines Diagramms.

Abbildung 6

Frage 22: Welche Hilfsmittel nutzen Sie in der Regel?



Die erhobenen Daten der offenen Fragen der Online-Umfrage werden als qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an die Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, genauer der „Zusammenfassung und induktive[n] Kategorienbildung“ (Mayring, 2015, S. 69), aufgearbeitet. Ähnlich wie bei der oben genannten deskriptiv-statistisch explorativen Datenanalyse ist auch hierbei die Auswertung offen für die Erkundung der Daten und wird nicht durch vorherige Kategorienbildung eingeschränkt. Mayring formuliert sieben Schritte (Abbildung 7) (Mayring, 2015, S. 70), in denen das Analysematerial systematisch auf dessen inhaltliche Kernaussagen reduziert wird. Das Vorgehen der vorliegenden Studie ist in Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 7

*Ablaufmodell zusammenfassender
Inhaltsanalyse*

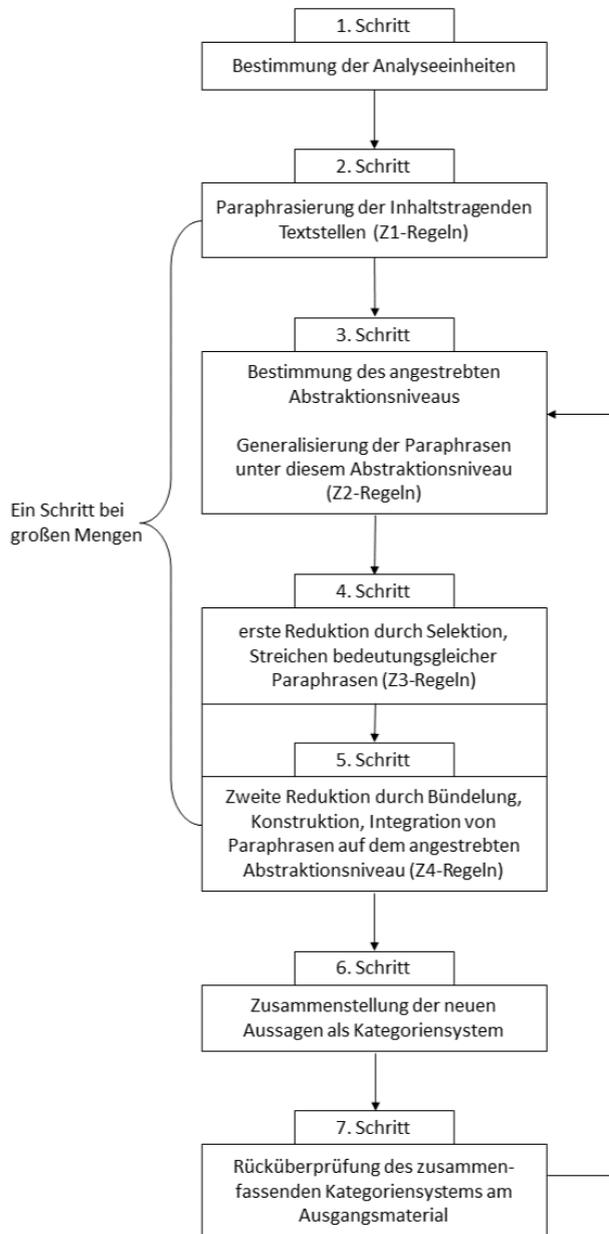
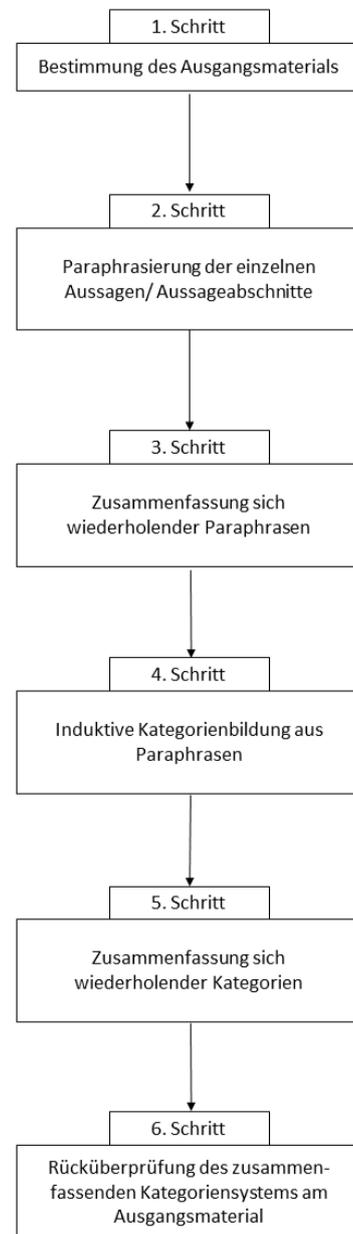


Abbildung 8

Analyseverfahren der Studie



Anmerkung: In Anlehnung an Mayring, 2015, S. 70

Abbildung 8 zeigt das Analyseverfahren innerhalb der vorliegenden Studie. Der 1. Schritt legt das Analysematerial fest und bezieht alle Antworten auf offen gestellte Fragen mit ein. Im 2. Schritt werden die Antworten oder Teilantworten jeder einzelnen Person in einer Tabelle festgehalten und paraphrasiert. Nach ca. der Hälfte der Antworten werden die Kernaussagen überprüft, um inhaltliche Wiederholungen zusammenzufassen und zu

verhindern, dass nach der Auswertung der Antworten ebenso viele Kernaussagen wie Antworten vorliegen. Tabelle 5 zeigt einen exemplarischen Ausschnitt des ersten Auswertungsschritts von Frage 26.

Tabelle 5

Paraphrasenbildung zu Frage 26

Aussagen zu Frage 26	Kernaussagen/Paraphrase
„Transfer der alten Karten in die heutige Zeit und den Bedürfnissen der Klienten.“	Veraltetes Bildmaterial
„‘zeitgemäße‘ Sprache, Anpassung an veränderte Lebensrealitäten“	Veraltete Sprache
„Abstraktionsgehalt des Skalierens für viele Kinder im Grundschulalter zu schwer“	Skalierung für viele Kinder im Grundschulalter zu schwer
„Eltern haben immer weniger den Überblick, was ihre Kinder wirklich können und wo im Hinblick auf den altersvergleich Differenzen bestehen“	Eltern haben wenig Überblick über altersentsprechende Fähigkeiten oder Defizite ihrer Kinder

Anmerkung: Ausschnitt aus der Tabelle

Die gesammelten Paraphrasen zu einer Frage werden im 3. Schritt in einer weiteren Tabelle zusammengestellt. Wiederholungen von Paraphrasen werden dokumentiert, um später die Häufigkeit bestimmter Aussagen bestimmen zu können. Anschließend werden im 4. Schritt aus den erfassten Paraphrasen induktiv übergeordnete Kategorien gebildet. Beispielsweise wird bei der Frage *“Welche Herausforderungen sehen Sie in der Umsetzung des COPM/COPM a-kids?”* aus den folgenden Paraphrasen wird die Kategorie *Bewertung durch Klientel* gebildet:

- *Subjektivität der Bewertung*
- *Skalierung für viele Kinder im Grundschulalter zu schwer*
- *Kinder sind mit der Bewertung von Performanz und Zufriedenheit überfordert*
- *Bewertungen der Kinder sind unzuverlässig*

In Tabelle 6 ist ein beispielhafter Ausschnitt der Zuordnung der Kategorien zu den Kernaussagen von Frage 26 abgebildet, die vollständige Tabelle ist in Anlage H zu finden.

Tabelle 6*Kategorienbildung zu Frage 26*

Kernaussage/Paraphrase	Wiederholung	Kategorie
Veraltetes Bildmaterial	III	Arbeitsmaterial
Veraltete Sprache	I	Arbeitsmaterial
Skalierung für viele Kinder im Grundschulalter zu schwer	II	Bewertung durch Klientel
Eltern haben wenig Überblick über altersentsprechende Fähigkeiten oder Defizite ihrer Kinder	III	Zusammenarbeit mit Eltern

Anmerkung: Ausschnitt aus der Tabelle

Zusätzlich zu der inhaltlichen Analyse wird eine „Häufigkeitsanalyse“ (Mayring, 2015, S. 13) durchgeführt, um zu den induktiven Kategorien eine quantitative Aussage treffen zu können (5. Schritt). Die Anzahl der Kernaussagen, die einer Kategorie zugeordnet sind, werden addiert, um eine Aussage zu der Häufigkeit und somit der Wichtigkeit einer einzelnen Kategorie im Vergleich zu anderen innerhalb einer Frage treffen zu können. Tabelle 7 zeigt die Gesamtauswertung der Kategorien und ihrer Häufigkeit.

Tabelle 7*Häufigkeitsanalyse der Kategorien*

Kategorien	Wiederholung
Mangelndes Problembewusstsein	18
Zusammenarbeit mit Eltern	13
Zeitaufwand	9
Arbeitsmaterial	9
Bewertung durch Klientel	7
Keine Schwierigkeiten	6
Interviewführung	4
Eingeschränkte Fähigkeiten	4

Zielformulierung	4
Zuordnung der Betätigungen in Betätigungsbereiche	1

Um die Qualität der Auswertung sicherzustellen, werden im 6. Schritt die erhobenen Kategorien abschließend erneut mit den ursprünglichen Aussagen der Teilnehmer:innen hinsichtlich inhaltlicher Aspekte, wie im 7. Schritt (siehe Abbildung 7) der „Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung“ (Mayring, 2015, S. 69), abgeglichen. Dieser Schritt wird von beiden Forscherinnen durchgeführt, wodurch eine Triangulation der verarbeiteten Daten angestrebt wird.

3.6 Gütekriterien

Um die Qualität einer wissenschaftlichen Arbeit gewährleisten zu können, gibt es vier Gütekriterien der quantitativen Forschung, die verschiedene Aspekte auf inhaltlicher und methodischer Ebene beleuchten (Döring & Bortz, 2016).

Inhaltliche Relevanz

“Eine **gute** wissenschaftliche Studie zeichnet sich dadurch aus, dass sie ein inhaltlich besonders relevantes wissenschaftliches Forschungsproblem bearbeitet, wobei in der Grundlagenforschung die wissenschaftliche Relevanz und in der Anwendungsforschung die praktische Relevanz im Vordergrund stehen.” (Döring & Bortz, 2016, S. 90). Die inhaltliche Relevanz wird im theoretischen Hintergrund herausgearbeitet und in der Diskussion vertieft. Durch den Überblick über den Einsatz des COPMs im pädiatrischen Kontext in Deutschland trägt die Studie zu wissenschaftlichen Erkenntnissen bei. Des Weiteren werden Handlungsempfehlungen (siehe Kapitel 5) abgeleitet, um die Anwendung des COPMs im ambulanten pädiatrischen Setting zu optimieren.

Methodische Strenge

“Die Wissenschaftlichkeit verlangt eine Orientierung an wissenschaftlichen Methodologien und Methoden, die zur Bearbeitung des Forschungsproblems geeignet sind.” (Döring & Bortz, 2016, S. 91). Die methodische Strenge wird im Folgenden in den Unterformen der Validität erläutert. Dabei beschreiben alle Formen den “Grad der Gültigkeit wissenschaftlicher Aussagen” (Döring & Bortz, 2016, S. 95). Die methodische Strenge wird in nahezu allen neun Phasen des empirisch-quantitativen Forschungsprozesses überprüft, lediglich der erste und der letzte Schritt sind davon ausgenommen.

Die Konstruktvalidität stellt die verwendeten Messinstrumente und die hergestellten Untersuchungsbedingungen dar. Sie liegt vor, wenn die Verfälschung durch systematische Fehler sowie durch andere Konstrukte ausgeschlossen ist. Dies wurde durch eine vorhergehende ausführliche Literaturrecherche ausgeschlossen (Döring & Bortz, 2016).

“Die interne Validität ist vor allem von der Qualität des Untersuchungsdesigns [...] und dessen Umsetzung abhängig.” (Döring & Bortz, 2016, S. 97). Sie ist also intern valide, wenn die “untersuchten Variablenzusammenhänge mit hoher Sicherheit als kausale Ursache-Wirkungs-Relationen zu interpretieren sind.” (Döring & Bortz, 2016, S. 94). Die vorliegende Studie misst die Ergebnisse, welche gemessen werden sollen. Deshalb ist die interne Validität gegeben.

Die externe Validität beschreibt, inwiefern die Ergebnisse der Studie auf “andere Orte, Zeiten, Wirkvariablen, Treatmentbedingungen oder Personen” (Döring & Bortz, 2016, S. 97) verallgemeinert werden können. Weil diese Studie speziell auf die Situation der Ergotherapeut:innen in Deutschland abzielt, ist es unwahrscheinlich in anderen Ländern gleiche Ergebnisse zu erhalten, hierfür ist die Abhängigkeit von der beruflichen Bildung und ergotherapeutischen Arbeitsstandards zu groß. Hinzu kommt, dass in anderen Ländern bereits mit angepassten Versionen des COPMs gearbeitet wird (siehe Kapitel 2.6).

Die statistische Validität bezieht sich hauptsächlich auf die Auswahl und Anwendung statistischer Verfahren sowie die Interpretation der Ergebnisse. Diese Aspekte kommen im Verlauf der Studie nicht weiter zum Tragen, jedoch wurde darauf geachtet, einen adäquaten Stichprobenumfang zu erreichen. Die statistische Validität wirkt sich kaum auf die vorliegende Studie aus.

Ethische Strenge

“Die Wissenschaftlichkeit verlangt eine Orientierung an Prinzipien der Wissenschafts- und Forschungsethik. Eine **gute** wissenschaftliche Studie weist dabei einen hohen Grad an ethischer Strenge auf, d.h. sie erfüllt Standards der Wissenschafts- und Forschungsethik [...] besonders umfassend.” (Döring & Bortz, 2016, S. 91). Die Einhaltung der Wissenschafts- und Forschungsethik hatte bei dieser Studie hohe Priorität (siehe Kapitel 3.2).

Präsentationsqualität

Im Rahmen der Präsentationsqualität sollen die Standards der Berichterstattung eingehalten werden. Dabei ist eine hohe Präsentationsqualität gegeben “[...] wenn die Studie in ihrem Ablauf und ihren Ergebnissen umfassend nachvollziehbar sowie gut lesbar dargestellt wird, wobei die konkreten fach- und zeitschriftenspezifischen Standards der Berichterstattung einzuhalten sind [...]” (Döring & Bortz, 2016, S. 97). Anschließend an die Bachelorarbeit wird ein Poster erstellt und eine Präsentation gehalten.

Die beschriebenen Grundlagen der empirischen Sozialforschung bilden die Basis des gesamten methodischen Vorgehens. Dabei wurde sich an den neun Phasen des quantitativen Forschungsprozesses orientiert, welche anhand der Vorgehensweise in der vorliegenden Bachelorarbeit erläutert wurden. Anschließend wurde auf die ethischen Aspekte sowie die Vorbereitung und Durchführung der Datenerhebung eingegangen. Nachdem abschließend die Analyse der Daten und die Gütekriterien beschrieben wurden, werden im folgenden Kapitel die Ergebnisse dargestellt. Dafür werden die Rohdaten analysiert, zu gemeinsamen Aussagen zusammengefasst und kurz erläutert.

4. Darstellung der Ergebnisse

Durch das im vorangegangenen Kapitel beschriebene methodische Vorgehen bei der Datenerhebung und -auswertung wurden die Ergebnisse der Studie erarbeitet. Zur besseren Lesbarkeit wurde die Nummerierung der Fragen aus den Rohdaten in eine fortlaufende Reihenfolge umgewandelt und im Text und in den Grafiken angepasst. In diesem Kapitel erfolgt keine genaue Auflistung der Fragen aus der Umfrage, stattdessen werden die Ergebnisse mehrerer Fragen zu einzelnen Themen zusammengefasst und dargestellt. Die individuellen Resultate können in Anlage I eingesehen werden. Zu Beginn wird detaillierter auf die Teilnehmer:innen eingegangen und die demographischen Daten dargestellt. Daran anschließend wird auf die Anwendung und Nutzung des COPMs in der Therapie eingegangen. Abschließend wird dargestellt, welche Hilfsmittel eingesetzt werden und was den Einsatz des COPMs begünstigt.

Beschreibung der Teilnehmer:innen

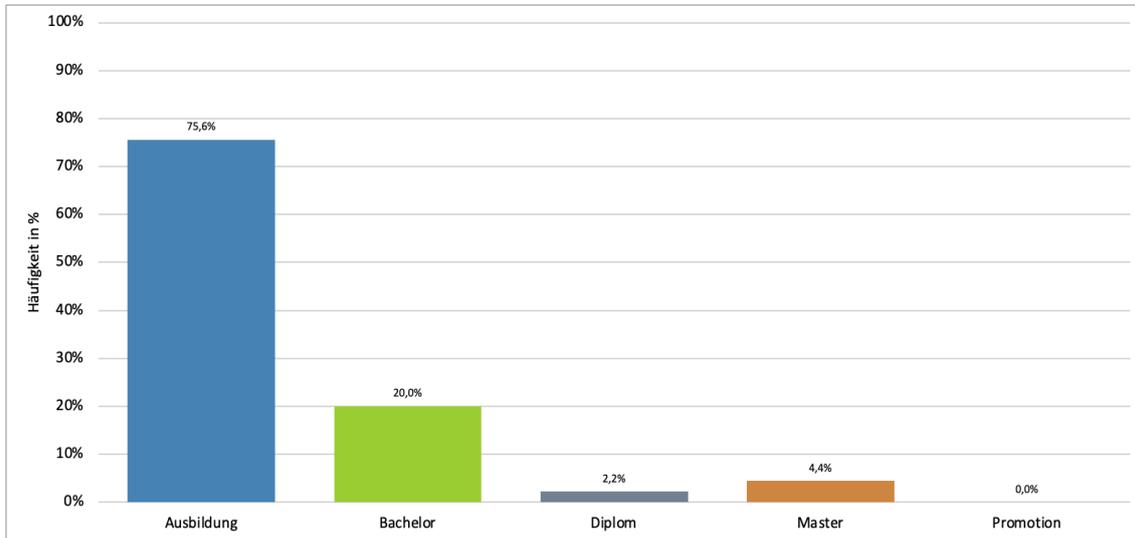
Insgesamt nahmen 90 Personen an der Online-Umfrage teil. Eine Person gab an, nicht in Deutschland zu arbeiten, weshalb die Umfrage beendet wurde. Somit ergeben sich 89 Teilnehmer:innen, die in die Einschlusskriterien fallen. Davon nutzen 10 Personen keine Assessments, weshalb die Umfrage hier ebenfalls nach den ersten Fragen beendet wurde. Von den 79 Teilnehmer:innen nutzen 51 das COPM in ihrer Arbeit, 17 nutzen es nicht und 11 haben es früher verwendet.

Demographie der Teilnehmer:innen

Die meisten Teilnehmer:innen (27%) arbeiten in Nordrhein-Westfalen. Aus den Bundesländern Niedersachsen, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern kommen jeweils 10% der Teilnehmer:innen. Die weiteren Bundesländer waren mit unter 6% vertreten. Die Mehrheit (39%) ist zwischen 20 und 29 Jahre alt. An zweiter Stelle stehen mit 34% die 30-39-Jährigen. Niemand unter 20 Jahren nahm an der Umfrage teil. Der höchste Abschluss der meisten Teilnehmer:innen (76%) ist die Ausbildung. 20% der Befragten haben einen Bachelor. 26% der Teilnehmer:innen hat den Abschluss vor 10-11 Jahren absolviert, während 24% der Befragten vor weniger als 2 Jahren den Abschluss gemacht hat. Die 89 Teilnehmer:innen arbeiten im Durchschnitt seit 9 Jahren ($SD = 8.24$) mit pädiatrischem Klientel. 89% der Befragten arbeiten in einer ambulanten Praxis. Der durchschnittliche pädiatrische Arbeitsanteil beträgt 63%.

Abbildung 9

Frage 3: Was ist Ihr höchster Abschluss im Bereich der Ergotherapie oder in vergleichbaren Fachbereichen?



59 der befragten Therapeut:innen geben an, Fortbildungen im Fachbereich Pädiatrie mit den Schwerpunkten Betätigungsorientierung oder Assessments zu haben. Vordergründig sind Fortbildungen im Bereich der Funktionsorientierung, betätigungsorientierten Intervention und betätigungsorientierten Assessments. Ebenfalls vertreten, aber deutlich weniger verbreitet, sind Fortbildungen zu Behandlungskonzepten mit Verhaltensbezug, allgemein oder spezifischem pädiatrischen Klientel und Klientenzentrierung. Am häufigsten wird die Fortbildung “CO-OP” mit 23 Aussagen genannt. Die Mehrheit (75%) gibt an, nicht an einer Fortbildung zum COPM oder COPM a-kids teilgenommen zu haben.

Der Großteil der Befragten (89%) gibt an, bei der Arbeit mit Kindern Assessments zu nutzen. Als Begründungen gegen den Einsatz von Assessments nennen Teilnehmende, dass sie *eigene Methoden zur Befundung* nutzen, die *verfügbare Therapiezeit nicht ausreiche*, sie *zu wenig eigene Initiative* zeigen oder *unsicher* sind, ob *Assessments für Kleinkinder nicht anwendbar* seien, sie *keine Materialien zur Verfügung* haben oder das *Arbeitsumfeld den Einsatz von Assessments ablehne*.

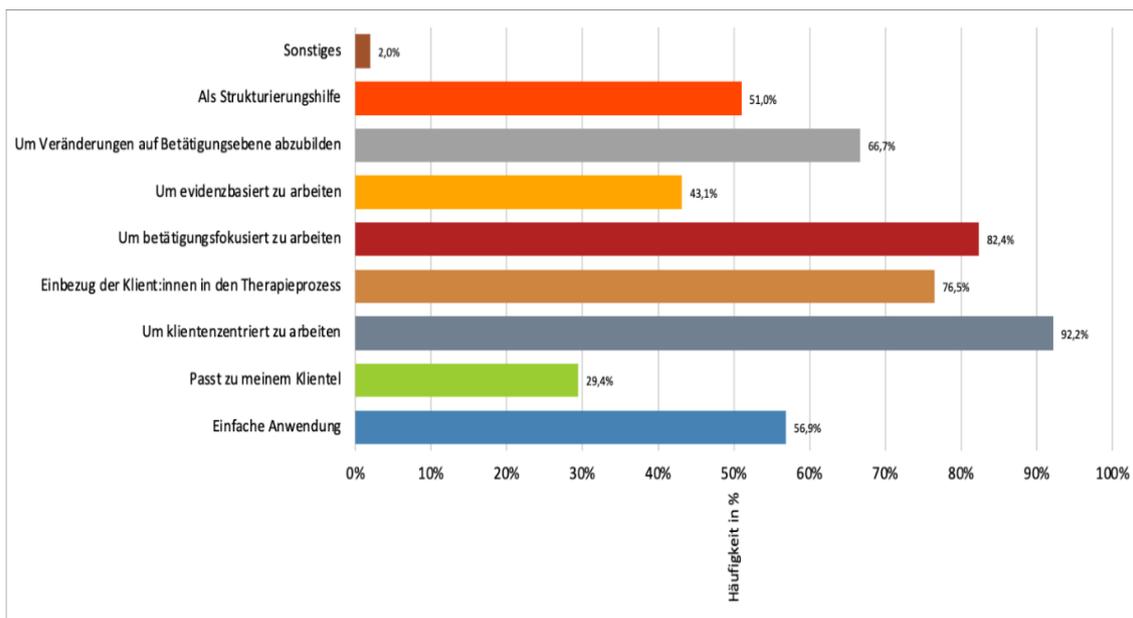
Die anderen Teilnehmer:innen nutzen am häufigsten funktionsorientierte Assessments in ihrer Arbeit. Dabei steht der FEW-2/FEW-3 (Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung) mit 86% auf Platz eins und der MABC/MABC-2 (Movement Assessment Battery for Children) mit 57% auf Platz zwei. Über die Hälfte nutzen jedoch auch betätigungsorientierte Assessments regelmäßig, wobei die Kids Activity Cards auf Platz

drei stehen. Das COPM a-kids und das COPM folgen mit den Plätzen vier und fünf. Die weiteren erfragten Assessments nutzen weniger als 50% der Therapeut:innen.

Die Studie zeigt, dass fast zwei Drittel der Teilnehmer:innen (65%) das COPM in ihrer Arbeit anwenden. 22% wenden es nicht an und 14% haben es früher angewendet, wobei als häufigste Begründung das Antwortfeld „Sonstiges“ ausgewählt wird. Dadurch entsteht die Möglichkeit einer freien Antwort, wobei die folgenden Gründe am häufigsten angegeben werden: *nicht vorhanden*, *nicht erwünscht* und *für Kinder zu offen*. Zudem wählt ein Drittel der Befragten die Felder „Passt nicht zu meinem Klientel“ und „Zu viel Aufwand und Mühe für die Klient:innen“ aus. Die Teilnehmer:innen, die das COPM aktuell anwenden, arbeiten im Durchschnitt seit 6 Jahren ($SD = 4.62$) mit dem COPM. Der Großteil (92%) gibt an, das Assessment zu nutzen, um klientenzentrierter zu arbeiten. Mit 82% steht die Betätigungsfokussierung an zweiter Stelle.

Abbildung 10

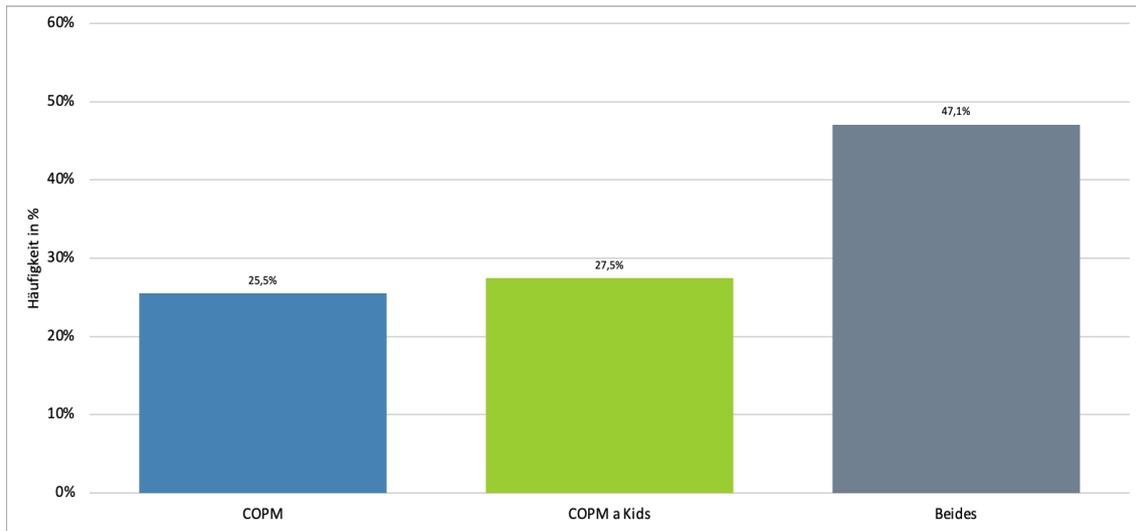
Frage 16: Warum benutzen Sie das COPM/COPM a-kids im pädiatrischen Bereich?



Die Mehrheit der Teilnehmer:innen (47%) wenden sowohl das COPM als auch das COPM a-kids an. Als häufigste Begründung wird die *Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand des Kindes* genannt. Fünf geben an, dass sie das *COPM mit Erwachsenen* also Eltern und Bezugspersonen einsetzen. Des Weiteren nutzen 28% ausschließlich das COPM a-kids und 26% nur das COPM.

Abbildung 11

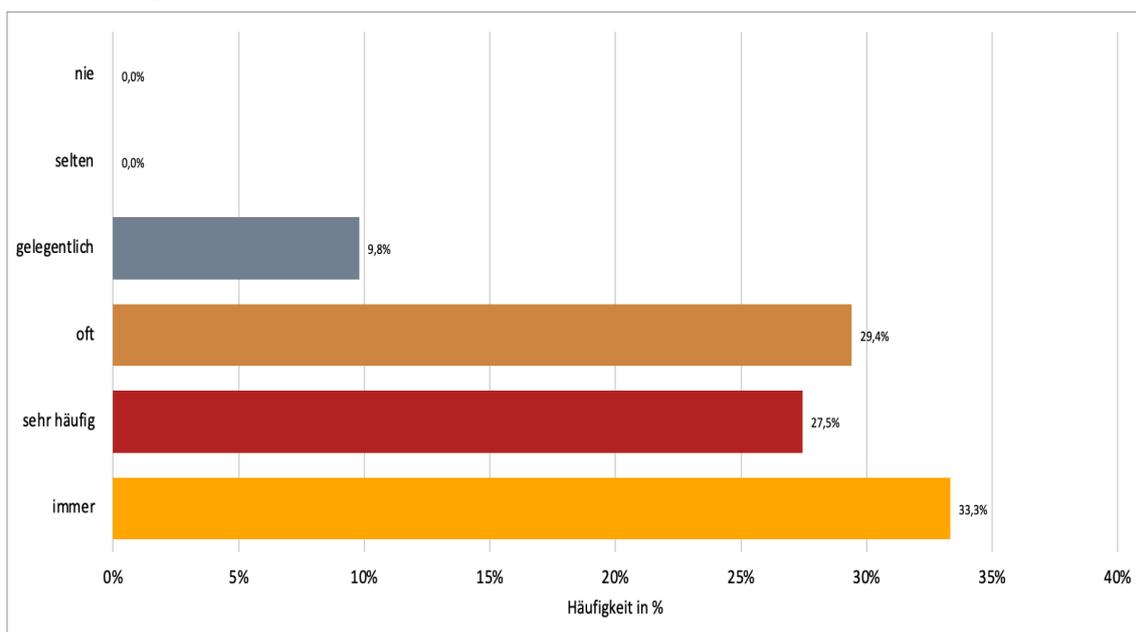
Frage 17: Benutzen Sie in Ihrer Arbeit das COPM oder COPM a-kids?



Ein Großteil der Befragten setzt das COPM immer (33%) oder sehr häufig (28%) zu Beginn des therapeutischen Prozesses ein. Im Verlauf kommt es deutlich weniger zum Einsatz. 61% wenden es „gelegentlich“ an. 37% der Therapeut:innen geben an, das COPM zum Abschluss der Therapie „oft“ zu verwenden.

Abbildung 12

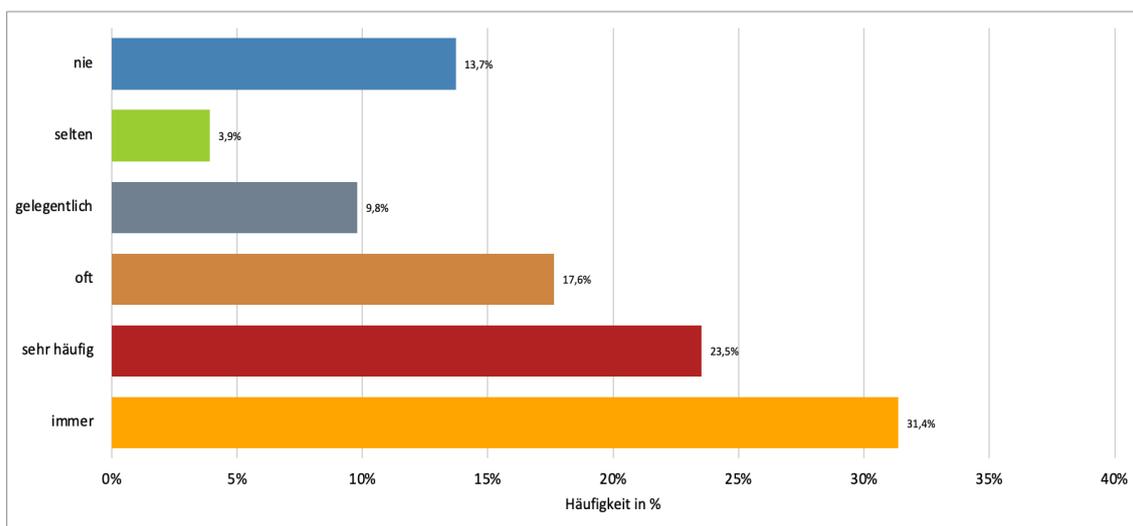
Frage 19: Wann setzen Sie das COPM/COPM a-kids innerhalb Ihres Therapieprozesses ein? (zu Beginn)



Die Mehrheit (28%) wendet das COPM “nie” mit Kindern im Alter von 3-6 Jahren alleine an. Im Gegensatz dazu wird es bei der gleichen Altersgruppe mit einer zusätzlichen Bezugsperson von 28% “oft” angewendet. In der Altersgruppe der 7-12 Jährigen wenden die Therapeut:innen das COPM zu 31% “oft” mit den Kindern alleine an, und zu 22% wird es ebenfalls “oft” mit einer zusätzlichen Bezugsperson durchgeführt. Die meisten Teilnehmer:innen (31%) wenden das COPM “immer” mit Kindern im Alter von 13-18 Jahren alleine an. Im Gegenzug wird es mit dem Kind und einer zusätzlichen Bezugsperson zu 31% “nie” eingesetzt. Der Großteil (24%) gibt an, das COPM mit den Eltern alleine nur „selten“ durchzuführen. Bei der Durchführung des COPMs mit anderen Bezugspersonen, wie z.B. den Großeltern oder Erzieher:innen geben über 60% den Wert “nie” an.

Abbildung 13

Frage 20: Mit wem führen Sie das COPM/COPM a-kids in der Regel durch? (mit Kindern im Alter von 13-18 Jahren alleine)

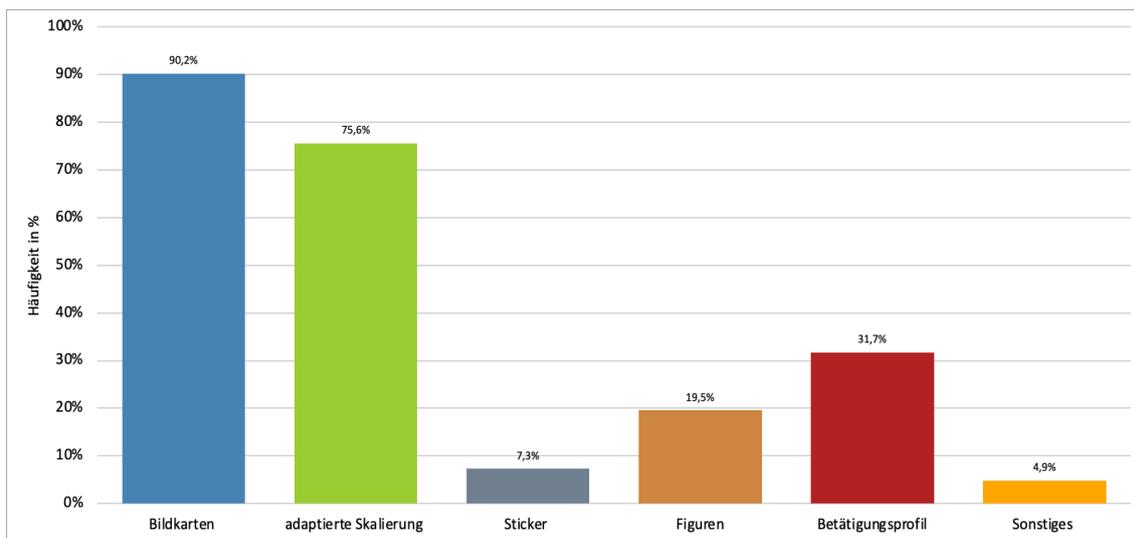


Der Großteil der Teilnehmer:innen empfindet den Einsatz von Hilfsmitteln erleichternd in der Durchführung des Assessments. Die Mehrheit der Befragten (71%) gibt an, bei der Durchführung des COPMs mit Kindern im Alter von 3-6 Jahren Hilfsmittel anzuwenden, ähnlich viele tun dies auch bei Kindern zwischen 7 und 12 Jahren. 29% geben an, auch bei Kindern ab 13 Jahren und Erwachsenen Hilfsmittel einzusetzen. 18% nutzen bei keiner Altersgruppe Hilfsmittel. Die Wahl des Hilfsmittels fällt am häufigsten auf „Bildkarten“ (90%), wobei einige Teilnehmer:innen hier Materialien aus anderen Assessments nutzen oder mit eigenen Karten oder Piktogrammen arbeiten. Ebenfalls sehr häufig nutzen die Befragten „adaptierte Skalierungen“, einige passen diese aber für Kinder an, indem sie diese vergrößern oder 3-dimensional darstellen. Davon abgesehen kommen „Betätigungsprofile“ (32%), „Figuren“ (20%), „Sticker“ (7%) und

Erhebungskärtchen, Beispiele aus dem Alltag und Erfahrungen aus vorherigen Gesprächen zum Einsatz. Überwiegend (jeweils 91%) werden die Hilfsmittel bei der Bewertung der Betätigungsprobleme und der Bewertung der Ausführung (Performanz) und Zufriedenheit verwendet. 81% verwenden Hilfsmittel bei der Abfrage der Betätigungen im Alltag. Vergleichsweise wenige Teilnehmer:innen (41%) verwenden Hilfsmittel bei der Re-Evaluation der Betätigungsprobleme.

Abbildung 14

Frage 22: Welche Hilfsmittel nutzen Sie in der Regel?

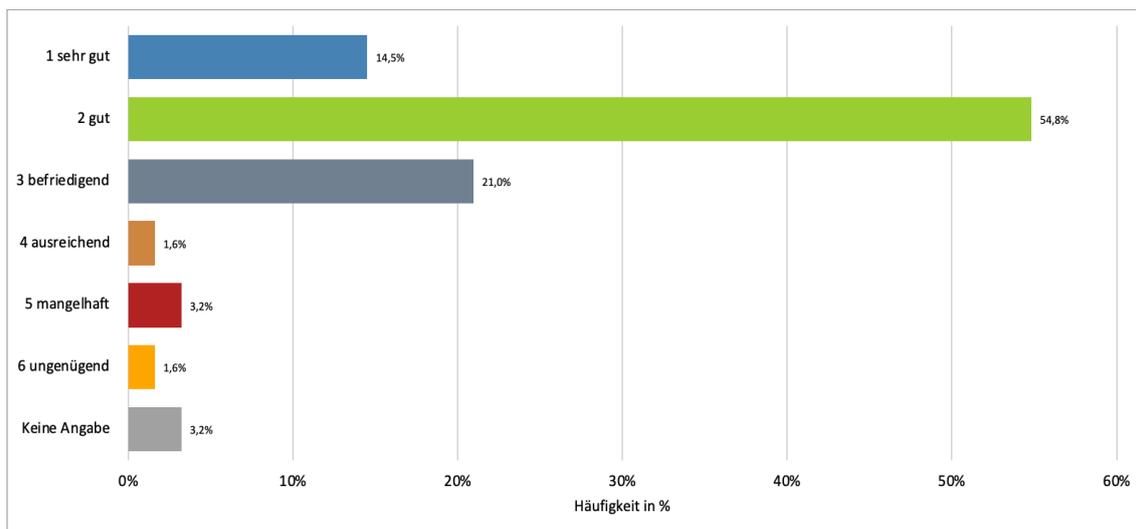


Die Frage nach der Praktikabilität des COPMs wird in acht Unterpunkte aufgeteilt, welche im Folgenden dargestellt werden. Der Punkt *Kosten/Verfügbarkeit* wird von jeweils 27% der Teilnehmer:innen mit der Note 1 bzw. 2 bewertet. 26% bewerten diesen Punkt mit der Note 3. Die Durchschnittsbewertung ist 2.10 ($SD = 1.01$). Über die Hälfte der Teilnehmer:innen bewerten die *Handhabbarkeit der Materialien* mit der Note „gut“. Der Durchschnitt beträgt 2.27 ($SD = 0.97$). Die *Verständlichkeit des Handbuchs* wird von der Mehrheit ebenfalls mit der Note 2 bewertet. Der Durchschnittswert liegt hier bei 2.08 ($SD = 0.78$). Auffallend dabei war, dass 21% keine Angabe machen. Die *Verständlichkeit des COPM-Bogens* wird ebenfalls am häufigsten mit „gut“ bewertet. Die Durchschnittsnote liegt hier bei 2.24 ($SD = 0.84$). Der Unterpunkt *Dauer der Durchführung* erreicht einen Durchschnittswert von 2.30 ($SD = 1.09$), wobei der Großteil (40%) der Teilnehmer:innen die Note 2 vergibt. 45% der Befragten bewerten die *Zeit für die Vorbereitung und Auswertung* mit der Note 2 und 27% mit der Note 1. Der Notendurchschnitt für diesen Unterpunkt liegt bei 2.10 ($SD = 1.09$). Der Unterpunkt *Energie und Ausbildungsaufwand für Therapeut:innen* wird von 45% mit der Note „gut“ bewertet. 27% erteilen die Note „sehr gut“ und 11% die Note „befriedigend“. Die

Durchschnittsbewertung liegt bei 2.03 ($SD = 0.92$) und ist damit der höchste Durchschnitt. Die Mehrheit (48%) geben dem Punkt *Aufwand für Klient:innen* die Note 2. 29% verteilen die Note 1. Der Durchschnitt beträgt 2.07 ($SD = 1.13$). Somit wird die gesamte Praktikabilität von den Teilnehmer:innen im Durchschnitt mit der Note 2.15 ($SD = 0.99$) bewertet.

Abbildung 15

Frage 25: Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM/COPM a-kids in Ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte? (Handhabbarkeit)



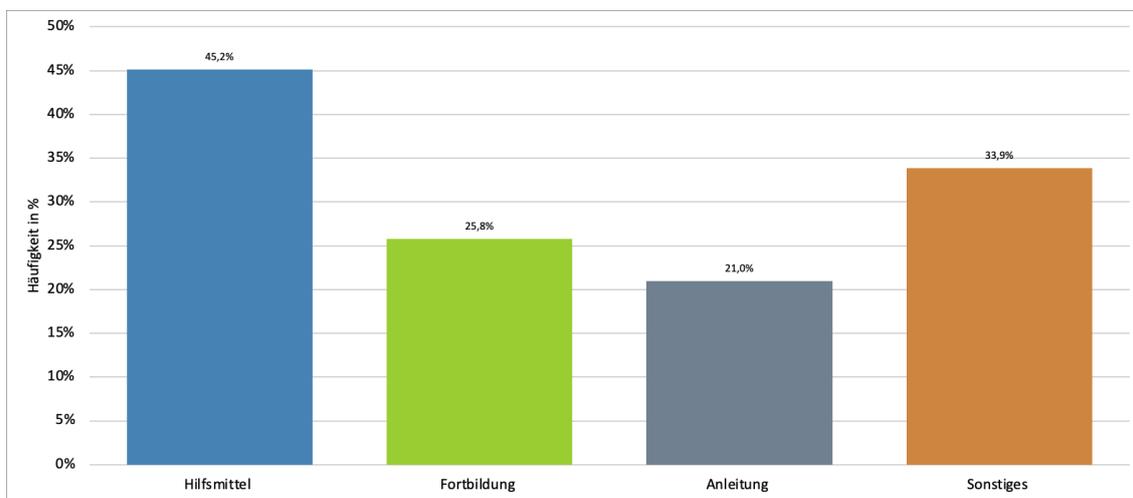
Im Anwendungsprozess des COPMs sehen sich die Teilnehmenden an verschiedenen Punkten mit Herausforderungen konfrontiert. Am häufigsten wird ein *mangelndes Problembewusstsein* seitens der Klient:innen sowohl bei Eltern als auch bei Kindern genannt. Die *Zusammenarbeit mit den Eltern* stellt ebenfalls für einige Therapeut:innen eine Herausforderung dar. Schwierigkeiten mit dem *Arbeitsmaterial des Assessments*, werden einerseits auf die Gestaltung der Bögen, die für einige zu wenig Platz bieten, und andererseits auf die *veralteten Bildkarten* bezogen. Eine weitere Herausforderung sehen die Teilnehmer:innen im *Zeitaufwand zur Durchführung und Auswertung* des Assessments. Auch die *Bewertung der Performanz und Zufriedenheit* wird als herausfordernd bewertet. Einige wenige Teilnehmer:innen geben an, Schwierigkeiten in der *Interviewführung* und an die an das Assessment *anschließende Zielformulierung* zu haben und bewerten eventuelle *eingeschränkte Fähigkeiten* seitens der Klient:innen als besondere Herausforderungen. Eine Person beschreibt die *Zuordnung der Betätigungen in Betätigungsbereiche* als herausfordernd. Sechs Teilnehmer:innen geben an, keine Schwierigkeiten bei der Durchführung des COPMs mit Kindern zu haben.

Veränderungen wünschen sich die Teilnehmer:innen überwiegend in Bezug auf die Veränderung und Aktualisierung der Bildkarten. Auch die Anpassung der *Betätigungsbereiche* wird häufiger thematisiert. Einige Teilnehmer:innen geben an *mehr Platz in den Bögen* für Notizen zu benötigen. Eine *Anpassung der Skalierung*, hin zu einer *größeren Einteilung*, wird siebenmal genannt. Einige der Befragten würden durch eine Umgestaltung mehr *Eigenständigkeit im Ausfüllen des Assessments für die Kinder* erhoffen. Andere wünschten sich mehr *Unterstützung* bzw. *unterstützendes Material* für Therapeut:innen in der Anwendung. Eine Person gibt an, das *allgemeine Layout* des Assessments verändern zu wollen.

Die Mehrheit der Befragten (45%) gibt an, dass *Hilfsmittel* ihnen den Einsatz des COPMs in der Pädiatrie erleichtern würden. Hierbei wurden *Bildkarten*, *Skalierung* und eine *digitale Version des Assessments* genannt. Einige geben an, dass es nichts gäbe, was ihnen den Einsatz erleichtern würde oder sie keine Erleichterung zur Durchführung des Assessments benötigen. Die Häufigkeitsverteilung ist Abbildung 16 zu entnehmen.

Abbildung 16

Frage 29: Gibt es etwas, dass Ihnen den Einsatz des COPM/COPM a-kids in der Pädiatrie erleichtern würde?



Neben den Herausforderungen beschreiben die Teilnehmer:innen auch einige positive Aspekte, welche in acht Kategorien eingeteilt werden. 20 von 36 Befragten beschreiben eine *Unterstützung im Therapieprozess*. Darauf folgt mit 17 Antworten die Kategorie *Klientenzentrierung*. Einen weiteren Nutzen sehen einige Teilnehmer:innen beispielsweise in der *Anwendbarkeit*, der *Betätigungsorientierung* und im *Material*.

In der letzten Frage haben die Teilnehmer:innen die Möglichkeit, weitere Anmerkungen zu dem Thema anzubringen, welche 13 Personen genutzt haben. Dabei werden die folgenden Aussagen getroffen: das Assessment sei *wenig zielführend bei Menschen mit*

Behinderungen und die Beobachtungen und Einschätzungen der Therapeut:innen sollten mehr Gewicht haben. Außerdem werden die Kids Activity Cards als veraltet bewertet. Ein:eine Teilnehmer:in fragt im Rahmen dieses Antwortfeldes: Wie können die Einschätzungen der Bezugspersonen der Therapie nutzen?

Die anhand des Erhebungsinstruments erfassten Ergebnisse wurden dargestellt und erläutert. Dies ist die Basis für das nächste Kapitel, in welchem die dargestellten Ergebnisse mit Blick auf die Fragestellung diskutiert werden. Dabei werden sowohl die drei Leitfragen als auch die Forschungsfrage beantwortet.

5. Diskussion

Nach der umfassenden Darstellung der Umfrageergebnisse, werden diese im folgenden Kapitel zur Diskussion aufgegriffen. Zunächst werden anhand der Ergebnisse die Leitfragen und die Forschungsfrage beantwortet. Danach wird die Relevanz (Kapitel 5.1) für die ergotherapeutische Praxis dargestellt. Abschließend wird auf die Stärken und Limitationen der Bachelorarbeit (Kapitel 5.2) eingegangen.

1. Leitfrage: Wie setzen Ergotherapeut:innen das COPM innerhalb des therapeutischen Prozesses ein? (Wann? Mit wem? In welchem Rahmen?)

Um diese Frage zu beantworten, werden hier mehrere Aspekte berücksichtigt. Zunächst wird der zeitliche Faktor betrachtet. Ein Drittel der Therapeut:innen (33%) setzen das COPM „immer“ zu Beginn des therapeutischen Prozesses ein. Im Verlauf der Behandlung wird das Assessment von keiner Person „immer“ eingesetzt. Der Großteil der Befragten (61%) gibt an, es zu diesem Zeitpunkt nur „gelegentlich“ einzusetzen. Um das Erreichen der Ziele zu re-evaluieren, wird das COPM zum Abschluss der Therapie von 10% „immer“ eingesetzt. Über ein Drittel (37%) gibt an, es abschließend „oft“ einzusetzen. Dies zeigt, dass das COPM zu Beginn am häufigsten eingesetzt wird, um Betätigungsprobleme zu identifizieren. Die vom Assessment vorgesehene Re-Evaluation der Betätigungsanliegen wird deutlich weniger oft durchgeführt.

Der nächste Aspekt bezieht sich auf die Personen, mit welchen das COPM durchgeführt wird. 28% der Teilnehmer:innen geben an, das COPM mit Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren „nie“ einzusetzen. Wenn hingegen eine zusätzliche Bezugsperson hinzugezogen wird, wird es zu gleichen Teilen „oft“ eingesetzt. In der Altersgruppe der Sieben- bis Zwölfjährigen wird das Assessment „oft“ (31%) mit den Kindern alleine durchgeführt, jedoch zu 22% ebenfalls „oft“ mit einer zusätzlichen Bezugsperson. 31% der Befragten geben an, das COPM mit Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren „immer“ einzusetzen. Grundsätzlich wird es nur „selten“ (24%) ausschließlich mit den Eltern eingesetzt und über 50% geben an, es „nie“ mit anderen Vertrauenspersonen anzuwenden. Das zeigt, dass vor allem bei jüngeren Kindern häufig Bezugspersonen hinzugezogen werden. Das spiegelt die Schwierigkeiten von eben diesen Kindern wider, ihre Betätigungsanliegen zu kommunizieren. Zudem unterscheiden Ergotherapeut:innen die Anwendung des COPMs und die des COPM a-kids. Der Einsatz ist abhängig vom Alters- und Entwicklungsstand des Kindes. Wenn die Durchführung mit Bezugspersonen erfolgt, wird in der Regel das COPM verwendet.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Einsatz von Hilfsmitteln. 71% der Befragten nutzen Hilfsmittel beim Einsatz mit Kindern zwischen drei und sechs Jahren. Bei sieben- bis

zwölf-jährigen Kindern kommen Hilfsmittel bei 67% zum Einsatz. In der Altersgruppe der 13-18-Jährigen sowie bei Erwachsenen sind es nur noch 29%. Nur 18% nutzen keine Hilfsmittel. Das heißt, Hilfsmittel werden häufiger verwendet, je jünger die Kinder sind. Die Hilfsmittel werden in den unterschiedlichen Schritten des COPMs eingesetzt. 91% der Teilnehmer:innen nutzen diese bei der Einstufung der Wichtigkeit sowie der Bewertung der Performanz und Zufriedenheit. Dabei kommen meist adaptierte Skalierungen zum Einsatz. Zudem verwenden 81% bei der Abfrage der Betätigung Hilfsmittel, wie beispielsweise Bildkarten oder Betätigungsprofile. Die Wahl der Hilfsmittel lässt erkennen, in welchen Schritten des Assessments die Umsetzung mit Kindern schwierig ist. Da überwiegend Skalen und Bildkarten verwendet werden, scheint die Erhebung von Betätigungsproblemen im Alltag und deren Bewertung eine Herausforderung darzustellen.

Das Assessment selbst sowie das OTIPM sehen den erneuten Einsatz während der Interventionsphase vor. Wie die Ergebnisse deutlich machen, führen nur wenige Teilnehmer:innen diesen Schritt durch. Fisher (2017) greift das COPM auch in der Re-Evaluationsphase erneut auf, um das Erreichen der Ziele zu überprüfen. Auch das COPM selbst sieht diesen Schritt vor. Im Gegensatz zu der vorherigen Phase setzen die Befragten das COPM hier wieder etwas öfter ein, jedoch ist dieses Vorgehen der Re-Evaluation noch nicht bei allen Ergotherapeut:innen integriert. Wie aus den Ergebnissen abzuleiten ist, wird das Assessment eher zur Erhebung von Betätigungsproblemen eingesetzt als zur Überprüfung der Effektivität der Intervention. Eventuell kann eine Überarbeitung des Assessments in Anpassung an das pädiatrische Klientel den Einsatz des COPMs in der Interventions- sowie Re-Evaluationsphase erhöhen. Hilfsmittel werden vor allem bei der Durchführung mit jüngeren Kindern verwendet. Ebenso wird bei dieser Gruppe häufig eine Bezugsperson hinzugezogen. Durch die Anpassung des COPMs an den pädiatrischen Bereich könnten also vorwiegend jüngere Kinder profitieren, welche so aktiver in die Befunderhebung miteingebunden werden.

2. Leitfrage: Warum nutzen Ergotherapeut:innen das COPM in der Pädiatrie (nicht)?

Ein kleiner Teil (11%) der befragten Therapeut:innen nutzt keine Assessments, was das COPM einschließt. Die Gründe dafür sind beispielsweise, dass *Assessments für Kleinkinder nicht anwendbar* seien, das *Arbeitsumfeld den Einsatz von Assessments bei Kindern ablehne* oder den Therapeut:innen *keine Materialien* zur Verfügung stehen, d.h. dass die befragten Therapeut:innen das Assessment vermutlich nicht in ihrer Praxis vorliegen haben. Ein geringer Teil dieser Gruppe stützt sich lediglich auf interne Evidenzen und nutzt *eigene Methoden* zur Befunderhebung. Diese Gründe decken sich auch mit denen, welche gegen den Einsatz des COPMs sprechen. Zudem wird es nicht

genutzt, da es *nicht zu dem Klientel passt* und *zu viel Aufwand und Mühe für Klient:innen* sei. Auch wenn einige Teilnehmer:innen sich gegen den Einsatz des COPMs aussprechen, gibt es deutlich mehr Befürworter:innen. Dabei steht vor allem die *Klientenzentrierung* (92%) sowie die *Betätigungsfokussierung* (82%) im Vordergrund. Zudem wollen die Anwender:innen den Einbezug der Klient:innen (77%) in den Therapieprozess gewährleisten. Außerdem geben 67% der Befragten an, das COPM einzusetzen, um Veränderungen auf der Betätigungsebene abzubilden. Das wiederum spricht für den Einsatz in der Re-Evaluationsphase. Vorherige Zahlen belegen jedoch, dass der Einsatz in dieser abschließenden Phase noch nicht bei allen Ergotherapeut:innen etabliert ist. Demnach wäre es möglich, dass nur einzelne Schritte des COPMs, beispielsweise die Bewertung der Zufriedenheit, erneut durchgeführt werden. Ebenfalls über die Hälfte der Teilnehmer:innen gibt an, das COPM als Strukturierungshilfe und aufgrund der einfachen Anwendung zu nutzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Teilnehmer:innen, welche den Einsatz des COPMs befürworten, den grundlegenden Aspekten des zeitgenössischen Paradigmas Bedeutung beimessen und diese in ihrer therapeutischen Arbeit praktizieren wollen. Neben dem COPM gibt es auch andere klientenzentrierte und betätigungsfokussierte Assessments, wie das Pädiatrische Ergotherapeutische Assessment & Prozessinstrument (PEAP) (Kraus & Romein, 2015) oder das Fotointerview (Peter, 2018), welche stattdessen eingesetzt werden. Therapeut:innen, welche sich gegen den Einsatz des COPMs und andere klientenzentrierte Assessments aussprechen, begründen dies oft mit ihrem aktuellen Arbeitskontext, in welchem sie keinen Raum dafür sehen.

3. Leitfrage: Welche Herausforderungen und welche positiven Aspekte werden von Ergotherapeut:innen bei der Umsetzung beschrieben?

Das COPM als valides und reliables Assessment hat einige wissenschaftlich begründbare Vorzüge (Carswell et al., 2004), aber auch in der praktischen Anwendung sehen Ergotherapeut:innen einen deutlichen Nutzen. 32% der Befragten geben an, das COPM als *Unterstützung für den Therapieprozess* zu nutzen. Auch hier findet sich die *Klientenzentrierung* wieder, welche von 28% angegeben wurde. 23% heben die *Anwendbarkeit* des COPM hervor. Nur 19% gehen auf die *Betätigungsorientierung* des Assessments ein. Wie die Gründe für den Einsatz bereits zeigen, sind den Anwender:innen besonders die grundlegenden Aspekte des zeitgenössischen Paradigmas wichtig. Zudem sehen sie die Vorteile in der Gestaltung der Befunderhebung und des damit einhergehenden therapeutischen Prozesses. Dennoch zeichnen sich auch Herausforderungen in der Anwendung ab, denen sich die Therapeut:innen stellen müssen. Diese beziehen sich häufig auf die Durchführung des COPMs mit Kindern oder deren

Bezugspersonen. *Mangelndes Problembewusstsein*, sowohl seitens der Kinder als auch des erweiterten Klienten, geben 29% der Befragten als häufigste Herausforderung an. Durch diese Schwierigkeiten in der Befunderhebung könnte die Gestaltung einer betätigungsfokussierten Intervention eingeschränkt sein. 21% der Teilnehmer:innen geben an, dass ihnen die *Zusammenarbeit mit den Eltern* Schwierigkeiten bereitet. Im Rahmen dieser Schwierigkeit werden Gründe wie ein *geringer Überblick über die Fähigkeiten ihrer Kinder*, sowie eine *geringe Bereitschaft der Eltern* zur Mitarbeit angegeben. Der *Umgang mit den Arbeitsmaterialien* und den *zeitlichen Aufwand* geben 15% als erschwerenden Faktor an. 7% der befragten Therapeut:innen sehen Schwierigkeiten in der *Interviewführung* mit den Kindern und der anschließenden *Zielformulierung*. Erleichterung im Einsatz versprechen sich Teilnehmende von Hilfsmitteln (45%), Fortbildungen (26%) oder Anleitungen (21%) zur Anwendung des COPMs mit Kindern. Einige der Befragten setzen bereits regelmäßig Hilfsmittel ein. Die meisten Teilnehmer:innen geben konkrete Veränderungswünsche an. Den größten Anteil dabei machen *Bildkarten* und *adaptierte Skalen* zur visuellen Unterstützung aus. Zudem wünschen sich einige Teilnehmer:innen eine Anpassung des Layouts, um die Kinder während der Durchführung noch mehr in den Prozess miteinbeziehen zu können.

Das COPM wird trotz der Herausforderungen in der Arbeit mit Kindern häufig eingesetzt, was zeigt, dass das Assessment auch viele Vorzüge zu bieten hat. Es unterstützt Therapeut:innen bei der Strukturierung ihres methodischen Handelns, sowie der Betätigungszentrierung und -fokussierung ihrer Arbeit. 14% der Teilnehmer:innen, welche Assessments nutzen, geben an, das COPM früher im pädiatrischen Kontext eingesetzt zu haben, es aktuell jedoch nicht mehr zu verwenden. Dies zeigt, dass die Herausforderungen Therapeut:innen vom Einsatz des COPMs abhalten oder die Anwendung einschränken können. Da keine kausalen Zusammenhänge erhoben werden konnten, kann nicht erfasst werden, welche Anpassungen sich gerade diese Befragten wünschen würden. Allgemein wurde jedoch sehr deutlich angegeben, dass Hilfsmittel wie adaptierte Skalierungen und Bildkarten den Einsatz erleichtern würden.

Forschungsfrage: Welchen Stellenwert hat das COPM im ambulanten pädiatrischen Bereich für Ergotherapeut:innen in Deutschland und wie wird die Handhabbarkeit bewertet?

Das COPM ist ein sehr verbreitetes und bekanntes Assessment. Nur zwei Personen ist das Assessment gänzlich unbekannt. Über die Hälfte der Befragten arbeitet hingegen regelmäßig mit dem COPM in der pädiatrischen Praxis. Dabei steht dieses an fünfter Stelle der abgefragten 38 zur Auswahl gestellten Assessments, wobei das COPM a-kids auf dem vierten Platz steht. Daraus lässt sich schließen, dass Ergotherapeut:innen trotz

dem Aspekt, dass das COPM a-kids nicht mehr aktuell ist, bevorzugt auf die für Kinder entwickelte Version zurückgreifen, anstatt die Variante für Erwachsene zu nutzen. Die Gründe für die Anwendung des COPMs sind vor allem die Klientenzentrierung sowie die Betätigungsorientierung. Zudem sollen Klient:innen in den Therapieprozess miteinbezogen werden, wodurch den Kindern eine Stimme gegeben wird. Hierbei wird deutlich, dass das zeitgenössische Paradigma in der ergotherapeutischen Praxis immer präsenter wird. Trotz einer erkennbaren Tendenz in Richtung Betätigungsorientierung der Pädiatrie, beziehen viele Ergotherapeut:innen funktionsorientierte Assessments und Methoden in ihren Therapieprozess mit ein. Dies lässt auf die Anwendung einer "Two-Body-Practice" (Daniëls & Verhoef, 2019) schließen. Demnach werden im therapeutischen Reasoning Erhebungen aus dem empirisch-analytischen Bezugsrahmen mit den Ergebnissen aus dem interpretativen Bezugsrahmen verknüpft. So werden beispielsweise Tests zur kindlichen Entwicklung, wie dem MABC/MABC-2 (Henderson et al., 2007), mit betätigungsfokussierten Erhebungen, z.B. aus dem COPM, zusammengebracht. Dadurch kann eine ganzheitliche Sicht auf das Kind und dessen Kontext (siehe Kapitel 2.2.4) entstehen, auf welcher dann die Therapie aufgebaut werden kann. Andererseits scheinen sich einige wenige Ergotherapeut:innen im Aufbau ihrer therapeutischen Prozesse nur auf funktionsorientierte Assessments und Methoden zu stützen und handeln damit eher nach dem Bottom-up-Ansatz (Fisher, 2017). Zudem gibt es Therapeut:innen, die nicht die Betätigungsanliegen der Kinder in den Vordergrund stellen, sondern sich an denen der Eltern orientieren bzw. selbst Ziele für das Kind formulieren. Im Gegensatz dazu stützt sich das OTIPM (Fisher, 2017) auf den Top-down-Ansatz und stellt das Sich-Befassen mit Betätigung in den Fokus der Therapie. Um Ziele aufzustellen, werden zusammen mit Klient:innen für sie bedeutungsvolle Betätigungen bzw. Schwierigkeiten in deren Ausführung identifiziert. Dabei kann das COPM als Erhebungsinstrument eingesetzt werden, wodurch Klient:innen die Mitgestaltung der Therapie ermöglicht wird. Dies spiegeln auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie wider, da einer der häufigsten genannten Gründe für den Einsatz des COPMs der Einbezug der Klient:innen ist. Durch den Einsatz des COPMs zu Beginn des therapeutischen Prozesses, also in der Evaluationsphase, wird es zur Identifizierung von Betätigungsanliegen genutzt. Die erneute Durchführung in der Re-Evaluationsphase erfolgt deutlich seltener. Auch aus einer Studie zum Behandlungsprozess in Deutschland (Merklein de Freitas et al., 2015a) geht hervor, dass der Outcome- bzw. Re-Evaluationsphase häufig nur wenig Beachtung geschenkt wird. Meist findet nur eine Überprüfung der Therapieziele oder eine funktionelle Outcome-Messung statt. Eine betätigungsfokussierte Messung der Therapieergebnisse, wie sie das COPM vorsieht und ermöglicht, scheinen, wie die vorliegende Studie nahelegt, weniger vorzukommen

(Fisher, 2013; Law et al., 2020). Die Durchführung des COPMs erfolgt mit jüngeren Kindern häufig zusammen mit einer zusätzlichen Bezugsperson. Ab dem Grundschulalter erfolgt sie in der Regel mit dem Kind alleine. Zusammenfassend hat das COPM in Deutschland im pädiatrischen Setting, durch seine weite Verbreitung und häufige Verwendung, einen hohen Stellenwert. Die Anwendung weist jedoch vor allem mit jüngeren Kindern noch einige Schwierigkeiten auf, welche in der vorliegenden Studie identifiziert werden. Schwierigkeiten, wie ein *mangelndes Problembewusstsein*, sowie die *Zusammenarbeit mit den Eltern*, können im Rahmen einer Adaption an den pädiatrischen Bereich kaum beeinflusst werden. Es gibt aber auch einige Herausforderungen in der Anwendung, welche durch eine Neuauflage behoben werden können. Dazu gehört das *Arbeitsmaterial*, welches einer Anpassung an den aktuellen Kontext der Kinder bedarf. Zudem können Schwierigkeiten, wie die *Bewertung durch die Kinder* oder die *Zuordnung der Betätigungen in Betätigungsbereiche* mit Hilfe entsprechender Adaptionen erleichtert werden. Diese Aspekte schränken die Handhabbarkeit des COPM deutlich ein. Im Gegensatz dazu weist das Assessment auch einige Vorzüge auf, welche die Handhabbarkeit unterstützen. So kann es beispielsweise als Strukturierungshilfe für das methodische Vorgehen dienen. Zudem hilft es dabei, den Fokus der Therapie auf die Betätigung zu legen. Diese Herausforderungen und positiven Aspekte beeinflussen die Handhabbarkeit (siehe Kapitel 2.1) des Assessments, welche einen der sieben Unterpunkte der Praktikabilität nach Schönthaler (2016) darstellt.

Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, ist vor allem der Teilaspekt der Handhabbarkeit für diese Bachelorarbeit von großer Bedeutung, um die Anwendbarkeit des Assessments zu beurteilen. Die Handhabbarkeit wird im Durchschnitt mit der Note 2.27 bewertet. In anderen Teilen der Umfrage wird die Anwendbarkeit an sich von 23% der Teilnehmer:innen positiv beurteilt. Dabei hebt sich besonders die *einfache Durchführung*, als auch der *schnelle Überblick* über die Betätigungsanliegen hervor. Trotz dieser Vorzüge machen die Ergebnisse der offenen Fragen deutlich, dass eine Anpassung an die pädiatrische Praxis wünschenswert ist. Um diesbezüglich Handlungsempfehlungen formulieren zu können, werden zunächst die weiteren Aspekte der Praktikabilität beleuchtet. Die Praktikabilität wird von den Teilnehmer:innen im Durchschnitt mit der Note 2.15 bewertet. Zwar wird in der Forschungsfrage nach der Handhabbarkeit der Materialien gefragt, in der Umfrage hingegen werden auch die anderen Aspekte der Praktikabilität (Schönthaler, 2016) einbezogen. Diese Aspekte sind in Anlehnung an die Kriterien der Praktikabilität (siehe Kapitel 2.1) nach Schönthaler (2016) formuliert und geben ein facettenreicheres Bild als die ausschließliche Betrachtung der Handhabbarkeit wieder. Von den gesamten Kriterien wird der Aspekt *Energie und Ausbildungsaufwand für Therapeut:innen* mit 2.03 am besten bewertet. Das spricht dafür, dass das Assessment

für viele Anwender:innen mit geringem Aufwand leicht zu erlernen ist. Die *Dauer der Durchführung* wird mit der Durchschnittsnote 2.30 bewertet. Auch im weiteren Fragebogen wird der Zeitaufwand, vor allem im Einsatz mit Kindern, von einigen Teilnehmer:innen thematisiert. Mit 2.10 wird der Aspekt *Zeit für Vorbereitung und Auswertung* und mit 2.07 der *Aufwand für Klient:innen* bewertet. Wie bereits in der dritten und letzten Leitfrage aufgegriffen wird, entstehen durch die Anwendung mit Kindern häufig neue Herausforderungen und Anforderungen. Beispielsweise haben Kinder mehr Schwierigkeiten, ihre Betätigungsanliegen zu äußern, wodurch die Kommunikation während der Durchführung komplexer ist. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die *Verständlichkeit des COPM-Bogens*, welche im Durchschnitt mit 2.24 bewertet wurde. Dabei zeigt sich, dass dieser vor allem beim Einsatz im pädiatrischen Setting zu komplex aufgebaut ist. Der Punkt *Kosten und Verfügbarkeit* wurde mit 2.10 bewertet, wobei die 2 ebenfalls wie die 1 von jeweils 27% der Befragten vergeben wird. Vor allem für Angestellte ist dies jedoch kein wesentlicher Faktor für den Einsatz des Assessments, da sie selten die Kosten selbst tragen. Der Aspekt *Verständlichkeit des Handbuchs* erhält die Durchschnittsnote 2.08. Dabei war auffällig, dass über ein Fünftel der Befragten hierzu keine Angabe machen, woraus sich schließen lässt, dass das Handbuch wenig Bedeutung für ihre Praxis hat und die Einweisung beispielsweise von Kolleg:innen übernommen wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die gesamten Aspekte der Praktikabilität zwar im Durchschnitt die Note „gut“ ($M = 2.15$, $SD = 0.99$) erhalten, dennoch besteht der Bedarf zur Adaption an den pädiatrischen Kontext. Das Ergebnis lässt darauf schließen, dass die Teilnehmer:innen mit dem COPM in der Pädiatrie zufrieden sind. Jedoch sind noch Schwierigkeiten in der *Handhabbarkeit*, der *Dauer der Durchführung* und der *Verständlichkeit des COPM-Bogens* zu erkennen. Allgemein ist auffällig, dass sich eine Tendenz erkennen lässt, dass Befragte die Note 2 wählen. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Teilnehmer:innen die Beantwortung der Frage als schwer empfunden haben und deshalb die Note 2 als eher neutrale Angabe gewählt wurde. Dieses Vorgehen sollte durch das Antwortfeld „Keine Angabe“ ausgeschlossen werden. Zudem variiert die Anzahl der Teilnehmer:innen, welche die Note 2 vergeben haben, je nach Aspekt zwischen 27% und 55%. Da die Standardabweichungen aller Aspekte der Praktikabilität zwischen 0.78 und 1.13 liegt, gibt es hier eine hohe Streuung, was die Aussagekraft der Ergebnisse beeinflussen kann. Neben diesem positiven Ergebnis zeigen aber vor allem die offenen Fragen, dass Anwender:innen in der Pädiatrie mit Herausforderungen konfrontiert sind. Dies hebt die Notwendigkeit der Anpassung des Assessments für den Einsatz mit Kindern hervor.

Empfehlungen für die Neuauflage

Aus den erhobenen Herausforderungen und damit einhergehenden Veränderungswünschen der Teilnehmer:innen werden Anpassungsempfehlungen für eine Neuauflage aufgezeigt. Diese gliedern sich in drei Überpunkte auf: Layout und Sprache, Skalierung und Bildkarten. Zudem werden konkrete Vorschläge zur Umsetzung aufgezeigt. Diese wurden aus den Wünschen der Teilnehmer:innen abgeleitet, sind jedoch nur mögliche Beispiele, wie eine Adaption gestaltet werden könnte. Im Folgenden werden die einzelnen Anpassungsempfehlungen formuliert und erläutert.

Zunächst wird auf die Anpassungen des Layouts und der Sprache eingegangen. Dabei wäre es sinnvoll mehr Platz für die Betätigungsanliegen und zusätzliche Notizen zu schaffen. Damit Kinder während der Durchführung einen Überblick erhalten können, sollte der Bogen kindgerecht und übersichtlich gestaltet werden. Es wäre wichtig die Betätigungsbereiche für Kinder nachvollziehbarer zu gestalten. Beispielsweise könnte die Produktivität in die Unterpunkte: Kindergarten, Schule und Zuhause untergliedert werden. Durch die Sortierung nach dem Kontext können sich Kinder leichter in die Situation hineinversetzen und damit verbundene Schwierigkeiten identifizieren. Die Betätigungsbereiche, sowie die dazugehörigen Unterpunkte könnten beispielsweise durch Piktogramme dargestellt werden. Dadurch können Kinder selbst mit in den Bogen schauen und nachvollziehen in welchem Betätigungsbereich sie sich gerade befinden. Auch ältere Kinder könnten von einer graphischen Anpassung profitieren. Diese können zwar in der Regel bereits lesen, haben aber noch Schwierigkeiten, komplexe Begriffe wie Produktivität und Selbstversorgung zu verstehen. Dadurch ergibt sich eine weitere Empfehlung zur Anpassung der im Bogen verwendeten Sprache an die Kinder. Zudem könnten ältere Kinder oder Jugendliche die Ergebnisse selbst in den Bogen eintragen, wodurch sie noch mehr in den Prozess miteinbezogen werden.

Den größten Adaptionsbedarf stellt die Skalierungen dar. Diese sollten größer und bildlicher gestaltet werden, um den Kindern die Einstufung zu erleichtern. Dabei bieten sich beispielsweise unterschiedliche Smileys für die Skalierung der Zufriedenheit an. Wichtig wäre zudem, dass nicht nur am Anfang und Ende der Skalen ein Symbol steht, sondern über die ganze Skalierung hinweg andauern, um die Steigerung bzw. Abstufung der Bewertung deutlich sichtbar zu machen. Vor allem bei jüngeren Kindern wäre eine Skalierung mit geringeren Abstufungen sinnvoll, beispielsweise von eins bis fünf. Möglich wäre auch eine dreidimensionale Darstellung, bei der Kinder eine Figur oder Ähnliches auf den Skalenstufen platzieren könnten. Auch Kinder, die Schwierigkeiten mit dem Mengenverständnis haben, könnten von diesen Anpassungen profitieren und aktiver am Bewertungsprozess teilnehmen. Ein Beispiel zur Anpassung der Skalierung im pädiatrischen Setting wäre das "Ergänzende Handbuch für die Anwendung des

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) bei Kindern” (van der Molen – Meulmeester & Verkerk, 2019) aus den Niederlanden (siehe Kapitel 2.6). Dabei wird die Wichtigkeit mit Sternen, die Ausführung mit Daumen und die Zufriedenheit mit Smileys dargestellt.

Obwohl das COPM den Einsatz von Bildkarten nicht vorsieht, beziehen Teilnehmer:innen solche häufig aus anderen Assessments mit ein, um die Erhebung von Betätigungsproblemen zu erleichtern. Da auf dem Markt zurzeit kein aktuelles Material erhältlich ist, wünschen sich viele Teilnehmer:innen eine Ausführung, welche auf die heutigen Betätigungen der Kinder abzielen und das COPM ergänzen. In Kombination mit den Bildkarten wäre auch eine vergrößerte Skalierung hilfreich, die genügend Platz bietet, um die Karten darauf ablegen zu können. Dies ist keine konkrete Handlungsempfehlung, jedoch wäre es eine Möglichkeit, das Assessment zu erweitern.

5.1 Relevanz der Ergebnisse

Die vorliegende Studie zeigt, dass das COPM im pädiatrischen Bereich in Deutschland bereits sehr verbreitet ist und einen hohen Stellenwert einnimmt. Dies weist darauf hin, dass die aktuelle Arbeitsweise vieler Ergotherapeut:innen der Betätigungszentrierung immer mehr Bedeutung beimisst. Die Studie zeigt auch, dass einige der Teilnehmer:innen überwiegend funktionsorientierte Assessments einsetzen und auf betätigungsorientierte Assessments verzichten. Zudem könnte es sein, dass die Ergebnisse durch die Freiwilligkeit der Teilnahmen leicht zugunsten der Betätigungszentrierung verfälscht sind. Therapeut:innen, die den Einsatz von Assessments oder Betätigungszentrierung ablehnen, haben eventuell bereits aufgrund des Titels der Studie nicht an der Befragung teilgenommen.

Das zeitgenössische Paradigma hält immer mehr Einzug in die Ergotherapie in Deutschland. Damit einhergehend werden auch die Säulen der Ergotherapie (siehe Kapitel 2.2) zunehmend präsenter. Vor allem die Klientenzentrierung sowie die Betätigungsorientierung stehen dabei im Fokus der Arbeit. Wie schon in Kapitel 2.3 beschrieben, ist die Befunderhebung in der Pädiatrie komplexer als in vielen anderen ergotherapeutischen Bereichen. Kinder können ihre Betätigungsanliegen und Ziele häufig nicht alleine formulieren, deshalb bietet das COPM eine dafür ausgerichtete Strukturierungshilfe. Da die Kinder mit ihren Bedürfnissen im Fokus der Therapie stehen, ist es wichtig, diese auch zu Wort kommen zu lassen und die Verantwortung nicht allein auf die Eltern zu übertragen. Der erweiterte Klient kann den Erhebungsprozess unterstützen, doch es sollte darauf geachtet werden, im Sinne der Kinder zu entscheiden und zu handeln. Wie Verkerk et al. (2021) in ihrer Studie herausstellen, sehen sowohl

Eltern als auch Kinder den Einsatz des COPMs als wertvolles Mittel, um die Betätigungsanliegen der Kinder zu erheben und Fortschritte sichtbar zu machen.

Die Studie ist für die Ergotherapie in Deutschland relevant, da sie eine Grundlage zur Überarbeitung des COPMs für den pädiatrischen Kontext bietet. Es ist häufig schwierig, das auf Erwachsene ausgelegte Assessment mit Kindern durchzuführen. An diesen Herausforderungen, mit denen sich Ergotherapeut:innen in der Durchführung des Assessments konfrontiert sehen, wird die Notwendigkeit zur Anpassung an den pädiatrischen Kontext sichtbar. Daraus ergeben sich Anpassungsempfehlungen zu den verschiedenen Schritten des COPMs. Viele Kinder sind von der nicht kindgerechten Darstellung überfordert und haben dadurch Schwierigkeiten dem Prozess zu folgen. In den Niederlanden steht das "Ergänzende Handbuch für die Anwendung des Canadian Occupational Performance Measure (COPM) bei Kindern" (van der Molen – Meulmeester & Verkerk, 2019) zur Verfügung, wodurch die Durchführung sowohl für Ergotherapeut:innen, als auch für Kinder erleichtert wird. Da solch eine Adaption oder Unterstützung in Deutschland nicht vorhanden ist, wäre die Neuauflage des Assessmentes eine Bereicherung für die pädiatrische Ergotherapie. Aktuell bestehende Herausforderungen schränken einige Therapeut:innen bei der Anwendung ein oder halten sie gänzlich davon ab. Die Überarbeitung könnte demnach zum einen die Durchführung erleichtern und zum anderen viele weitere Therapeut:innen zum Einsatz ermutigen. Dies könnte die betätigungsorientierte Ausrichtung der pädiatrischen Ergotherapie flächendeckend unterstützen. Durch das adaptierte Befunderhebungsinstrument können die Betätigungsanliegen von Kindern leichter erfasst werden. Dies unterstützt die Aufstellung von Zielen für den weiteren Verlauf der Therapie. Zudem könnte eine Erleichterung der Erhebung und Bewertung bewirken, dass das Assessment in der Re-Evaluation häufiger eingesetzt wird, um die Erreichung der Ziele zu überprüfen. Somit würde diese abschließende Phase des therapeutischen Prozesses an Bedeutung gewinnen und Therapieerfolge sichtbarer machen (Merklein de Freitas et al., 2015b). Mit der Neuauflage des COPMs kann das zeitgenössische Paradigma vorangetrieben werden, wodurch vor allem die Säulen Klientenzentrierung, Betätigungsorientierung und Evidenzbasierung etabliert werden. Wie aus den Ergebnissen der Studie hervorgeht, geben einige Therapeut:innen den positiven Aspekt an, dass Klient:innen und ihren Bezugspersonen durch den Einsatz des COPMs veranschaulicht wird, was Ergotherapie bedeutet. Eine noch breitere Verwendung des COPMs in der Pädiatrie könnte also zusätzlich zu einer besseren Aufklärung über das Berufsfeld Ergotherapie und dessen Aufgabengebiet in der Gesellschaft beitragen.

5.2 Stärken und Limitationen der Bachelorarbeit

Das quantitative explorative Forschungsdesign (siehe Kapitel 3.1) ermöglicht es, mittels des Online-Fragebogens, viele Ergotherapeut:innen zu erreichen und eine große Datenmenge zu erheben. Dadurch kann ein breiter Überblick über den Einsatz des COPMs in der pädiatrischen Praxis in Deutschland erlangt werden. Zudem werden Erkenntnisse über die Herausforderungen sowie Vorzüge der Durchführung im pädiatrischen Kontext gewonnen. Durch die deskriptiv-statistische und qualitativ induktive Auswertung der Daten (siehe Kapitel 3.5) ist eine Interpretation bezüglich Anpassungsempfehlungen des Assessments möglich. Zur Gewährleistung der Qualität dieser Forschungsarbeit ist die Einhaltung der Gütekriterien (siehe Kapitel 3.6) wichtig. Dabei ergeben sich lediglich Einschränkungen in der externen Validität, da die Arbeitsbedingungen der befragten Therapeut:innen stark vom Kontext des deutschen Gesundheitssystems und der aktuellen Entwicklung des Berufsbildes, sowie der Ausbildung abhängen. Diese Abhängigkeit ist gleichzeitig sehr wichtig, da die Ergebnisse dieser Studie zur Anpassung des COPMs auf eben diesen Kontext genutzt werden sollen. Eine Limitation der Bachelorarbeit ist, dass der Pretest lediglich von zwei Tester:innen durchgeführt wurde. Zudem enthielt der Fragebogen trotz mehrmaliger Überarbeitung noch vereinzelt kleine Formfehler. Bei der abschließenden Analyse der Daten fiel auf, dass eine Frage missverständlich formuliert war, wodurch ein kleiner Teil der Antworten nicht zur Auswertung herangezogen werden konnte. Aufgrund der Aktivierung der erweiterten Einstellungen für *Identität verbergen* im Fragebogen, konnten die Antworten nicht miteinander verknüpft werden. Dadurch können keine kausalen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Fragen hergestellt werden. Zudem erfolgte die Abfrage der Praktikabilität nicht differenziert genug, um tiefere Aussagen treffen zu können. Durch genaue Definitionen der einzelnen Aspekte der Praktikabilität hätten eventuell Unklarheiten verhindert werden können, sodass die Teilnehmenden die Aussagen präziser hätten bewerten können. Eine detailliertere Abfrage der einzelnen Punkte hätte jedoch den Rahmen der Bachelorarbeit überschritten. Die Rekrutierung fand ausschließlich über digitale Medien statt, was vor allem ältere potentielle Teilnehmer:innen abgeschreckt haben könnte. Zudem könnten einige Ergotherapeut:innen nicht an der Umfrage teilgenommen haben, nachdem sie gelesen haben, dass es um das COPM geht. Diese letzten zwei Aspekte könnten die Stichprobe verfälscht haben. Neben den Limitationen enthält diese Arbeit jedoch auch einige Stärken. Durch den Einsatz des quantitativen Forschungsdesigns, sowie die hohe Reichweite durch verschiedene Online-Plattformen, nahmen viele Teilnehmer:innen (89) an der Umfrage teil. Zudem entstanden qualitativ hochwertige Datensätze, welche für die Analyse verwendet werden konnten. Dadurch ist diese repräsentativ für Deutschland.

Durch das explorative Studiendesign konnten erste Einblicke in die Anwendung des COPMs im Fachbereich Pädiatrie in Deutschland erhalten und ein weiterer Forschungsbedarf aufgestellt werden. Eine weitere Stärke ist die Anonymisierung der Teilnehmer:innen, wodurch Versuchsleiter-Bias ausgeschlossen wurden.

5.3 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über den aktuellen Einsatz des COPMs in der ambulanten pädiatrischen Praxis in Deutschland. Es wurde erhoben, wie das COPM im Berufsalltag der Ergotherapeut:innen eingesetzt wird und welche Herausforderungen sich dadurch ergeben. Zudem wurden die Gründe für den Einsatz erfasst. Die meisten Teilnehmer:innen wenden das COPM zur Befunderhebung an, nicht aber zur Überprüfung der Ziele während oder nach der Therapie. Vor allem bei jüngeren Kindern werden häufig Bezugspersonen hinzugezogen und Hilfsmittel eingesetzt. Auch wenn einige wenige Teilnehmende den Einsatz von Assessments grundsätzlich ablehnen, zeigt sich anhand der Begründungen für den Einsatz, dass die therapeutische Arbeitsweise sich mehr und mehr in Richtung des zeitgenössischen Paradigmas ausrichtet. Besonders präsent ist hierbei die zunehmende Orientierung der Therapie an der Klientenzentrierung der Kinder und der Betätigungsfokussierung. Die Strukturierung des methodischen Vorgehens mit Bezug zur Betätigung wurde als besonders positiver Aspekt des COPMs hervorgehoben. Im Gegensatz dazu gibt es jedoch auch einige Herausforderungen, welche Anwender:innen kritisieren. Nicht alle davon lassen sich durch eine Neuauflage beheben. Eine präzente Herausforderung, welche bewältigt werden könnte, ist der *Umgang mit dem Arbeitsmaterial*. Dabei wird deutlich, dass vor allem eine Anpassung der Skalierung notwendig ist.

Durch die Beantwortung dieser Leitfragen, nach dem Rahmen, den Gründen für und gegen den Einsatz, sowie den Herausforderungen und positiven Aspekten, konnte die Forschungsfrage zum Stellenwert und der Handhabbarkeit des Assessments beantwortet werden. Durch seine weite Verbreitung und Einsatz im pädiatrischen Setting genießt das COPM einen hohen Stellenwert, dennoch gibt es noch einige Schwierigkeiten bei der Anwendung, wodurch die Handhabbarkeit eingeschränkt ist. Das Ziel dieser Arbeit ist, neben der Erhebung zu Einsatz und Verbreitung des Assessments in der Pädiatrie, das Aufstellen von Handlungsempfehlungen für die Überarbeitung des COPMs für die Pädiatrie. Dabei sollte das Augenmerk vor allem auf die Gestaltung der Skalierung sowie des Layouts gelegt werden. Zudem sollte auch die kindgerechte Sprachgestaltung ausgearbeitet werden. Eine verbesserte Neuauflage des COPMs könnte die Verbreitung des zeitgenössischen Paradigmas sowie der Säulen Klientenzentrierung, Betätigungsfokussierung und Evidenzbasierung in der pädiatrischen Ergotherapie

unterstützen. Dadurch wird der Einbezug der Kinder als Hauptakteure der Therapie gewährleistet, sodass diese mit ihren Betätigungsanliegen im Vordergrund stehen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bieten eine grundlegende Handlungsbasis für die Arbeit an der Verbesserung des COPMs für den pädiatrischen Kontext der Ergotherapie in Deutschland. Die vorliegende Arbeit inklusive der Handlungsempfehlungen wird an die Gruppe, welche sich in Zukunft mit der Entwicklung des COPMs für die Pädiatrie beschäftigt, weitergeleitet. Die Arbeiten zu der Neuauflage werden voraussichtlich Anfang 2022 aufgenommen. Die erhobenen Handlungsempfehlungen könnten in einer Delphi-Studie genauer auf ihre Verständlichkeit und Anwendbarkeit erforscht werden. Zudem wäre es sinnvoll die Praktikabilität des COPMs in der Pädiatrie differenzierter zu erheben, um die Anwendbarkeit für Ergotherapeut:innen und Klient:innen genauer zu beleuchten. Da die Praktikabilität mit ihren Unterpunkten jedoch einen großen Umfang in Anspruch nimmt, wäre dies über den Rahmen dieser Bachelorarbeit hinausgegangen. Allerdings könnten diese in einer eigens dafür ausgelegten Studie genauer erforscht werden. Viele Teilnehmer:innen wünschen sich aktuelle Bildkarten zur Erhebung kindlicher Betätigungen und deren Bewertung im Rahmen des COPMs. Aktuelle Bildkarten in Form eines Hilfsmittels für das COPM im pädiatrischen Bereich könnten in weiteren Arbeiten entwickelt und gestaltet werden.

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process* (4th edition). American Occupational Therapy Association.
- BED e.V. (2021). *BED e.V. - Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V.* <https://www.bed-ev.de/home/Default.aspx>
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geißler, D., Düchting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N., Menzel, M., Netzband, A., Reichel, K., Reßler, W., Schmidt, M., Seiferth, W., Thieme, H., & Winkelmann, B. (2007). Die Forschungspyramide— Diskussionsbeitrag zur Evidenz-basierten Praxis in der Ergotherapie. *ergoscience*, 2(2), 56–63. <https://doi.org/10.1055/s-2007-963004>
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210–222. <https://doi.org/10.1177/000841740407100406>
- Christiansen, C. H., & Haertl, K. L. (2019). A Contextual History of Occupational Therapy. In *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (13th Edition, S. 11–42).
- COPM Inc. (2017, Dezember). *COPM December 2017 Newsletter*. Canadian Occupational Performance Measure. <https://mailchi.mp/77d4f8f44956/copm-december-2017-newsletter-1880281>
- Costa, U. M. (2016). Arbeit mit Eltern und Umfeld von Kindern und Jugendlichen. In *Ergotherapie in der Pädiatrie* (1. Auflage, S. 141–150). Schulz-Kirchner Verlag.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (Second Edition, S. 229–246). CAOT PUBLICATIONS ACE.
- Cup, E., & van Hartingsveldt, M. (2019). 8.2 Ausgangspunkte in der Ergotherapie. In *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 197–201). Georg Thieme Verlag KG.
- Daniëls, R., & Verhoef, J. (2019). Professionelles Reasoning. In *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, S. 502–518). Georg Thieme Verlag KG.
- Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H. J. (2013). Using the Canadian Practice Process Framework: Amplifying the process. In *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (Second Edition, S. 247–272). CAOT PUBLICATIONS ACE.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>

- Druml, C. (2010). *Ethikkommissionen und medizinische Forschung: Ein Leitfaden für alle an medizinischer Forschung Interessierte* (1. Aufl). facultas.wuv.
- DVE. (2015). *ERGOTHERAPIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE*. 2.
- Enemark Larsen, A., Rasmussen, B., & Christensen, J. R. (2018). Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*, 2018, 5956301. <https://doi.org/10.1155/2018/5956301>
- Fayed, N., & Kerr, E. N. (2009). Identifying Occupational Issues among Children with Intractable Epilepsy: Individualized versus Norm-Referenced Approaches. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 90–97. <https://doi.org/10.1177/000841740907600206>
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational therapy intervention process model: A model for planning and implementing top-down, client-centered and occupation-based interventions*. Three Star Press.
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162–173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Fisher, A. G. (2017). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (B. Dehnhardt, Übers.; geringfügig überarbeitete Auflage 2017). Schulz-Kirchner.
- Gede, H. (2016). Hätte mir früher mal jemand zugehört ... Mit Kindern Gespräche führen. In *Ergotherapie in der Pädiatrie* (1. Ausgabe, S. 109–118). Schulz-Kirchner Verlag.
- Gede, H., Kriege, S., Strebel, H., & Sulzmann-Dauer, I. (2007). *Kinder zu Wort kommen lassen: Die adaptierte Version des Canadian Occupational Performance Measure für Grundschul Kinder* (3., 3., aktualisierte Auflage 2014). Schulz-Kirchner.
- Gritsch, S. (2012). Die Likert-Skala – Meinungen abbilden. *ergopraxis*, 5(01), 16–17. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1300814>
- Harth, A., & Pinkepank, S. (2007). Diagnostische Verfahren. In *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung* (3. Auflage, S. 254–264). Georg Thieme Verlag.
- Hasselbusch, A. (2016). Forschung—Wissen schaffen für die Praxis. In *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert—Betätigungsorientiert—Evidenzbasiert* (1. Auflage, S. 161–178). Schulz-Kirchner Verlag.
- Hasselbusch, A., Zillhardt, C., & Lang, K. (2016). Inklusives Arbeiten in Kindertagesstätten und Schulen. In *Ergotherapie in der Pädiatrie*:

- Klientenzentriert—Betätigungsorientiert—Evidenzbasiert* (1. Auflage, S. 447–464). Schulz-Kirchner Verlag.
- Heller, B. (2016). Kindliche Entwicklung. In *Ergotherapie in der Pädiatrie* (1. Auflage, S. 25–34). Schulz-Kirchner Verlag.
- Henderson, S. E., Sugden, D., Barnett, Anna L., & Harcourt Assessment. (2007). *Movement Assessment Battery for Children-2*. Harcourt Assessment.
- Hinojosa, J., & Kramer, P. (2014). *Evaluation in occupational therapy: Obtaining and interpreting data*.
- Hofmann, M. (2010). Rollenwechsel in Der Ergotherapie – Von der Basteltante zur Ergotherapeutin. *ergopraxis*, 3(11/12), 28–31. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1268538>
- Kaldewei, N. (2019). Was Ergotherapie ausmacht – Kompetenzprofil. *ergopraxis*, 12(02), 8–9. <https://doi.org/10.1055/a-0770-3229>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kinébanian, A., & Logister-Proost, I. (2019). Begriffe Verstehen—Der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle. In *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 353–377). Georg Thieme Verlag KG.
- Knagge, S. (2016). Modelle in der pädiatrischen Ergotherapie. In *Ergotherapie in der Pädiatrie* (1. Auflage, S. 63–82). Schulz-Kirchner Verlag.
- Kraus, E. (2016). Ergotherapeutische Diagnostik in der Pädiatrie. In *Ergotherapie in der Pädiatrie* (1. Auflage, S. 133–140). Schulz-Kirchner Verlag.
- Kraus, E., & Romein, E. (2015). *PEAP Pädiatrisches Ergotherapeutisches Assessment & Prozessinstrument* (1. Auflage 2015). Schulz-Kirchner.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2020). *COPM 5th Edition Revised: Canadian Occupational Performance Measure* (B. Dehnhardt, S. George, & A. Harth, Übers.; überarbeitete Auflage 2020). Schulz-Kirchner.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Logister-Proost, I. (2019). Occupational Therapy Practice Framework (OTPF). In *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, S. 422–438). Georg Thieme Verlag.
- Mangold, S. (2013). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie Reflektiert—Systematisch—Wissenschaftlich fundiert* (2. Auflage). Springer.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl). Beltz.

- Merklein de Freitas, C., Pott, U., Weber, B., Wendel, E., & Zillhardt, C. (2015a). *Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten Teil 1: Qualitative Bestandsaufnahme. Ergotherapie und Rehabilitation*, 23–26.
<https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-51020151103>
- Merklein de Freitas, C., Pott, U., Weber, B., Wendel, E., & Zillhardt, C. (2015b). Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten Teil 2: Ergotherapie – quo vadis? *Ergotherapie & Rehabilitation*, 24–28.
- Mohr, S., Lambracht, S., Bühler, S., & Nicht, D. (2021). Therapie auf Knopfdruck – Betätigungszentrierung via Teletherapie. *ergopraxis*, 14(02), 42–45.
<https://doi.org/10.1055/a-1338-6650>
- O'Brien, J. C., & Kielhofner, G. (2017). The Interaction between the Person and the Environment. In *Kielhofner's Model of Human Occupation* (5. Auflage). Wolters Kluwer.
- Peter, V. (2018). Foto-Interview – „Das möchte ich verbessern“. *ergopraxis*, 11(01), 26–28. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120126>
- Pfeifer, A., & Schuchmann, M. (1996). *Datenanalyse mit SPSS für Windows*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag. <https://doi.org/10.1515/9783486791105>
- Polatajko, H. J. (2007). Fit Chart. In *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation; official practice guidelines for the Canadian Association of Occupational Therapists*. CAOT Publ.
- Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., & Townsend, E. A. (2007). Canadian Practice Process Framework. In *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (S. 233). CAOT PUBLICATIONS ACE.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Cantin, N., Dubouloz-Wilner, C.-J., & Trentham, B. (2013). Occupation-based practice: The essential elements. In *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision For Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (Second Edition). CAOT PUBLICATIONS ACE.
- Porst, R. (2014). *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch* (4., erw. Aufl). Springer VS.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-02118-4>
- Porst, R. (2019). Frageformulierung. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 687–700). Springer VS.
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. A. (Hrsg.). (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Springer.
- Ritschl, V., Weigl, R., Stamm, T. A., & Neururer, S. (Hrsg.). (2016). Auswertung quantitativer Daten. In *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen,*

- Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 193–206). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Rodger, S. (2010). *Occupation-centred practice with children: A practical guide for occupational therapists*. Blackwell.
- Rogers, C. R. (1981). *Die nicht-direktive Beratung* (Nachdr. d. 2. Aufl. d. Kindler-Studienausg, 5 Aufl.). Kindler.
- Romein, E. (2016). Kindliche Betätigungen und Betätigungsentwicklung. In *Ergotherapie in der Pädiatrie* (1. Auflage, S. 41–54). Schulz-Kirchner Verlag.
- S. Albuquerque & L. Farias. (2019). Transition to health democracy in France: Occupational therapy for population-based interventions. *European Journal of Public Health, Vol. 29*, 555–556.
- Satink, T., & Van de Velde, D. (2019). Kerndomänen der Ergotherapie. In *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, S. 74–95). Georg Thieme Verlag.
- Scholl, A. (2015). *Die Befragung* (3., überarb. Aufl.). UVK-Verl.-Ges.
- Schönthaler, E. (2016). Assessments. In *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 249–266). Springer.
- Schubert, A. (2019). Lernbedarf von PraktikerInnen der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie für evidenzbasiertes Arbeiten—Querschnittsstudie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 140*, 43–51.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.02.003>
- Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application* (5. Edition). Lippincott Williams and Wilkins.
- Thielsch, M. T., & Weltzin, S. (2014). Online-Umfragen und Online-Mitarbeiterbefragungen. In *Praxis der Wirtschaftspsychologie. 3* (S. 109–129). Verl.-Haus Monsenstein und Vannerdat.
- 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. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000828>
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (Second Edition, S. 87–134). CAOT PUBLICATIONS ACE.
- Townsend, E. A., Egan, M., Law, M., Manojlovich, M., & Head, B. (2013). Escalating participation in scholarly practice for enabling occupation. In *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (second Edition).

- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*.
- Townsend, E., Polatajko, H. J., & Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation; official practice guidelines for the Canadian Association of Occupational Therapists* (S. 23). CAOT Publ.
- Townsend, E., Polatajko, H. J., Craik, J., & Davis, J. (2007). Canadian Model of Client-Centred Enablement. In *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation; official practice guidelines for the Canadian Association of Occupational Therapists* (S. 110). CAOT Publ.
- van der Hulst, P., Ollevier, A., & Wouda, P. (2019). Qualitätssicherung auf der Ebene des Teams, der Abteilung und der Organisation. In *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, S. 572–575). Georg Thieme Verlag KG.
- van der Molen – Meulmeester, E. A., & Verkerk, G. J. Q. (2019). *Aanvullende handleiding voor het gebruik van de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) bij kinderen zelf*. Amsterdam UMC, locatie AMC.
- Verkerk, G. J. Q., van der Molen-Meulmeester, L., & Alsem, M. W. (2021). How children and their parents value using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) with children themselves. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 14(1), 7–17. <https://doi.org/10.3233/PRM-190604>
- Vincon, S., Romein, E., Burmester, S., & Langsdorf, S. (2015). Klientenzentrierte Ergotherapie in der Pädiatrie – Ein roter Faden für die Therapie. *ergopraxis*, 8(03), 28–32. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1548571>
- Weigl, R. (Hrsg.). (2016). Fragebogen. In *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 160–182). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Zillhardt, C., & Merklein de Freitas, C. (2016). Das Canadian Practice Process Framework (CPPF). In *Ergotherapie in der Pädiatrie* (1. Auflage, S. 87–100). Schulz-Kirchner Verlag.

Tabellenverzeichnis

Tabelle	Titel der Tabelle	Seite
Tabelle 1	Auszug aus der Tabelle Evidenzlevel der Artikel nach Tomlin & Borgetto (2011)	S. 14
Tabelle 2	Arten von Befunderhebungsinstrumenten	S. 24
Tabelle 3	Aktionspunkte des CPPF	S. 31
Tabelle 4	Aufschlüsselung der Variablen in Indikatoren und Merkmalsausprägungen	S. 47
Tabelle 5	Paraphrasenbildung zu Frage 26	S. 54
Tabelle 6	Kategorienbildung zu Frage 26	S. 55
Tabelle 7	Häufigkeitsanalyse der Kategorien	S. 55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung	Titel der Abbildung	Seite
Abbildung 1	Fit Chart	S. 22
Abbildung 2	The CMOP-E: Specifying our domain of concern	S. 27
Abbildung 3	Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE)	S. 28
Abbildung 4	Canadian Practice Process Framework (CPPF)	S. 30
Abbildung 5	Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)	S. 33
Abbildung 6	Frage 22: Welche Hilfsmittel nutzen Sie in der Regel?	S. 52
Abbildung 7	Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse	S. 53
Abbildung 8	Analyseverfahren der Studie	S. 53
Abbildung 9	Frage 3: Was ist Ihr höchster Abschluss im Bereich der Ergotherapie oder in vergleichbaren Fachbereichen?	S. 60
Abbildung 10	Frage 16: Warum benutzen Sie das COPM / COPM a-kids im pädiatrischen Bereich?	S. 61
Abbildung 11	Frage 17: Benutzen Sie in Ihrer Arbeit das COPM oder COPM a-kids?	S. 62
Abbildung 12	Frage 19: Wann setzen Sie das COPM / COPM a-kids innerhalb Ihres Therapieprozesses ein? (zu Beginn)	S. 62
Abbildung 13	Frage 20: Mit wem führen Sie das COPM / COPM a-kids in der Regel durch? (mit Kindern im Alter von 13-18 Jahren alleine)	S. 63
Abbildung 14	Frage 22: Welche Hilfsmittel nutzen Sie in der Regel?	S. 64
Abbildung 15	Frage 25: Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM / COPM a-kids in Ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte? (Handhabbarkeit)	S. 65

Abbildung 16 Frage 29: Gibt es etwas, das Ihnen den Einsatz des COPM / COPM a-kids in der Pädiatrie erleichtern würde? S. 66

Anlagen

Anlage A

PIO-Frage: Wie wird das COPM im pädiatrischen Setting angewendet?

P: Kinder

I: COPM

O: Anwendung

Tabelle A1

Suchbegriffe

Suchbegriffe	
Deutsch	Englisch
Primäre Suchbegriffe	
COPM	COPM
“Canadian Occupational Performance Measure”	“Canadian Occupational Performance Measure”
Kinder	Children
Jugendliche	Youth
“Junge Erwachsene”	Adolescents
Anwendung	Practice
Einsatz	Use
Pädiatrie	Pediatrics
“Pädiatrisches Setting”	“Pediatrics setting”
Sekundäre Suchbegriffe	
Betätigungsbasierung	Occupation-based
Betätigungszentriert	Occupation-centred
Klientenzentrierung	Client-centred
Assessment	Assessment

Anlage B

Beispiele für Literaturrecherche in unterschiedlichen Datenbanken

Tabelle B1

Datenbank SAGE Journals

Datenbank SAGE Journals			
Stichwörter und Operatoren	Filter	Trefferanzahl	Notizen
COPM		104	<ul style="list-style-type: none"> • The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review • Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: Effect on practice
COPM AND children		60	<ul style="list-style-type: none"> • Identifying occupational issues among children with intractable epilepsy: Individualized versus norm-referenced approaches • Perceived Occupational Performance in Youth with Eating Disorders: Treatment-Related Changes

Tabelle B2

Datenbank OTseeker

Datenbank OTseeker			
Stichwörter und Operatoren	Filter	Trefferanzahl	Notizen
COPM		41	
COPM AND Children		17	<ul style="list-style-type: none"> • Can children identify and achieve goals for intervention? A randomized trial comparing two goal-setting approaches (NICHT VERFÜGBAR)

“Canadian Occupational Performance Measure”	0
---	---

Tabelle B3

Datenbank pubmed

Datenbank pubmed			
Stichwörter und Operatoren	Filter	Trefferanzahl	Notizen
“Canadian Occupational Performance Measure”	-	603	
“Canadian Occupational Performance Measure”	2011-2021	455	<ul style="list-style-type: none"> • Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure.
"Canadian Occupational Performance Measure" AND children	2011-2021	236	<ul style="list-style-type: none"> • Documenting change with the Canadian Occupational Performance Measure for children with cerebral palsy • The Canadian Occupational Performance Measure (COPM): a valuable tool for children with cerebral paresis • How children and their parents value using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) with children themselves

Tabelle B4

Datenbank Google Scholar

Datenbank Google Scholar			
Stichwörter und Operatoren	Filter	Trefferanzahl	Notizen
COPM		14.300	

COPM AND children		5.210	
COPM AND children AND practice		4.220	
COPM AND children AND practice	Ab 2016	1.980	
COPM AND children AND practice AND pediatrics		1.140	
COPM AND children AND practice AND pediatrics	Ab 2020	405	
COPM AND children AND practice AND pediatrics NOT CO-OP		342	
COPM AND children AND practice AND pediatrics NOT CO-OP NOT COVID-19		298	<ul style="list-style-type: none"> • Canadian Occupational Performance Measure and Early Intervention: A Scoping Review • “Help Me to Improve my Own Priorities!”: A Feasibility Study of an Individualized Intensive Goal Training for Adolescents with Cerebral Palsy • Occupational Performance of Pediatric Patients with Neuromuscular Diseases: Perspectives of Patients and Their Parents

Anlage C

Beispiele für die Einordnung des Evidenzlevels nach Borgetto (2011)

Tabelle C1

Evidenzlevel nach Tomlin und Borgetto (2011)

Verwendete Studien	Evidenzlevel nach Tomlin und Borgetto (2011); Borgetto et al., 2007
Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 71(4), 210–222.	<u>Descriptive Research:</u> Systematic reviews 1. Evidenzlevel
Enemark Larsen, A., Rasmussen, B., & Christensen, J. R. (2018). Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure. <i>Occupational Therapy International</i> , 2018, 5956301.	<u>Qualitative Research:</u> Meta-syntheses of related qualitative studies 1. Evidenzlevel
Fayed, N., & Kerr, E. N. (2009). Identifying Occupational Issues among Children with Intractable Epilepsy: Individualized versus Norm-Referenced Approaches. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 76(2), 90–97.	<u>Outcome Research:</u> One-group pre-post studies 4. Evidenzlevel

Anlage D

10 Gebote zur Fragebogengestaltung nach Porst (2014, SS. 99-100)

1. Du sollst einfache, unzweideutige Begriffe verwenden, die von allen Befragten in gleicher Weise verstanden werden!
2. Du sollst lange und komplexe Fragen vermeiden!
3. Du sollst hypothetische Fragen vermeiden!
4. Du sollst doppelte Stimuli und Verneinungen vermeiden!
5. Du sollst Unterstellungen und suggestive Fragen vermeiden!
6. Du sollst Fragen vermeiden, die auf Informationen abzielen, über die viele Befragte mutmaßlich nicht verfügen!
7. Du sollst Fragen mit eindeutigem zeitlichem Bezug verwenden!
8. Du sollst Antwortkategorien verwenden, die erschöpfend und disjunkt (überschneidungsfrei) sind!
9. Du sollst sicherstellen, dass der Kontext einer Frage sich nicht (unkontrolliert) auf deren Beantwortung auswirkt!
10. Du sollst unklare Begriffe definieren!

Anlage E

Rückmeldung der Pretester:innen:

Die Pretester:innen erhielten den Fragebogen am 05. Juni 2021, die Rückmeldung erfolgte nach 2-3 Tagen. Das Feedback erfolgte in Form einer Sprachnachricht und eines persönlichen Gesprächs. Die Anmerkungen der Pretester:innen wurden gesammelt. Im Vergleich der Anmerkungen zeigte sich eine große Übereinstimmung, was die Überarbeitung vereinfachte. Zwei Fragen wurden zu einer zusammengefasst und in der Formulierung angepasst, da beide Fragen sich nur wenig in den beabsichtigten Antworten unterschieden, daher war der Sinn der Fragen für die Pretester:innen schwer nachvollziehbar. In der Antworten-Matrix zur Frage nach der Praktikabilität des Assessments wurde auf Empfehlung einer Pretesterin neben den Bewertungsmöglichkeiten von „sehr gut“ bis „ungenügend“ die Option „Keine Angabe“ eingefügt, um die Verzerrung des Ergebnisses durch falsche Angaben zu vermeiden. Zudem wurde der Anfangstext hinsichtlich des Aufbaus überarbeitet.

Zum Abschluss der Pretest-Phase tauschte sich das Forscherteam noch einmal mit der Bachelorbegleiterin aus. Anschließend wurde der Fragebogen in einigen Punkten erneut angepasst. Hierbei wurden weitere Formulierungsdetails in Fragen und Antworten überarbeitet und ein technischer Anzeigefehler behoben.

Anlage F

Fragebogen

Umfrage zu Assessments in der Pädiatrie

Schön, dass Sie da sind und herzlich Willkommen zu unserer Umfrage!

Viele kennen das COPM. Wir möchten mit unserer Bachelorarbeit herausfinden, ob und wie Ergotherapeut:innen es mit Kindern aktuell praktisch umsetzen. Aus den Ergebnissen der Umfrage werden wir Verbesserungsvorschläge für die Überarbeitung des COPM in der Pädiatrie ableiten.

Seien Sie dabei und helfen Sie das COPM in der Pädiatrie zu verbessern!

Es ist uns wichtig zu betonen, dass es **keine richtigen oder falschen Antworten** gibt, da für unsere Auswertung alle Antworten relevant sind. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Alle personenbezogenen Daten werden anonymisiert erhoben und selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Es können keine Rückschlüsse zu Ihrer Person gezogen werden. Ihre Daten dienen ausschließlich unserer wissenschaftlichen Untersuchung und werden nach Abschluss der Studie gelöscht.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ca. **5-20 Minuten**, je nach Erfahrung mit dem COPM. Wir stellen Ihnen geschlossene und offene Fragen, bei denen Sie die Möglichkeit haben, kurze Antworten selbst zu formulieren.

Sollten Sie Fragen zur Umfrage oder unseren Forschungsergebnissen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. "**bachelor-copm@gmx.de**"

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Mitmachen und sind gespannt auf Ihre Antworten!

Antonia Henrich und Lena Stauber

Ihre Identität bleibt verborgen.

Hinweis: Um die Identität der befragten Personen zu schützen, werden bei Umfragen mit aktivierter Einstellung «Verborgene Identität» systemmässig keine Informationen zusammen mit der Umfrage-Antwort gespeichert, welche eine Identifikation der befragten Personen zulassen. Diese sind z.B. Typ und Version des Browsers, IP-Adresse, Betriebssystem oder E-Mail-Adresse.

Beantworten Sie zunächst bitte einige Fragen zu Ihrer Person.

2) * In welchem Bundesland arbeiten Sie?

Baden-Württemberg

Bayern
Berlin
Brandenburg
Bremen
Hamburg
Hessen
Mecklenburg-Vorpommern
Niedersachsen
Nordrhein-Westfalen
Rheinland-Pfalz
Saarland
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein
Thüringen
Ich arbeite nicht in Deutschland. (Beendet die Umfrage)

3) * Wie alt sind Sie?

unter 20
20 bis 29
30 bis 39
40 bis 49
ab 50

4) * Was ist Ihr höchster Abschluss im Bereich der Ergotherapie oder in vergleichbaren Fachbereichen?

Ausbildung
Bachelor
Diplom
Master
Promotion

5) * Wie lange liegt Ihr letzter Abschluss zurück?

weniger als 2 Jahre
2 bis 5 Jahre
6 bis 10 Jahre
11 bis 20 Jahre
mehr als 20 Jahre

Beantworten Sie bitte folgende Fragen zu Ihrer beruflichen Situation.

6) * In welchem Setting arbeiten Sie?

Ambulante Praxis
Frühförderung
Ambulante Klinik
SPZ
Sonstiges

7) * Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie mit pädiatrischem Klientel? (Runden Sie bitte auf ganze Jahre auf.)

8) * Wie hoch ist Ihr wöchentlicher pädiatrischer Arbeitsanteil circa?

0%
25%
50%
75%
100%

9) Haben Sie Fortbildungen im Fachbereich Pädiatrie mit den Schwerpunkten Betätigungsorientierung oder Assessments, die Sie für Ihre Arbeit als besonders wichtig erachten? Wenn ja, benennen Sie diese bitte kurz.

10) * Haben Sie an einer Fortbildung zur Durchführung des COPM oder COPM a Kids teilgenommen?

Ja
Nein

Damit deutlich wird, was wir im Rahmen dieser Umfrage unter dem Begriff Assessments verstehen, folgt hier eine kurze Definition.

Grundsätzlich lässt sich für die Ergotherapie der Begriff Assessment als ein spezifisches Tool, Instrument oder eine systematische Interaktion beschreiben (Hinojosa & Kramer, 2014). Auch kann er als Befund- oder Statuserhebung beschrieben werden und unterstützt den Prozess der systematischen Datensammlung (Harth & Pinkepank, 2007). Assessments können in Form von Beobachtungen, Interviews, Tests, Screenings usw. durchgeführt werden.

12) * Nutzen Sie Assessments in der Arbeit mit Kindern?

Ja Nein

13) * Warum nutzen Sie keine Assessments in der Arbeit mit Kindern? Bitte erläutern Sie kurz Ihre Beweggründe.

14) * Welche Assessments nutzen Sie in der Arbeit mit pädiatrischem Klientel? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)

ACIS
AHA
ATD PA
BOT / BOT-2
BRIEF
CAPE
COPM
COPM a Kids
COSA
DCDQ
ET 6-6 R
FEW-2 / FEW-3
FIM
Fotointerview
HAPT 4-6
HIIW
HP
Kids Activity Cards
MABC / MABC-2
Mann-Zeichen-Test
MAP
OT-PAL
PAC
PEAP
PEDI-D
PEGS
PIP
PVQ
RAVEK
School AMPS
SCOPE

SPOT
SSI
TAKIWA
TEA-Ch
ToP
WET
Sonstiges

15) * Benutzten Sie das COPM / COPM a Kids in Ihrer Arbeit mit Kindern und/oder ihren Bezugspersonen (Eltern, Lehrer,...)?

Ja
Nein
Früher ja, aktuell nicht mehr.

17) * Warum benutzen Sie das COPM / COPM a Kids im pädiatrischen Bereich nicht? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)

Ich kenne es nicht
Schwere Anwendung
Passt nicht zu meinem Klientel
Zu viel Aufwand und Mühe für die Klient:innen
Aufwand der Einschulung in das Assessment
Zu lange Dauer der Durchführung
Zu zeitaufwändig in Vorbereitung / Auswertung
Zu hohe Anschaffungskosten
Zu hohe Kosten für die einzelne Testung (Formulare / Verbrauchsmaterial)
Die Ergebnisse helfen mir nicht bei meiner Arbeit
Sonstiges

18) * Seit wie vielen Jahren nutzen Sie das COPM / COPM a Kids in Ihrer Arbeit mit Kindern und/oder ihren Bezugspersonen (Eltern, Lehrer,...)? (Runden Sie bitte auf ganze Jahre auf.)

19) * Warum benutzen Sie das COPM / COPM a Kids im pädiatrischen Bereich? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)

Einfache Anwendung
Passt zu meinem Klientel
Um klientenzentriert zu arbeiten
Einbezug der Klient:innen in den Therapieprozess
Um betätigungsfokussiert zu arbeiten

Um evidenzbasiert zu arbeiten
Um Veränderungen auf Betätigungsebene abzubilden
Als Strukturierungshilfe
Sonstiges

20) * Benutzen Sie in ihrer Arbeit das COPM oder COPM a Kids?

COPM
COPM a Kids
Beides

21) * Wann setzen Sie das COPM ein und wann das COPM a Kids? Bitte erläutern Sie kurz.

22) * Wann setzen Sie das COPM / COPM a Kids innerhalb ihres Therapieprozesses ein?

	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr häufig	immer
Zu Beginn						
Im Verlauf						
Zum Abschluss						

23) * Mit wem führen Sie das COPM / COPM a Kids in der Regel durch?

	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr häufig	immer
Kinder im Alter von 3-6 Jahren alleine						
Kinder im Alter von 3-6 Jahren mit Bezugsperson						
Kinder im Alter von 7-12 Jahren alleine						

Kinder im Alter von 7-12 Jahren mit Bezugsperson						
Kinder im Alter von 13-18 Jahren alleine						
Kinder im Alter von 13-18 Jahren mit Bezugsperson						
nur mit den Eltern						
Großeltern						
Erzieher:innen						
Lehrer:innen						
Sonstige						

25) * Nutzen Sie Hilfsmittel, wie z.B. adaptierte Skalierung oder Bildkarten? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)

Ja, mit Kindern im Alter von 3-6 Jahren
Ja, mit Kindern im Alter von 7-12 Jahren
Ja, mit Kindern im Alter von 13-18 Jahren
Ja, mit Erwachsenen
Nein, ich nutze keine Hilfsmittel

26) * Welche Hilfsmittel nutzen Sie in der Regel? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)

Bildkarten
adaptierte Skalierung

Sticker
Figuren
Betätigungsprofil
Sonstiges

27) Haben Sie eigene Hilfsmittel adaptiert oder entwickelt? Bitte beschreiben Sie diese kurz.

28) * Wann in der Durchführung des COPM / COPM a Kids setzen Sie Hilfsmittel ein? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)

Bei der Abfrage der Betätigungen im Alltag
Bei der Bewertung der Betätigungsprobleme
Bei der Bewertung der Ausführung (Performanz) und Zufriedenheit
Bei der Reevaluation der Betätigungsprobleme

Unter dem Begriff der Praktikabilität verstehen wir, wie gut sich ein Test oder Assessment in der Praxis anwenden lässt (Mangold, 2011). Dabei unterscheiden wir verschiedene Kriterien (Schönthaler, 2016).

30) * Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM / COPM a Kids in ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hier genannten Aspekte?

	1 sehr gut	2 gut	3 befriedigend	4 ausreichend	5 mangelhaft	6 ungenügend	Keine Angabe
Kosten / Verfügbarkeit							
Handhabbarkeit der Materialien							
Verständlichkeit des Handbuchs							
Verständlichkeit							

des COPM- Bogens							
Dauer der Durchfü- hrung							
Zeit für Vorberei- tung und Auswert- ung							
Energie und Ausbildu- ngsaufw- and für Therapeu- t:innen							
Aufwand für Klient:in- nen							

31) Welche Herausforderungen sehen Sie in der Umsetzung des COPM / COPM a Kids?

32) Was würden Sie am COPM / COPM a Kids verändern?

33) Was gefällt Ihnen am COPM / COPM a Kids?

34) * Gibt es etwas, das Ihnen den Einsatz des COPM / COPM a Kids in der Pädiatrie erleichtern würde?

Hilfsmittel
Fortbildung
Anleitung
Sonstiges

35) Haben Sie noch Anmerkungen, die Ihnen wichtig erscheinen und im Fragebogen nicht angesprochen wurden?

Anlage G Flyer

Abbildung G1 Flyer zur Umfrage



Lena Stauber



Antonia Henrich

Umfrage zu Assessments in der Pädiatrie

Zuyd Hogeschool **ZU**
YD

Viele kennen das COPM. Wir möchten mit unserer Bachelorarbeit herausfinden, ob und wie Ergotherapeut:innen es mit Kindern aktuell praktisch umsetzen. Da uns unter anderem auch die **Verbreitung** des Assessments interessiert, können Sie als Ergotherapeut:in **mit** und **ohne Erfahrung** in der Anwendung des COPM an der Umfrage **teilnehmen**. Aus den Ergebnissen der Umfrage werden wir Verbesserungsvorschläge für die Überarbeitung des COPM in der Pädiatrie ableiten. Sein Sie dabei und helfen Sie das COPM in der Pädiatrie zu verbessern!
Die Umfragen läuft **bis einschließlich 09.07.21**.

Wir würden uns über Ihre Teilnahme freuen und stehen bei Fragen jederzeit gerne per E-Mail zur Verfügung.
Wir freuen uns sehr, wenn Sie die Umfrage auch an ihre Kolleg:innen weiterleiten!

Link zur Teilnahme:
https://response.questback.com/zuyd_verpleegkunde/copm_paediatrie

Wir suchen Sie!
Sie sind **Ergotherapeut:in** mit **abgeschlossener Ausbildung / Studium**, haben **min. 4 Monate Berufserfahrung** und arbeiten **wöchentlich** mit **min. einem Kind** im **ambulanten Setting**.
Die Teilnahme ist **vollkommen anonym**.

Dauer:
Ca. **5-25 min.**

Kontakt:
bachelor-copm@gmx.de





Anlage H

Qualitative Datenanalyse am Beispiel: Frage 26

Frage 26: Welche Herausforderungen sehen Sie in der Umsetzung des COPM / COPM a-kids?

Tabelle H1

Kategorienbildung der Frage 26

Paraphrasen	Wdh.	Kategorien
Zeitaufwand	III	Zeitaufwand
Subjektivität der Bewertung	I	Bewertung durch Klientel
Veraltetes Bildmaterial	III	Arbeitsmaterial
Veraltete Sprache	I	Arbeitsmaterial
Skalierung für viele Kinder im Grundschulalter zu schwer	II	Bewertung durch Klientel
Eltern haben wenig Überblick über altersentsprechende Fähigkeiten oder Defizite ihrer Kinder	III	Zusammenarbeit mit Eltern
Geringe Bereitschaft der Eltern zur Mitarbeit	III	Zusammenarbeit mit Eltern
Klärung der Wichtigkeit der Rolle der Bezugsperson im Bezug auf die Umsetzung der Ziele	II	Zusammenarbeit mit Eltern
Vorsortieren der Items	I	Arbeitsmaterial
Keine Schwierigkeiten	IIII	Keine Schwierigkeiten

Eltern sind mit der Bewertung von Performanz und Zufriedenheit überfordert	III	Zusammenarbeit mit Eltern
Kinder sind mit der Bewertung von Performanz und Zufriedenheit überfordert	II	Bewertung durch Klientel
Bewertungen der Kinder sind unzuverlässig	II	Bewertung durch Klientel
Zielformulierung aus den Betätigungsproblemen	III	Zielformulierung
Herangehensweise passt nicht zu jedem Klienten. Muss oft adaptiert werden, damit das Kind versteht was gemeint ist	II	Mangelndes Problembewusstsein
Scham der Eltern	I	Zusammenarbeit mit Eltern
Geringe kognitive Fähigkeiten	III	Eingeschränkte Fähigkeiten
Der Bogen ist teils nicht groß genug	II	Arbeitsmaterial
Klienten denken oft funktionsorientiert	IIIIIII II	Mangelndes Problembewusstsein
Für manche Kinder dauert es zu lange	IIII	Zeitaufwand
Der Bogen ist teils zu unkonkret	I	Arbeitsmaterial
Einzelne Bogenblätter sind unpraktisch	I	Arbeitsmaterial
Zuordnung der Betätigungen in Betätigungsbereiche	I	Zuordnung der Betätigungen in Betätigungsbereiche
Klienten können kaum selber Ziele formulieren	I	Zielformulierung

Bei Jüngeren oft nur mit vorheriger Besprechung des Betätigungsprofils	I	Mangelndes Problembewusstsein
im freien Gespräch die wesentlichen Betätigungsanliegen herauszufiltern (Interviewführung)	I	Interviewführung
Sprachbarriere ist ein Hindernis	I	Eingeschränkte Fähigkeiten
Schwierigkeiten bei Jüngeren aufzudecken	I	Mangelndes Problembewusstsein
Dopplung mit Anamneseinstrumenten vermeiden	I	Interviewführung
Kinder Wiederholen die Problemformulierung der Erwachsenen	I	Mangelndes Problembewusstsein
Kinder haben ein geringes Problembewusstsein	II	Mangelndes Problembewusstsein
Klienten fällt es schwer konkrete Beispiele für Betätigungsprobleme zu nennen	I	Mangelndes Problembewusstsein
Problemfokus bei Betätigungen ist etwas "bedauerlich" für den Behandlungsprozess	I	
Klienten ggü. Den Zeitaufwand zu rechtfertigen	I	Zeitaufwand
Klienten die Verantwortung zu übergeben	I	Zusammenarbeit mit Eltern
Klienten bei der Problemschilderung zu führen	II	Interviewführung

Tabelle H2*Häufigkeitsanalyse der Frage 26*

Kategorien	Wiederholung
Mangelndes Problembewusstsein	18
Zusammenarbeit mit Eltern	13
Zeitaufwand	9
Arbeitsmaterial	9
Bewertung durch Klientel	7
Keine Schwierigkeiten	6
Interviewführung	4
Eingeschränkte Fähigkeiten	4
Zielformulierung	4
Zuordnung der Betätigungen in Betätigungsbereiche	1

Anlage I

Ergebnisse in Rohdaten

Die Darstellung der geschlossenen Fragen erfolgt in der Regel in Säulendiagrammen. Zwei Fragen wurden jeweils in tabellarische Form umgewandelt, da sonst durch die vielen Antwortmöglichkeiten die Ansicht unübersichtlich wird. Zudem wurden zusätzliche Tabellen für das freie Antwortfeld "Sonstiges" eingefügt, wenn diese Auswahl von sehr vielen Teilnehmer:innen ausgewählt wurde. Die Tabellen sind nach prozentuaalem Anteil sortiert.

1. In welchem Bundesland arbeiten Sie?

Die Umfrage beginnt mit der Frage nach dem Bundesland, in dem die Teilnehmer:innen arbeiten. Dabei fällt auf, dass über ein Viertel in Nordrhein-Westfalen arbeiten. Auf Platz zwei steht das Bundesland Niedersachsen. Jeweils 11% der Befragten arbeiten in Hessen bzw. Baden-Württemberg. 10% arbeiten in Bayern. Aus den restlichen Bundesländern kamen jeweils weniger als 10% der Teilnehmer:innen.

Tabelle I1

Frage 1: In welchem Bundesland arbeiten Sie?

	Anzahl	Prozent
Nordrhein-Westfalen	24	27%
Niedersachsen	15	17%
Hessen	10	11%
Baden-Württemberg	10	11%
Bayern	9	10%
Hamburg	5	6%
Rheinland-Pfalz	5	6%
Sachsen	4	4%
Berlin	2	2%
Brandenburg	2	2%
Mecklenburg-Vorpommern	2	2%
Saarland	1	1%

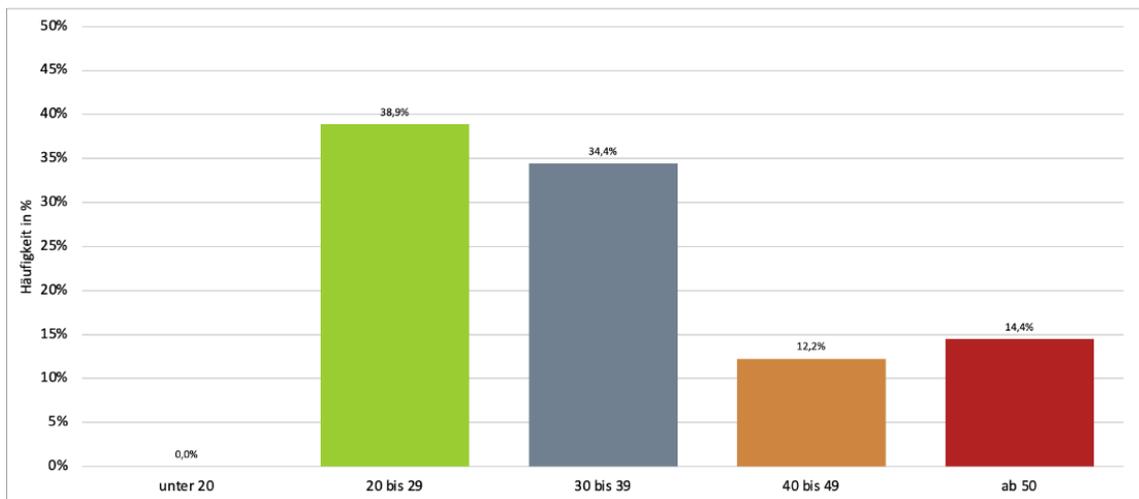
Ich arbeite nicht in Deutschland.	1	1%
Bremen	0	0%
Sachsen-Anhalt	0	0%
Schleswig-Holstein	0	0%
Thüringen	0	0%

2. Wie alt sind Sie?

Frage 2 ergab, dass die Mehrheit (39%) zwischen 20 und 29 Jahre alt ist. An zweiter Stelle stehen mit 34% die 30-39 Jährigen. Niemand unter 20 Jahren nahm an der Umfrage teil.

Abbildung I1

Frage 2: Wie alt sind Sie?

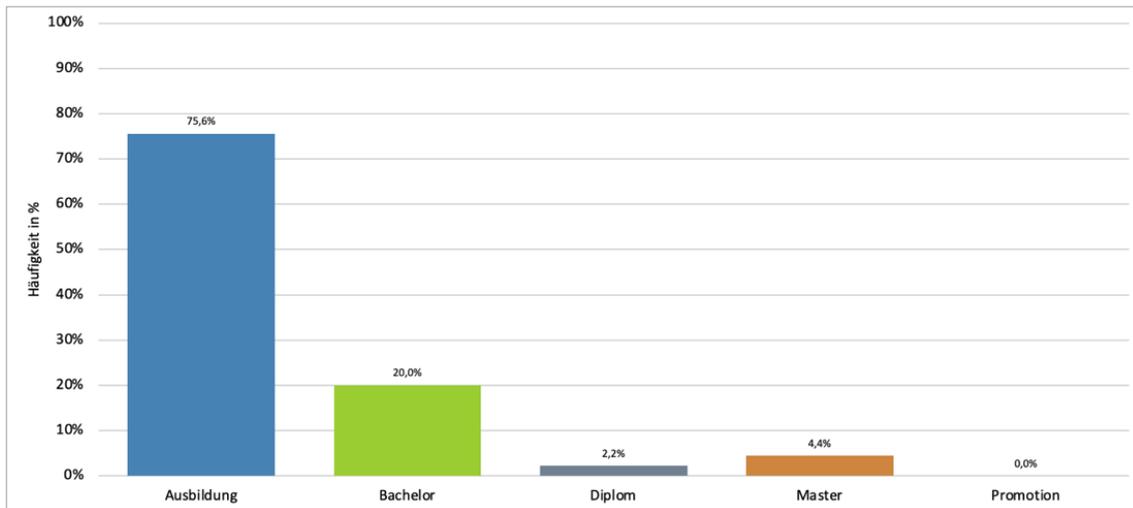


3. Was ist Ihr höchster Abschluss im Bereich der Ergotherapie oder in vergleichbaren Fachbereichen?

Der höchste Abschluss der meisten Teilnehmer:innen ist die Ausbildung (76%). 20% der Befragten haben einen Bachelor-Abschluss. Der Masterabschluss steht mit 4% an dritter Stelle.

Abbildung I2

Frage 3: Was ist Ihr höchster Abschluss im Bereich der Ergotherapie oder in vergleichbaren Fachbereichen?

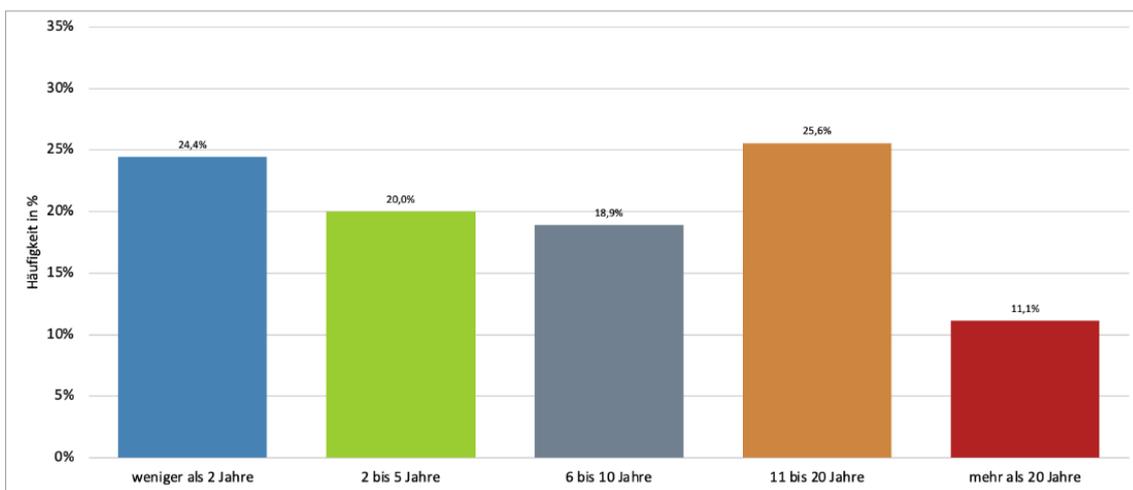


4. Wie lange liegt Ihr letzter Abschluss zurück?

Der Abschluss der meisten Befragten liegt 11-20 Jahre zurück (26%). 24% gaben an ihren Abschluss vor weniger als 2 Jahren gemacht zu haben. Der geringste Anteil (11%) besitzt den Abschluss seit mehr als 20 Jahren.

Abbildung I3

Frage 4: Wie lange liegt Ihr letzter Abschluss zurück?

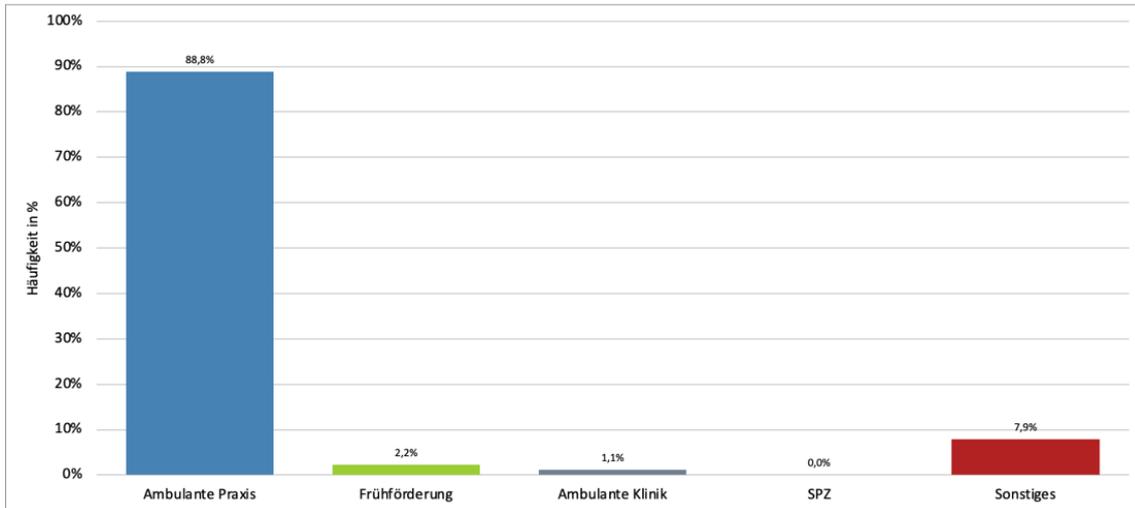


5. In welchem Setting arbeiten Sie?

89% der Befragten arbeiten in einer ambulanten Praxis. Lediglich 2% arbeiten in der Frühförderung und 1% in einer ambulanten Klinik. 8% wählten die Antwortmöglichkeit "Sonstiges" aus. Dabei war die häufigste Angabe die Arbeit in einer Förderschule.

Abbildung I4

Frage 5: In welchem Setting arbeiten Sie?



6. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie mit pädiatrischem Klientel?

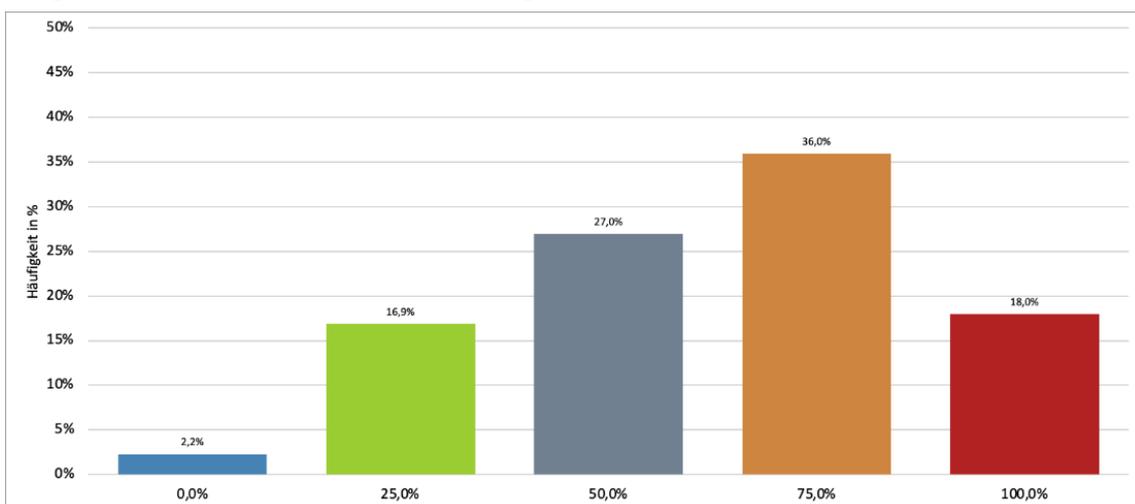
Die 89 Teilnehmer:innen arbeiten im Durchschnitt seit 9 Jahren mit pädiatrischem Klientel, wobei dieser Wert durch Ausreisser (Maximal 39) nach oben beeinflusst wird.

7. Wie hoch ist ihr wöchentlicher pädiatrischer Arbeitsanteil ca.?

36% der Teilnehmer:innen gaben einen pädiatrischen Arbeitsanteil von ca. 75% an. An zweiter Stelle steht die Antwortmöglichkeit "50%". Der durchschnittliche pädiatrische Arbeitsanteil beträgt 63%.

Abbildung I5

Frage 7: Wie hoch ist ihr wöchentlicher pädiatrischer Arbeitsanteil ca.?



8. Haben Sie Fortbildungen im Fachbereich Pädiatrie mit den Schwerpunkten Betätigungsorientierung oder Assessments, die Sie für Ihre Arbeit als besonders wichtig erachten? Wenn ja, benennen Sie diese bitte kurz.

Die Frage wurde von 59 Personen beantwortet. Ihre Antworten wurden in die Kategorien *Funktionsorientierung* (30 Aussagen), *Betätigungsorientierte Intervention* (27 Aussagen), *Betätigungsorientiertes Assessment* (26 Aussagen), *Behandlungskonzept mit Verhaltensbezug* (14 Aussagen), *allgemein oder spezifisches pädiatrisches Klientel* (11 Aussagen) und *Klientenzentrierung* (4 Aussagen) eingeordnet. Am häufigsten wurde die Fortbildung "CO-OP" in der Kategorie *Betätigungsorientierte Intervention* mit 23 Aussagen genannt.

9. Haben Sie an einer Fortbildung zur Durchführung des COPM oder COPM a-kids teilgenommen?

Die Frage 9 ergab, dass die Mehrheit (75%) nicht an einer Fortbildung zum COPM oder COPM a-kids teilgenommen haben.

10. Nutzen Sie Assessments in der Arbeit mit Kindern?

In Frage 10 wurde deutlich, dass der Großteil der Befragten (89%) bei der Arbeit mit Kindern Assessments nutzt.

11. Warum nutzen Sie keine Assessments in der Arbeit mit Kindern? Bitte erläutern Sie kurz Ihre Beweggründe.

Auf Frage 11 antworteten zehn Teilnehmende. Die Aussagen wurden in 6 Kategorien zusammengefasst. Die Personen gaben an *eigene Methoden* zu benutzen, *zu wenig Therapiezeit* zu haben, *zu wenig eigene Initiative oder Unsicherheit* zu haben, dass *Assessments für Kleinkinder nicht anwendbar* seien, dass sie *keine Materialien* zur Verfügung haben und das *Arbeitsumfeld lehne Assessments ab*.

12. Welche Assessments nutzen Sie in der Arbeit mit pädiatrischem Klientel?

Die Frage 12 ergab, dass die Mehrheit (86%) den FEW-2/FEW-3 in der Arbeit mit pädiatrischem Klientel anwenden. An zweiter Stelle mit 57% steht der MABC/MABC-2 und an dritter Stelle stehen die Kids Activity Cards mit 56%. Auf Platz vier steht das COPM a-kids mit 54% und auf Platz fünf das COPM mit 53%. Alle anderen befragten Assessments nutzen weniger als die Hälfte der Teilnehmer:innen und werden deshalb nicht extra aufgeführt. Die genaue Häufigkeitsverteilung ist Tabelle I2 zu entnehmen.

Tabelle I2

Frage 12: Welche Assessments nutzen Sie in der Arbeit mit pädiatrischem Klientel?

	Anzahl	Prozent		Anzahl	Prozent
FEW-2/FEW-3	68	86%	ACIS	3	4%
MABC/MABC-2	45	57%	PEDI-D	3	4%
Kids Activity Cards	44	56%	HP	2	3%
COPM a-kids	43	54%	BRIEF	1	1%
COPM	42	53%	PVQ	1	1%
Mann-Zeichen-Test	39	49%	School AMPS	1	1%
COSA	37	47%	SSI	1	1%
RAVEK	28	35%	AHA	0	0%
ET 6-6 R	26	33%	ATD PA	0	0%
TEA-Ch	25	32%	CAPE	0	0%
Sonstiges	19	24%	FIM	0	0%
BOT/BOT-2	18	23%	MAP	0	0%
Fotointerview	15	19%	OT-PAL	0	0%
PEAP	14	18%	PAC	0	0%
SPOT	8	10%	PEGS	0	0%
DCDQ	7	9%	PIP	0	0%
HAPT 4-6	7	9%	SCOPE	0	0%
HHIW	4	5%	TAKIWA	0	0%
ToP	4	5%	WET	0	0%

13. Benutzen Sie das COPM/COPM a-kids in Ihrer Arbeit mit Kindern und/oder ihren Bezugspersonen (Eltern, Lehrer,...)?

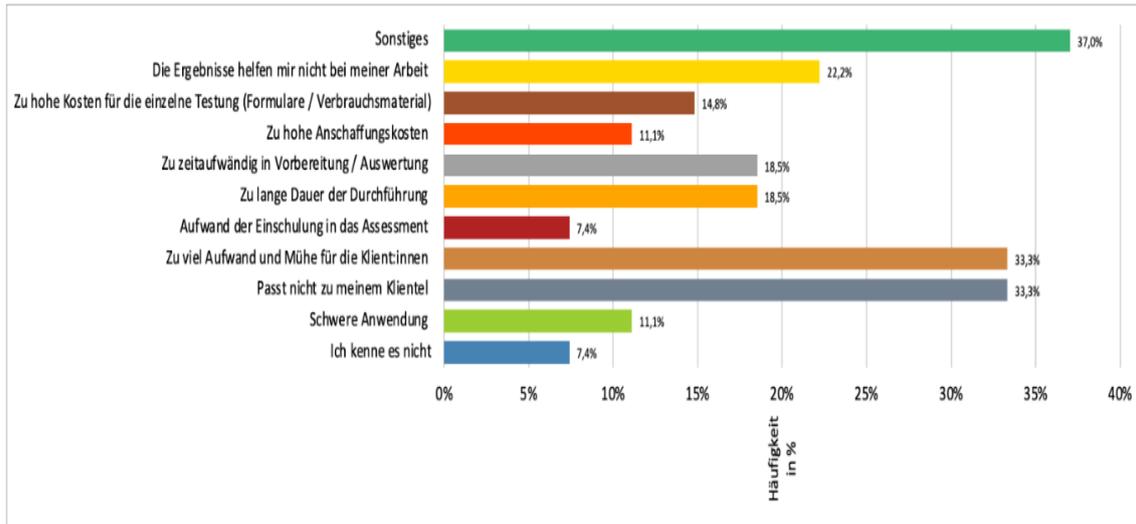
Die Frage 13 zeigte, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer:innen (65%) das COPM in ihrer Arbeit anwenden. 22% wenden es nicht an und 14% haben es früher angewendet.

14. Warum benutzen Sie das COPM im pädiatrischen Bereich nicht?

In Frage 14 wählten die Meisten (37%) die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ aus. Dadurch bestand die weitere Möglichkeit einer freien Antwort. Die meistgenannten Gründe sind: *nicht vorhanden, nicht erwünscht und für Kinder zu offen*. An zweiter und dritter Stelle stehen mit jeweils 33% die Gründe „Passt nicht zu meinem Klientel“ und „Zu viel Aufwand und Mühe für die Klient:innen“. Auf Platz vier steht mit 22% der Grund „Die Ergebnisse helfen mir nicht bei meiner Arbeit“.

Abbildung I6

Frage 14: Warum benutzen Sie das COPM im pädiatrischen Bereich nicht?



In Tabelle H4 sind die Antworten der Auswahlmöglichkeit "Sonstiges" aufgeführt.

Tabelle I3

Auswahlmöglichkeit "Sonstiges"

Auswahlmöglichkeit "Sonstiges"

Muss noch angeschafft werden

Für Kinder manchmal schwer sich selbst zu reflektieren

Ich nutze das Foto Interview

Vom Arbeitgeber nicht gewünscht

Zurzeit ein wenig in Vergessenheit geraten

Durch semistruktur: sehr offen, was eine hohe Anforderung an Kinder darstellt und das vorstellen und formulieren von Themen erschwert

Umständlich, ich befrage lieber frei und ohne Vorgabenkatalog

Ich nutze das Prinzip.

Wir haben es in der Praxis nicht.

Ich habe es vor aber mich bisher einfach noch nicht ausreichend damit beschäftigt

15. Seit wie vielen Jahren nutzen Sie das COPM/COPM a-kids in Ihrer Arbeit mit Kindern und / oder ihren Bezugspersonen (Eltern, Lehrer,...)? (Runden Sie auf ganze Jahre auf)

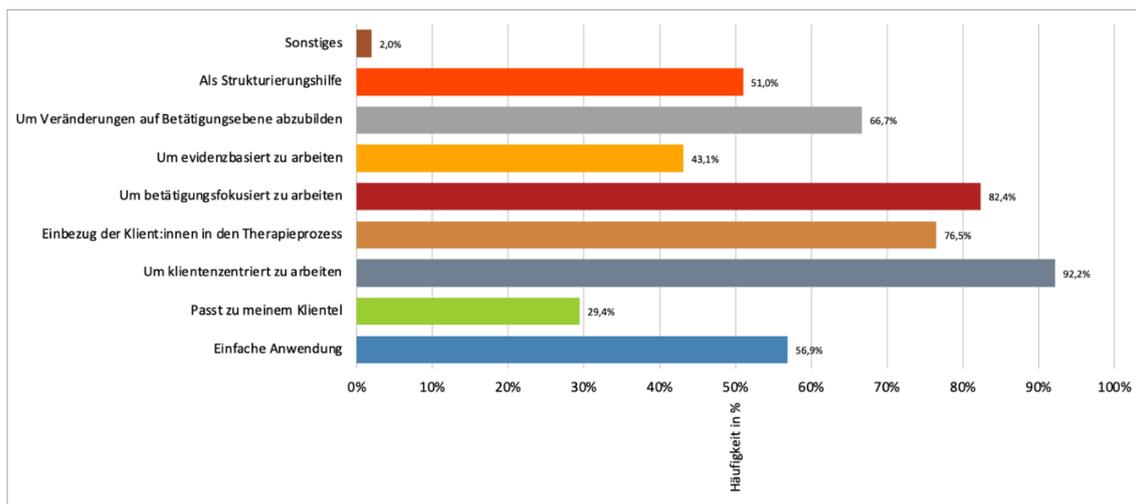
Frage 15 wurde insgesamt von 51 Teilnehmer:innen beantwortet. Im Durchschnitt arbeiten die Teilnehmer:innen seit 6 Jahren mit den COPM/COPM a-kids.

16. Warum benutzen Sie das COPM/COPM a-kids im pädiatrischen Bereich? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden)

In Frage 16 zeigt sich deutlich, dass der Großteil der Befragten (92%) das COPM anwendet, um klientenzentriert zu arbeiten. An zweiter Stelle steht für die Teilnehmer:innen das betätigungsfokussierte Arbeiten (82%) und an dritter Stelle steht der Einbezug der Klient:innen in den Therapieprozess (77%).

Abbildung I7

Frage 16: Warum benutzen Sie das COPM/COPM a-kids im pädiatrischen Bereich? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden)



17. Benutzen Sie in Ihrer Arbeit das COPM oder COPM a-kids?

In der Frage 17 zeigte sich, dass die Mehrheit der Teilnehmer:innen (47%) sowohl das COPM als auch das COPM a-kids anwenden. 27,5% gaben an, nur das COPM a-kids zu nutzen und 26% nutzen nur das COPM.

18. Wann setzen Sie das COPM ein und wann das COPM a-kids? Bitte erläutern Sie kurz.

Auf die Frage 18 antworteten 24 Teilnehmer:innen. Die Antworten wurden in sechs Kategorien eingeordnet. 21 Personen gaben an, dass der Einsatz von COPM oder COPM a-kids *abhängig vom Alter und Entwicklungsstand* des Kindes sei. Fünf gaben an, dass

sie das *COPM mit Erwachsenen* also Eltern und Bezugspersonen einsetzen. Eine Person setzt das *COPM a-kids mit Erwachsenen* im Erstgespräch ein. Unabhängig von der Wahl des Assessments gaben einige Personen an, zu welchem Zeitpunkt sie das COPM bzw. COPM a-kids nutzen.

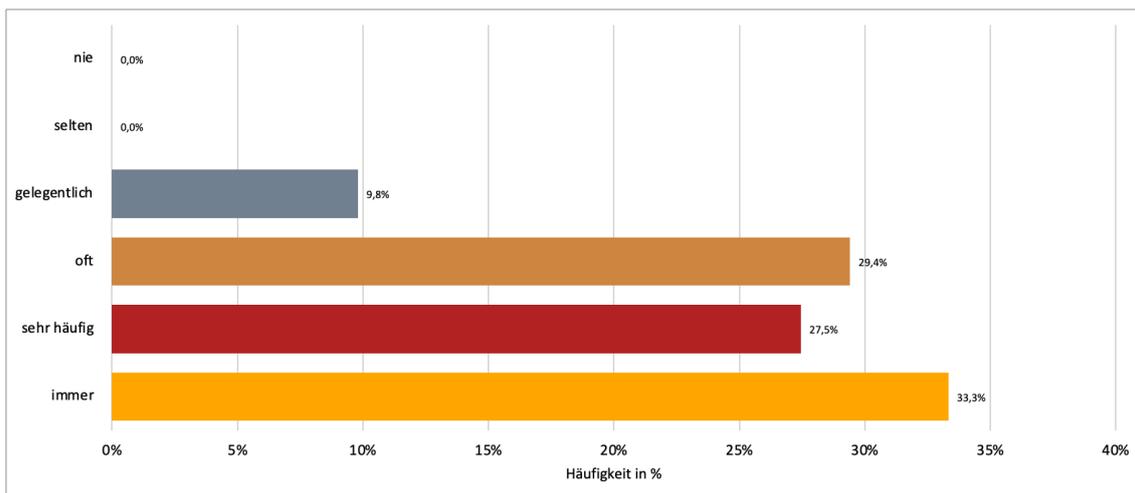
19. Wann setzen Sie das COPM/COPM a-kids innerhalb Ihres Therapieprozesses ein?

Aufgrund der Überlagerung der Balken in einem Diagramm, wurde diese Frage zur besseren Übersicht in mehrere Diagramme unterteilt.

In Frage 19 zeigt sich, wann im Verlauf das COPM angewendet wird. 33% geben an es „immer“ zu Beginn der Therapie anzuwenden.

Abbildung I8

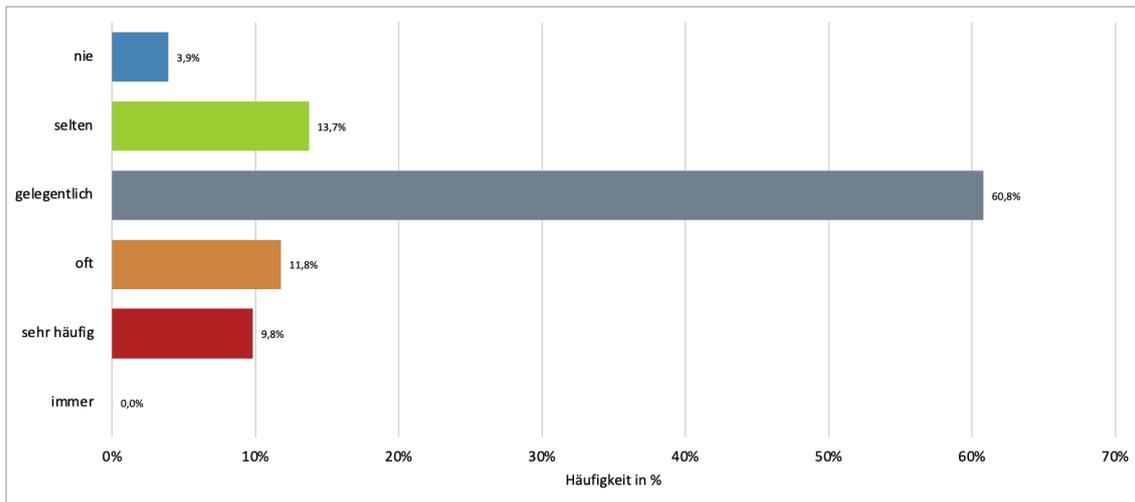
Frage 19: Wann setzen Sie das COPM/COPM a-kids innerhalb Ihres Therapieprozesses ein? (zu Beginn)



Im Verlauf wenden es 61% „gelegentlich“ an.

Abbildung I9

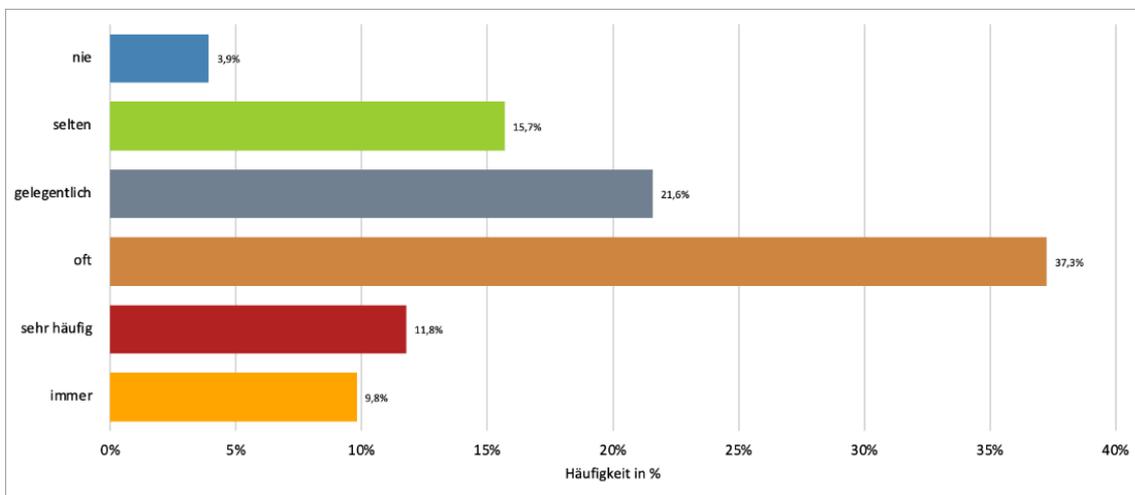
Frage 19: Wann setzen Sie das COPM/COPM a-kids innerhalb Ihres Therapieprozesses ein? (im Verlauf)



Zum Abschluss wenden 37% es „oft“ an.

Abbildung I10

Frage 19: Wann setzen Sie das COPM/COPM a-kids innerhalb Ihres Therapieprozesses ein? (zum Abschluss)



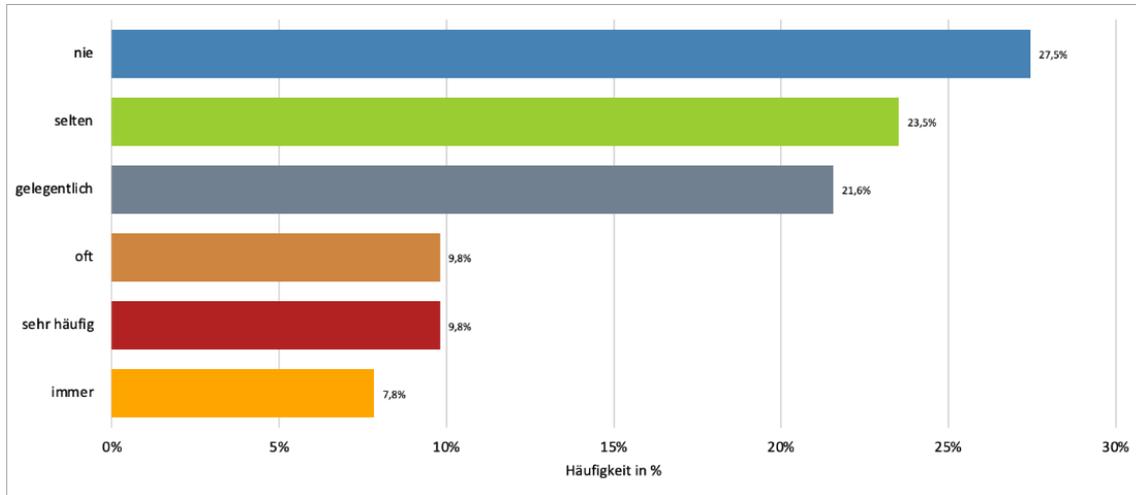
20. Mit wem führen Sie das COPM/COPM a-kids in der Regel durch?

Aufgrund der Überlagerung der Balken in einem Diagramm, wurde diese Frage zur besseren Übersicht in mehrere Diagramme unterteilt.

In Frage 20 zeigt sich, dass die Mehrheit (28%) das COPM/COPM a-kids „nie“ mit Kinder im Alter von 3-6 Jahren alleine anwendet. 24% wenden es selten an.

Abbildung I11

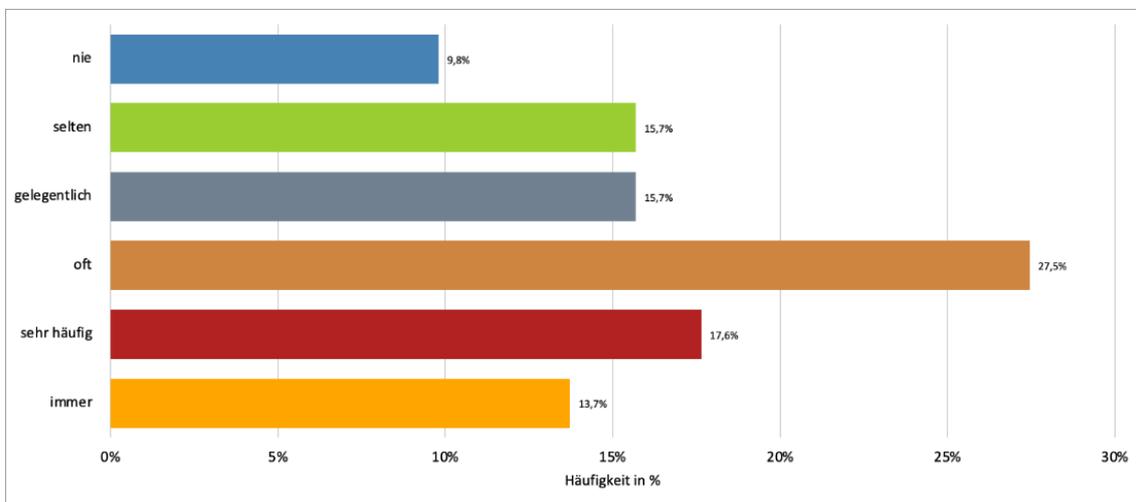
Frage 20: Mit wem führen Sie das COPM/COPM a-kids in der Regel durch? (mit Kinder im Alter von 3-6 Jahren alleine)



27,5% wenden das COPM/COPM a-kids mit Kindern im Alter von 3-6 Jahren mit Bezugsperson „oft“ an.

Abbildung I12

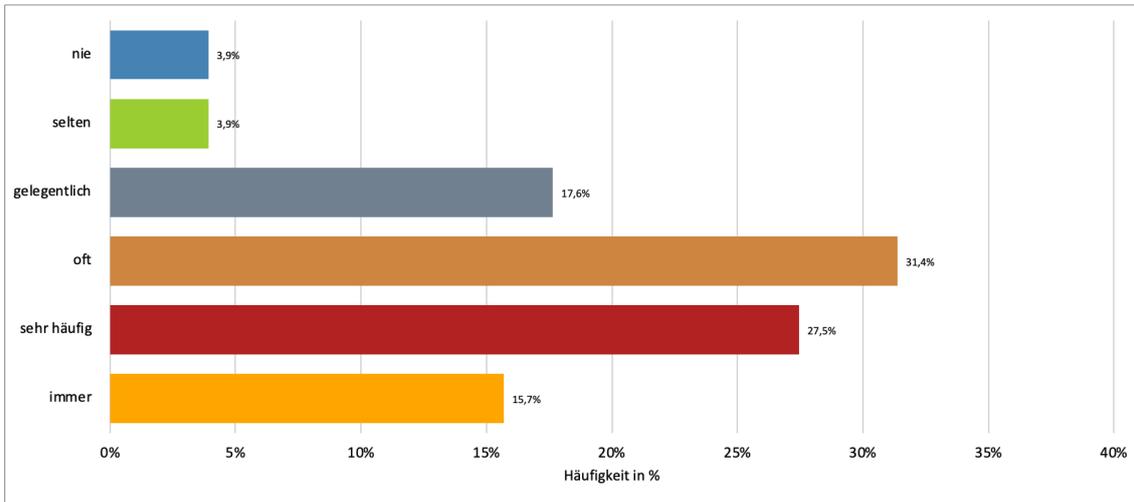
Frage 20: Mit wem führen Sie das COPM/COPM a-kids in der Regel durch?(mit Kinder im Alter von 3-6 Jahren mit Bezugsperson)



In Abbildung H13 wird deutlich, dass die meisten Teilnehmer:innen (31%) das COPM/COPM a-kids mit Kindern im Alter von 7-12 Jahren alleine „oft“ anwenden. Mit 28% wird es „sehr häufig“ angewendet.

Abbildung I13

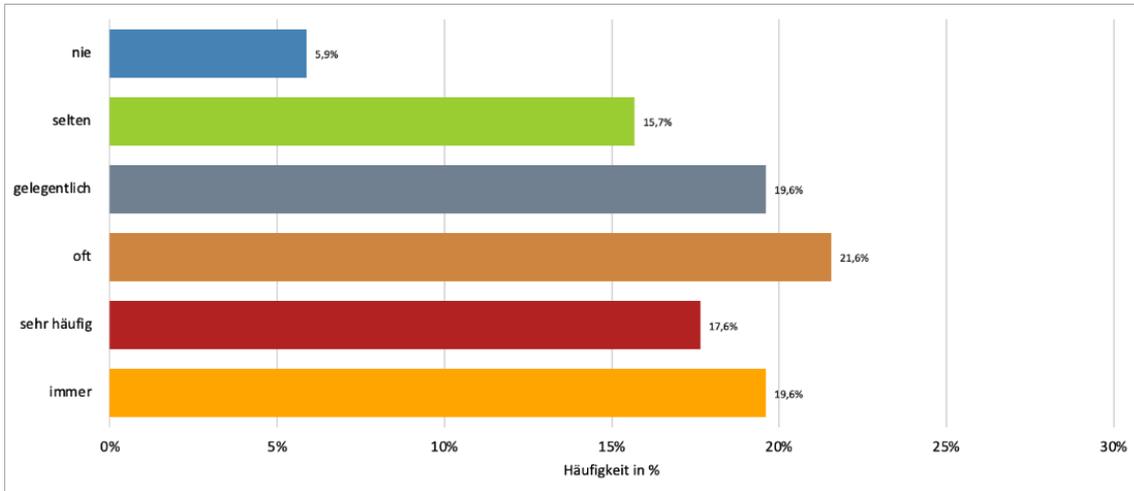
Frage 20: Mit wem führen Sie das COPM/COPM a-kids in der Regel durch?(mit Kinder im Alter von 7-12 Jahren alleine)



Das COPM/COPM a-kids wird „oft“ (22%) mit Kindern im Alter von 7-12 Jahren mit Bezugsperson durchgeführt. An zweiter Stelle steht sie „gelegentliche“ Durchführung, sowie „immer“.

Abbildung I14

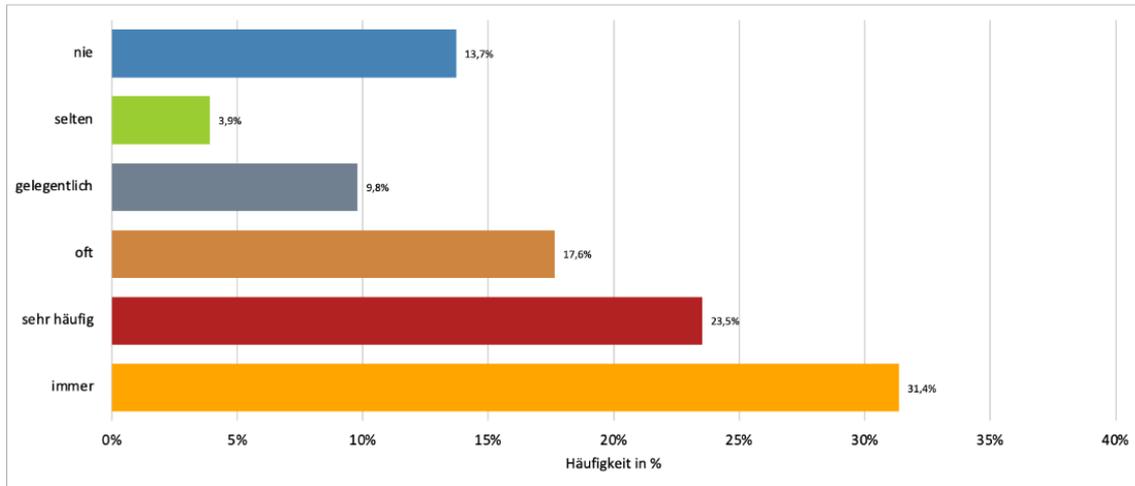
Frage 20: Mit wem führen Sie das COPM/COPM a-kids in der Regel durch? (mit Kinder im Alter von 7-12 Jahren mit Bezugsperson)



Mit Kindern im Alter von 13-18 Jahren alleine wird das COPM/COPM a-kids meistens „immer“ (31%) eingesetzt. Anstelle zwei steht sie „sehr häufige“ Anwendung mit 24%.

Abbildung I15

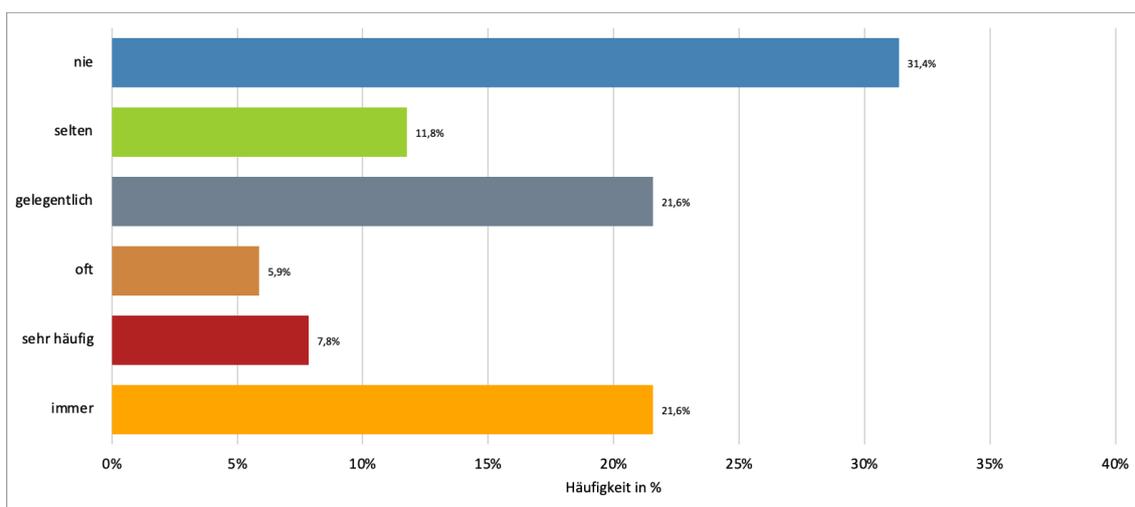
Frage 20: Mit wem führen Sie das COPM/COPM a-kids in der Regel durch? (mit Kinder im Alter von 13-18 Jahren alleine)



Die Mehrheit (31%) setzt das COPM/COPM a-kids bei Kindern zwischen 13 und 18 Jahren mit Bezugsperson „nie“ ein. Auf Platz zwei stehen mit jeweils 22% „gelegentlich“ und „immer“.

Abbildung I16

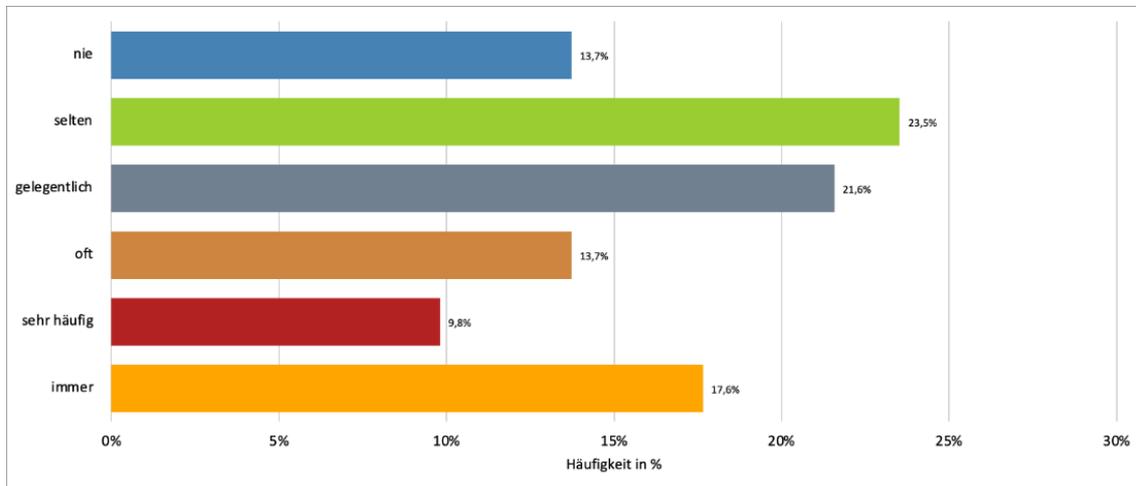
Frage 20: Mit wem führen Sie das COPM/COPM a-kids in der Regel durch?(mit Kinder im Alter von 13-18 Jahren mit Bezugsperson)



Der Großteil (24%) gab an, dass COPM/COPM a-kids mit den Eltern „selten“ durchzuführen. 22% führen es „gelegentlich“ durch und 18% „immer“.

Abbildung I17

Frage 20: Mit wem führen Sie das COPM/COPM a-kids in der Regel durch? (mit Eltern)



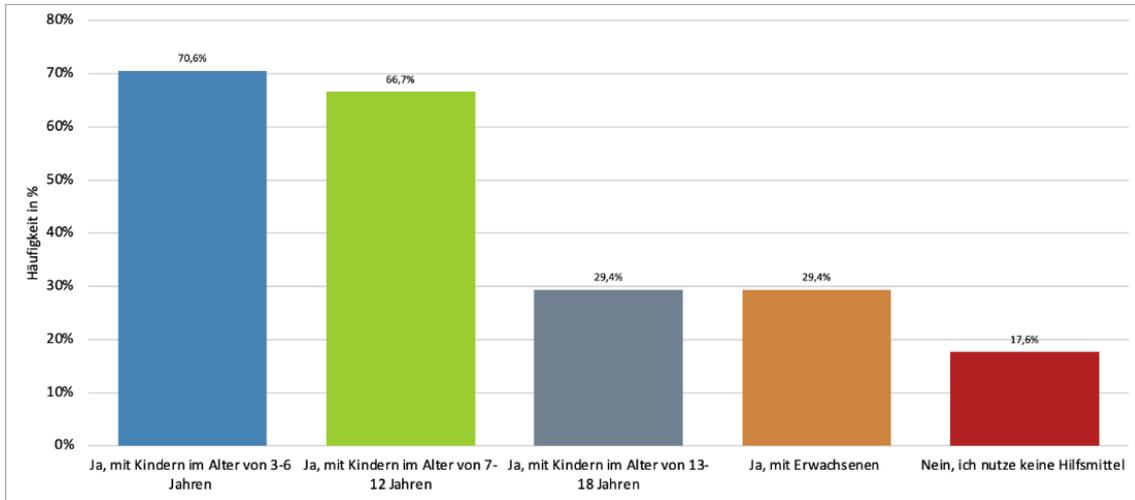
Bei der Durchführung des COPM/COPM a-kids mit Großeltern gaben die meisten Befragten (75%) „nie“ an. Bei der Durchführung des COPM/COPM a-kids mit Erzieher:innen gaben die Meisten (65%) „nie“ an. Auch bei der Durchführung mit den Lehrer:innen gaben der Großteil (59%) „nie“ an. Bei der Auswahl „Sonstige“ zeigt sich deutlich, dass die Mehrheit (71%) „nie“ ausgewählt hat.

21. Nutzen Sie Hilfsmittel, wie z.B. adaptierte Skalierung oder Bildkarten? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)

Frage 21 ergab, dass die Mehrheit (71%) bei der Durchführung des COPM mit Kindern im Alter von 3-6 Jahren Hilfsmittel anwenden. Dicht dahinter zeigt sich, dass 67% mit Kindern zwischen 7 und 12 Jahren ebenfalls Hilfsmittel anwendet.

Abbildung I18

Frage 21: Nutzen Sie Hilfsmittel, wie z.B. adaptierte Skalierung oder Bildkarten? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)

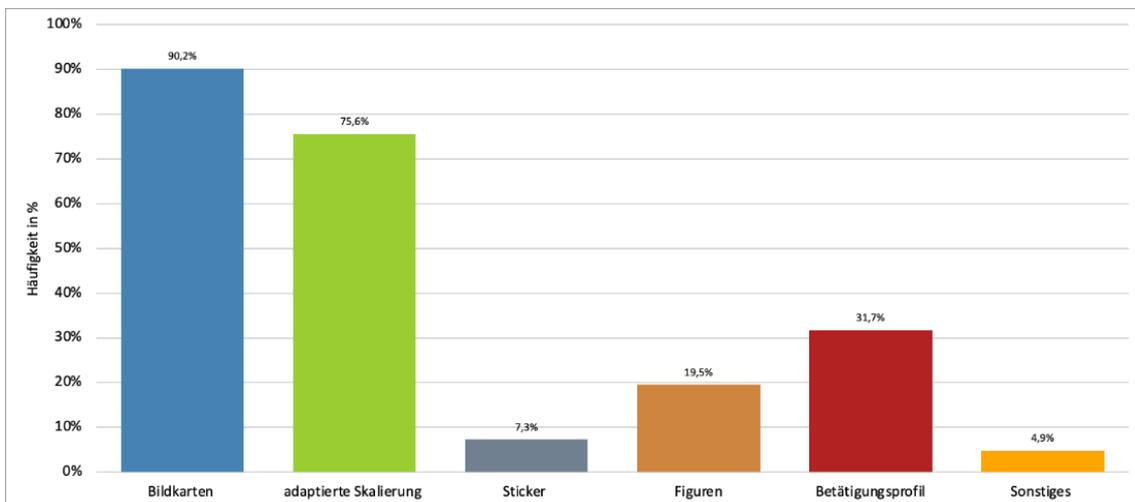


22. Welche Hilfsmittel nutzen Sie in der Regel? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)

Bei der Frage nach dem Einsatz der Hilfsmittel, zeigt sich, dass 90% der Befragten Bildkarten verwenden. Mit 76% nutzen die Befragten eine adaptierte Skalierung. Bei der Auswahl „Sonstiges“ wurden bei dem freien Antwortfeld die Antworten: Erhebungskärtchen, Beispiele aus dem Alltag und Erfahrungen aus vorherigen Gesprächen angegeben.

Abbildung I19

Frage 22: Welche Hilfsmittel nutzen Sie in der Regel? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)



23. Haben Sie eigene Hilfsmittel adaptiert oder entwickelt? Bitte beschreiben Sie diese kurz.

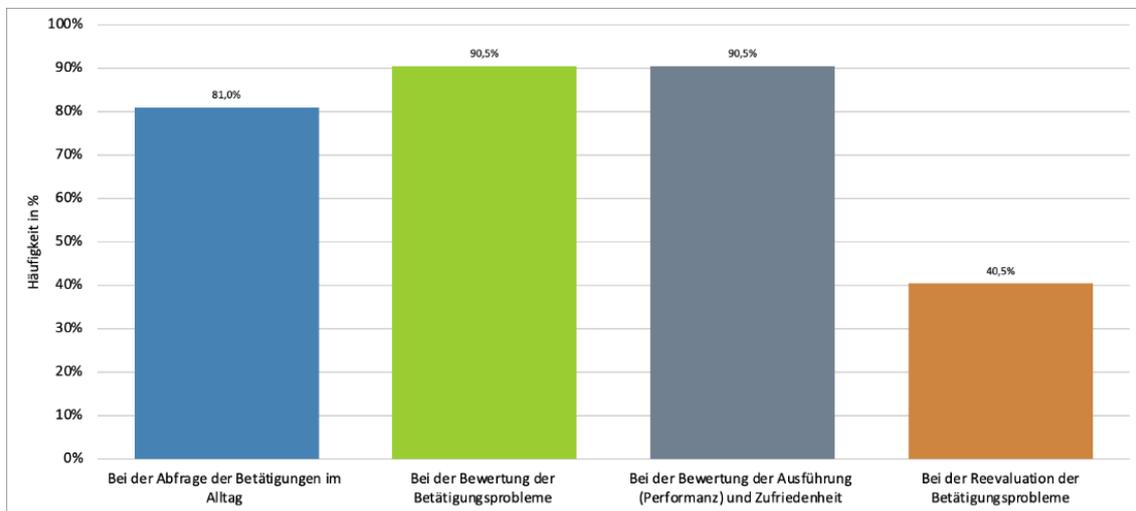
Die 23. Frage wurde von 18 Personen beantwortet. Aus den Antworten wurden acht Kategorien gebildet. Fünf Personen gaben an die “Bildkarten der Zeit entsprechend” aktualisiert zu haben. Vier nutzen *Karten aus anderen Assessments (PEAP/Fotointerview)*. Eine Person setzt *Piktogramme, die den Gebrauch verschiedener Hilfsmittel zeigen* ein. Acht Personen passen für Kinder die Skalen an, in dem sie sie vergrößern oder 3-dimensional darstellen. Farblich gekennzeichnete Karten und Symbole kommen bei zwei Personen zum Einsatz.

24. Wann in der Durchführung des COPM/COPM a-kids setzen Sie Hilfsmittel ein? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)

Aus der Abbildung I20 lässt sich entnehmen, dass die Mehrheit (jeweils 91%) die Hilfsmittel bei der Bewertung der Betätigungsprobleme als auch bei der Bewertung der Ausführung (Performanz) und Zufriedenheit verwendet. 81% verwenden Hilfsmittel ebenfalls bei der Abfrage der Betätigungen im Alltag. Nur 41% verwenden bei der Reevaluation der Betätigungsprobleme zusätzliche Hilfsmittel.

Abbildung I20

Frage 24: Wann in der Durchführung des COPM/COPM a-kids setzen Sie Hilfsmittel ein? (Mehrere Antworten können ausgewählt werden.)



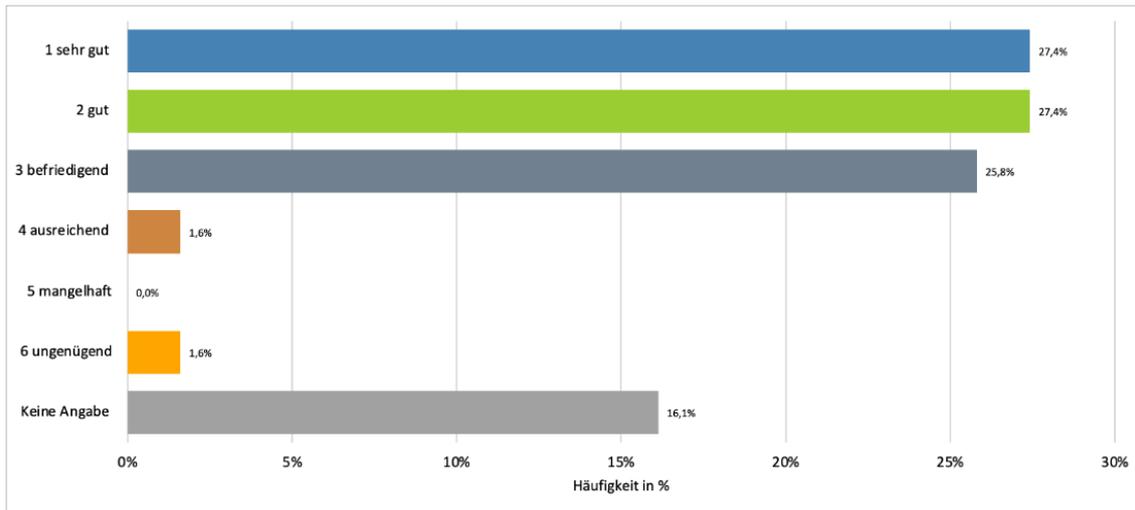
25. Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM/COPM a-kids in ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte?

Die Frage 25 teilt sich in acht Unterpunkte auf, welche im Folgenden dargestellt werden. Aufgrund der Überlagerung der Balken in einem Diagramm, wurde diese Frage zur besseren Übersicht in mehrere Diagramme unterteilt.

Der Punkt Kosten/Verfügbarkeit wird von jeweils 27% der Teilnehmer:innen mit der Note 1 bzw. 2 bewertet. 26% bewerten diesen Punkt mit der Note 3. Die Durchschnittsbewertung trägt 2.10.

Abbildung I21

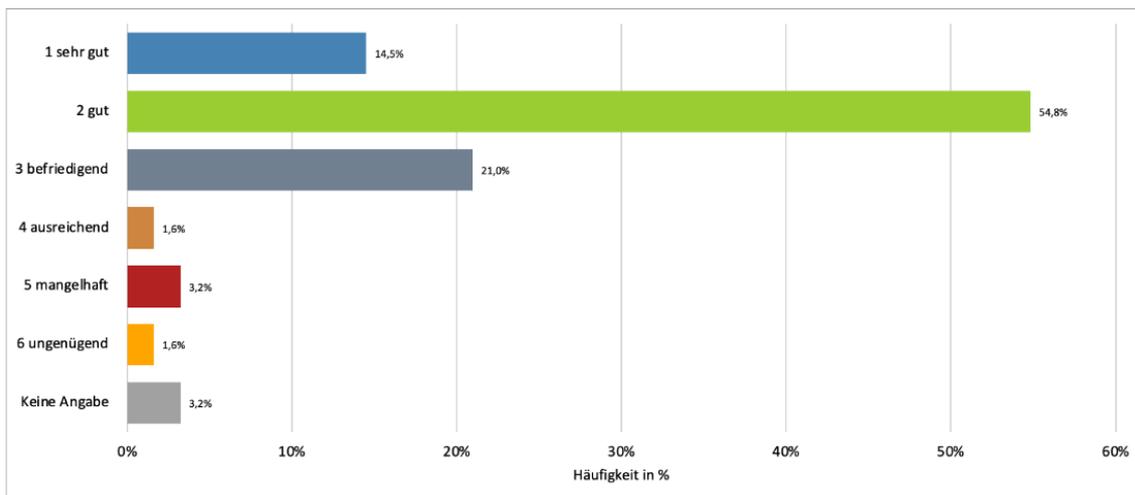
Frage 25: Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM/COPM a-kids in ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte? (Kosten/Verfügbarkeit)



Die Handhabbarkeit der Materialien wird von mehr als der Hälfte (55%) mit der Note „gut“ bewertet. Die Durchschnittsnote ist 2.27.

Abbildung I22

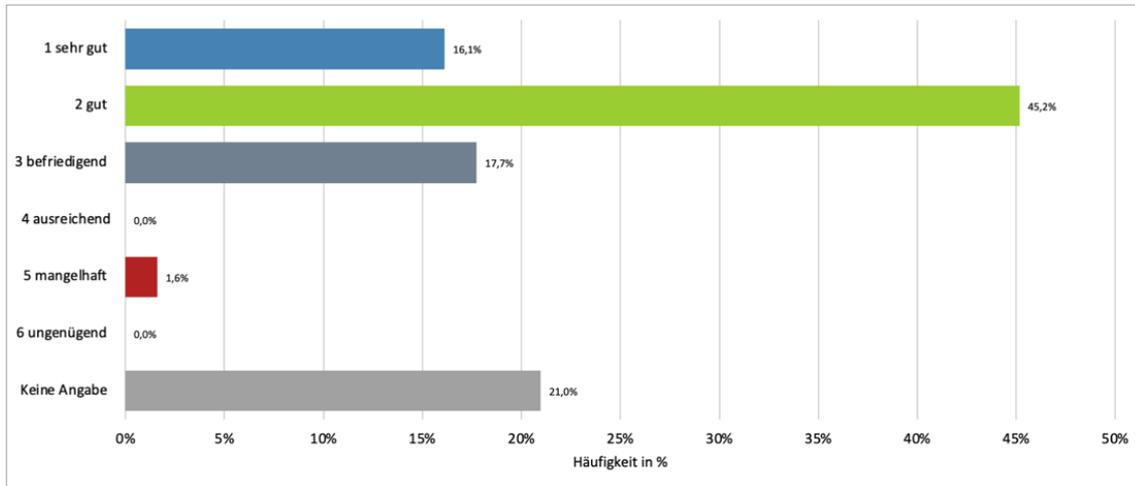
Frage 25: Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM/COPM a-kids in ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte? (Handhabbarkeit)



Die Verständlichkeit des Handbuchs bewertet die Mehrheit (45%) mit der Note 2. 21% machten keine Angabe. Der Durchschnitt liegt bei 2.08.

Abbildung I23

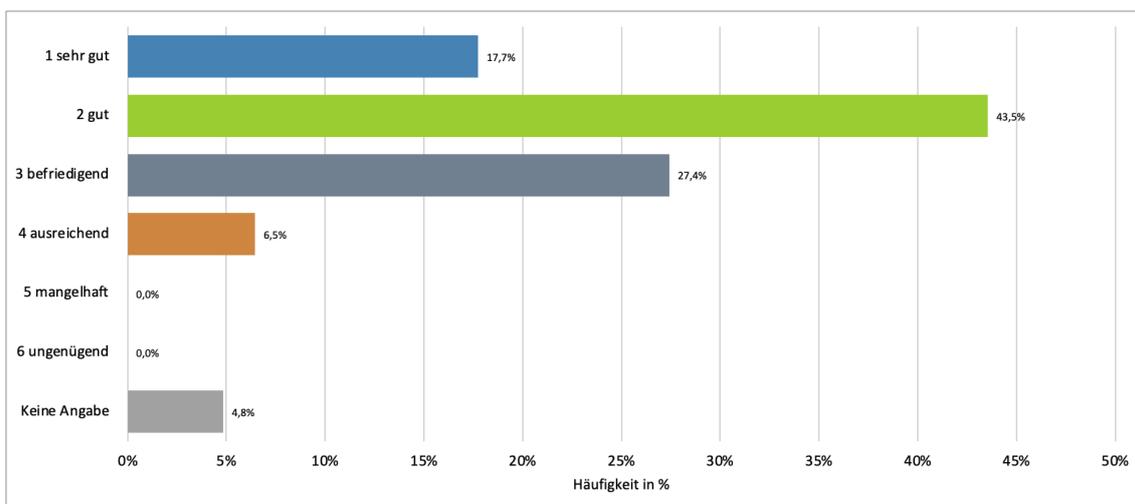
Frage 25: Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM/COPM a-kids in ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte? (Verständlichkeit des Handbuchs)



Der Großteil (44%) bewertet die Verständlichkeit des COPM-Bogens mit der Note 2. An zweiter Stelle mit 27% steht die Note „befriedigend“. Im Durchschnitt wurde dieser Punkt mit 2.24 benotet.

Abbildung I24

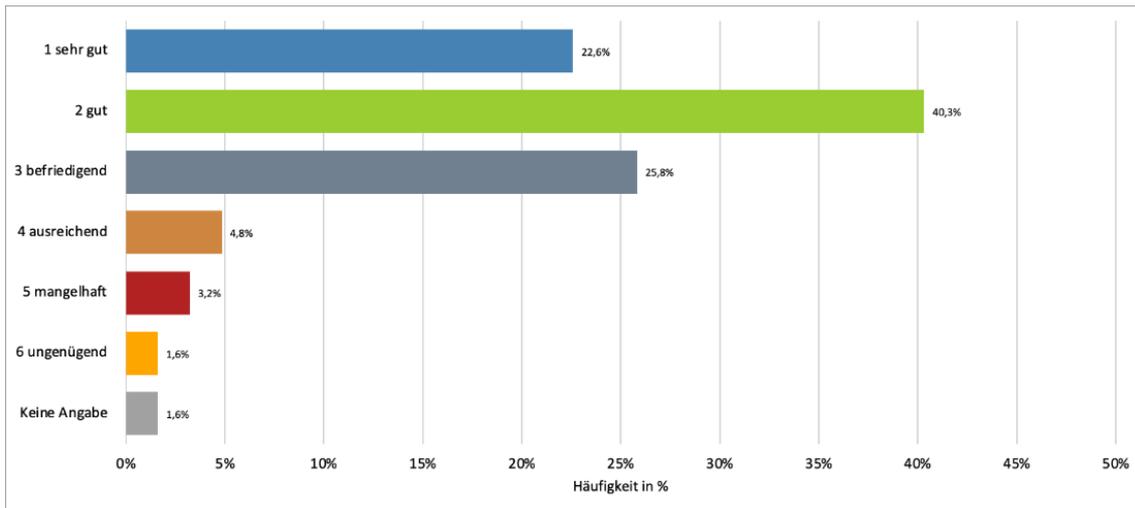
Frage 25: Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM/COPM a-kids in ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte? (Verständlichkeit des COPM-Bogens)



Die Dauer der Durchführung wurde von den meisten Teilnehmer:innen (40%) mit „gut“ bewertet. 26% beurteilt diesen Unterpunkt mit „befriedigend“ und 23% mit „sehr gut“. Die Noten 4, 5 und 6 sowie die Auswahlmöglichkeit „Keine Angabe“ wurden jeweils nur von unter 5% der Teilnehmer:innen verteilt. Der Durchschnitt beträgt 2.30.

Abbildung I25

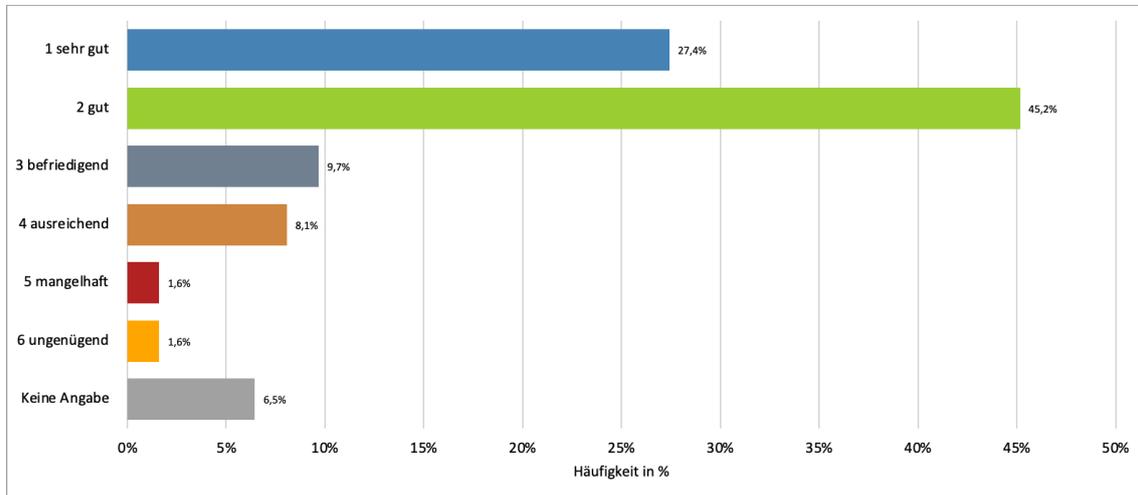
Frage 25: Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM/COPM a-kids in ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte? (Dauer der Durchführung)



45% der Befragten bewerteten die Zeit für die Vorbereitung und Auswertung mit der Note 2 und 27% mit der Note 1. Die Noten 4, 5, 6 und die Auswahlmöglichkeit „Keine Angabe“ wurden jeweils von weniger als 10% ausgewählt. Der Notendurchschnitt für diesen Unterpunkt liegt bei 2.10.

Abbildung I26

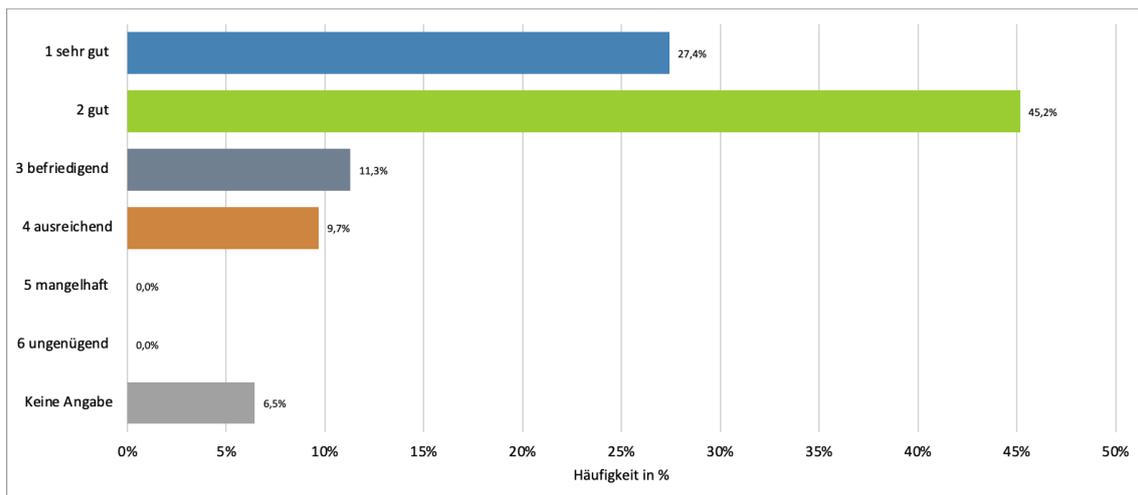
Frage 25: Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM/COPM a-kids in ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte? (Zeit für die Vorbereitung und Auswertung)



Der Unterpunkt Energie und Ausbildungsaufwand für Therapeut:innen wurde von 45% mit der Note „gut“ bewertet. 27% erteilten die Note „sehr gut“ und 11% die Note „befriedigend“. Die Durchschnittsbewertung liegt bei 2.03.

Abbildung I27

Frage 25: Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM/COPM a-kids in ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte? (Energie und Ausbildungsaufwand für Therapeut:innen)

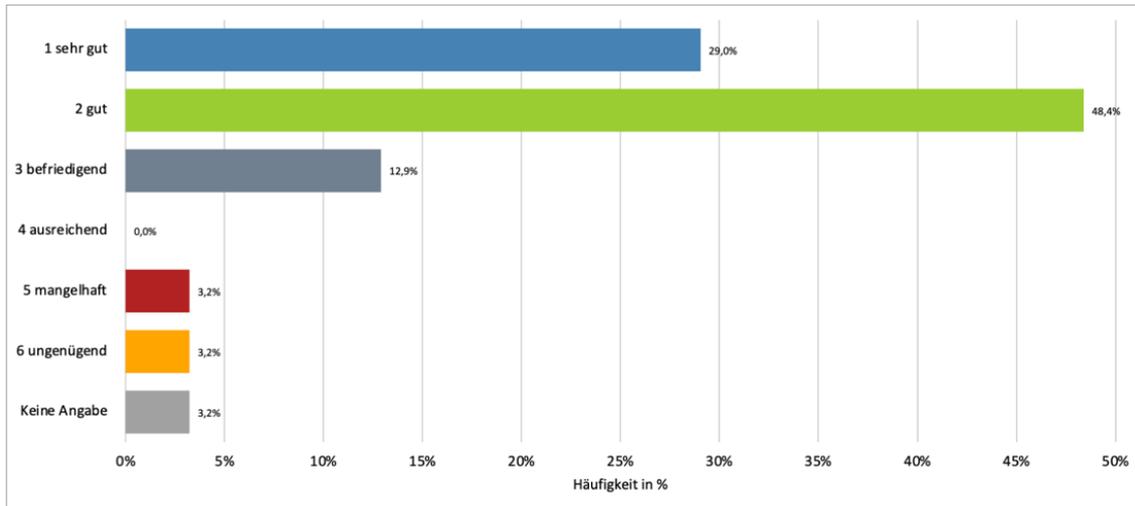


Die Mehrheit (48%) gaben dem Punkt Aufwand für Klient:innen die Note 2. 29% verteilten die Note 1 und 13% die Note 3. Die Noten 5 und 6, sowie die

Antwortmöglichkeit „Keine Angabe“ wurde jeweils von 3% der Teilnehmer:innen ausgewählt. Der Durchschnitt ist 2.07.

Abbildung I28

Frage 25: Wie bewerten Sie die Praktikabilität des COPM/COPM a-kids in ihrem Berufsalltag in Bezug auf die hiergenannten Aspekte? (Aufwand für Klient:innen)



26. Welche Herausforderungen sehen Sie in der Umsetzung des COPM/COPM a-kids?

Frage 26 wurde von 38 Personen beantwortet und in 9 Kategorien unterteilt. Am häufigsten wurde ein *mangelndes Problembewusstsein* (18 Aussagen) seitens der Klient:innen und deren Eltern genannt. 13 Personen gaben an, dass die *Zusammenarbeit mit den Eltern* eine Herausforderung darstelle. Schwierigkeiten mit dem *Arbeitsmaterial* des Assessments und dem *Zeitaufwand* wurden je neunmal thematisiert. Sieben Personen gaben an, dass die *Bewertung durch Klient:innen* herausfordernd sei. Die Kategorien *Interviewführung*, *eingeschränkte Fähigkeiten* seitens der Klient:innen und *Zielformulierungen* wurden je viermal genannt. Eine Person beschrieb die *Zuordnung der Betätigungen in Betätigungsbereiche* als herausfordernd.

27. Was würden Sie am COPM/COPM a-kids verändern?

Die 40 Antworten auf die Frage 27 wurden in sieben Kategorien unterteilt. Die größte Kategorie mit 14 Elementen bezieht sich auf die Veränderung und Aktualisierung der *Bildkarten*. Die Anpassung der *Betätigungsbereiche* wurde neunmal thematisiert. Acht Personen gaben an *mehr Platz in den Bögen* zu benötigen. Je siebenmal wurde die *Skalierung* und das *Ermöglichen von mehr Eigenständigkeit für die Kinder* benannt. Eine weitere Kategorie mit sechs Angaben betrifft die *Unterstützung für Therapeut:innen* in

der Anwendung. Eine Person gab an das allgemeine *Layout* des Assessments verändern zu wollen.

28. Was gefällt Ihnen am COPM/COPM a-kids?

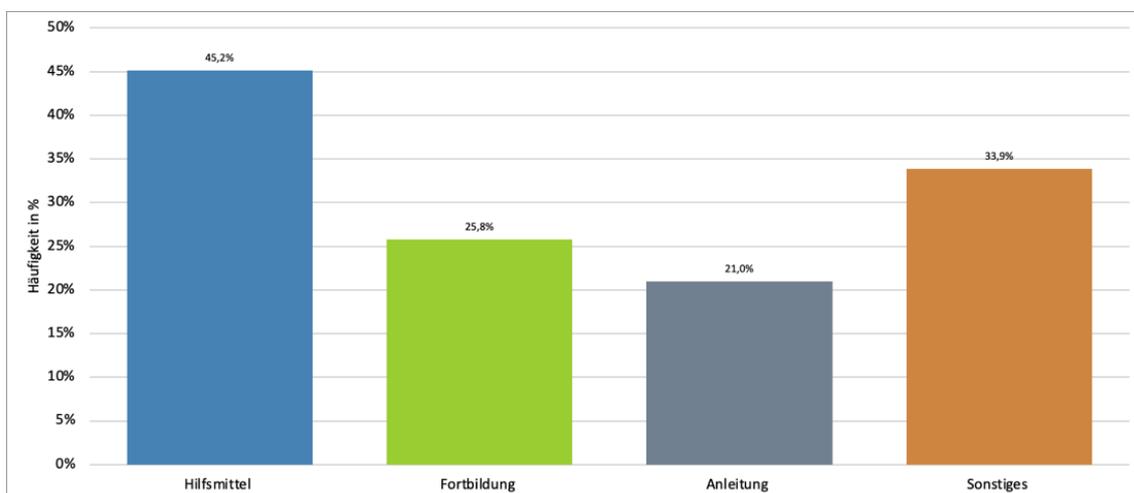
Frage 28 wurde 36-mal beantwortet. Aus den Antworten konnten acht Kategorien abgeleitet werden. Die größte Kategorie ist mit 20 Angaben die *Unterstützung im Therapieprozess*, darauf folgt mit 17 Elementen die Kategorie *Klientenzentrierung*. Antworten der Kategorie *Anwendbarkeit* wurden 14-mal genannt. Zwölf Personen äußerten sich zur *Betätigungsorientierung* des Assessments. Das *Material* wurde zehnmal thematisiert. Je vier Angaben bilden die Kategorien *therapeutische Beziehung* und *Veranschaulichung der ET*. Zweimal wurde die Aussage gemacht, dass das COPM ein *gutes Assessment* sei.

29. Gibt es etwas, dass Ihnen den Einsatz des COPM/COPM a-kids in der Pädiatrie erleichtern würde?

Die Mehrheit der Befragten (45%) gaben an, dass Hilfsmittel ihnen den Einsatz des COPM in der Pädiatrie erleichtern würde. 34% gaben die Antwortmöglichkeit „Sonstige“ an, was eine zusätzliche freie Antwort ermöglicht. Hierbei waren einige gewünschte Aspekte: Bildkarten, Skalierung und eine digitale Version. Von den 34% gaben 24% an, dass es nichts gäbe, was ihnen den Einsatz erleichtern würde. 10% gaben dabei an, dass Bildkarten ihnen die Anwendung erleichtern würde. Die Häufigkeitsverteilung ist Abbildung I29 zu entnehmen.

Abbildung I29

Frage 25: Gibt es etwas, dass Ihnen den Einsatz des COPM/COPM a-kids in der Pädiatrie erleichtern würde?



In Tabelle I5 sind die Antworten der Auswahlmöglichkeit "Sonstiges" aufgeführt.

Tabelle I4

Auswahlmöglichkeit "Sonstiges"

Auswahlmöglichkeit "Sonstiges"

Bestandteil des Unterrichts in der Ausbildung.

Video

Erneuerung

eine Buchbindung oder ähnliches

In der zahlen Skalierung bildliche Darstellung des Unterschieds von 1-10

Mehr Bildkarten

bessere Bildkarten

Ein Netzwerk zum Austausch der Erfahrungen.

eine deutschsprachige digitale Version, in der die Ergebnisse direkt eingetragen werden und somit auch direkt an Arztberichte angehängt werden kann

Kürzung und Konkretisierung

Mehr Zeit vom Arbeitgeber

Ich habe ja eine Fortbildung besucht.

Wenn meine Kolleginnen es auch alle nutzen würden ;)

fällt mir grad nichts ein

nein, ist Klientel abhängig

Nein

nein

nein

xxx

Sonstiges

Sonstiges

Sonstiges

Sonstiges

30. Haben Sie noch Anmerkungen, die Ihnen wichtig erscheinen und im Fragebogen nicht angesprochen wurden?

Die Letzte Frage Nr. 30 wurde von 13 Teilnehmer:innen beantwortet und zu vier Kategorien mit je einer Aussage zusammengefasst. Die *kids activity cards sind so veraltet, Kinder können sich nicht mehr identifizieren*, das Assessment sei *wenig zielführend bei Menschen mit Behinderungen*, die *Beobachtungen und Einschätzungen der Therapeut:in sollten mehr Gewicht haben* und die Frage *Wie können die Einschätzungen der Bezugspersonen der Therapie nutzen?*.

Anlage J

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Kassel, den 05.11.2021, 

Antonia Henrich

Passau, den 05.11.2021, 

Lena Stauber