

Ergotherapeutische Interventionen im Sonderschulsetting bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung

Abgrenzung zur Heilpädagogik

Eisenbart Olivia
16-543-993

Ribolla Janine Marina
07-172-703

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2016
Eingereicht am: 17. Mai 2019
Begleitende Lehrperson: Citrini-Hunger Andrea

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Anmerkung der Verfasserinnen:

Mit dem Wort Verfasserinnen sind die Urheberinnen der vorliegenden Arbeit gemeint. Die Begriffe Autor und Autorinnen werden dann verwendet, wenn es sich um die Urheber von anderer Literatur oder von Studien handelt.

Im Text verwendete Abkürzungen werden bei der ersten Verwendung ausgeschrieben und danach als Abkürzungen belassen.

Zur Berücksichtigung der Gender-Neutralität halten sich die Verfasserinnen an die Richtlinien der ZHAW und richten sich nach dem Leitfaden "sprachliche Gleichbehandlung von Mann und Frau".

Begriffe aus dem Glossar werden beim ersten Erscheinen mit einem "*" gekennzeichnet.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abstract.....	4
1. Einleitung.....	5
1.1 Thematische Verankerung	5
1.2 Problemstellung	5
1.3 Relevanz für die Ergotherapie	6
1.4 Fragestellung.....	7
1.5 Zielsetzung	7
1.6 Zentrale Begriffe der Fragestellung	7
1.6.1 Ergotherapeutische Interventionen im schulischen Setting	7
1.6.2 Sonderschulsetting	8
1.6.3 Geistige Beeinträchtigung / geistige Behinderung	8
1.6.4 Heilpädagogik.....	10
2. Methodisches Vorgehen.....	10
2.2 Datenbankrecherche.....	11
2.3 Ein- bzw. Ausschlusskriterien	13
2.4 Datenanalyse	13
2.4.1 Interviews mit Fachpersonen	14
3. Resultate.....	14
3.1 Hauptstudie I	14
3.1.1 Zusammenfassung	14
3.1.2 Kritische Würdigung	18
3.1.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit.....	19
3.2 Hauptstudie II	20
3.2.1 Zusammenfassung	20
3.2.2 Kritische Würdigung	23
3.2.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit.....	24
3.3 Hauptliteratur Review.....	25
3.3.1 Zusammenfassung	25
3.3.2 Kritische Würdigung	31
3.3.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit.....	32
4. Diskussion.....	33

4.1	Ergebnisse der Hauptliteratur	33
4.2	Interviews mit Heilpädagogen/innen und Ergotherapeuten/innen	35
4.3	Zusammenfassung der Hauptaussagen der Fachpersonen in Bezug auf die Fragestellung.....	36
4.4	Beantwortung der Fragestellung	39
4.5	Limitationen der Arbeit.....	43
5.	Transfer in die Praxis.....	44
6.	Schlussfolgerungen.....	48
	Literaturverzeichnis	52
	Weitere Verzeichnisse.....	56
	Tabellenverzeichnis.....	56
	Abbildungsverzeichnis	56
	Wortzahl	57
	Danksagung.....	58
	Eigenständigkeitserklärung.....	59
	Anhang	60
	A Glossar	60
	B Suchmatrix	62
	C Beurteilungsinstrumente.....	70
	Hauptstudie I:	70
	Hauptstudie II:	75
	Review:.....	80
	D Interviews.....	82

Abstract

Einleitung: Durch frühzeitige ergotherapeutische Interventionen können die Fertigkeiten von geistig beeinträchtigten Kindern gefördert und die Auswirkung auf die Entwicklung verringert werden. Im Sonderschulsetting werden die betroffenen Kinder eng von Fachpersonen der Heilpädagogik und der Ergotherapie begleitet und unterstützt.

Ziel: Die Arbeit soll Auskunft über die in der Literatur beschriebenen ergotherapeutischen Interventionen im sonderschulischen Setting bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung geben. Gleichzeitig soll die Abgrenzung der Ergotherapie zur Heilpädagogik aufgezeigt werden.

Methode: Mittels systematischer Literaturrecherche wurden drei Hauptstudien ausgewählt und kritisch beurteilt. Um die Inhalte auf den schweizerischen Kontext zu übertragen, wurden zusätzlich an zwei heilpädagogischen Schulen Experteninterviews geführt.

Ergebnisse: Die Studien ergeben einen groben Überblick über ergotherapeutische Interventionen welche sich für Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung eignen. Spiel als therapeutisches Mittel, Sensorische Integration, Kommunikation und ein familienzentrierter Ansatz werden am häufigsten genannt.

Schlussfolgerungen: Die Evidenzlage ist gering und es bedarf der weiteren Forschung bezüglich der Interventionen. Die Heilpädagogik und die Ergotherapie überschneiden sich teilweise in ihrem Tätigkeitsbereich, sie haben aber auch klare Kernkompetenzen. Eine enge Zusammenarbeit der beiden Professionen steht im direkten Zusammenhang mit dem Therapieerfolg des Kindes.

Keywords: Intellectual and developmental disabilities (IDD), mental retardation, occupational therapy interventions, special education, remedial teacher

1. Einleitung

1.1 Thematische Verankerung

Im Fachbereich der Pädiatrie arbeiten viele Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen mit beeinträchtigten Kindern, welche ambulant, oder im Rahmen des Besuchs einer heilpädagogischen Schule Therapie erhalten. Die Kinder können dabei körperliche als auch geistige Einschränkungen haben. In der ergotherapeutischen Fachliteratur und in Studien werden die Aufgabengebiete der Ergotherapie aufgezeigt und zahlreiche Interventionen bei Kindern mit körperlichen sowie psychischen und emotionalen Einschränkungen beschrieben. Wenig ist jedoch darüber zu finden, was der Aufgabenbereich der Ergotherapie bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung ist.

1.2 Problemstellung

Der Begriff geistige Beeinträchtigung vereint zahlreiche Krankheitsbilder und Ausprägungen, beispielsweise Autismus, Cerebralparese, Verhaltensauffälligkeiten oder das Down Syndrom (The Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 2000, 2014). Es gibt wenige Studien die das Vorkommen von geistigen Beeinträchtigungen bei Kindern untersuchen, jedoch lässt sich in Australien aus den vorhandenen Studien erkennen, dass bis zu 4% der Kinder zwischen der Geburt und dem vierten Lebensjahr eine geistige Beeinträchtigung aufweisen (Australian Bureau of Statistics, 2003). Durch frühzeitige ergotherapeutische Interventionen können die Fertigkeiten der Kinder gefördert, und die Auswirkung der geistigen Beeinträchtigung auf die Entwicklung des Kindes verringert werden (Case-Smith, 2013).

1.3 Relevanz für die Ergotherapie

Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen unterliegen in ihrer Arbeit dem Berufskodex des Ergotherapie-Verbandes Schweiz. Dieser fordert unter dem Punkt Entwicklung von Fachwissen folgendes: «Die ErgotherapeutIn festigt und erweitert kontinuierlich ihr berufliches Wissen und ihre Fertigkeiten und setzt diese im Berufsalltag ein. Dies basiert auf fundierten Erkenntnissen, die sowohl Erfahrungswissen als auch Resultate wissenschaftlicher Forschungen berücksichtigen (Berufskodex 2011).» Was im Berufskodex gefordert wird, kann in der Praxis allerdings nicht immer umgesetzt werden. Der Grund dafür liegt darin, dass es im Bereich der Interventionen für geistig beeinträchtigte Kinder wenig evidenzbasiertes Wissen gibt.

In ihrer Tätigkeit im Fachbereich der Pädiatrie kommen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen mit anderen Professionen in Berührung.

Im interprofessionellen Team befinden sich nebst der Ergotherapie oft auch die Physio- und Logopädie, sowie Heilpädagogen und Assistenzpersonen (Benson, Szucs, & Mejasic, 2016). Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen arbeiten gerade in heilpädagogischen Schulen auch eng mit Heilpädagogen zusammen. In der Zusammenarbeit dieser zwei Disziplinen fehlt häufig das Wissen über die Fähigkeiten des Anderen, sowie eine klare Definition der Rollen der beiden Berufe (Benson et al., 2016). Daraus resultieren folgende Fragen: Wie grenzt sich der Tätigkeitsbereich der Ergotherapie von demjenigen der Heilpädagogik ab? In welchen Bereichen ist die Ergotherapie spezialisiert und wo liegen die Kernkompetenzen der Heilpädagogik.

In der vorliegenden Bachelorarbeit wollen die Verfasserinnen diesen Aspekten in Form einer systematischen Literaturrecherche nachgehen. Im Hauptteil werden die Verfasserinnen auf ergotherapeutische Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung eingehen und in der Diskussion das Berufsbild sowie den Tätigkeitsbereich der Ergotherapie mit demjenigen der Heilpädagogik vergleichen. Für den Diskussionsteil werden Meinungen der beiden Berufsgruppen in Form von Interviews eingeholt. Dabei beschränken sich die Verfasserinnen auf Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, welche in der Schweiz an einer heilpädagogischen Schule tätig sind.

1.4 Fragestellung

Um die Aspekte möglichst umfassend abzudecken, haben die Verfasserinnen sich für folgende Fragestellung entschieden:

Welche ergotherapeutischen Interventionen werden in der Schweiz im Sonderschul-Setting in der Heilpädagogischen Schule bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung angewendet, und wie grenzen sich diese von heilpädagogischen Massnahmen ab?

1.5 Zielsetzung

Die Bachelorarbeit soll Auskunft über die in der Literatur beschriebenen und angewendeten ergotherapeutischen Interventionen im sonderschulischen Setting bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung geben. Gleichzeitig möchten die Verfasserinnen die Abgrenzung der Ergotherapie zur Heilpädagogik aufzeigen und/oder Empfehlungen für dieselbe abgeben.

1.6 Zentrale Begriffe der Fragestellung

1.6.1 Ergotherapeutische Interventionen im schulischen Setting

Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen unterstützen Menschen, indem sie die Teilnahme an für den Klienten bedeutsame Betätigungen und Rollen fördern, um so dem Klienten ein unabhängigeres Leben zu ermöglichen. Ergotherapeuten unterstützen Kinder mit einer Beeinträchtigung dabei, an Aktivitäten in ihrer Rolle als Schüler teilzuhaben (Benson et al., 2016).

Dazu wenden die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen ergotherapeutische Interventionen an. Sie verfügen über ein breites Wissen und Erfahrung um die jeweils passenden Therapiemassnahmen auszuwählen und anzuwenden. Dazu gehört beispielsweise die Durchführung einer Aktivitäts- und Umgebungsanalyse, um so Empfehlungen und Anpassungen für optimale Kontextfaktoren für Kinder mit Beeinträchtigungen zu schaffen (American Occupational Therapy Association, 2016).

1.6.2 Sonderschulsetting

Die Mehrheit der Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung besucht heute die Sonderschulen. Sie richtet sich an Kinder und Jugendliche mit hohem Förderbedarf, die im Rahmen der bestehenden Angebote der Regelschule nicht genügend gefördert werden können (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2019). Der Unterricht wird durch heilpädagogisch ausgebildete Lehrkräfte in kleinen Klassen erteilt. Das Angebot an Sonderschulen ist breit gefächert. Neben den regionalen Tagesschulen gibt es zahlreiche Sonderschulen, die auf bestimmte Behinderungsarten spezialisiert sind. Sie können mit einem stationären Angebot oder mit einer Betreuung in Tagesstrukturen verbunden sein. Eine Sonderschule gehört zur obligatorischen Bildungsstufe und untersteht einem kantonalen Bewilligungsverfahren (Insieme Schweiz, 2019). Die Kantone sind seit der Inkraftsetzung des Nationalen Finanzausgleichs (NFA) vom 1. Januar 2008 in fachlicher, rechtlicher und finanzieller Hinsicht für die besondere Schulung von Kindern und Jugendlichen mit einer Beeinträchtigung sowie für die sonderpädagogischen Massnahmen verantwortlich (Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2018).

1.6.3 Geistige Beeinträchtigung / geistige Behinderung

Der Begriff Behinderung ist nicht allgemein anerkannt definiert (Dederich & Jantzen, 2009) und das Verständnis von Behinderung unterliegt einem beträchtlichen Wandel (Papke, 2016). Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und den Vereinten Nationen ist der Kern von Behinderungen die eingeschränkte Teilhabe, entstanden durch die negative Wechselwirkung der Beeinträchtigung und dem System, in welchem die betroffene Person lebt (Papke, 2016). Bedeutend ist der Begriff „Menschen mit Behinderung“, welcher auch in der Behindertenrechtskonvention in Artikel 1 definiert wird: „Zu den Menschen mit Behinderung zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Theunissen et al., 2013).

Der erziehungswissenschaftliche Behinderungsbegriff stellt die individuellen Voraussetzungen und Ziele des Lernens, Erziehungsschwierigkeiten, beeinträchtigte und beeinträchtigende Lebensbereiche und die institutionellen Rahmenbedingungen in Bezug auf Bildung und Erziehung in den Vordergrund (Dederich et al., 2016).

Auch der Begriff der geistigen Behinderung ist nicht allgemein gültig definiert und unterliegt ebenfalls einem stetigen Wandel (Papke, 2016). Menschen, welche aufgrund von komplexen Dysfunktionen der hirneuralen Systeme erhebliche Schwierigkeiten haben ihr Leben selbstständig zu führen und aufgrund dessen lebenslang auf besondere Hilfe, Förderung und Begleitung angewiesen sind, werden als geistig behindert beschrieben (Theunissen et al., 2013). In der Fachliteratur bezieht sich der Begriff nicht ausschliesslich auf die Schädigung des Gehirns, sondern auf den gesamten Entwicklungsprozess und die Umweltbedingungen (Theunissen et al., 2013). Die genetisch-organischen Beeinträchtigungen beziehen sich vor allem auf den Intelligenzlevel und somit auf die Wahrnehmung und Kognition, die Sprache sowie die soziale und die motorische Entwicklung (Theunissen et al., 2013).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2005) definiert die geistige Behinderung als einen Prozess, welcher vor dem Erwachsenenalter beginnt und beständige Auswirkungen auf die Entwicklung hat. Dabei ist die Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen oder neue Fertigkeiten zu erlernen und anzuwenden signifikant verringert und somit das Führen eines selbstständigen Lebens schwierig oder nicht möglich. Gemäss WHO werden die Einschränkungen nach dem ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) je nach Intelligenzquotient in leichte Intelligenzminderung (IQ 50-69), mittelgradige Intelligenzminderung (IQ 35-49), schwere Intelligenzminderung (IQ 20-34) und schwerste Intelligenzminderung (IQ < 20) eingeteilt (Dilling et al. 1993). Dabei steht Intelligenzminderung für geistige Behinderung.

Die reine IQ-bezogene Klassifikation steht schon lange in der Kritik und hat dazu geführt, dass neben dem IQ-Wert auch die Anpassungsfähigkeiten eines Menschen mitberücksichtigt werden. Dieses sogenannte Doppelkriterium wird vom Klassifikationssystem ICD-10 aufgegriffen und es werden neben der defizitorientierten Definition und Kategorisierung der Intelligenzminderung auch die Anpassungsmöglichkeiten berücksichtigt (Theunissen, 2016).

1.6.4 Heilpädagogik

Der Begriff Heilpädagogik wird in der Literatur seit Jahren kontrovers diskutiert, ist nach wie vor im Wandel und definiert sich damit nicht eindeutig. Die meistgenannten Fachbezeichnungen sind Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Behindertenpädagogik und Rehabilitationspädagogik. Der Begriff selbst wurde 1861 von Jan Daniel Georgens und Heinrich Marianus Deinhardt eingeführt. Gleichzeitig haben die beiden einen ersten Theorieentwurf für die pädagogische Praxis geliefert (Biewer, 2017). Gemäss Deinhardt und Georgens ist die Heilpädagogik ein Zweig der allgemeinen Pädagogik (Wenk & Groth-Simonides, 2017). Auch Eitle bezeichnet die Heilpädagogik als wissenschaftliche Disziplin der Pädagogik (Eitle, 2003). Dabei bezieht sich das Wort „heil“ (germanisch = ganz) nicht auf Heilung im medizinischen Sinne von Wiederherstellung, sondern auf das ganzheitliche Betrachten eines Menschen mit seinen Fähigkeiten, Problemen, Ressourcen und seinem Umfeld und damit einer ganzheitlichen Behandlung und Integration (Dederich et al., 2016).

Im deutschsprachigen Raum etablierte sich die akademische Heilpädagogik durch den Lehrstuhl in Zürich in der Schweiz zuerst (Biewer, 2017).

Heilpädagogik wird als Erziehung, Förderung, Schulung und Bildung von Kindern und Jugendlichen mit individuellen und sozialen Lern- und Entwicklungshindernissen verstanden (Dederich et al., 2016).

2. Methodisches Vorgehen

Die in 1.4 geschilderte Fragestellung wurde mittels Analyse geeigneter Literatur beantwortet. Anhand der Fragestellung wurden von den Verfasserinnen Schlüsselwörter festgelegt, mit welchen in den relevanten Datenbanken nach entsprechender Literatur gesucht wurde. Die erhaltenen Treffer wurden anhand von definierten Ein- bzw. Ausschlusskriterien gescannt und aussortiert. Ausserdem wurde nach dem Schneeballprinzip* vorgegangen, wobei die in den Studien zitierte Literatur nachverfolgt wurde. Im Anschluss wurden die Studien bzw. das Review zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

2.2 Datenbankrecherche

In einem ersten Schritt wurden anhand der Fragestellung Schlüsselwörter bzw. Keywords festgelegt. In der Tabelle 1 ist die Entwicklung vom Stichwort zum Keyword detailliert aufgezeigt. Anschliessend wurde in den Datenbanken Medline, Scencedirect, CINAHL, AMED, Eric, PsychInfo, Pubmed, SZH, bidok, disability studies sowie im Nebis-Katalog recherchiert. Dazu wurde mit den definierten Keywords gesucht und diese mittels Trunkierungen und Bool'schen Operatoren kombiniert. So wurden beispielsweise Begriffe wie "occupational therap*" mit "AND" oder "OR" "cognitive disabilit*" "AND" "special educator*" kombiniert. Die ausführliche Suchmatrix ist dem Anhang A zu entnehmen.

Die erhaltenen Treffer wurden entweder mittels weiterer Kombinationen eingeschränkt oder direkt anhand der Abstracts ausgewählt bzw. aussortiert. Um die erzielten Ergebnisse zu selektionieren, wurden die Titel und die Abstracts gelesen und im Anschluss die Quellen anhand der Ein- bzw. Ausschlusskriterien ausgewählt (siehe Anhang, Tabelle 3).

Zudem wurde in Studien zitierte Literatur verwendet, Fachliteratur und Expertenmeinungen flossen ebenfalls mit ein. Somit wurde Primär-, Sekundär- und Tertiärliteratur verwendet.

Tabelle 1: Keywordtabelle

Schlüsselwörter	Synonyme, Unterbegriffe, Oberbegriffe	Englische Keywords
Ergotherapeuten/innen	Ergotherapie	Occupational therapy, occupational therap*, occupational therapist
Geistige/mentale Einschränkungen / Behinderung	Schädigung Minderung	Intellectual disabilities, mental disabilities, cognitive disabilities, intellectual and developmental disabilities (IDD) intellectual retardation
Heilpädagogik	Heilpädagogen/innen	Special educators, special school setting, curative school, remedial teacher
Rolle, Aufgabenbereich Funktion	Aufgabe Auftrag	Role, duties, function, assignment
Interventionen	Behandlungen	Interventions, treatments
Unterschiede	Verschiedenheit Differenz Gegensatz	Differences, distinctions

2.3 Ein- bzw. Ausschlusskriterien

Zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung mussten folgende Kriterien erfüllt werden: Die Studien durften nicht älter als 10 Jahre alt sein, sie mussten Kinder im Alter von 0-16 Jahren einschliessen, der Bezug zur Ergotherapie bzw. deren Interventionen musste gegeben sein oder sie mussten Bezug nehmen auf den Themenbereich des Sonderpädagogischen Schulsettings (Zusammenarbeit, Erwartungen der Heilpädagogen an die Ergotherapie, etc.).

Tabelle 2: Ein- bzw. Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Kinder im Alter von 0-16 Jahren	Jugendliche älter als 16 Jahre und Erwachsene
Kinder mit einer geistigen (und allenfalls zusätzlich körperlichen) Beeinträchtigung	Ausschliesslich körperlich beeinträchtigte Kinder
Berufsfeld Ergotherapie oder Heilpädagogik	Andere Professionen (z.B. Physiotherapie, Sozialpädagogen)
Sonderschulsetting	Regelschulsetting, Freizeit, Familienzentriert
Studien im Zeitraum von 2008 – 2018	Ältere Studien

2.4 Datenanalyse

Die schlussendlich für die vorliegende Arbeit verwendeten Studien wurden mittels dem Arbeitsinstrument für eine Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) kritisch gewürdigt, analysiert, ausgewertet und im Anschluss diskutiert.

Die Analyse für das Review wurde anhand des Critical Appraisal Skills Programm (CASP) erhoben. Die ausgefüllten Auswertungsbögen sind dem Anhang B zu entnehmen.

2.4.1 Interviews mit Fachpersonen

Um die Inhalte auf den schweizerischen Kontext zu übertragen und die in der Literatur erwähnten Resultate und Interventionen zu spiegeln, wurden neben der Literaturrecherche Experteninterviews mit Fachpersonen der Heilpädagogik und der Ergotherapie geführt, welche an einer heilpädagogischen Schule in der Schweiz arbeiten. Diese fliessen zusammengefasst hauptsächlich im Diskussionsteil in die Bachelorarbeit mit ein und sollen die aus der Literatur resultierenden Erkenntnisse spiegeln.

3.Resultate

3.1 Hauptstudie I

Wuang, Y.-P., Wang, C.-C., Huang, M.-H. & Su, C.-Y. (2009). Prospective study of the effect of sensory integration, neurodevelopment treatment, and perceptual-motor therapy on the sensimotor perfomanc in children with mild mental retardation. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 441-452.

3.1.1 Zusammenfassung

Ziel

Die Studie untersucht die Wirksamkeit von Sensorischer Integration (SI), Neurodevelopment Treatment (NDT) und den Perceptual- und Motor (PM – Wahrnehmungs- und Motorik Ansatz) Ansatzes als ergotherapeutische Interventionen auf die sensorische Performanz bei Kindern mit einer mittleren geistigen Beeinträchtigung. Mit den Forschungsergebnissen sollen Therapeuten künftig die Möglichkeit haben, eine rationale Entscheidung zu treffen, welcher Behandlungsansatz am geeignetsten für das zu behandelnde Kind ist.

Design

Bei der Studie handelt es sich um eine quantitative, experimentelle Studie. Die Studie wurde in Taiwan durchgeführt.

Stichprobe

Es nahmen 160 Kinder im Alter von sieben bis acht Jahren von 17 verschiedenen Schulen in städtischen Regionen an der Studie teil. Bei allen Kindern war eine leichte geistige Beeinträchtigung diagnostiziert.

Methode

Es wurden Lehrer von ersten und zweiten Klassen über das Ziel der Studie, sowie die gewünschten Studienteilnehmer informiert. Diese selektierten dann potentielle Kinder für die Studie. Die Kinder wurden per computergenerierter Zufallstabelle in drei Gruppen (Sensorische Integration, Neurodevelopment Treatment und Wahrnehmungs- und Motorik Ansatz) eingeteilt.

Jede Gruppe erhielt während 40 Wochen an drei Tagen in der Woche während 60 Minuten Therapie mit den jeweiligen Interventionen. Die Kinder wurden einzeln therapiert.

Die Genauigkeit der Behandlung wurde durch die Überprüfung von 120 Videoaufnahmen der Therapiesessionen von sechs Therapeuten sichergestellt. Diese nahmen während der Interventionsphase mindestens einmal pro Woche während 6 Monaten an der Studie teil. Zwei unabhängige pädiatrische Ergotherapeuten welche nicht in die Studie einbezogen waren, beurteilten die Interventionen auf die Einhaltung des spezifischen Interventionsansatzes.

Vor Start der Interventionen wurde eine MANOVA* (multivariate analysis of variance) durchgeführt, um allfällige Unterschiede bei den Ergebnissen aus den jeweiligen Tests (BOTMP = Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency, TSIF = Test of Sensory Integration Functions, VMI = Developmental Test of Visual Motor Integration) festzustellen. Nach der Interventionsphase wurde erneut eine MANOVA durchgeführt, welche insgesamt einen signifikanten* Effekt über alle Gruppen zeigte. Aufgrund dessen wurden anschliessend univariate F-Tests durchgeführt.

Um dabei die Irrtumswahrscheinlichkeit für alle Hypothesen korrekt zu kontrollieren, wurde die Family Wise Error Rate (Alpha=.003) definiert. Um die Ergebnisse zu Vergleichen, wurde der Scheffé Test (Scheffé multiple comparison test) eingesetzt. Um am Schluss die Unterschiede vor und nach den Interventionen innerhalb der Gruppen zu untersuchen, wurde der Cohen's d Test durchgeführt.

Resultate und Diskussion

Anhand der ausgewerteten Daten zeigte sich, dass sich die 4 Gruppen (SI, NDT, PM und Kontrollgruppe) im Alter der Kinder nicht signifikant unterschieden.

Die vor Start der Interventionen durchgeführte MANOVA zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe. Nach den Interventionen zeigte sich über alle Gruppen ein signifikanter Effekt. Es zeigte sich, dass die SI-Gruppe, die NDT-Gruppe, sowie die PM-Gruppe in vier Untertests (Koordination der oberen Extremitäten, Antwortgeschwindigkeit, visuell-motorische Kontrolle sowie Schnelligkeit und Geschicklichkeit der oberen Extremitäten) des BOTMP signifikant überragte und in allen Untertests des TSIF signifikant besser abschnitt. Die PM-Gruppe zeigte beim BOTMP bei der Schnelligkeit beim Rennen und der Wendigkeit, bei der Balance, bei den Krafttests und den motorischen Koordinationstests eine signifikant bessere Leistung als die beiden anderen Interventionsgruppen. Beim bilateralen Koordinationstest des BOTMP gab es keine signifikanten Unterschiede bei den Interventionsgruppen.

Beim VMI gab es keine signifikanten Differenzen zwischen der SI- und der PM-Gruppe. Hingegen zeigten diese beiden Gruppen eine signifikant bessere Leistung als die NDT-Gruppe.

Die PM Gruppe war, ausser im motorischen Koordinationstest, schlechter als die anderen beiden Gruppen. Hier war die PM-Gruppe besser als die SI-Gruppe, jedoch unterschieden sich die Messwerte nicht signifikant.

Ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede gab es in allen Tests, mit Ausnahme des im TSIF getesteten sensorischen Suchens, Aufmerksamkeit und Aktivität, dem motorischen Koordinationstest und dem emotional-verhaltensnormen Reaktionsvermögen zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe. Bei den erwähnten Untertests zeigte die NDT-Gruppe keine signifikant besseren Werte.

Verglichen mit der Kontrollgruppe, zeigten sich mittlere bis grosse Effekte beim BOTMP und TSIF für der SI-Gruppe.

Bei der PM-Gruppe gab es mittlere bis grosse Effekte bei allen BOTMP Untertests und bei drei TSIF Untertests (sensorische Diskrimination, Aufmerksamkeit und Aktivität sowie dem emotional-verhaltensnormen Reaktionsvermögen).

Bei der NDT-Gruppe zeigten sich beim BOTMP beim Untertest für Grobmotorik bei der Renngeschwindigkeit und Wendigkeit, bei der Balance, der bimanuellen Koordination und bei der Kraft moderate bis grosse Effekte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die SI- und die PM-Gruppe die Kontrollgruppe nach den Interventionen in den meisten sensomotorischen Messungen überragten. Die NDT-Gruppe hingegen zeigte lediglich bei einigen grobmotorischen Tests deutlich bessere Werte gegenüber der Kontrollgruppe.

Bei der Untersuchung der Unterschiede vor und nach den Interventionen innerhalb der Gruppen wurde festgestellt, dass die SI-Therapie beim BOTMP bei der bimanuellen Koordination, bei der Koordination der oberen Extremitäten und drei feinmotorischen Untertests sowie beim VMI und TSIF Untertests gegenüber den anderen beiden Interventionsgruppen die grösste Effektivität zeigte.

Das PM-Training hatte zusammen mit dem motorischen Koordinationstest auf drei grobmotorische Untertests des BOTMP (Wendigkeit und Renngeschwindigkeit, Balance und Kraft) den grössten Effekt.

Verglichen mit den Interventionsgruppen hatte die Kontrollgruppe in allen gemessenen Werten die kleinste Veränderung, mit Ausnahme des motorischen Koordinationstests; da erreichte die Gruppe höhere Werte als die NDT- und die SI-Gruppe.

Die Autoren fassen zusammen, dass regulär durchgeführte therapeutische Interventionen (z.B. SI, NDT, PM) bei Schulkindern mit einer leichten geistigen Behinderung vorteilhaft sind um sensomotorische Funktionen zu verbessern.

Es sollte mehr Wert daraufgelegt werden, dass die Kinder die im Training erworbenen Verbesserungen auf Alltagsaktivitäten übertragen können, welche die gleichen motorischen Fähigkeiten voraussetzen.

3.1.2 Kritische Würdigung

Die signifikanten wie auch die nicht signifikanten Resultate werden von den Autoren klar beschrieben, detailliert erläutert und in die Diskussion übertragen. Für überraschende Erkenntnisse bemühen sich die Autoren um Erklärungen. Die Ergebnisse werden ausführlich beschrieben und mit Tabellen und Grafiken detailliert illustriert; sie sind präzise und vollständig, und ergänzend zum Text. Auch die Tabellen zeigen die im Text beschriebenen Ergebnisse vollständig. Die verwendeten Methoden wurden passend ausgewählt und die Ergebnisse deutlich dargestellt. Auch die Interpretationen und Schlussfolgerungen bzw. der Übertrag in die Praxis sind klar beschrieben und aufgrund der Ergebnisse nachvollziehbar und übereinstimmend.

Die Resultate werden von den Autoren in Bezug zu den drei aufgestellten Hypothesen gesetzt und andere Studien, welche die Resultate unterstützen, werden ebenfalls genannt. Allerdings fehlen gegenteilig ausgefallene frühere Studien.

Die Autoren konnten die Forschungsfrage anhand der vorliegenden Ergebnisse beantworten. Dabei werden die Stärken und Schwächen genannt, auf die Limitationen eingegangen und die entsprechenden Begründungen aufgeführt.

Die durchgeführte Studie ist sinnvoll, denn sie zeigt für die Praxis differenziert auf, bei welcher Intervention in welchem Bereich der Fokus bzw. die Chance auf eine Steigerung liegt und leistet damit eine Entscheidungshilfe.

Aufgrund der klar aufgezeigten samples, der Methodik und der Durchführung wäre eine Wiederholung der Studie in einem anderen Setting möglich und zur Überprüfung bzw. weiteren Forschung angezeigt.

Die Studie inkludierte lediglich Kinder im Alter von sieben bis acht Jahren. Dies zeigt nur einen kleinen Ausschnitt der schulpflichtigen Kinder. Im Weiteren wurde der Unterschied von städtischen und ländlichen Schulen und damit die Anzahl Kinder aus den jeweiligen Schulen in den einzelnen Gruppen nicht berücksichtigt. Ausserdem wurde der Faktor ‚üben zu Hause‘, welcher einen grossen Einfluss auf die Testresultate haben könnte, nicht miteinbezogen. In einer nochmaligen Durchführung der Studie wäre das Führen eines Übungstagebuchs angezeigt.

Die Autoren geben zudem den Hinweis, dass dies die erste Studie dieser Art in diesem Themengebiet ist und daher weitere Studien notwendig sind. Insbesondere eine Langzeitstudie wird empfohlen.

3.1.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit

Die Studie untersuchte drei in der Ergotherapie angewendete Interventionen (SI, PM, NDT) und hat somit eine hohe Relevanz für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung. Einerseits werden damit die aktuell eingesetzten Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung aufgezeigt, andererseits wird gleichzeitig auf die Effektivität der einzelnen Massnahme eingegangen. Zudem zeigt die Studie den Einfluss der Kontextfaktoren auf die Resultate und somit auf die Leistung der Kinder auf. Dies stärkt wiederum die Daseinsberechtigung der Ergotherapie, da diese den Menschen mit seinen Umweltfaktoren wahrnimmt und allenfalls ein Unterschied zur Heilpädagogik darstellt.

3.2 Hauptstudie II

Dall’Alba, L., Gray, M., Williams, G. & Lowe, S. (2014). Early Intervention in Children (0-6 Years) with a Rare Development Disability: The Occupational Therapy Role. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24, 72-80.

3.2.1 Zusammenfassung

Ziel

Die Studie widmet sich der Darstellung der Rolle der Ergotherapie bei Kindern mit einer mittleren geistigen Beeinträchtigung. Dabei verfolgt sie folgende Fragestellung; Welche ergotherapeutischen Interventionen werden in der Frühprävention (0- 6 Jahren) bei Kindern mit einer mittleren geistigen Beeinträchtigung angewandt?

Design

Bei der Studie handelt es sich um eine Cross- Sectional, Mixed Method Studie, die sowohl quantitative wie auch qualitative Forschungsansätze enthält.

Stichprobe

28 Ergotherapeuten des Staates Queensland, Australien, welche Kinder mit einer mittleren geistigen Beeinträchtigung im Alter zwischen 0-6 Jahren in der Therapie haben.

Methode

Die Studie wurde mit Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen durchgeführt die im Staate Queensland, Australien, für das Departement of Communities Disability Services (DACCS) arbeiten und Kinder zwischen Geburt und dem sechsten Lebensjahr mit einer mittleren geistigen Behinderung therapieren. Aufgrund der breiten geografischen Verbreitung potenzieller Teilnehmer, wurde es als die effizienteste und wirtschaftlichste Art betrachtet, eine Umfrage zu machen um Erkundungsdaten zu sammeln. Dabei wurde sowohl ein Fragebogen verschickt, sowie ergänzend Telefoninterviews durchgeführt. Der Fragebogen wurde per Email an alle 28 Therapeuten versendet und enthielt zwei Teile. Im ersten Teil (Part A) wurden neun Fragen gestellt.

Gefragt wurde wie viele Kinder mit einer mittleren geistigen Beeinträchtigung in Behandlung sind, den Bereichen in denen die Interventionen erfolgen sowie welche therapeutischen Ansätze die Therapeuten verfolgen. Ausserdem erfasste der Fragebogen die Rolle von anderen Berufsgruppen in der Zusammenarbeit. Im zweiten Teil (Part B) wurden Fragen zur generellen Fallbearbeitung, der Rahmen der Therapie-stunde sowie auf die Räumlichkeiten in denen die Therapie stattfindet, eingegangen. In beiden Teilen der Befragung wurden offene Fragen und Multiple Choice Fragen gestellt.

Die Antworten aus den Fragebögen wurden mit dem SPSS Version 15 (Statistical Package for the Social Sciences) ausgewertet. Die Telefoninterviews wurden während der Durchführung mit Notizen zusammengefasst und anschliessend transkribiert.

Resultate

In den Befragungen wurden folgende Interventionsbereiche der Ergotherapie bei Kindern zwischen 0-6 Jahren mit einer mittleren geistigen Beeinträchtigung festgestellt: Spielförderung, ADL* Training, Kommunikation, Grobmotorik und Feinmotorik.

Die Spielförderung wurde als der grösste vertretene Bereich angegeben (81,8%), gefolgt von ADL Training (72,7%), Kommunikation (72,7%), Grobmotorik (72,7%) und Feinmotorik (72,7%). Zudem wurden noch die Bereiche der Sensorischen Integration (63,3%), Hilfsmittel (54,5%) sowie der Verhaltensförderung (45,5%) genannt.

Spielförderung

Bei diesem Bereich wurden folgende meist durchgeführte Interventionen genannt: Förderung des Gebrauchs von Spielzeug, Ursache- Wirkungsprinzip verstehen, und die Förderung der Exploration von Gegenständen.

ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens) Training

Hier wurden das Training mit Besteck, Esstraining und die Versorgung mit Esshilfen genannt. Das ADL Training ermöglicht den Kindern das Erreichen einer grösseren Selbständigkeit im Alltag.

Kommunikation

Unter diesem Bereich wurden alternative Kommunikationstechniken, die orale motorische Kontrolle sowie Training für eine erleichterte Kommunikation mit alternativen Kommunikationstechniken beschrieben.

Grobmotorik

Als Interventionen für die Grobmotorik wurden das Balancetraining, verschiedene Ausgangsstellungen einnehmen für das Spiel, sowie Übungen mit dem Gymnastikball genannt.

Feinmotorik

Hier wurden schreibvorbereitende Aktivitäten sowie Schreibübungen, Interventionen mit Spielen sowie Werkzeuggebrauch als Interventionen zur Förderung der Feinmotorik genannt.

Sensorische Integration

Darunter verstehen die Befragten Interventionen zur sensorischen Exploration, das Reduzieren oder Regulieren von sensorischen Reizen sowie Reizentzug/Reizdiät.

Hilfsmittel

Unter dem Begriff Hilfsmittel führten die Befragten Badezimmerutensilien, Sitzhilfsmittel sowie Positionierungshilfsmittel näher aus.

Verhaltensförderung

Unter diesem Punkt wird die positive Verstärkung von erwünschtem Verhalten, Verhaltensempfehlungen, Neuausrichtung des Verhaltens sowie Sensorisches Spiel verstanden.

Familienzentrierter Ansatz

Ein weiterer Interventionsbereich der Ergotherapie ist das verfolgen eines familienzentrierten Ansatzes. Hier kristallisierte sich heraus, dass das Ziel der FECS, das verfolgen eines familienzentrierten Ansatzes, in der Arbeit mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung ist. Die Rückmeldungen gaben an, dass ein grosser Teil der Eltern (47,1%) einen mittleren bis hohen Einbezug in die Therapie haben. Lediglich ein sehr kleiner Teil (14,7%) habe einen kleinen Einbezug bei der Therapie ihrer Kinder.

Ein mittlerer bis grosser Miteinbezug der Eltern konnte erreicht werden, wenn die Eltern aktiv in die Therapieeinheiten miteinbezogen wurden, und einen Interventionsplan für zu Hause hatten.

Einen kleineren Einbezug der Eltern wurden erreicht, wenn diese die Kinder lediglich in die Therapien brachten, aber minimales Engagement zeigten den Interventionsplan zu Hause umzusetzen und wenig in die Interventionen miteinbezogen wurden.

Diskussion

In der Studie wurde die Spielförderung als der meist verbreitete Interventionsansatz beschrieben. Das ADL Training war eine Schlüsselintervention in der Therapie von Kindern mit einer mittleren geistigen Beeinträchtigung. Ein weiterer Schwerpunkt der Therapie ist auch die Förderung der Grobmotorik. Dies ist ein wichtiger Bereich, da eingeschränkte Motorik zu weniger Spielpartizipation führt. Dies wiederum ist hinderlich für die Entwicklung der physischen wie psychosozialen Fähigkeiten der Kinder.

Die meisten Probleme die im Bereich der Feinmotorik beobachtet wurden, waren das gezielte Ergreifen und Loslassen, der Krafteinsatz sowie die Manipulation von Gegenständen.

In der gesamten Behandlung der Kinder ist besonders ein familienzentrierter Ansatz wichtig, da die Bedürfnisse des Kindes nie gänzlich trennbar sind von denen der Familie. Ein familienzentrierter Ansatz hat sich in dieser Studie als wirkungsvoll für den Behandlungserfolg bei den Kindern ausgewiesen.

3.2.2 Kritische Würdigung

Die Forschenden haben zur Durchführung, zur Kategorisierung und zur Auswertung und Verrechnung der Resultate genaue Beschreibungen ausgeführt. Zudem wurde darauf geachtet, dass die Objektivität beibehalten wird. Dies erreichten die Forschenden, indem für die Transkription der Interviews ein unabhängiger, erfahrener und nicht mit der Forschung vertrauter Ergotherapeut zuständig war. Ein Autor war bei einem der in der Studie eingeschlossenen Departemente angestellt. Dies könnte die Objektivität der Ergebnisse beeinträchtigen.

Die Antworten aus den Fragebögen wurden mit dem SPSS Version 15 (Statistical Package for the Social Sciences) ausgewertet. Es handelt sich hierbei um eines der weltweit meist genutzten Statistikprogramme. Allerdings ist dies eine Methode um quantitative Resultate auszuwerten. Da es sich aber um eine mixed-method Studie handelt, ist die Anwendung des SPSS Version 15 nicht ausreichend, um die Reliabilität der Studie genügend abzudecken.

Es fehlt an einer etablierten, wissenschaftlichen Analyse für die qualitativen Resultate. Im Weiteren fehlt die Erwähnung einer Genehmigung durch eine Ethikkommission. Da aber sorgsam mit den Daten umgegangen und alle Teilnehmer der Studie sowie die behandelten Kinder anonymisiert wurden, ist den ethischen Ansprüchen soweit genüge getan. Es werden keine Angaben gemacht, nach welchen Standards die Interviews transkribiert wurden. Die Autoren beziehen sich auf Studien der Jahre 1989 bis 2013, deshalb entsprechen nicht alle Aussagen der erforderlichen Aktualität. Einer der Autoren ist angestellt bei den Disability and Community Care Services, Queensland. Selbstinterpretationen und Erinnerungsverzerrungen können deshalb nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Der Fragebogen wurde passend zu der Fragestellung konzipiert. Die Fragen sind sehr breit gestellt, was eine Möglichkeit bietet, über viele Bereiche Daten zu sammeln. Allerdings sind aus diesem Grund die Antworten nicht sehr spezifisch. Dies spiegelt sich bei der recht oberflächlichen Beschreibung der Interventionen wieder. Ausserdem wird nicht genauer darauf eingegangen, wieso und wann sich offene, Multiple Choice bzw. geschlossene Fragen gut eignen.

Der Forschungsprozess ist nachvollziehbar dargestellt und erfüllt ausser im Punkte der Reliabilität, den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit. Die Ergebnisse sind differenziert und reichhaltig, sodass sie für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit beigezogen werden können.

3.2.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit

Die Studie befasste sich mit der Frage welche Interventionen in der Ergotherapie bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung angewandt werden.

Somit passen die Resultate auch zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Die Studie beschreibt verschiedene ergotherapeutische Interventionen in diesem Bereich und benennt deren Relevanz.

Die Resultate aus der Studie können den Resultaten aus den anderen Studien gegenübergestellt werden, umso die Hauptbereiche der ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung festzustellen.

3.3 Hauptliteratur Review

Case-Smith, J. & Arbesman, M. (2008). Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 416-429.

3.3.1 Zusammenfassung

Ziel

Die Autoren strebten die Darstellung der aktuellen Forschung in Bezug auf Interventionen bei Kindern mit einer Autismus Spektrum Störung (ASS) und eine Interpretation der Resultate für die klinische Anwendung an.

Die folgende Forschungsfrage wurde untersucht: Welche Evidenz gibt es für den Effekt von Interventionen, welche in der Ergotherapie angewendet werden (oder relevant sind) bei Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus Spektrums Störung?

Methode

Die Studie bzw. das Review wurde von der American Occupational Therapy Association (AOTA) initiiert und unterstützt

Die Autoren legten sich auf eine Fragestellung fest, welche von einer beratenden ASS-Expertengruppe überprüft wurde. Danach wurde in der Gruppe beschlossen, dass ASS Autismus Spektrums Störung, Asperger Syndrom sowie allgemeine Entwicklungsstörung umfasst und die Suche Betätigung und Engagement sowie leistungsorientierte Interventionen inkludiert. Multikomponente, multidisziplinäre wurden ebenso miteingeschlossen wie auch fokussierte Programme.

Dabei wurde die Rolle der Familie, Verhalten, Selbstregulation und kontextuelle Komponenten berücksichtigt.

Die Autoren wurden von einem medizinischen Bibliothekaren (mit Erfahrung in evidenzbasierten Reviews) unterstützt und haben Studien gesucht, ausgewählt, analysiert, zusammengefasst und die Informationen für die Ergotherapiepraxis interpretiert.

Alle benutzten Datenbanken wurden notiert. In den Datenbanken wurde gesucht und anschliessend wurden die Suchresultate nochmals von einem anderen Gruppenmitglied überprüft bzw. dieselbe Datenbank wurde nochmals überprüft. Die Suchbegriffe wurden von den Autoren festgelegt und durch die Expertengruppe hinterfragt.

Es wurden nur Studien mit Evidenzlevel I (randomisierte Studien, Metaanalysen und systematische Reviews), Level II (Kohortenstudien) und Level III (vorher-nachher, Ein-Gruppen-Design) miteingeschlossen.

Ein Autor hat die ausgewählten 49 Studien anhand von Law (2002) analysiert. Dabei hat er das Evidenzlevel, das Studiendesign, die Teilnehmeranzahl, die Interventionen, Messwerte, Resultate, Limitationen und die Auswirkung auf die Ergotherapie beschrieben und evaluiert.

Danach wurde eine Tabelle erstellt, welche die Interpretation der Resultate enthielt und von einem zweiten Autor überprüft wurde.

Im Anschluss wurden die gefundenen Interventionen kategorisiert: 1 Sensorische Integration und sensorikbasierte Interventionen (auch auditives Integrationstraining), 2 beziehungsbasierte, interaktive Interventionen, 3 Programme welche auf entwicklungsorientierten Fähigkeiten basieren, 4 sozial-kognitive Programme, 5 familienzentrierte Ansätze, 6 intensive Interventionen bezüglich Verhalten.

Resultate

Sensorische Integration und sensorikbasierte Interventionen (SI)

ET haben häufig Fokus auf diese Interventionen. Es wurden 8 Level I Studien gefunden in diesem Bereich. Die SI zeigt, dass die Fähigkeit des Kindes, sein Verhalten zu regulieren und soziale Partizipation zu erleben, gestärkt wird.

Allerdings sind die Resultate inkonsistent. Studien mit einem geringeren Evidenzlevel zeigen positive Resultate, allerdings ist die Evidenz schwach, die Versuchsgruppen zu klein und es fehlen Kontrollgruppen.

Beziehungsbasierte, interaktive Interventionen

Oft wird SI kombiniert mit interaktiven Spielen, welche individuell angepasst werden. Dabei liegt der Fokus auf der Entwicklung der sozial-emotionalen Fähigkeiten. Elf Studien mit Level I, II und III untersuchten diese Interventionen. Dabei konnten positive, jedoch kleine Effekte gezeigt werden. Allerdings wird hervorgehoben und mit diverser Literatur unterlegt, dass soziale Interaktion, insbesondere mit Kindern, eine wichtige Rolle auf die Entwicklung hat. Auch strukturierte, spielerische Aktivitäten fördern das Teilen, die Kommunikation und die soziale Interaktion.

Programme welche auf entwicklungsorientieren Fähigkeiten basieren

Für junge Kinder mit Autismus werden typischerweise umfassende Interventionsprogramme angewendet. Dabei ist auch die Ergotherapie involviert. Diese Programme sind spielbasiert, beziehen Kollegen der Kinder mit ein, fokussieren auf die Stärken der Kinder und involvieren ein multidisziplinäres Team. Zwei der bekanntesten Programme sind das Denver Model von Sally Rogers (1991) und das 'Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children' (TEACCH) von Schopler und Reichler (1971).

Solche Programme, welche die soziale Interaktion und soziale Beziehungen fördern, sowie strukturierte Unterrichtsräume, zeigen einen kleinen positiven Effekt. Das TEACCH wendet visuelle Hinweise und visuelles Lernen an, was förderlich für das Lernen und die Kommunikation ist. Im Weiteren werden die motorischen und kognitiven Leistungen verbessert. Die visuelle Unterstützung hilft den Kindern zu wissen, welche Aktivität als nächstes folgt, Aktivitäten zu unterteilen und abzuschliessen. Ergotherapeuten nutzten bei ihrer Arbeit mit den betroffenen Kindern solche Hinweise nicht nur in den Klassenräumen, sondern auch beim Toilettengang, beim Essen und auf dem Spiel- und Pausenplatz. Die Effektivität von visuellen Strategien wird auch durch eine Level II-Studie unterstützt. Grundsätzlich ist die Evidenz für die erwähnten Programme allerdings schwach, da ausschliesslich Studien mit Level II oder III die Interventionen untersucht haben. Alle diese Studien zeigen jedoch positive Effekte.

Sozial-kognitive Programme

Schwierigkeiten oder fehlende soziale Fertigkeiten sind charakteristisch für Kinder mit Autismus.

Programme, welche diese Fähigkeiten schulen sollen, fokussieren sich auf die soziale Interaktion, Augenkontakt, nonverbale Kommunikation und Sprache. Eine Möglichkeit ist das Unterrichten der Kinder nach der Theory of Mind. Auch hier ist die Studienlage nicht eindeutig und es können lediglich positive Effekte aufgezeigt werden. Eine weitere Intervention in diesem Bereich sind die ‚Social Stories‘. Hier sind die positiven Effekte allerdings minimal. Zudem ist unklar, für welches Alter sich diese Intervention eignet, welche Kinder am ehesten davon profitieren könnten und es existieren keine Langzeitstudien.

Familienzentrierte Ansätze

Es werden einige familienzentrierte Interventionen beschrieben. Da diese im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht besprochen oder berücksichtigt werden, wird hier nicht im Detail darauf eingegangen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die von Eltern geleiteten und vermittelten Ansätze je nach Studie gute Wirkung zeigten. Dabei steht in der Ergotherapie die Schulung der Eltern im Zentrum, wobei zwei Ziele im Vordergrund stehen: die Eltern sollen lernen, das Kind darin zu unterstützen, seine Leistung zu verbessern und das Verhalten des Kindes zu steuern sowie unangepasstes Verhalten ihres Kindes zu verringern.

Im Weiteren werden die Eltern und weitere Familienmitglieder geschult, selbst Interventionen durchführen zu können, den eigenen Stresslevel zu senken und das Selbstvertrauen zu stärken. Dies wiederum führt zu einer Verbesserung des kindlichen Verhaltens. Ein wichtiger Punkt bei den familienzentrierten Ansätzen ist die Aufklärung der Eltern über die Krankheit und insbesondere über die Auswirkungen und die Handlungsmöglichkeiten.

Intensive Interventionen bezüglich Verhalten

Diese Interventionen werden am häufigsten angewandt bei Kindern mit ASS und haben auch die grösste Evidenz. Eine oft benützte und gut untersuchte Massnahme ist die ‚Early Intensive Behavioral Intervention‘ (EIBI).

Dabei handelt es sich um multi-komponente Pakete, welche ein breites Spektrum von Verhaltenstechniken beinhalten. Diese werden in einem Eins-zu-Eins-Setting trainiert. Die Studien zeigen hier moderate bis stark positive Effekte.

Diskussion

Die Autoren weisen darauf hin, dass die gefundenen und im Review verwendeten Studien auf unterschiedlichen theoretischen Hintergründen und Referenzrahmen basieren. Ausserdem werden in der Praxis die Interventionen nicht ausschliesslich nach der vorhandenen Evidenz, sondern auch aufgrund der Kontextfaktoren, den Ressourcen, der Präferenzen der Familie, der Altersstufe des Kindes und der Erfahrung und Expertise der Ergotherapeuten ausgewählt.

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass effektive Interventionen sowohl intrinsische als auch extrinsische Einflüsse berücksichtigen und miteinbeziehen, als auch eine umfassende Analyse beinhalten. Dabei sollte auch der Austausch im interprofessionellen Team, mit Lehrpersonen und insbesondere auch mit den Eltern stattfinden.

Wichtige Strategien bei der Arbeit mit einem Kind mit ASS, wie Aktivitäten kreieren, welche die soziale Interaktion fördern, das Kind unterstützen beim Bewältigen von Dilemmata, das Kind imitieren, den Kindern Zeit lassen und auf eine Antwort warten. Ein möglichst natürliches Setting sollte geschaffen werden, das Kind sollte die Interaktion initiieren und die Therapeuten sollen sich vom Kind führen lassen.

Kinder mit ASS profitieren von strukturierten Aktivitäten, welche die soziale Interaktion, die Kommunikation und die Beziehungsfähigkeit fördern.

Eine wichtige Rolle spielen dabei ‚normal‘ entwickelte Kinder; sie begünstigen die Kooperation und die soziale Interaktion (was ebenfalls betroffene Kinder nicht tun).

Die am häufigsten angewendeten Interventionen, und in welchen die Ergotherapie eine unterstützende Rolle spielt, sind die intensiven Interventionen bezüglich Verhalten und die beziehungs-basierten Interventionen. Beide Anwendungen haben positive Effekte gezeigt.

Die Evidenz zeigt klar, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen individuelle Analysen der Leistungen der Kinder durchführen sollen, um die für das jeweilige Kind passende Intervention anzuwenden oder zu entwickeln.

Viele der Studien haben spiel- oder aktivitätsbasierte Interventionen untersucht, wie sie in der Ergotherapie angewendet werden.

Zukünftig sollte die Forschung einen Fokus auf die Gestaltung und Anpassung des Umfeldes von Kindern mit ASS legen. Im Weiteren sollten die sensorisch-basierten Techniken besser untersucht werden. Die Effektivität schwankt von moderat bis stark, insbesondere die klassische Sensorische Integration (SI) hat eine schwache Evidenz. Zudem fehlen in der Literatur Studien zu Interventionen bezüglich der Unterstützung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen für ein erfolgreiches Bestehen im Job und für ein selbstständiges Wohnen bzw. Leben.

Bewertete, jedoch nicht genauer beschriebene Interventionen

Sensorische Integration (SI):

Die SI wird genutzt, um die Fähigkeit des Kindes sein Verhalten anzupassen und an sozialen Interaktionen teilzunehmen zu verbessern.

Sensorik-basiert (Massagen, etc.)

Diese Massnahmen werden genutzt, um bei betroffenen Kindern die Verhaltensauffälligkeiten zu verringern, die Selbststimulation und die stereotypen Bewegungen zu reduzieren und die Aufmerksamkeit sowie den Fokus zu verbessern.

Auditives Integrationstraining (AIT)

Die über das Hören angewendeten Trainings fördern die Integration und die Organisation des zentralen Nervensystems.

Denver Model

Dieses Modell ist ebenfalls ein Programm, welches einen umfassenden und entwicklungsorientierten Ansatz bietet. Es beinhaltet Frühinterventionen für Kinder mit Autismus.

TEACCH

Bei diesem entwicklungs-kompetenz-basierten Programm steht eine strukturierte Unterrichtsumgebung im Zentrum. Darin werden die Kinder mit alternativen Kommunikationssystemen vor allem visuell, in der Regel mit Bildern, Fotos oder anderen visuellen Hinweisen, angesprochen.

Sozial-kognitives Skill-Training

Interventionen dieser Art sollen Kindern mit Autismus die sozialen Fähigkeiten vermitteln. Dabei werden die Schritte der sozialen Interaktion geübt, wie beispielsweise Augenkontakt herstellen und halten, die Sprache oder die nonverbale Kommunikation.

Intensives Verhaltenstraining

Bei Kindern mit Autismus werden oft Verhaltensinterventionen angewendet. Eine davon ist die Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI).

Strukturierte, spielerische Aktivitäten (z.B. Konstruktionen aus Blöcken), Lego-Therapie

Bei Interventionen, bei welchen die Fachpersonen gegenüber den Kindern auffordernd, verstärkend und Hinweis gebend wirken, geht es darum das Teilen, die soziale Interaktion sowie die Kommunikation zu fördern. Dabei ist es wichtig, dass Spielmaterialien ausgewählt werden, welche von hohem Interesse für das Kind sind, Regeln aufgestellt und eingehalten werden. Durch das Spiel können die sozialen Kompetenzen des Kindes verbessert werden.

Beziehungsbasierte, interaktive Interventionen (z.B. Interaktive Spiele, soziale Interaktion)

Bei diesen Interventionen liegt der Fokus auf der Verbesserung der sozial-emotionalen Entwicklung der Kinder. Da das Spiel die Hauptbetätigung von Kindern ist, entspricht diese Herangehensweise sehr den Grundsätzen der Ergotherapie.

3.3.2 Kritische Würdigung

Die Autoren des Reviews haben eine grosse Anzahl Studien (49) bewertet und analysiert. Dabei wurden ausschliesslich Studien ausgewertet, welche einen hohen Evidenzlevel auswiesen. Damit wurde, insbesondere für die praktische Arbeit, ein Mehrwert geschaffen werden.

Durch das Zusammenarbeiten verschiedener Experten in der Arbeitsgruppe und den Miteinbezug eines Bibliothekaren ist eine breite und mehrfache Sichtung der Datenbanken gewährleistet und die Überprüfung der Datenlage vielfach erfolgt. Durch den Fokus auf die Effektivität fehlen die Beschreibungen der einzelnen Interventionen. Auch die Methodik wird im Review nicht aufgezeigt; allerdings wird auf ein weiteres Dokument verwiesen, in welchem die Datenerhebung und -Analyse aufgezeigt wird.

Die Resultate wurden in einer Evidenztabelle, welche die Ergebnisse sowie die Interpretationen für die Ergotherapie enthält, zusammengetragen und von beiden Autoren überprüft.

Da das Review aus dem Jahre 2008 stammt, nimmt es Bezug zu Studien aus den Jahren 1986 bis 2007. Diese gelten heute als nicht mehr aktuell. Im Text wird eine Tabelle mit den Interpretationen der Suchresultate beschrieben, welche im Review jedoch nicht zu finden ist. Ausserdem wurde nur die Tabelle, nicht aber die Arbeit, welche zum Tabelleninhalt geführt hat, überprüft. Die auf Evidenz geprüften Interventionen sind nicht genau beschrieben.

3.3.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit

Das Review untersuchte Interventionen bei Kindern mit Autismus Spektrumsstörung (ASS), Asperger Syndrom und weiteren allgemeinen Entwicklungsstörungen auf ihre Effektivität und Evidenzlage. Da diese Arbeit die Frage nach ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung, zu welcher die ASS-Krankheitsbilder gehören, untersucht, ist das Review von hoher Relevanz. Die eruierten Interventionen wurden genutzt, um die vier Expertinnen an den Heilpädagogischen Schulen zu interviewen und somit einen Vergleich mit den angewendeten Massnahmen in der Schweiz machen zu können.

4. Diskussion

Im nachfolgenden Text werden alle Resultate der drei Hauptstudien sowie der Interviews mit den Fachpersonen dargestellt und die Ergebnisse diskutiert.

4.1 Ergebnisse der Hauptliteratur

Alle drei Studien zeigen auf, wie vielfältig die Therapie von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung ist. Der Grund dafür sind die vielfältigen Einschränkungen, welche ein Kind mit einer geistigen Beeinträchtigung haben kann. In den Hauptstudien wurden verschiedene Therapieansätze und Behandlungsbereiche aufgezeigt und diskutiert. Die Studien zeigen Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Resultate auf, welche nachfolgend festgehalten werden.

Spiel

Das Spiel ist die wichtigste Betätigung eines Kindes (Papalia, Olds & Feldman, 2007). Dies widerspiegelt sich auch in den Ergebnissen der Hauptstudien. In der Studie von Dall'Alba et al. (2014) wird das Spiel gar als meist genutztes Therapiemittel beschrieben. Dazu gehören nach Dall'Alba et al. (2014) folgende Interventionen: Förderung des Gebrauchs von Spielzeug, Spiel zur Förderung des Verständnisses für das Ursache- / Wirkungsprinzip und die Förderung der Exploration von Gegenständen. Spiel und Spielzeuge geben dem Kind die Möglichkeit seine Umwelt und den in ihr vorhandenen Gegenständen einen Sinn zuzuschreiben (Papalia et al., 2007).

Auch in der Studie von Case Smith et al. (2008) wird das Therapiemittel Spiel unter strukturierte, spielerische Aktivitäten (z.B. Konstruktionen aus Blöcken) erwähnt. Hier geht es nach Case Smith et al. (2008) darum, das Teilen, die soziale Interaktion sowie die Kommunikation zu fördern.

Sensorische Integration

Anna Jean Ayres ist die Gründerin der Theorie der Sensorischen Integration (SI). Dieser Ansatz versucht unterschiedliche motorische Störungen aus fehlerhafter Verarbeitung sensorischer Informationen im Gehirn zu erklären.

Anna Jean Ayres definiert SI mit den folgenden Worten:

„Sensorische Integration bedeutet das sinnvolle Ordnen von Sinneserregungen im Gehirn, so dass der Mensch sich und seine Umwelt genau wahrnimmt, zu Lernprozessen fähig ist und auf Umweltgegebenheiten angemessen reagieren kann.“ (Ayres, *Sensory integration and learning disorders* 1972, S.11)

Dieser therapeutische Ansatz wird sehr oft bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung angewandt. Die Sensorische Integration wird in der Ergotherapie genutzt, um die Fähigkeit des Kindes, sein Verhalten anzupassen und an sozialen Interaktionen teilzunehmen, zu verbessern (Case-Smith & Arbesman, 2008). Allerdings besteht, was die Effektivität der Sensorischen Integration angeht, oft keine klare Evidenzlage. Die Studie von Wuang et al. (2013) hatte zum Ziel, die Effektivität von verschiedenen Interventionen im Bereich der Sensomotorik aufzuzeigen.

Aus der Studie resultierte, dass die Sensorische Integration in verschiedenen Testungen signifikante Verbesserungen der sensomotorischen Performanz bei Kindern mit einer mittleren geistigen Beeinträchtigung erzielt.

Kommunikation

Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung haben häufig Mühe mit der Kommunikation (Millar, Light & Schlosser, 2006). Dazu wird in der Ergotherapie an alternativen Kommunikationsmethoden gearbeitet, beispielsweise Verständigung mit Hilfe von Piktogrammen. Weitere Interventionen in der Ergotherapie zur Förderung der Kommunikation sind die Förderung der oralen motorischen Kontrolle sowie die Durchführung von Kommunikationstraining für alternative Kommunikation (Dall'Alba et al., 2014). Das Kommunikationstraining, welches die alternative Kommunikation erleichtern soll, reicht von der Ermutigung des Kindes die alternativen Kommunikationsmethoden zu benutzen, bis hin zu funktionellem Training, welches dem Kind die Voraussetzungen zur Bedienung der alternativen Kommunikationsmittel schafft (McDonald, 2019).

Alternative Kommunikationsmethoden zu finden, die es dem Kind ermöglichen sich trotz Beeinträchtigung mitzuteilen, hat für ein Kind mit einer geistigen Beeinträchtigung eine wichtige Bedeutung. Nur so ist es dem Kind möglich, seine Bedürfnisse auszudrücken (Dall'Alba et al., 2014).

Familienzentrierter Ansatz

Auch wenn die Verfasserinnen dieser Arbeit nicht auf familienzentrierte Interventionen abzielten, kristallisierte sich aus den Hauptstudien heraus, dass in der Therapie von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung ein familienzentrierter Ansatz von Bedeutung für den Therapieerfolg sein kann. Die Studie von Dall'Alba et al. (2014) belegt, dass sich ein grösserer Therapieerfolg erzielen lässt, wenn die Familien in die Therapie miteinbezogen werden. Dies kann erreicht werden, indem die Eltern in die Therapiestunden eingebunden sind und einen Therapieplan für die Anwendung zu Hause erhalten. Auch das Review von Case-Smith et al. (2008) bestätigt die Wirksamkeit von familienzentrierten Interventionen.

4.2 Interviews mit Heilpädagogen/innen und Ergotherapeuten/innen

Mit der Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit zeigen die Verfasserinnen nicht nur Interventionen der Ergotherapie bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung anhand einer Literaturrecherche auf, sondern gehen auch dem Aspekt nach, inwiefern sich die Ergotherapie von der Heilpädagogik abgrenzen lässt. Um die Studien zu diesem Thema einordnen und den Übertrag in die Schweiz machen zu können, haben die Verfasserinnen dieser Arbeit zusätzlich zwei Interviews mit Fachpersonen aus der Praxis geführt. Die Aussagen fliessen ergänzend in den Diskussions teil ein und dienen somit insbesondere der Beantwortung des zweiten Teils der Fragestellung.

Für die beiden Interviews stellten sich jeweils je eine Heilpädagogin und eine Ergotherapeutin zur Verfügung, welche jeweils an derselben schweizerischen Heilpädagogischen Schule (HPS) arbeiten. Um eine Diskussion und einen direkten Austausch zu ermöglichen, fand die Befragung bei jedem Interview mit beiden Fachpersonen gleichzeitig statt. Nachfolgend sind die wichtigsten Ergebnisse bezüglich der Fragestellung beschrieben.

4.3 Zusammenfassung der Hauptaussagen der Fachpersonen in Bezug auf die Fragestellung

Die Zusammenarbeit zwischen den Heilpädagoginnen und Heilpädagogen und den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ist essenziell für den Erfolg eines Kindes mit einer geistigen Beeinträchtigung innerhalb und ausserhalb des Klassenzimmers (Benson et al., 2016). Dies bestätigen auch die Heilpädagogin und die Ergotherapeutin der einen HPS. Sie betonen, dass eine Zusammenarbeit enorm wertvoll ist und alle Beteiligten davon profitieren. Der Austausch und die Diskussionen führen zu gemeinsamen und guten Lösungen. Insbesondere bei verhaltensauffälligen Kindern sei der Profit enorm, wenn an gemeinsamen Themen, aber mit unterschiedlichen Ansätzen gearbeitet wird. So erkennen die Kinder auch die Wichtigkeit der zu erarbeitenden Handlungen. Beide Fachpersonen betonen, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit unbedingt gefördert werden sollte. Auch die Literatur bestätigt die Wichtigkeit von interprofessioneller Zusammenarbeit.

Das Masse wie die interprofessionelle Zusammenarbeit klappt, steht in direkter Verbindung mit den Entwicklungschancen der Kinder (Patton, Hutton & MacCobb, 2015).

Auch aus der Studie von Benson et al. (2016) geht hervor, dass der Austausch und die Zusammenarbeit mit den Heilpädagoginnen und Heilpädagogen eine der wichtigsten sei für die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, da sie sehr oft an der gleichen Institution beschäftigt sind. Die Zusammenarbeit ist zudem wichtig, da der Austausch mit den Heilpädagoginnen und Heilpädagogen und den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nutzen, um einen Therapieplan für das Kind zu entwickeln bzw. anzupassen.

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen der Ergotherapie und der Heilpädagogik setzt jedoch voraus, dass regelmässige persönliche Kontakte stattfinden, gemeinsame Besprechungen geplant werden um Ziele zu definieren und Wissen über den Tätigkeitsbereich des anderen Berufes zu haben (Patton et al., 2015). Aus der Literatur geht hervor, dass dies nicht immer der Fall ist. Teilweise fehlt den Heilpädagoginnen und Heilpädagogen das Wissen, welche Tätigkeitsbereiche die Ergotherapie abdeckt (Benson et al., 2016).

Die Heilpädagogin einer Schule äusserte, dass es für sie jeweils schwer sei, abzuschätzen wann ein Kind die Psychomotorik besuchen soll und wann die Ergotherapie.

Sie kennt den genauen Unterschied und den exakten Arbeitsbereich des jeweiligen Berufes nicht. Die Heilpädagogin der anderen HPS kennt den Tätigkeitsbereich der Ergotherapie, umgekehrt weiss auch die Ergotherapeutin, was in den Zuständigkeitsbereich der Heilpädagogin gehört. Zudem wurde in den Interviews deutlich, dass es kaum zu regelmässigen Besprechungen der zwei Berufsgruppen kommt. Dies wurde von allen Seiten bedauert und erwähnt, dass von Seiten der Schule keine Besprechungszeiten zwischen Therapeutinnen und Heilpädagoginnen eingeplant sind. Daher sei es sehr individuell und von den jeweiligen Personen abhängig, ob überhaupt ein Austausch stattfindet oder nicht.

Das Fehlen von regelmässigen Besprechungszeiten ist nicht förderlich für eine gute Zusammenarbeit.

Des Weiteren kann es bei der Zusammenarbeit zu Problemen kommen, wenn man verschiedene theoretische und philosophische Hintergründe hat, und spürt das der Berufskollege einem nicht auf Augenhöhe begegnet (Suc, Bukovec & Karpljuk, 2017). Erschwerend respektive hinderlich für eine Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen kann auch eine unterschiedliche Fachsprache (Koskie & Freeze, 2002) sowie aufgrund der Ausbildung und von Erfahrungen andere Sichtweisen und Menschenbilder (Janz et al., 2006).

Die Heilpädagoginnen sehen als ihre Hauptaufgabe die Bildung und Erziehung. Dabei steht nicht nur die Vermittlung von Kulturtechniken und sozialem Wissen, sondern auch das Mitberücksichtigen des Umfeldes im Vordergrund. Die Heilpädagoginnen arbeiten mit den Kindern einzeln im Klassenverbandsetting und richten die jeweiligen Tätigkeiten sehr nach den einzelnen Kindern und ihren Bedürfnissen aus. Deshalb fällt der Bereich in welchem die Heilpädagoginnen tätig sind sehr breit aus; vom schulischen Lernen, wie das Erlernen des ABC, Rechnen oder Schreiben, über Bewegungsabläufe und Motorik, Mundmotorik bis hin zur Schlucktherapie.

Die Ergotherapeutinnen benennen das Erarbeiten der bestmöglichen Handlungsfähigkeit der Kinder im Alltag als ihr Kerngebiet. Dies geschieht durch gezieltes Trainieren und Anbahnen von Betätigungen. Die Therapeutinnen arbeiten stark körperbentont und im Wahrnehmungsbereich, wobei der Fokus immer körperintegrativ ist. Ziel der Ergotherapie ist zudem, mit Weitblick zu prüfen, welche wichtigen Fähigkeiten das Kind später benötigen wird und diese schon früh zu fördern.

Die Therapie findet meist im Einzelsetting statt. Ist es angezeigt, wird die Behandlung integrativ im Klassenverband durchgeführt. Dabei bleibt jedoch das Eins-zu-Eins-Setting bestehen.

Aus den Interviews geht hervor, dass gerade im Setting ein grosser Unterschied besteht; während die Heilpädagogin die Kinder meist im Klassenverband betreut, arbeitet die Ergotherapeutin mit den Kindern fast ausschliesslich im Einzelsetting. Die eine Ergotherapeutin erwähnte, dass sie je nach Situation, vor allem bei Problemstellungen im sozialen und interaktiven Bereich, auch im Zweiersetting arbeitet, selten kommt es zu noch grösseren Therapiegruppen. Als weitere Verschiedenheit wird die Vorgehensweise gesehen, wie eine Aktivität beübt wird.

Die Heilpädagogin führt mit den Kindern die Aktivitäten «wie sie halt gemacht werden» durch. Die Ergotherapeutin hingegen betrachtet die Aktivität genauer, sequenziert sie, und gibt Inputs zu Körperausrichtung, Halten von Gegenständen und Hilfsmitteln. Ziel dabei ist, dass das Kind in die Handlung kommt.

Die Professionen haben zudem einen unterschiedlichen Fokus; während die Ergotherapie auf medizinische und entwicklungsbedingte Faktoren achtet, ist die Heilpädagogik auf die pädagogischen Aspekte fokussiert. Auch sind die beiden Berufsgruppen innerhalb der HPS für jeweils andere Personengruppen Ansprechpersonen. Die Heilpädagoginnen und Heilpädagogen sind stark mit Gemeinden und den finanziellen Aspekten der Schulplätze konfrontiert, während die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten für die Kontakte zu Ärzten, Spitälern, Krankenkassen und der Invalidenversicherung zuständig sind.

Die beiden Interviews zeigen aber auch auf, dass sich der Tätigkeitsbereich der Ergotherapie oft mit dem der Heilpädagogik überschneidet.

So wird an gemeinsamen übergeordneten Zielen gearbeitet, welche dann innerhalb der jeweiligen Professionen in Feinziele gegliedert und mit spezifischen Zielen ergänzt werden.

Im Interview mit der einen Heilpädagogischen Schule wird deutlich, dass sich beide Professionen übergeordnet an dem ICF Modell orientieren. Im Weiteren wenden alle Fachpersonen der beiden Berufsgruppen verschiedene (therapeutische) Ansätze und Interventionen an. In beiden HPS wenden beide Professionen die Sensorische Integration sowie das Spiel als therapeutisches Mittel an.

In der einen HPS findet auch das TEACCH-Konzept bei beiden Berufsgruppen häufig Anwendung. Die Ergotherapeutin in dieser Institution wendet zudem das Affolter* sowie das NDT nach Bobath an und arbeitet im ADL*-Bereich. Wenn es die entwicklungsbedingten Fähigkeiten des Kindes zulassen, werden auch Interventionen aus dem IADL* -Bereich angewendet.

Wo sich die Fachpersonen der beiden HPS unterschiedlich äusserten, war zu den beziehungsbasierten Interventionen. Während die Heilpädagogin und die Ergotherapeutin der einen HPS diese als zentral einstufen, wurden sie von der Ergotherapeutin der anderen HPS als nur schwer anwendbar taxiert.

Grundsätzlich wird als Hauptüberschneidung der Ergotherapie und der Heilpädagogik das Ziel, den Kindern die grösstmögliche Selbstständigkeit im Alltag zu ermöglichen, genannt.

4.4 Beantwortung der Fragestellung

Die vorliegende Arbeit gibt einen groben Überblick über ergotherapeutische Interventionen für Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung im Sonderschulsetting. Aus den analysierten Hauptstudien kristallisierten sich die Hauptbereiche Spiel, Sensorische Integration, Kommunikation und der familienzentrierte Ansatz als ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung heraus.

Die eher oberflächlichen Beschreibungen der Interventionen sowie die limitierte Auswahl an Studien in diesem Gebiet bestätigten die anfängliche Annahme der Verfasserinnen, dass wenig Evidenz zu ergotherapeutischen Interventionen für Kinder mit geistigen Beeinträchtigungen besteht.

Aus der Bearbeitung der zwei Hauptstudien, des Reviews sowie den Interviews mit den Fachpersonen aus zwei heilpädagogischen Schulen in der Schweiz, ergeben sich nachfolgende Antworten zu unserer Fragestellung.

Aus den drei Hauptstudien kann nachfolgende Liste für mögliche Interventionen und Bereiche bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung zusammengestellt werden:

- Sensorische Integration (SI)
- Neurodevelopment Treatment (NDT)
- Wahrnehmungs- Motorik Ansatz (PM)
- Spielförderung
- ADL-Training
- Kommunikation
- Grobmotorik
- Feinmotorik
- Hilfsmittel
- Verhaltensförderung
- Familienzentrierter Ansatz
- Sensorik -basierte Interventionen (z.B. Massagen)
- Auditives Integrationstraining (AIT)
- Denver Model
- TEACCH
- Intensives Verhaltenstraining (EIBI)
- Strukturierte, spielerische Aktivitäten

Interventionen in der Schweiz

Zum Kontext der Schweiz lassen sich durch die Fachexperteninterviews mit den Heilpädagoginnen und Ergotherapeutinnen, welche in Heilpädagogischen Schulen tätig sind, einige Aussagen machen. Es ergaben sich durchaus Überschneidungen mit den Interventionen, die auch in den Studien beschrieben wurden. So wird an beiden Schulen mit der Sensorischen Integrationstherapie gearbeitet sowie der TEACCH-Ansatz verfolgt. Dies ist sehr positiv, da die ausgewählten Hauptstudien die Wirksamkeit dieser beiden Interventionsarten bekräftigen.

Teilweise wird von den Fachpersonen, wenn auch nur sehr vereinzelt, versucht, die Eltern und Familien in die Therapien miteinzubeziehen. Leider scheitert dies immer wieder am zeitlichen Aufwand, sowohl für die Therapeuten/Pädagogen, als auch für die Eltern.

Im Weiteren wird von allen Fachpersonen betont, wie wichtig eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist, respektive wäre und wie zentral die Kommunikation ist. Ein grosser Teil der Interventionen der Ergotherapeutinnen basiert auf oder orientiert sich an den Konzepten Bobath (wird dem NDT zugeordnet) und Affolter.

Abgrenzung Ergotherapie / Heilpädagogik

Einer der Hauptunterschiede der Ergotherapie gegenüber der Heilpädagogik ist der Hauptfokus der jeweiligen Profession. Die Heilpädagogik widmet sich vor allem der Bildung und Erziehung der Kinder, während die Ergotherapie mit Hilfe von therapeutischem Wissen die bestmögliche Handlungsfähigkeit der Kinder im Alltag erreichen möchte. Zudem ergeben sich auch Unterschiede beim Ausführen von Aktivitäten mit den Kindern.

In der Heilpädagogik werden die «Dinge gemacht, wie sie eben gemacht werden», während die Ergotherapie die Aktivität differenzierter analysiert, sequenziert und individuell adaptiert. Dabei stehen immer die Handlungsanbahnung, die Handlungsausführung sowie die physiologischen Bewegungsabläufe im Zentrum.

In der Ergotherapie wird mit dem Kind meist im Einzelsetting gearbeitet. Dies ermöglicht, die Therapie sehr individuell auf die Bedürfnisse des Kindes abzustimmen. Im Zentrum jeder Therapie steht die Aktivität bzw. das Anbahnen und Üben von für das Kind bedeutungsvollen Betätigungen. Die Ergotherapie denkt ganzheitlich und somit auch über den Schulalltag hinaus. Damit werden auch im ausserschulischen Alltag Ressourcen und Schwierigkeiten erkannt und entsprechend darauf reagiert bzw. die Therapieziele angepasst.

Ein weiterer Unterschied besteht im erweiterten Aufgabenbereich der beiden Professionen und damit im Arbeitsumfeld. Die Heilpädagoginnen und Heilpädagogen sind die Ansprechpersonen für Behörden und Gemeinden. Die Ergotherapeutinnen und

Ergotherapeuten arbeiten stattdessen mit medizinischen Fachpersonen und Krankenkassen.

Um eine passende Intervention für das Kind zu finden, bedienen sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten verschiedenen Wissensgegenständen.

Einerseits geben standardisierte Testungen einen guten Überblick über die Stärken und Schwächen eines Kindes. So können je nach Einschränkung verschiedene Interventionen in Betracht gezogen werden. Andererseits kann auf Fachliteratur zurückgegriffen werden, um Interventionsmöglichkeiten zu eruieren. Während und insbesondere nach den jeweiligen Therapieeinheiten nimmt die Reflexion einen wichtigen Teil ein. Die Durchführung, die Resultate, die Ressourcen des Kindes, die Ziele, alle Aspekte werden reflektiert, hinterfragt und damit die Therapie laufend angepasst. So kann eine individuelle und zielführende Behandlung sichergestellt werden.



Abb. 1: Eigene Darstellung. Abgrenzung Ergotherapie / Heilpädagogik

4.5 Limitationen der Arbeit

Zu den Limitationen dieser Arbeit zählt die kleine Literaturlauswahl. Es handelt sich zwar bei allen Studien um ergotherapeutische Studien, allerdings wurden lediglich zwei Hauptstudien und ein Review ausgewählt und gewürdigt. Diese kleine Auswahl ist auf den Mehraufwand, welcher mit den Fachinterviews entstand, zurück zu führen.

Die Studien wurden in Taiwan und Australien durchgeführt und es ist fraglich, wie gut die Resultate vom taiwanesischen bzw. australischen Kontext auf die schweizerischen Verhältnisse übertragbar sind.

Im Weiteren muss beachtet werden, dass die verwendeten Studien lediglich einen Teilaspekt der Fragestellung (nur drei untersuchte Interventionsarten, nur einzelne untersuchte Krankheitsbilder) inkludieren. Aktuell sind keine Studien vorhanden, welche alle Aspekte der Fragestellung abdecken würden oder mehrere Teilaspekte vereinen. Die Vergleichbarkeit der Hauptstudien ist dadurch und durch die stark variierenden Vorgehensweisen beziehungsweise Untersuchungsfokusse gemindert. Dies wirkt sich negativ auf die Formulierung einer allgemeingültigen Aussage in Bezug auf ergotherapeutische Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung im Sonderschulsetting aus.

Zu beachten ist ausserdem, dass teilweise auch die beschriebenen Interventionen nur einen geringen Evidenzlevel aufweisen. Aufgrund dessen können kaum generelle Empfehlungen abgegeben werden.

Einige der referenzierten Studien überschreiten das Alter, welches für diese Arbeit in den Ein- Ausschlusskriterien festgelegt wurde (bis 2008). Das zur Beantwortung der Fragestellung verwendete Review, welches im gesetzten zeitlichen Rahmen liegt, analysierte naturgemäss ebenfalls ältere Literatur. Die Verfasserinnen dieser Arbeit bedienten sich auch älterer Literatur, da wenig aktuelle Studien über Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung im Sonderschulsetting existieren.

5. Transfer in die Praxis

Basierend auf den Resultaten und der Diskussion widmen sich die Verfasserinnen in diesem Kapitel dem Transfer der Ergebnisse in die Praxis. Wie in Kapitel 4.4 beschrieben, gibt es gemäss Literatur verschiedene ergotherapeutische Interventionen, die sich bei Kindern mit einer geistigen.

Dabei wurden in den Studien besonders das Spiel als therapeutisches Mittel, Sensorische Integration, Kommunikation und der familienzentrierter Ansatz hervorgehoben.

Spiel ist die wichtigste Betätigung des Kindes (Papaplia et al., 2004). Sowohl in der Studie von Dall'Alba et al. (2014) als auch in jener von Case-Smith et al. (2008) wird das Spiel als wichtiges therapeutisches Mittel erwähnt. Dies sollte bei der Durchführung von Interventionen berücksichtigt werden. So können auch Alltagshandlungen und bedeutungsvolle Betätigungen spielerisch angebahnt und geübt werden.

Der Einsatz der Sensorischen Integrationstheorie wird aus Sicht der Literatur (Wuang et al., 2013) sowie auch aus der Praxis (Fachexperteninterviews, 2019) als geeignete Interventionsmethode bestätigt. Auch im Review von Case-Smith et al. (2008) wird die SI beschrieben, allerdings wurde die notwendige Evidenz hinterfragt bzw. Lücken in jener festgestellt. Hier sind in der Praxis auch Erfahrungswerte für den Einsatz der SI wichtig. Ausserdem zeigt es sich am (ausbleibenden) Erfolg, ob dieser Interventionsansatz weiter verfolgt oder besser mit anderen Ansätzen gearbeitet werden soll. Ein weiterer wichtiger Bereich in der Therapie von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung ist die Kommunikation. Das Kommunikationstraining sowie das Erarbeiten von alternativen Kommunikationsmethoden können dem Kind helfen, sich trotz Beeinträchtigungen mitzuteilen (Dall'Alba et al., 2014 und Case-Smith et al., 2008).

In der Studie von Dall'Alba et al. (2014) wird dem familienzentrierten Ansatz grosse Bedeutung beigemessen. Die Studie beschreibt den positiven Effekt, welcher ein familienzentrierter Ansatz auf den Therapieerfolg des Kindes haben kann. Auch die im Review von Case-Smith et al. (2008) untersuchten Studien weisen auf die Wichtigkeit des Miteinbezugs der Eltern hin. Daher zeigt es sich für die Praxis an, die Familien der Kinder so oft wie möglich in den Therapieprozess miteinzubeziehen.

Dies gelingt beispielsweise durch gemeinsame Besprechungen der Therapieeinheiten oder durch Abgabe und Erklärung eines Therapieplanes für zu Hause (Dall'Alba et al., 2014).

Aus den Interviews mit den vier Fachpersonen der heilpädagogischen Schulen geht hervor, dass die familienzentrierten Ansätze aktuell kaum genutzt werden. Dies vor allem aus zeitlichen und koordinatorischen Gründen. Hier sind Lösungen zu suchen, wie der Zeit- und Koordinationsaufwand verringert werden kann, um damit die Chancen auf Einbindung der Familien in die Therapien zu erhöhen. Eine Möglichkeit wäre beispielsweise, dass die Eltern bereits beim Start der Therapien über die Konzepte informiert und fixe Termine vereinbart werden. Allenfalls wären auch schriftliche Informationen und Instruktionen hilfreich, welche an die Eltern der betroffenen Kinder abgegeben werden könnten. Um die zeitliche Komponente etwas zu reduzieren könnten allenfalls auch gemeinsame Interventionen bzw. Besprechungen mit Eltern, Ergotherapeutinnen und Therapeuten sowie Heilpädagoginnen und Pädagogen stattfinden.

Aus den Interviews mit den Ergotherapeutinnen, welche im schweizerischen Sonderschulsetting arbeiten, ergaben sich teilweise Verbindungen zu in der Literatur erwähnten Interventionen. So gaben beide Ergotherapeutinnen an, dass sowohl der TEACCH-Ansatz, NDT nach Bobath, als auch die Sensorische Integration Bestandteil der Therapieeinheiten sind. Die Therapeutinnen nannten auch das Affolter-Konzept. Der Affolter-Ansatz ist allerdings in der analysierten Literatur dieser Arbeit nicht erwähnt.

Resultierend aus den Interviews mit den Fachpersonen ist die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit hervorzuheben. Auch in der Fachliteratur wird betont, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit unbedingt gefördert werden soll (Patton et al., 2015). Eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen Ergotherapie und Heilpädagogik wirkt sich positiv auf den Therapieerfolg des Kindes aus (Benson et al., 2016).

Aus den Interviews mit den Fachpersonen Ergotherapie und Heilpädagogik lassen sich Schlüsse für die Zusammenarbeit in der Praxis formulieren:

- Eigene Kompetenzen und Berufsbild klar definieren
- Kenntnisse sammeln über das andere Berufsbild
- Regelmässiger Austausch / Sitzungen
- Interprofessionelle Zusammenarbeit aktiv fördern und leben
- Vermehrter Einbezug der Eltern

Zusammenfassend kann für die Praxis empfohlen werden mit dem TEACCH Ansatz zu arbeiten. Dieser Ansatz wurde nicht nur in Studien genannt, sondern wird laut den Interviews auch in Heilpädagogischen Schulen sowohl in der Ergotherapie als auch in der Heilpädagogik angewandt. Auch die Sensorische Integration wird in der Literatur aufgeführt und ist in der Praxis weit verbreitet. Hier ist allerdings anzumerken, dass bezüglich Evidenzlevel grosse Lücken bestehen.

Die von den Fachexpertinnen mehrfach angesprochene und aktuell mangelhafte Zusammenarbeit respektive der fehlende Austausch zwischen den Professionen sollte in der Praxis mehr Beachtung finden. Wie repräsentative Umfragen zeigen (Janz, 2006) wurde als wichtigstes Kriterium für eine gute und erfolgreiche Zusammenarbeit das Klima bzw. funktionierende Teamarbeit genannt. Der Austausch zwischen Pädagogen und Therapeuten wird von beiden Seiten positiv eingeschätzt. Da jeweils im Arbeitsteam verschiedene Kompetenzen und Kenntnisse und unterschiedliche Sichtweisen vorhanden sind, steigt die Bedeutung von regelmässig und zeitnah stattfindenden Teamsitzungen. Dabei ist wichtig, dass alle Berufsgruppen an den Besprechungen teilnehmen (Janz, 2006).

Eine professionsübergreifende Zusammenarbeit eröffnet Chancen, birgt aber auch das Risiko von Schwierigkeiten. Der grösste Zugewinn ist das breitere Wissen durch den Einbezug verschiedener Berufsgruppen (Janz, 2006). Essentiell ist, dass die Zusammenarbeit konzeptionell in den Schulen verankert ist.

Gemäss Janz (2006) besteht andernfalls die Gefahr, wie auch von den interviewten Fachpersonen bestätigt, dass die Kooperation vom zufälligen Zusammentreffen persönlich engagierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern damit von einer gewissen Belieblichkeit abhängt. Das Modell von Koskie & Freeze (2000) der Transdisziplinarität beschreibt fundiert die Zusammenarbeit im Team bei Schülerinnen und Schülern mit schwerer und mehrfacher Beeinträchtigung. Darin werden Bedingungen genannt, welche zu einer effektiven Arbeitsgemeinschaft beitragen können. Dabei ist zentral, dass sowohl die Planung als auch die Durchführung vernetzt stattfindet und somit therapeutische Aspekte in den Unterricht einfließen und pädagogische in die Therapie. Bei diesem Modell von Koskie & Freeze (2000) werden auch die Eltern miteinbezogen und es wird von den einzelnen Disziplinen ein hohes Mass an Kooperation, ein gegenseitiges informieren über die Fachgebiete um damit einen Kompetenztransfer zu gewährleisten. Mit diesem Vorgehen kann für die betroffenen Kinder ein Gesamtförderangebot ermöglicht werden. Dabei sind die regelmässig stattfindenden Teambesprechungen essentiell (Koskie & Freeze, 2000).

Vielleicht wäre in Anlehnung an dieses Modell eine ähnliche Einführung und Verankerung der Teamarbeit in heilpädagogischen Schulen in der Schweiz möglich. So könnte ein Beitrag an eine effiziente Zusammenarbeit und einen regelmässigen Austausch geleistet werden.

Im Zentrum beider Professionen steht das betroffene Kind. Die verbesserte Zusammenarbeit der Professionen führt zu einer umfassenden Betrachtung und damit zu einer verbesserten Diagnostik und einer spezifischeren Betreuung. Durch einen intensivierten Austausch können Doppelspurigkeiten vermindert und damit die Behandlungseffizienz gefördert werden. Es ist anzunehmen, dass sich dies sowohl in der Qualität des Behandlungsergebnisses, wie auch in der Behandlungsdauer widerspiegelt. Damit wären die vergleichsweise höheren Kosten durch die Besprechungen kompensiert.

6. Schlussfolgerungen

Bei der vorliegenden Arbeit handelt sich um eine Übersichtsarbeit von ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung. Es konnten einige ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung gesammelt und nach Stand der Literatur erläutert und diskutiert werden.

Um differenziertere Resultate für einzelne Krankheitsbilder zu erhalten und somit Evidenz für die angewandten Interventionen zu schaffen, sind weitere Arbeiten und tiefergehende Forschung angezeigt. Nur so können Handlungsmöglichkeiten für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aufgezeigt, sowie wirksame und passende Interventionen eruiert werden.

Dadurch, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit um ein Übersichtswerk handelt, konnten die in der Literatur gefundenen und beschriebenen Interventionen nicht im Detail auf deren Wirksamkeit, Anwendbarkeit und Evidenz untersucht werden. Ebenfalls konnten keine detaillierten Beschreibungen der Massnahmen verfasst werden. Somit ist es für die Verfasserinnen schwierig, konkrete Vorschläge für Interventionen zu machen. Sinnvoll und hilfreich wäre aus Sicht der Verfasserinnen ein nach Evidenz geordneter Massnahmenkatalog für die Praxis, damit sich Ergotherapeutinnen und -therapeuten daran orientieren und allenfalls gegenüber Krankenkassen auch argumentieren können. Gerade die Argumentation gegenüber von Kostenträgern wird in Zukunft immer mehr Gewicht erhalten und somit auch einen wichtigen Teil der Arbeit von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ausmachen. Der Kosten- und Spar- druck im Gesundheitswesen ist enorm und es wird zunehmend verlangt, dass die angewendeten Massnahmen während einer Behandlung wissenschaftlich belegt und die Wirkung erwiesen ist. Somit ist dringend anzuraten, dass die bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung angewandten Interventionen genügend Evidenz aufweisen, um den Anforderungen der Kostenträger standzuhalten.

In Bezug auf den zweiten Aspekt der Arbeit, der Abgrenzung der Ergotherapie gegenüber der Heilpädagogik, konnten dank aussagekräftiger Literatur sowie den Fachinterviews wichtige Antworten dargestellt werden. Jedoch sind auch in diesem Bereich weitere Arbeiten wichtig.

Insbesondere um die Ergotherapie zu stärken und zu positionieren, aber auch um die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit hervorzuheben und für die Interprofessionalität zu plädieren. Die Positionierung der Ergotherapie könnte beispielsweise anhand der Kernkompetenzen aufgezeigt und in Abgrenzung zur Heilpädagogik dargestellt werden.

Nicht alle in der Literatur aufgeführten Interventionen werden in der Schweiz bei der Therapie von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung angewandt. Mögliche Gründe hierfür könnten sein, dass die kulturellen Kontexte sowie die schulischen Verhältnisse in jenen Ländern, in denen die Studien geführt wurden sich teilweise stark von dem der Schweiz unterscheiden (z.B. Taiwan). Möglich ist, dass in diesen Ländern schon mehr Forschung und somit Erkenntnisse über ergotherapeutische Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung besteht.

In den Interviews mit den Schweizer Fachpersonen welche an einer Heilpädagogischen Schule arbeiten, wurden unter Interventionen der Affolter-Ansatz erwähnt. Das Affolter-Konzept wurde in den gefundenen und ausgewerteten Studien nicht erwähnt. Dies wird höchstwahrscheinlich darauf zurück zu führen sein, dass es sich um ein, in der Schweiz häufig angewendetes, Schweizer Modell handelt, welches im Ausland wohl wenig bekannt ist und somit kaum zur Anwendung kommt.

Allerdings sind beide Konzepte in der Schweiz weit verbreitet und finden insbesondere auch bei geistig beeinträchtigten Kindern Anwendung. Wie bereits erwähnt, fehlt allerdings für beide Ansätze die entsprechende Evidenz. Hier wäre es sinnvoll, weitere Forschung zu betreiben und die benötigten Evidenzen zu erbringen und damit eine Grundlage für die zukünftige Anwendung dieser Therapien zu schaffen.

Der Übertrag auf die Schweiz ist nicht abschliessend. Anhand der beiden Interviews an den heilpädagogischen Schulen, beide in der Deutschschweiz, kann nicht auf den ganzen Schweizer Kontext geschlossen werden.

In der Literatur wird immer wieder auf die familienzentrierten Ansätze hingewiesen. Laut den Aussagen der interviewten Fachexpertinnen werden diese in der Schweiz aktuell wenig bis gar nicht angewandt. Hier sehen die Verfasserinnen grosses Potential. Nicht nur die Kinder, auch das familiäre und soziale Umfeld der Betroffenen könnte enorm davon profitieren. Einerseits würde Verständnis für die Ursachen der Verhaltensauffälligkeiten geschaffen werden, andererseits könnten Handlungsmöglichkeiten vermittelt und damit Selbstvertrauen erarbeitet werden. Für eine erfolgreiche Umsetzung von familienzentrierten Konzepten bräuchte es allerdings Engagement sowohl von Seiten der Lehrpersonen und Therapeuten, als auch seitens der Familien. Diese Konzepte erfordern Zeit, Geduld und Kontinuität; nur so kann ein (gemeinsamer) Erfolg erzielt werden. Gerade an heilpädagogischen Schulen wäre es wünschenswert, wenn die Eltern mehr miteinbezogen würden und allenfalls nach Möglichkeit auch Zeitfenster oder -angebote für das Umsetzen von familienzentrierten Ansätzen geschaffen würden.

Die Verfasserinnen dieser Arbeit erachten es als wichtig, dass man sich in seiner Berufsrolle als Ergotherapeutin oder Ergotherapeut klar positioniert und seine Kompetenzen definiert. Dies stärkt nicht nur ein klares Berufsbild, sondern hilft auch bei der Abgrenzung gegenüber der Heilpädagogik.

Jedoch soll dabei nicht der Aspekt einer guten Zusammenarbeit verloren gehen. Wie aus der Literatur und den Interviews hervorgeht, ist die Zusammenarbeit zwischen der Ergotherapie und der Heilpädagogik im Sonderschulsetting essentiell und bedeutsam. Der Therapieerfolg bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung wird stark von der Form und dem Funktionieren der Zusammenarbeit dieser Professionen bestimmt. Von gemeinsamen Besprechungszeiten und regelmässigem Austausch profitieren beide Professionen und insbesondere die betroffenen Kinder enorm. Zudem wird die Kommunikation gefördert und damit steigt auch die Qualität der Therapie. Professionsübergreifendes Arbeiten und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind daher zentral und sollten aktiv gelebt und gefördert werden. So wäre es sinnvoll, wenn durch die Schulleitungen wöchentliche, in der Arbeitszeit enthaltene und damit entschädigte Besprechungszeiten zwischen Therapie – und Pädagogikfachpersonen fix eingeplant werden. Somit wäre der Austausch nicht mehr nur von persönlichem Engagement abhängig, sondern Bestandteil des Arbeitsprofils.

Deshalb erscheint es den Verfasserinnen dieser Arbeit als essentiell, dass eine ständige, intensive Zusammenarbeit der beiden Professionen stattfindet. Für alle beteiligten Parteien ist der kontinuierliche Austausch wertvoll und führt zu einer umfassenderen und ergänzenden Betreuung der geistig beeinträchtigten Kinder.

Um diese zu fördern, könnten beispielsweise Weiterbildungsangebote ‚interprofessionelle Zusammenarbeit‘ angestrebt oder sogar verlangt werden. Idealerweise würden solche Angebote direkt von den heilpädagogischen Schulen durchgeführt oder wenigstens teilweise mitfinanziert. So könnte auch sichergestellt werden, dass alle auf demselben Wissenstand sind und ein einheitliches Verständnis der interdisziplinären Teamarbeit vorhanden ist.

Abschliessend kann gesagt werden, dass es in der Behandlung von geistig Beeinträchtigten Kindern im sonderschulischen Setting grosses Potential gibt – insbesondere durch die Kombination verschiedenster Interventionen und in enger Zusammenarbeit mit den Heilpädagoginnen und Heilpädagogen sowie den Eltern der betroffenen Kinder. Dabei kann die Ergotherapie mit ihren Kompetenzen eine führende und tragende Rolle übernehmen.

Literaturverzeichnis

- Australian Bureau of Statistics. (2003). Disability, Ageing and Carers: Summary of Findings. (No. 4430.0). Canberra, Australian Capital Territory: Author. Retrieved July 7, 2010 from AusStats Database.
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles, Calif: Western Psychological Services, S 11
- American Occupational Therapy Association. (2016). *Occupational therapy in school settings*. Abgerufen von <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/CY/Fact-Sheets/School%20Settings%20fact%20sheet.pdf>
- Benson, J. D., Szucs, K. A., & Mejasic, J. J. (2016a). Teachers' perceptions of the role of occupational therapist in schools. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 9(3), 290–301.
- Benson, J. D., Szucs, K. A., & Mejasic, J. J. (2016b). Teachers' perceptions of the role of occupational therapist in schools. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 9(3), 290–301.
- Better Health While Aging (2019). Practical information for aging health & family caregivers, *What are Activities of Daily Living (ADLs) & Instrumental Activities of Daily Living (IADLs)?*. Heruntergeladen von <https://betterhealthwhileaging.net/what-are-adls-and-iadls/> am 16.04.2019
- Bildungsdirektion Kanton Zürich. (2019). Sonderschulung im Kanton Zürich.
- Biewer, G. (2017). *Grundlagen der Heilpädagogik und der Inklusiven Pädagogik*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2018, Januar 1). Artikel 62, Schulwesen.
- Case-Smith, J. (2013). Systematic Reviews of the Effectiveness of Interventions Used in Occupational Therapy Early Childhood Services. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), 379–382.

- Case-Smith, J., & Arbesman, M. (2008). Evidence-Based Review of Interventions for Autism Used in or of Relevance to Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 416–429.
- Dall’Alba, L., Gray, M., Williams, G., & Lowe, S. (2014). Early Intervention in Children (0–6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(2), 72–80.
- Dederich, M., Antor, G., Bleidick, U. & Beck, I. (2016). *Handlexikon der Behindertenpädagogik*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Dederich, M. & Jantzen, W. (2009). *Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik; Band 2: Behinderung und Anerkennung*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- DocCheck Flexion (2019). DocCheck Flexion online, *Aktivitäten des alltäglichen Lebens*. Heruntergeladen von https://flexikon.doccheck.com/de/Aktivitäten_des_täglichen_Lebens am 16.04.2019
- DocCheck Flexion (2019). DocCheck Flexion online, Bobath Konzept. Heruntergeladen von <https://flexikon.doccheck.com/de/Bobath-Konzept/> am 12.04.2019
- Ebster, C. & Stalzer, L. (2013). *Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts-und Sozialwissenschaftler (4.Aufl.)*. Wien: Fakultats.
- ergopraxisjaehn (2019). Heruntergeladen von <https://www.ergopraxis-jaehn.de/christine-jaehn/affolter/> am 12.04.2019
- Insieme Schweiz. (2019). Sonderpädagogik- Ein Überblick. Abgerufen 7. Februar 2019, von <https://insieme.ch/leben-im-alltag/in-der-schule/sonderpadagogik/>
- Janz, F. (2006). *Interprofessionelle Kooperation in Klassenteams von Schülerinnen und Schülern mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Eine empirische Untersuchung in Baden-Württemberg* (Dissertation). Pädagogische Hochschule Heidelberg.

- Janz, F. (2006). *Schulische Bildung von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung - eine Herausforderung für multiprofessionelle Teams*. Beitrag präsentiert an der Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Berlin, Deutschland.
- Koskie, J. & Feeze, R. (2000). A critique of multidisciplinary Teaming: Problems and Possibilities. *Developmental disabilities bulletin*, 28 (1), 1-17.
- McDonald, A. (2019). Facilitated Communication Training. Abgerufen 15. März 2019, von <http://www.annemcdonaldcentre.org.au/facilitated-communication-training>
- Millar, D. C., Light, J. C., & Schlosser, R. W. (2006). The Impact of Augmentative and Alternative Communication Intervention on the Speech Production of Individuals With Developmental Disabilities: A Research Review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49(2), 248–264.
- Papke, B. (2016). *Das bildungstheoretische Potential inklusiver Pädagogik*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2007). *Human development, 10th ed.* New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Patton, S., Hutton, E., & MacCobb, S. (2015). Curriculum differentiation for handwriting and occupational therapy/teacher partnership: collaboration or conflict? *Irish Educational Studies*, 34(2), 107–124.
- Suc, L., Bukovec, B., & Karpljuk, D. (2017). The role of inter-professional collaboration in developing inclusive education: experiences of teachers and occupational therapists in Slovenia. *International Journal of Inclusive Education*, 21(9), 938–955.
- The Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 2000. (US). Retrieved May 9, 2014, Heruntergeladen von <http://www.acl.gov/index.aspx.Dfd/> am 1.11.2018.
- Theunissen, G. (2016). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Lehrbuch für Schule, Heilpädagogik und ausserschulische Unterstützungssysteme*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

- Theunissen, G., Kulig, W. & Schirbort, K. (2013). *Handlexikon geistige Behinderung*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Townsend, P., Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy – Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Wenk, R. & Groth-Simonides, A. (2017). *Rechtliche Grundlagen in der Heilpädagogik. Eine Einführung mit Fallbeispielen*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Wikipedia (2019). Die freie Enzyklopädie online, *Varianzanalyse*. Heruntergeladen von <https://de.wikipedia.org/wiki/Varianzanalyse/> am 12.04.2019.
- World Health Organization (2005). ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für Dokumentation und Information (DIMDI). Heruntergeladen von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/> am 1.11.2018.
- Wuang, Y.-P., Ho, G.-S., & Su, C.-Y. (2013). Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: A randomized, controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 528–537.

Weitere Verzeichnisse

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywordtabelle	12
Tabelle 2: Ein- bzw. Ausschlusskriterien	13

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Eigene Darstellung. Abgrenzung Ergotherapie / Heilpädagogik.....	Fehler!
--	----------------

Textmarke nicht definiert.

Wortzahl

Abstract	194
Gesamte Arbeit	11'022

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Andrea Citrini-Hunger für die Begleitung beim Verfassen der vorliegenden Arbeit, die wertvolle Unterstützung, ihre Fachkompetenz und die motivierende Art.

Im Weiteren bedanken wir uns bei den beiden Ergotherapeutinnen und den zwei Heilpädagoginnen, welche sich für ein Interview bereit erklärt haben und uns dadurch einen direkten Praxiseinblick gewährten und einen Beitrag zum Übertrag auf den schweizerischen Kontext lieferten.

Ein besonderer Dank gilt Reto Ribolla, Melanie Eisenbart, Nadja Stahl und Katja Schmid für den Austausch, die konstruktiven Feedbacks und das Lektorat.

Ein letzter Dank gebührt unseren Familien und Freunden für die Geduld und die Rücksichtnahme.

Eigenständigkeitserklärung

Wir, Olivia Eisenbart und Janine Marina Ribolla, erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Olivia Eisenbart

Janine Marina Ribolla

17. Mai 2019

Anhang

A Glossar

- ADL** Aktivitäten des täglichen Lebens sind eine Modellvorstellung in der Kranken- und Altenpflege, nach der es immer wiederkehrende Aktivitäten gibt, die der Erfüllung der menschlichen Grundbedürfnisse dienen und deren Ausübung im Alter oder im Krankheitsfall erschwert sein können (DocCheck, 2019).
- Affolter Konzept** Frau Dr. phil. Félice Affolter ist eine Schweizer Psychologin und entwickelte das Affolter Konzept. Unter dem Affolter-Konzept versteht man ein Therapieverfahren, bei dem Patienten praktisch und alltagsbezogen lernen sollen. Bei gestörter Wahrnehmung kann man durch gezieltes Führen an Händen und Körper während alltäglicher Geschehnisse zur Verbesserung der gespürten Informationssuche beitragen (Ergopraxis Jaehn, 2019).
- Bobath Konzept** Das Bobath-Konzept ist ein im Jahre 1943 von Berta und Dr. Karl Bobath entwickeltes Rehabilitationskonzept zur Behandlung von Patienten mit zentralen Lähmungen. (DocCheck, 2019).
- IADL** Die Abkürzung steht für Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens. Unter diesem Begriff sind die Fähigkeiten gemeint, die es braucht um seinen Alltag zu meistern. Dazu gehören beispielsweise die Kommunikation, das Umgehen mit Finanzen, das Erledigen des Haushaltes sowie das Kochen (Better Health While Aging, 2019).
- MANOVA** Aus dem Englischen «multivariate analysis of variance» übersetzt, bedeutet dies: Mehrfache Varianzanalyse, die mit mehr als zwei Faktoren durchgeführt wird (Wikipedia, 2019).

- Schneeballprinzip Wird bei der Suche nach Literatur angewendet. Dabei wird von einer relevanten Quelle aus nach weiterer Literatur im Literaturverzeichnis gesucht (Ebster & Stalzer, 2013).
- Signifikanz Bei einem unwahrscheinlichen, nicht durch Zufall entstandenem, Unterschied zwischen Messgrößen oder Variablen wird das Resultat als signifikant bezeichnet. (Ebster & Stalzer, 2013).

B Suchmatrix

Stichwörter Schlagwörter (Englisch)	Datenbank	Anzahl Tref- fer	Anzahl rele- vante Titel	Anzahl relevante Abstracts	Relevante Literatur (Quelle nennen) Strategie
special ed- ucation and occupa- tional ther- apy	ERIC	349			Zu viele Studien, weitere Eingrenzung
special ed- ucation and occupa- tional ther- apy (last 5 years 2014)	ERIC	27	11	8	<p>Asher, A., Jatar, A., & Bijlani, J. (2015). Occupational Therapy for School-Aged Children in India. <i>Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention</i>, 8(4), 355–368. https://doi.org/10.1080/19411243.2015.11131</p> <p>Asher, A., & Nichols (Garand), J. D. (2016). Collaboration around facilitating emergent literacy: Role of occupational therapy. <i>Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention</i>, 9(1), 51–73. https://doi.org/10.1080/19411243.2016.1156415</p>

					<p>Benson, J. D., Szucs, K. A., & Mejasic, J. J. (2016). Teachers' perceptions of the role of occupational therapist in schools. <i>Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention</i>, 9(3), 290–301. https://doi.org/10.1080/19411243.2016.1183158</p> <p>Patton, S., Hutton, E., & MacCobb, S. (2015). Curriculum differentiation for handwriting and occupational therapy/teacher partnership: collaboration or conflict? <i>Irish Educational Studies</i>, 34(2), 107–124. https://doi.org/10.1080/03323315.2015.1032994</p> <p>Suc, L., Bukovec, B., & Karpljuk, D. (2017). The role of inter-professional collaboration in developing inclusive education: experiences of teachers and occupational therapists in Slovenia. <i>International Journal of Inclusive Education</i>, 21(9), 938–955. https://doi.org/10.1080/13603116.2017.1325073</p>
occupational therapy and special educator and differences	ERIC	4	1	1	Essential Elements of Effective Teamwork Shared Understanding and Differences between Special Educators and Related Service Providers.pdf
mental disability and	ERIC	59			Zu viele, weitere Eingrenzung

occupational therapy					
mental disability and occupational therapy (last 10 years, 2009)	ERIC	18	1	1	Wuang, Y.-P., Ho, G.-S., & Su, C.-Y. (2013). Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: A randomized, controlled trial. <i>Research in Developmental Disabilities</i> , 34(1), 528–537. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.09.008
special educators and occupational therapists	ERIC	17	1	1	Examining Occupational Therapists as Potential Special Education Leaders Sauvigne-Kirsch, Joan – ProQuest LLC, 2017 → Leider nicht kostenlos verfügbar
special educators and occupational therapists and intervention	ERIC	4	0	0	
special educators and occupa-	ERIC	2	2	0	

tional therapists and functions					
special educators and mental disability and interventions and children	ERIC	23	0	0	
15.10.18 interventions AND mental DISABILITIES	OTD-BASE	100	0	0	Keine Relevanten Studien zu der Zielgruppe Kinder dabei
15.10.18 interventions ANDY mental DISABILITIES and children	OTD-BASE	0	0	0	Keine Resultate gefunden
15.10.18 (intervention or treatment)	CINAHL	0	0	0	Keine Resultate gefunden, Suche angepasst

or therapy) AND men- tal dissabil- ity AND oc- cupational therapy					
15.10.18 intellectual disabilities AND occu- pational therapy AND (inter- ventions or therapy or treatment or strate- gies) AND children	CINAHL	75	7	0	Keine passende Interventionsstudien
15.10.18 cognitive disabilities AND occu- pational therapy AND (inter- ventions or	CINAHL	53	0	0	Kein Bezug zur Zielgruppe Kinder, fehlendes Keyword «child- ren» bei der Suche.

therapy or treatment or strategies					
15.10.18 occupational therapy and interventions and mental disorder and children	Science-direct	3049	2	2	<p>Zufallstreffer beim druchscrollen: Occupational therapy for children with down syndrome a case Study Constantin Ciucurel a *, Elena Ioana Iconaru a. Procedia - Social and Behavioral Sciences 46 (2012) 3825 – 3829</p> <p>Early Intervention in Children (0-6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role Lucy Dall'Alba a, Marion Gray b,*, Gary Williams c, Sharon Lowed</p> <p>→ Enthält gute Literaturnachweise, zwei von Case Smith auf google scholar gefunden im gratis PDF</p> <p>Case-Smith, J. (2002). Effectiveness of school-based occupational therapy intervention on handwriting. American Journal of Occupational Therapy, 56(1), 17e25.</p> <p>Case-Smith, J. (2013). Systematic reviews of the effectiveness of</p>

					interventions used in occupational therapy early childhood services. American Journal of Occupational Therapy, 67(4), 380e382.
Case Smith	pubmed	56	4	3	Effectiveness of School-Based Occupational Therapy Intervention on Handwriting Jane Case-Smith Evidence-Based Review of Interventions for Autism Used in or of Relevance to Occupational Therapy Jane Case-Smith, Marian Arbesman (2008) Occupational Therapy With Children With Pervasive Developmental Disorders Jane Case-Smith, Heather Miller (1999)
(Occupational therap* and disabilit* and children).af.	psychInfo	8740			Zu viele Treffer

(occupational therap* and child* and intellectual disabilit* and intervention).af.	psychInfo	1434			Zu viele Treffer, Schulsetting fehlend
(occupational therap* and child* and intervention and intellectual disabilit* and school).af.	psychInfo	1100			Zu viele Treffer Beim Durchscrollen folgende sehr offene Studie gefunden: Brian A. et al (2014). <i>Efficacy of the ASAP Intervention for Preschoolers with ASD: A Cluster. Randomized Controlled Trial</i>
(occupational therap* and child* and intervention and intellectual disabilit* and school).af.	AMED	1	1	1	Mills, C. (2016). The impact of an in-class sensory activity schedule on task performance of children with autism and intellectual disability : a pilot study. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 79 (9) :530-9.

C Beurteilungsinstrumente

Hauptstudie I:

Wuang, Y.-P., Wang, C.-C., Huang, M.-H. & Su, C.-Y. (2009). Prospective study of the effect of sensory integration, neurodevelopment treatment, and perceptual-motor therapy on the sensimotor performanc in children with mild mental retardation. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 441-452

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage/Zweck Es gibt keine klare Evidenzlage zu der Wirksamkeit der effektivsten Interventionsansätze bei Kindern mit sensomotorischen Defiziten im Schulalter mit einer leichten geistigen Behinderung. Die Studie möchte die Wirksamkeit von Sensorischer Integration (SI), Neurodevelopment Treatment (NDT) und des Perceptual- und Motor (PM) Ansatzes untersuchen. Mit den Forschungsergebnissen sollen Therapeuten künftig die Möglichkeit haben eine rationale Entscheidung zu treffen, welcher Behandlungsansatz am geeignetsten für das zu behandelnde Kind sei.</p> <p>Hypothese Zudem Stellen die Autoren folgende Hypothesen auf, welche Sie untersuchen möchten: Der grösste Behandlungseffekt der Sensorischen Integration wird man sehen bei Aufgaben, welche komplexe sensomotorische Prozesse verlangt, wie die motorische Planung, Sensivität auf Rückmeldungen und Wahrnehmungsanalyse. Der grösste Behandlungseffekt des Neurodevelopment Treatment (NDT) wird sichtbar sein bei Aufgaben welche feine Wahrnehmung und Sensomotorik erfordern.</p>	<p>Sample Es nahmen insgesamt 17 Schulen aus städtischen Regionen an der Studie teil. Es wurden Lehrer der ersten und zweiten Klasse über das Ziel der Studie, sowie die gewünschten Studienteilnehmer informiert. Diese selektieren dann potentielle Kinder für die Studie. Anhand der Diagnose und das Geburtsdatum wurden die Kinder in der Datenbank des Gesundheitsamtes identifiziert. 175 Kinder wurden als für die Studie geeignet befunden. Dann wurden die Eltern informiert, die Eltern 15 Kinder wollten nicht, dass die Kinder an der Studie teilnehmen. So blieben 160 Kinder. Davon konnten 40 Kinder doch nicht in der Interventionsgruppe teilnehmen (z.B wegen der Anzahl Sitzungen), und wurden der Kontrollgruppe zugeordnet. Die Kontrolle nahm während der Studie an keinerlei Interventionen teil und bestand aus 30 Jungen und 10 Mädchen.</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwischen 7 und 8 Jahre alt - eine leichte geistige Behinderung ist von einem zertifizierten Arzt in einem ausgewiesenen Spital diagnostiziert, welcher die dazugehörigen Standards des Taiwanesischen Gesundheitsdepartements befolgt (IQ 50-55 bis 70) auf der Wechsler Intelligenzskala (1991) - Gleichzeitig Schwierigkeiten in zwei oder mehreren Aufgabenbereichen; Kommunikation, Selbstversorgung, zu Hause leben, soziale Interaktionsfertigkeiten, Gesundheit und Sicherheit, Freizeit oder Arbeit - Fehlen ernsthafter Emotions- oder Verhaltensauffälligkeiten - Keine ergo- oder physiotherapeutischen Programme zur Zeit der Untersuchung - Fähigkeit den Testanweisungen zu folgen. <p>Ausschlusskriterien: Kinder welche bereits eine Neurologische Schädigung hatten, z.B Schädelhirntrauma, Muskel Dystrophie oder Autismus, Epilepsie. Ebenso wurden keine Kinder in der Studie eingeschlossen, welche Cerebral Parese hatten oder blind bzw. taub waren.</p> <p>Messungen Die Resultate wurden von sechs Pädiatrischen Ergotherapeuten welche nicht wussten wer in welcher Gruppe ist, mit verschiedenen Assesments erfasst und so später verglichen:</p>	<p>Die 4 Gruppen unterschieden sich im Alter der Kinder nicht signifikant.</p> <p>Die vor Start der Interventionen durchgeführte MANOVA zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe.</p> <p>Die nach den Interventionen durchgeführte MANOVA zeigte insgesamt einen signifikanten Effekt über alle Gruppen. Demzufolge wurden univariate F-tests durchgeführt. Um dabei die Irrtumswahrscheinlichkeit für alle Hypothesen korrekt zu kontrollieren, wurde die Family Wise Error Rate (Alpha=.003) definiert. Dabei gab es bei den vier Gruppen signifikante Unterschiede. Der Scheffé Test (Scheffé multiple comparison test) zeigte, dass die SI-Gruppe die NDT-Gruppe sowie die PM-Gruppe in vier Untertests (Koordination der oberen Extremitäten, Antwortgeschwindigkeit, visu-motorische Kontrolle sowie Schnelligkeit und Geschicklichkeit der oberen Extremitäten) des BOTMP signifikant überragte und in allen Untertests des TSIF signifikant besser abschnitt. Die PM-Gruppe zeigte beim BOTMP bei der Schnelligkeit beim Rennen und der Wendigkeit, bei der Balance, bei den Krafttests und den motorischen Koordinationstests eine signifiante bessere Leistung als die beiden anderen Interventionsgruppen.</p> <p>Beim bilateralen Koordinationstest des BOTMP gab es keine signifikanten Unterschiede bei den Interventionsgruppen.</p>	<p>Die Forschungsfrage kann anhand der vorliegenden Ergebnisse beantwortet werden</p> <p>Die signifikanten wie auch die nicht signifikanten Resultate werden erläutert und interpretiert</p> <p>Auf Limitationen wird hingewiesen und diese werden aufgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geringe Altersrange (7-8 jährig) - Aufteilung bzw. Anzahl der Kinder aus städtischen bzw. ländlichen Schulen in die Gruppen - Faktor ‚üben zuhause‘ nicht miteinbezogen -> Tagebuch wäre sinnvoll. <p>Die Autoren geben den Hinweis, dass dies die erste Studie dieser Art in diesem Themengebiet ist. Weitere Studien notwendig sind daher. Insbesondere eine Langzeitstudie wird empfohlen.</p> <p>Die Autoren fassen zusammen, dass regulär durchgeführte therapeutische Interventionen (z.B. SI, NDT, PM) bei Schulkindern mit einer leichten geistigen Behinderung vorteilhaft sind um sensomotorische Funktionen zu verbessern.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Der grösste Behandlungseffekt des Wahrnehmung und Motorik Ansatzes (PM) werde zu sehen sein bei Aufgaben, welche funktionale Bewegungsmuster erfordern.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bruininks– Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOTMP) von Bruininks; Dies ist ein Test für Kinder zwischen 4.5-14,5 Jahren, welcher motorische Funktionen erfasst - The VMI and Visual Perception and motor coordination test ; erfasst die visuell-motorische Integrationsdefizite, die später zu Lern- und Verhaltensproblemen führen könnten bei Kindern zwischen 3- 18 Jahren. - Test of Sensory Integration Functions (TSIF) ;erfasst sensorische Integrationsstörungen bei Kindern zwischen 3- 12 Jahren. <p>Durchführung Die Genauigkeit der Behandlung wurde durch die Überprüfung von 120 Videoaufnahmen der Therapiesessionen von sechs Therapeuten sichergestellt. Diese nahmen während der Interventionsphase mindestens einmal pro Woche während 6 Monaten an der Studie teil.</p> <p>Zwei unabhängige Pädiatrische Ergotherapeuten welche nicht in die Studie einbezogen waren, beurteilten die Interventionen auf die Einhaltung des spezifischen Interventionsansatzes. Unter Verwendung einer computergenerierten Zufallstabelle wurden die 120 Kinder drei Gruppen zugeteilt.</p> <p>Die SI-Gruppe (24 Jungen, 16 Mädchen) waren an Aktivitäten beteiligt wie lineares und kreisförmiges Schwingen, taktile Wahrnehmung, bilaterale Integration und Sequenzierung sowie Gleichgewichtsreaktionen. Es wurden möglichst viele Angebote generiert, um dem Kind Möglichkeiten zu bieten für verschiedene Sinneserlebnisse.</p> <p>Die Neurodevelopment Treatment- Gruppe (NDT-Gruppe) bestand aus 24 Jungen, und 16 Mädchen. Diese Gruppe beteiligt sich an Aktivitäten die Entwicklungsbewegungsmuster, Gehen, Feinmotorik und Stärkung der Antigravitationsmuskeln (Muskeln die zur Aufrichtung benötigt werden) förderte.</p> <p>Die Wahrnehmung- Motorik Ansatz Gruppe (29 Jungen, 11 Mädchen) erhielt Grob- und Feinmotorisches Training. Beispiele für feinmotorische Trainings waren; Karton schneiden, Labyrinth nachfahren etc. Um die Grobmotorik zu trainieren, hüpfen, taumelten und übersprangen die Kinder Hindernisse. Anders als bei der SI oder NDT Gruppe, wurden hier keine Anstrengungen unternommen die Vielfalt oder den Grad der sensorischen Inputs zu kontrollieren.</p>	<p>Beim VMI gab es keine signifikanten Differenzen zwischen der SI- und der PM-Gruppe. Hingegen zeigten diese beiden Gruppen eine signifikant bessere Leistung als die NDT-Gruppe. Die PM Gruppe war, ausser im motorischen Koordinationstest, schlechter als die anderen beiden Gruppen. Hier war die PM-Gruppe besser als die SI-Gruppe, jedoch unterschieden sich die Messwerte nicht signifikant. Ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede gäbe es in allen Tests, mit Ausnahme der im TSIF getesteten sensorischen Suchen, Aufmerksamkeit und Aktivität, dem motorischen Koordinationstest und dem emotional-verhaltensnormem Reaktionsvermögen zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe. Bei den erwähnten Untertests zeigte die NDT-Gruppe keine signifikant besseren Werte.</p> <p>Verglichen mit der Kontrollgruppe, zeigten sich mittlere bis grosse Effekte beim BOTMP und TSIF für der SI-Gruppe.</p> <p>Bei der PM-Gruppe gab es mittlere bis grosse Effekte bei allen BOTMP Untertests und bei drei TSIF Untertests (sensorische Diskrimination, Aufmerksamkeit und Aktivität sowie dem emotional-verhaltensnormem Reaktionsvermögen).</p> <p>Bei der NDT-Gruppe zeigten sich beim BOTMP beim Untertest für Grobmotorik bei der Renngeschwindigkeit und Wendigkeit, bei der Balance, der bimanuellen Koordination und bei der Kraft moderate bis grosse Effekte.D.h. die SI- und die PM-Gruppe überragten die Kontrollgruppe nach den Interventionen in den meisten sensomotorischen Messungen.</p>	<p>Es sollte mehr Wert darauf gelegt werden, dass die Kinder die im Training erworbene Verbesserung auf Alltagsaktivitäten übertragen können, welche die gleichen motorischen Fähigkeiten voraussetzen.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>Jede Gruppe erhielt während 40 Wochen an drei Tagen in der Woche während einer Stunde Interventionen. Die Kinder wurden einzelnen therapiert. Nach den Interventionen wurden die Kinder durch die sechs Therapeuten mit den verschiedenen Assessments getestet. Um Vorurteile und somit Verfälschungen der Resultate zu verhindern, wussten die Therapeuten jeweils nichts von den erreichten Resultaten der vorgängigen Testungen.</p> <p>Datenanalyse Zur Datenanalyse wurde das SPSS 12.0 verwendet. Um die Homogenität der Varianzen zu untersuchen, wurde vor Anwendung der MANOVA der Box's M Test durchgeführt. Damit kann die Gleichheit von Streuungen in Gruppen festgestellt werden. Um Unterschiede der Gruppen vor Start der Interventionen festzustellen, wurde die Multi Varianz Analyse MANOVA durchgeführt. Wenn der MANOVA signifikante Gruppenunterschiede ergab, wurden unvariante F-tests mit Scheff post-hoc Vergleichen (Portney & Watkins, 2009) durchgeführt. Um das Ausmass der Differenz zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe wurde die Effektgrösse (ES) als $d = \frac{\text{Behandlung} - \text{Kontrollmittel}}{\text{Standardabweichung}}$ berechnet. Zur Interpretation dieser Werte bezeichnete Cohen (1977); «Klein», wenn $ES \geq .2 < .5$, «mittel», wenn $ES \geq .5 < .8$, und «gross», wenn $ES \geq .8$.</p> <p>Ethik Die Studie wurde von einer Ethikkommission genehmigt. Es wird nicht genauer beschrieben, wie sich die Ethikkommission zusammensetzt.</p>	<p>Die NDT-Gruppe hingegen zeigte lediglich bei einigen grobmotorischen Tests deutlich bessere Werte gegenüber der Kontrollgruppe.</p> <p>Unterschiede Vor- und Nach den Interventionen innerhalb der Gruppen (Cohen's d Test wurde durchgeführt): Die SI-Therapie zeigte beim BOTMP bei der bimanuellen Koordination, bei der Koordination der oberen Extremitäten und drei feinmotorischen Untertests sowie beim VMI und TSIF Untertests gegenüber den anderen beiden Interventionsgruppen die grösste Effektivität.</p> <p>Das PM-Training hatte zusammen mit dem motorischen Koordinationstest auf drei grobmotorische Untertests des BOTMP (Wendigkeit und Renngeschwindigkeit, Balance und Kraft) den grössten Effekt.</p> <p>Verglichen mit den Interventionsgruppen hatte die Kontrollgruppe in allen gemessenen Werten die kleinste Veränderung, mit Ausnahme des motorischen Koordinations-tests; da erreichte die Gruppe höhere Werte als die NDT- und die SI-Gruppe</p>	

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage Die Einleitung begründet sachlogisch und nachvollziehbar die Forschungslücke und damit die Relevanz der Forschungsfrage. Die Autoren erläutern die meist angewandten Interventionen bei sensorischen Verarbeitungsproblematiken bei Kindern mit geistiger Behinderung mit aussagekräftiger Literatur. Sie erklären kurz und prägnant um was es bei der jeweiligen Intervention geht. Die Autoren formulieren passend zu der Forschungsfrage je eine Hypothese zu den drei Interventionsansätzen.</p>	<p>Design Bei der Studie handelt es sich um eine quantitative, experimentelle Studie. Das Design ist passend gewählt, da es um eine Datenerhebung in Form eines Experiments geht.</p> <p>Sample und Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stichprobe ist gross, ergibt aussagekräftige Forschungsergebnisse - Stichproben-Rekrutierung wird transparent ausgewiesen. - Datenerhebung und -verarbeitung nachvollziehbar beschrieben und sinnvoll. - Anonymisierung der Daten findet statt. - Das Vorgehen bei den drei Interventionsgruppen war gleich, Interventionen waren unterschiedlich. <p>Analyseverfahren Da die Fragestellung auf den Mittelwert, bzw. Die zentrale Tendenz hinauswill, und es sich um mehr als zwei Stichproben handelt, eignet sich die MANOVA gut für die Datenanalyse. Um Unterschiede zu untersuchen ist auch der ausgewählte F-test angebracht. Auch der Box's M Test ist aufgrund der Datenlage gut gewählt. Durch das Festlegen der Effektgrößen wird eine spezifische Auswertung möglich.</p>	<p>Klar beschrieben und detailliert erläutert.</p> <p>Die Resultate wurden in die Diskussion übertragen</p> <p>Die Ergebnisse werden mit Tabellen und Grafiken detailliert illustriert; sie sind präzise und vollständig und sind ergänzend zum Text</p> <p>Die verwendeten Methoden wurden passend ausgewählt und die Ergebnisse deutlich dargestellt.</p>	<p>Die Interpretationen und Schlussfolgerungen bzw. der Übertrag in die Praxis ist aufgrund der Ergebnisse nachvollziehbar und klar beschrieben</p> <p>Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein.</p> <p>Die Ergebnisse werden vollständig und detailliert beschrieben</p> <p>Die Tabellen zeigen die im Text beschriebenen Ergebnisse vollständig</p> <p>Die Resultate werden in Bezug zu den drei aufgestellten Hypothesen gesetzt. Andere Studien, welche die Resultate unterstützen werden ebenfalls genannt. Gegenteilig ausgefallene frühere Studien fehlen</p> <p>Die Autoren bemühen sich um Erklärungen für überraschende Erkenntnisse (Bsp. Schulen in ländlichem/städtischem Gebiet)</p> <p>Die Studie ist sinnvoll; sie zeigt für die Praxis differenziert auf, bei welcher Intervention wo der Fokus bzw. die Chance auf eine Steigerung liegt -> Entscheidungshilfe</p> <p>Die Stärken/Schwächen und Limitationen werden genannt und die Begründungen aufgeführt</p> <p>Eine Wiederholung der Studie wäre in einem anderen Setting möglich.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität

Die Forschenden haben zur Anwendung, Durchführung, zur Punktevergabe und zur Auswertung und Verrechnung der Resultate genaue Beschreibungen ausgeführt. Zudem wurde grossen Wert daraufgelegt, dass die Versuchsdurchführenden (Therapeuten) keine subjektiven Vorurteile mitbrachten (wechselten die Therapeuten während der Durchführung, sodass sie die Testergebnisse der Kinder nicht kannten).

Reliabilität

Es wurde schon bei der Auswahl der Messinstrumente (BOTMP, TSIF und VMI) auf eine gute Reliabilität geachtet. Bei dem BOTMP sowie dem VMI konnten die Forschenden auf gute Reliabilitätsergebnisse hinweisen. Jedoch besteht bei dem TSIF eine mässige Reliabilität, da die Resultate noch stark von Alter, Geschlecht und Durchführungsort abhängen.

Es werden jedoch bei der Studiendurchführung mehrmals die gleichen Messinstrumente erhoben und ausgewertet, was der Studie einen hohen Reliabilitätsgrad verleiht.

Validität

Es wurden geeignete, etablierte Analyseinstrumente (MANOVA, F-test) angewandt.

Hauptstudie II:

Dall'Alba, L., Gray, M., Williams, G. & Lowe, S. (2014). Early Intervention in Children (0-6 Years) with a Rare Development Disability: The Occupational Therapy Role. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24, 72-80

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ausgangslage: Es gibt wenig evidenzbasiertes Wissen über die Arbeit der Ergotherapie mit mittelschwer geistig behinderten Kindern. Unter dem Begriff mittelschwere geistige Behinderung verstehen man unter anderem; Cerebral Parese, Autismus, Down Syndrom, und Verhaltensstörungen. Ziel: Die Studie möchte zur Evidenzlage dieses Themenbereichs beitragen, und die führende Rolle der Ergotherapie bestärken, die sie in der Behandlung dieser Klienten einnimmt. Der Forschungsbedarf wird mit den wenigen bereits vorhandenen Studien begründet.</p>	<p>Design: Bei der Studie handelt es sich um eine Cross- Sectional, Mixed Method Studie, die sowohl quantitative wie auch qualitative Forschungsansätze enthält. Dieses Studiendesign wird dadurch begründet, dass man so einen guten Überblick über Daten die aus seiner grossen geographischen Fläche stammen, erhält. Die gesammelten Daten können so zur Beschreibung, wie auch zu Vergleichen benutzt würden. Sample: Die Studie wurde mit Ergotherapeuten durchgeführt die im Staat Queensland, Australien für das Departement of Communities Disability Services (DACCS) arbeiten, und Kinder zwischen der Geburt und dem sechsten Lebensjahr therapieren. Das Team des Familien und frühe Kindheit Dienst arbeitet mit Kindern zwischen 0-6 Jahren, und sind der erste Dienst der sich um die Familien in Queensland kümmert, auch um diejenigen Familien bei denen die Kinder von einer Behinderung betroffen sind. Diese Teams sind multidisziplinär und arbeiten familienzentriert. Sie sind auch der Hauptarbeitgeber für Ergotherapeuten die diese Kinder betreuen. 28 Ergotherapeuten welche für die DACCS arbeiten wurden zur Teilnahme eingeladen. Datenerhebung: Fragebogen Aufgrund der breiten geografischen Verbreitung potenzieller Teilnehmer wurde es als die effizienteste und wirtschaftlichste Art betrachtet eine Umfrage zu machen um Erkundungsdaten zu sammeln. Dabei wurde sowohl ein Fragebogen verschickt, sowie auch Telefoninterviews durchgeführt. Der Fragebogen wurde per Email an alle 28 Therapeuten versendet. Der Fragebogen enthielt zwei Teile. Im ersten Teil (Part A) wurden neun Fragen zu den Anzahl Kindern mit einer mittleren geistigen Behinderung die in Behandlung sind, die Bereiche in denen die Interventionen erfolgen, welche Ansätze die Therapeuten verfolgen und zur Rolle von anderen Berufsgruppen in der Zusammenarbeit mit diesen Kindern, gestellt. Im zweiten Teil (Part B) wurden Fragen zur generellen Fallbearbeitung, der Rahmen der Therapiestunde sowie auf die Räumlichkeiten in denen die Therapie stattfindet, gestellt. In beiden Teilen der Befragung wurden offene Fragen in Form von Multiple Choice gestellt.</p>	<p>Resultate: Zwölf vollständig ausgefüllte Fragebögen wurden zurückgesandt, was einer Teilnehmerate von 42.9% Prozent entspricht. Jedoch wurde ein Antwortbogen von der Befragung ausgeschlossen, da der Therapeut keine Erfahrungen hatte mit mittelschwer geistig behinderten Kindern. Also wurden elf Bögen für die Analyse einbezogen. Acht davon, hatten aber den zweiten Teil der Befragung (Part B) nicht vollständig ausgefüllt. Als Folge wurden dann die zwei Telefoninterviews durchgeführt. Part A: Die Umfrage hat ergeben, dass die Therapeuten mit insgesamt 35 Kindern mit einer mittleren geistigen Behinderung arbeiteten während ihrer Zeit beim DACCS. Dabei seien zwei von den verbreitetsten Formen das Angelman Syndrom (n = 5), und das Rett Syndrom (n =4) gewesen. Interventionsbereiche: Die Spielförderung wurde als der grösste vertretene Bereich angegeben (81,8%), gefolgt von ADL Training (72,7%), Kommunikation (72,7%), Grobmotorik (72,7%) und Feinmotorik (72,7%). Spielförderung Bei diesem Bereich wurden folgende meist durchgeführte Interventionen genannt; Förderung des Gebrauchs von Spielzeug, Ursache- Wirkungsprinzip verstehen, und die Exploration fördern. ADL Interventionen Hier wurden das Training mit Besteck, Selber- Essen Training und die Versorgung mit Esshilfen genannt. Kommunikation Unter dieser Kategorie wurden alternative Kommunikationstechniken, die orale motorische Kontrolle sowie faszilatives Kommunikationstraining.</p>	<p>Der grösste Interventionsbereich der Ergotherapie bei Kindern mit einer mittleren geistigen Behinderung ist das Spiel. Der Gebrauch von Spielzeug wurde am häufigsten angegeben, um eine Spielsituation entstehen zu lassen. Die Forschenden beziehen sich hier auf evidenzbasiertes Wissen, welches besagt, dass das Spiel mit verschiedenen Materialien und Spielzeugen Kindern hilft ein Verständnis für Objekte und ihre Umwelt zu entwickeln. Ausserdem sei ADL Hilfe ein zentrales Thema bei diesen Kindern, was durch die Resultate dieser Studie bestärkt werden kann. Das ADL Training wurde als eine weitere Schlüsselaufgabe der Ergotherapie definiert. Auch die Förderung der Grob- und Feinmotorik sei ein grosser Bestandteil der Interventionen, da schwache Grob- und Feinmotorische Fähigkeiten Kinder an der Teilnahme an Spielen, sowie in ihrer weiteren physischen und psychosozialen Entwicklung beeinträchtigt. Die Hauptschwierigkeiten die bei dieser Klientengruppe beschrieben werden konnte sei die Manipulation, das Ergreifen und Loslassen sowie die Kraft. Fortschritte in der Feinmotorik können auch Verbesserungen im Bereich von ADL begünstigen. Bis es weitere Forschungsansätze gibt, sei eine Kombination von evidenzbasiertem Wissen, klinischen Erfahrungen und Berücksichtigung der Bedürfnisse des Kindes und der Familie, die beste Art zu arbeiten.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>Interviews Die zwei qualitativ folgenden Telefoninterviews fanden mit einem Ergotherapeuten statt, und eines auf Empfehlung mit einem seiner Teammitgliedern (Sprachpathologe). Während des Telefonates wurden Notizen gemacht, und anschliessend transkribiert</p> <p>Datenanalyse: Es wurden verschiedene Techniken angewandt. Um die geschlossenen Fragen zu analysieren wurde der SPSS version 15 Code (Statistical Package for the Social Science) angewandt. Die offen gestellten Fragen wurden kategorisiert die ebenfalls an das SPSS anschliessen. Für die Transkription war auch ein unabhängiger, ehemaliger Ergotherapeut zuständig.</p>	<p>Grobmotorik Hier wurde das Balancetraining, verschiedene Ausgangsstellungen einnehmen für das Spiel, sowie Übungen mit dem Gymnastikball genannt.</p> <p>Feinmotorik In diesem Bereich wurden Schreibvorbereitende Aktivitäten sowie Schreibübungen, Interventionen mit Spielen sowie Werkzeuggebrauch genannt. Zudem wurden noch folgende Bereiche genannt in welchem die Ergotherapie auch agiert; Sensorische Integration, Hilfsmittel und Verhaltensförderung.</p> <p>Sensorische Integration Darunter verstehen die Befragten die sensorische Exploration, das Reduzieren oder Regulieren von sensorischen Reizen sowie Reizentzug/Reizdiät.</p> <p>Hilfsmittel Hier werden Badezimmerutensilien, Sitzhilfsmittel sowie Positionierungshilfsmittel genannt. Verhaltensförderung Und hier versteht man unter diesem Punkt die positive Verstärkung von erwünschtem Verhalten, Verhaltensempfehlungen, Neuausrichtung des Verhaltens sowie Sensorisches Spiel.</p> <p>Verhaltensförderung Und hier versteht man unter diesem Punkt die positive Verstärkung von erwünschtem Verhalten, Verhaltensempfehlungen, Neuausrichtung des Verhaltens sowie Sensorisches Spiel.</p>	<p>Limitationen Bei Befragungen sei die Studie durch die beschränkte Anzahl der Fragen limitiert. Ausserdem könne aus der Retroperspektive nicht ausgeschlossen werden, dass Voreingenommenheit oder persönliche Interpretationen miteinflüssen. Ausserdem könne die Beteiligung bei Part A (43%) eine weitere Limitation darstellen. Ausserdem sei die ganze Studie mit einer kleinen Stichprobe durchgeführt worden</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
		<p>Familien zentrierter Ansatz Ein weiterer Interventionsbereich der Ergotherapie sei das verfolgen eines familien-zentrierten Ansatzes. Hier kristallisierte sich heraus, dass das Ziel der FECS das verfolgen eines familienzentrierten Ansatzes sei in der Arbeit mit den Kindern. Die Rückmeldungen gaben an, dass ein grosser Teil der Eltern (47.1%) einen mittleren bis hohen Einbezug in die Therapie habe. Lediglich ein sehr kleiner Teil (14,7%) habe einen kleinen Einbezug bei der Therapie ihrer Kinder. Ein mittlerer bis grosser Miteinbezug der Eltern konnte erreicht werden, wenn die Eltern aktiv in die Therapiesessionen miteinbezogen wurden, und einen Interventionsplan für zu Hause hatten. Einen kleineren Einbezug der Eltern wurden erreicht, wenn diese die Kinder lediglich in die Therapien brachten, aber minimales Engagement zeigten den Interventionsplan zu Hause umzusetzen, und wenig in die Interventionen miteinbezogen wurden.</p>	

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage Die Studie verschafft einen groben Überblick über Interventionen die in Australien in der Ergotherapie bei Kindern mit einer geistigen Behinderung angewandt werden. Dazu wurden auch Ergebnisse aus bestehender Literatur miteinbezogen.</p>	<p>Design Cross sectional, mixed method ist ein geeignetes Design, um Informationen über einen grösseren geographischen Raum zusammenzutragen (Schofield & Knauss, 2010). Die Fragestellung ist eher breit gehalten, daher eignet sich eine mixed method zur Beantwortung gut. Die Kombination von schriftlichen Befragungen und zeitlich versetzten Interviews wertet die Qualität der Studie auf.</p> <p>Sample und Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stichprobe ist eher klein, um die Rolle der Ergotherapie in der Behandlung von mittelschwer gesigig behinderten Kindern zu untersuchen. - Stichproben-Rekrutierung der Befragung wird transparent ausgewiesen. - Stichproben-Rekrutierung der Interviews wird wenig ausführend erklärt. - Wahl der Stichprobengrösse wird nicht begründet - Datenerhebung und –verarbeitung nachvollziehbar beschrieben und sinnvoll. - Die Art der Interviewführung ist näher dargestellt. - Anonymisierung der Daten findet statt. - Das Vorgehen der Befragung war bei allen Teilnehmern gleich. - Nicht alle Teilnehmer füllten die Befragung vollständig aus, lediglich 12 von 28 angefragten Ergotherapeuten händigten den ausgefüllten Bogen aus. Schlussendlich konnten jedoch nur 11 Bögen in die Auswertung miteinbezogen wurden, da jemand die Einschlusskriterien (Erfahrungen mit dieser Klientengruppe) nicht erfüllte. - Die Bögen wurden nach dem SPSS Analyse System ausgewertet. Daraus wurden Überthemen gebildet, denen dann die einzelnen Interventionen zugeordnet wurden. - Die Interviews wurden von der durchführenden Person, sowie vom zweiten Autor transkribiert. - Es können Aussagen zu den Interventionsbereichen der Ergotherapie, und ihre Häufigkeit in der Ausführung gemacht wurden. <p>Ethik Dazu wurde in der Studie keine Angaben gemacht.</p>	<p>Die Studie erstellt eine grobe Übersicht von ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit einer mittleren geistigen Behinderung. Zudem zeigte die Studie auf, welche Interventionen besonders oft bei diesen Kindern angewendet wurden.</p> <p>Die Ergebnisse werden mit bestehender Theorie verglichen und an sie zurückgebunden.</p>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse ist ausführlich und wird auch in Verbindung mit bereits vorhandener Literatur gesetzt. Es werden auch mögliche Limitationen der Studie aufgezeigt und diskutiert.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Der Forschungsprozess ist nachvollziehbar dargestellt und erfüllen ausser im Punkte der Reliabilität den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit. Die Ergebnisse sind differenziert und reichhaltig, sodass sie für die Fragestellungen unsere Bachelorarbeit beigezogen werden können.

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln/Guba:

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet

- + Relevanz der Forschungsfrage, Verankerung der Forschungslücke in der aktuellen Literatur
- + Die Studie ermöglicht dank des cross sectional mixed method designs eine breite Datenerhebung. Dank den Interviews, können tiefere Einblicke in die Themen die aus den Befragungsbögen hervorgehen gewonnen werden.
- + Die Resultate der Studie werden sehr übersichtlich und nachvollziehbar aufgeführt.
- + Die Studie gibt einen schönen Überblick über ergotherapeutische Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Behinderung
- +/- Es fehlt die Erwähnung einer Genehmigung durch eine Ethikkommission. Da aber sorgsam mit den Daten, und alle Teilnehmer sowie die behandelten Kinder anonymisiert wurden, ist den ethischen Ansprüchen soweit genüge getan.
- Es fehlt an einer etablierten, wissenschaftlichen Analyse für die qualitativen Resultate. Es werden keine Angaben gemacht, nach welchen Standards die Interviews transkribiert wurden.
- Studien von 1989 bis 2013
- Einer der Autoren ist bei angestellt bei den Disability and Community Care Services, Queensland
- Selbstinterpretationen und Erinnerungsverzerrungen können nicht ausgeschlossen werden
- Interventionen nicht genauer beschrieben

Objektivität

Die Forschenden haben zur Durchführung, zur Kategorisierung und zur Auswertung und Verrechnung der Resultate genaue Beschreibungen ausgeführt. Zudem wurde darauf geachtet, dass die Objektivität beibehalten wird. Dies erreichten die Forschenden, indem für die Transkription der Interviews ein unabhängiger, erfahrener und nicht mit der Forschung vertrauter Ergotherapeut zuständig war. Eine Limitation besteht hier jedoch, siehe oben. Ein Autor war bei einem den eingeschlossenen Departementen angestellt.

Reliabilität

Die Antworten aus den Fragebögen wurden mit dem SPSS version 15 (Statistical Package for the Social Sciences) ausgewertet. Es handelt sich hierbei um eines der weltweit verbreitetsten Statistikprogrammen. Allerdings ist dies eine Methode um quantitative Resultate auszuwerten. Da es sich aber um eine mixed-method Studie handelt, ist die Anwendung des SPSS version 15 nicht genug, um die Reliabilität der Studie genügend abzudecken. Dies ist sicherlich ein Limitationspunkt der Studie.

Validität

Die Fragebogen wurden passend zu der Fragestellung konzipiert. Die Fragen sind sehr breit gestellt, was eine Möglichkeit bietet, über viele Bereiche Daten zu sammeln. Allerdings sind die Antworten dann, auch nicht allzu spezifisch. Ausserdem wird nicht genauer darauf eingegangen, wieso und wann sich offene, multiple choice bzw. geschlossene Fragen gut eignen.

Review:

Case-Smith, J. & Arbesman, M. (2008). Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 416-429

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): Making Sense Of Evidence

10 Questions to Help You Make Sense of Reviews

How to Use This Appraisal Tool

- Three broad issues need to be considered when appraising the report of a systematic review:
 - Is the study valid?
 - What are the results?
 - Will the results help locally?
- The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically.
- The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions.
- You are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question.
- These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the question is 'focused' in terms of:

- the population studied
- the intervention given or exposure
- the outcomes considered

2. Did the review include the right type of study?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the included studies:

- address the review's question
- have an appropriate study design

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- the results of each study are clearly displayed
- the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity)
- the reasons for any variations in results are discussed

6. How are the results presented and what is the main result?

Is it worth continuing?

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies?

Yes Can't Tell No

- Datenbanken aufgelistet

HINT: Consider:

- which bibliographic databases were used
- if there was follow-up from reference lists
- if there was personal contact with experts
- if the reviewers searched for unpublished studies
- if the reviewers searched for non-English-language studies

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?

Yes Can't Tell No

- In Levels aufgeteilt, nur Studien mit hohem Evidenzlevel ins Review einfließen lassen

HINT: Consider:

- if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included. Look for:
 - a scoring system
 - more than one assessor

- Die Resultate wurden beschreibend präsentiert
- Die Interventionen wurden kategorisiert

- Die Ergotherapie ist gut mit den konzeptuellen

Basisinterventionen für ASD, welche als effektiv gelten, abgeglichen

- In der Forschung soll der Fokus (in der Ergo) auf

Partizipation und Führung gerichtet werden

- Gute Evidenz für angewendete Interventionen

- Fehlende Evidenz in Bezug auf Kontextfaktoren

HINT: Consider:

- how the results are expressed (e.g. odds ratio, relative risk, etc.)
- how large this size of result is and how meaningful it is
- how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence

7. How precise are these results?

- Interventionen extrahiert und aufgelistet.
- Einige Interventionen weisen ein kleines

Evidenzlevel auf

- Teilweise unterschiedliche

Studienergebnisse zu selber Intervention

HINT: Consider:

- if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit?
- if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable

8. Can the results be applied to the local population?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results
- your local setting differs much from that of the review
- you can provide the same intervention in your setting

9. Were all important outcomes considered?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider outcomes from the point of view of the:

- individual
- policy makers and professionals
- family/carers
- wider community

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost. If this information is not reported can it be filled in from elsewhere?

- Beschriebene Interventionen können in Ergotherapie integriert oder ausgebaut werden

© Public Health Resource Unit, England (2006). All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without the prior written permission of the Public Health Resource Unit. If permission is given, then copies must include this statement together with the words "© Public Health Resource Unit, England 2006". However, NHS organisations may reproduce or use the publication for non-commercial educational purposes provided the source is acknowledged.

D Interviews

In unserer Bachelorarbeit bearbeiten wir die Fragestellung: „Welche ergotherapeutischen Interventionen werden in der Schweiz im Sonderschul-Setting in der Heilpädagogischen Schule bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung angewendet und wie grenzen sich diese von heilpädagogischen Massnahmen ab?“

Das Interview dient dazu, einen Einblick in die Aufgaben der Ergotherapie sowie der Heilpädagogik an einer Heilpädagogischen Schule in der Schweiz zu bekommen. Zudem interessieren uns die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede.

Das Interview wird mit beiden Fachpersonen (Ergotherapeutin und Heilpädagogin) gleichzeitig geführt, so können auch Diskussionen entstehen. Das Interview dauert etwa eine Stunde und wird aufgenommen.

Grün: Interview HPS 1, Olivia Eisenbart

Orange: Interview HPS2, Janine Marina Ribolla

Einstiegsfragen zu den Aufgabenbereichen der Ergotherapie/ der Heilpädagogik

Können Sie Ihren Arbeitsbereich, Ihre Aufgaben im Arbeitsalltag beschreiben?

Heilpädagogin: Der Aufgabenbereich ist sehr gross und breit gefächert. Vom schulischen Lernen, wie das Erlernen des ABC, rechnen oder schreiben, über Bewegungsabläufe und Motorik, Mundmotorik bis hin zu Schlucktherapie. Es gibt wahrscheinlich kein Bereich an dem man nicht arbeitet in der Heilpädagogik. Wichtig ist es mit den Kindern handlungsorientiert und lebenspraktisch zu arbeiten, hier sieht man auch die Überschneidung mit der Ergotherapie, welche auch nach diesem Grundsatz arbeitet.

Ergotherapeutin: Auch hier ist der Aufgabenbereich sehr breit. Jedoch ist das Ziel klar, den Kindern die bestmögliche Handlungsfähigkeit im Alltag zu ermöglichen. Das geschieht durch gezieltes Trainieren und Anbahnen von Betätigungen. Ob es zum wirklichen Üben der Handlung kommt, oder ob es beim Anbahnen an eine Handlung bleibt, hängt von dem jeweiligen Kind ab. Ziel der Ergotherapie sei es auch mit Weitblick zu prüfen, welche wichtigen Fähigkeiten das Kind später beispielsweise im Arbeitsalltag brauchen wird, und diese schon früh zu fördern.

Die Arbeit mit dem Kind findet meist im Eins zu Eins Setting statt. Teilweise wird auch im Zweiersetting therapiert, wenn es sinnvoll ist, und auch die soziale Interaktion eine Rolle spielt.

HP: Hauptaufgabe ist die Bildung und Erziehung der Schüler. Zudem die Kinder fit für den Lebensalltag und die Zukunft zu machen. Nicht nur auf die Kulturtechniken reduzierbar, das rundherum spielt ebenfalls mit. HP arbeitet hauptsächlich einzeln mit den Kindern in der Klassenverbandssituation (aufgrund der grossen Individualität / schwere der Beeinträchtigungen).

Ergo: meist Einzel, jedoch findet immer wieder Integration statt, das heisst das integrierte Therapie im Klassenverband statt. Die Einzellektion Therapie wird in die Klasse verlegt, allerdings wird die 1:1-Situation beibehalten.

[Integrative Therapie wird meist vorher mit den Lehrpersonen abgesprochen (je nach dem von Seiten HP gewünscht oder von Ergo initiiert), kann jedoch auch spontan vorkommen, dass Klassenlehrperson eine konkrete Frage zu einer spezifischen Situation hat, dann wird diese direkt in der Klasse ‚angeschaut‘]

Wer hat wo seinen Fokus?

Heilpädagogin: Eigentlich läge der Fokus schon klar auf dem schulischen Bereich. Aber eben, eigentlich.

Ergotherapeutin: Das Erreichen der bestmöglichen Handlungsfähigkeit für die Kinder im Alltag.

Ergo: abhängig vom Schweregrad der Beeinträchtigung. Arbeit stark körperbetont und im Wahrnehmungsbereich. Achtet darauf, dass das Ganze in Alltagstätigkeiten eingebunden ist, damit das Kind schlussendlich für den Alltag einen Nutzen hat. Fokus ist jedoch immer körperintegrativ.

Wird nach denselben Konzepten/Modellen gearbeitet?

Ergotherapeutin: Als Orientierung benutzt die Ergotherapeutin das ICF Modell mit seinen Lebensbereichen. Zudem sei der Ergotherapeutin aufgefallen, dass in der Schule auch diverse Elemente der sensorischen Integration verwendet werden, damit die Kinder die Reize besser integrieren können.

Heilpädagogin: Für die schulische Förderplanung wird auch das ICF beigezogen. Jedoch sei dort aber auch wichtig dass dieser nahe am Alltag liegt, und auch lebenspraktisch sei.

Ergo: Stiftungskonzept ist vorhanden: nach Kinästhetik. Dieses wird übergreifend angewendet. Die jeweiligen Fachbereiche arbeiten noch nach eigenen Konzepten und Modellen (beim Arbeiten am Kind im Hinterkopf, werden nicht immer bzw. selten kommuniziert). TEACCH wird von Ergo als auch HP angewendet.

Gibt es Überschneidungen, Gemeinsamkeiten?

Heilpädagogin: Eine Überschneidung der beiden Professionen ist klar, dass das Ziel die grösstmögliche Selbstständigkeit der Kinder im Alltag ist. Ein Beispiel dafür sei beispielsweise das Erlernen von Abläufen wie das Anziehen. Hier findet eine Zusammenarbeit mit der Ergotherapie zusammen, und beide arbeiten dann an diesem Ziel.

HP: hat immer sehr von der integrativen Therapie profitiert: konnte direkt Fragen stellen und diese wurden direkt beantwortet und hat viel gesehen wie gearbeitet wird und konnte damit vieles in den eigenen (Schul-)Alltag mit den Kindern übernehmen.

Ergo: Überschneidung selbst ist die Aktivität (beispielsweise das Kochen).

Was sind klar Unterschiede?

Beide: Der Hauptunterschied liegt im Setting. Die Ergotherapeutin arbeitet im Eins-zu-Eins Setting, während die Heilpädagogin meist mit der ganzen Klasse (ca. 8 Schüler und eine Klassenhilfe) arbeitet. In der Grossklasse versucht die Heilpädagogin die Anregungen der Ergotherapie mit einfließen zu lassen.

Ergotherapeutin: Die Ergotherapie begegnet den Kindern in einem therapeutischen Setting. Im Eins-zu-Eins Setting sind die meisten Kinder im Verhalten eher angepasst und leichter zu führen. Man muss gewisse Situationen etwas provozieren, um an ihnen arbeiten zu können. Nur so sei ein realistisches Üben an dem jeweiligen Problem das im Klassenverband auftritt realistisch. Dazu könne auch eine Kleingruppe (2-er Gruppe) genutzt werden.

Ergo: HP führt mit den Kindern eine Aktivität durch ‚wie sie halt gemacht wird‘, Ergo gibt Inputs zu Körperausrichtung, Halten von Gegenständen, HiMi's, Hilfestellungen damit Kind in Handlung kommt/kommen kann. Aktivität wird von Ergo aufgesplittet und differenzierter angeschaut, HP setzt das dann um.

HP:HP kann von den Inputs profitieren und diese umsetzen. Ergo hat medizinisches im Fokus, HP das pädagogische (das Eine schliesst das Andere nicht aus).

Fragen zu den Kompetenzen

1. Wer hat welche Kompetenzen?

Heilpädagogin: Die Ergotherapie übt mit den Kindern im kleinen Setting Handlungen, bei denen sie Mühe haben, und so unterstützt die Ergotherapie die Heilpädagogin, wenn es dann im Klassenverband besser klappt.

Ergotherapeutin: Die Heilpädagogin überprüft den Bedarf an Therapien bei den Kindern, und kümmert sich um deren Aufgleisung. Allerdings liegt das auch in der Hand der Eltern. Wenn diese gewisse Informationen nicht an den Arzt weitergeben, kann es ein langes Prozedere geben, bis ein Kind eine Ergotherapie Verordnung bekommt.

Ergo: Klassenlehrperson im Austausch allgemein rund ums Kind stark eingebunden und verantwortlich. HP's nach Aussen auch stark mit Gemeinden, finanziellen Aspekten (Ergänzung HP: Schulplatz hängt von Finanzierung ab). Ergo ist verantwortlich für die medizinischen Aspekte wie Kontakte zu Ärzten, Spitälern, IV.

HP: haben alle Fäden in der Hand, es läuft alles zusammen. Verschiedene Kinder, verschiedene Therapien. Organisation der Schüler/innen zentral (Kind zur richtigen Zeit am richtigen Ort).

2. Sind die Anregungen der Ergotherapie im Schulalltag realistisch umsetzbar?

Heilpädagogin: Konkrete Vorschläge von der Ergotherapie seien eigentlich weniger der Fall. Meist sei die Heilpädagogin sehr froh, wenn die Ergotherapeutin gezielt im Eins-zu-Eins Setting mit den Kindern üben könne. Es komme aber jedoch klar auf den Bereich der Intervention drauf an. Für Anregungen im Bereich der Grafomotorik sei sie auch schon auf die Ergotherapeutin zugegangen, dies sei auch dann gut umsetzbar. Der Übertrag von den ergotherapeutischen Interventionen, findet so eher selten ins Schulsetting statt.

Ergo: Inputs von Seiten Ergo werden an Klassenlehrperson gegeben, erneut sehr personenabhängig (wie reagiert KLP auf Inputs, Offenheit, Stundenplan). Ergibt teilweise schöne Situationen, v.a. wenn Ergo einen Input in die Klasse gibt und dann die Klasse wieder Inputs oder umgekehrt bzw. ein Hin und Her entsteht.

HP: hat an einem Beispiel beim Kochen nach einen Input bei der Ergo gefragt und diesen erhalten.

So entstehen gemeinsame Lösungen.

3. Glauben Sie den genauen Tätigkeitsbereich des Anderen gut zu kennen?

Heilpädagogin: Es sei schon ein Wissen vorhanden, dass in der Therapie im Einzelsetting gezielter an Schwierigkeiten gearbeitet werden kann. Jedoch sei es manchmal schwierig einzuschätzen, ob jetzt das Kind besser in die Psychomotorik oder in die Ergotherapie soll. Die Heilpädagogin habe ja die beiden Berufe nicht studiert, und wisse nicht sicher wo sich diese unterscheiden. Das sei schwierig wenn man bei einem Kind Bedarf sehe, und noch keine Therapie bestehe.

HP: Ja, jedoch nicht im Detail. Im Grossen und Ganzen allerdings ja, sie frage jedoch auch nach.

Ergo: Ja. Sie stellt jedoch fest, dass sie eine gewisse Vorstellung von der heilpädagogischen Arbeit habe und gewisse HP's nicht danach arbeiten bzw. den Fokus eher auf die Kulturtechniken legen. Dies sieht sie als Ergo für die Praktikabilität im Leben nicht zwingend notwendig bzw. nützlich. HP hat zwar seine Begründung, das Verständnis der Ergo ist da allerdings beschränkt.

4. Ist es auch schon zu Unstimmigkeiten in der Zusammenarbeit gekommen? Wenn ja, wieso? Was gab es für Lösungen?

Es können keine Aussagen zu diesem Punkt gemacht werden.

Ergo: eine Unstimmigkeit, welche jedes Jahr aufkommt: wann finden Therapien statt, wann dürfen die Kinder aus dem Unterricht genommen werden -> Stellenwert Therapie! Wertschätzung der Therapie.

Therapiepläne werden gemeinsam mit den HP's am Ende des Schuljahres für das Neue erarbeitet.

Weiter dass Therapien während des gesamten Zeitrahmens durchgeführt werden können, Organisatorisches wie Ergos werden z.B. nicht zu wichtigen Gesprächen (bsp. mit Externen) eingeladen.

Lösungen: individuelle Gespräche

HP. Gewisse Dinge müssen über die Leitung gehen wie beispielsweise die Stundenplanung. Diese findet in einem frühen Zeitraum statt und Therapie- und Schulleitung müssen sich da erst absprechen und dies entsprechend terminieren und an die HP's weiter gegeben werden.

HP. Stets bemüht die Kinder rechtzeitig in die Therapie zu bringen. Manchmal nicht möglich, da etwas dazwischen kommt (Laune des Kindes, für einige Schüler/innen schwierige Übergänge, Zeiteinteilungen Therapien, ...)

Fragen zu der Zusammenarbeit

5. Gibt es eine Zusammenarbeit zwischen den Ergotherapeutinnen und –therapeuten und Heilpädagogen/innen? Wenn ja, wie sieht diese aus?

Ergotherapeutin: Das Angebot würde bestehen, dass die Ergotherapeutin integriert in die Klasse geht, um das Kind in diesem Setting zu unterstützen. Aktuell ist dies jedoch sehr wenig der Fall, da keine Nachfrage besteht. Wenn eine Lehrerin jedoch Kontakt aufnehmen würde, wäre die Ergotherapeutin bereit die Heilpädagogin in ihrem Anliegen zu unterstützen.

HP: gemeinsame Ziele sind vorhanden und da wird gemeinsam daran gearbeitet.

Ergo: Co-Therapie existiert nicht.

6. Gibt es gemeinsame Interventionen? Wenn ja, werden diese regelmässig angewendet?

Siehe Antwort oben.

Siehe oben (Integration, aber keine Co-Therapien).

7. Gibt es einen regelmässigen gemeinsamen Austausch über die Kinder?

Ergotherapeutin: Die Zusammenarbeit hängt sehr von dem Engagement der jeweiligen Person ab. Es gibt momentan keinen offiziellen Rahmen für einen Austausch, da es kein Gefäss für gemeinsame Sitzungen gibt. Das liege auch daran, dass die Ergotherapeutin nicht direkt in der Schule angestellt sei, und somit auch die Frage der Finanzierung für die benötigte Zeit für den Austausch bestehe. Es besteht jedoch teilweise schon ein Austausch, spezifisch vor den Standortgesprächen.

Heilpädagogin: Mit den anderen Therapeuten (Logopädie, Psychomotorik und Physiotherapie) besteht eher die Chance sich für einen Austausch zu treffen, da diese im Haus angestellt sind. So sei auch die Frage der Finanzierung kein Thema.

HP: Was regelmässig alle 2 Wochen stattfindet ist die Sitzung im Kernteam (alle Therapeuten – Logo, Physio, Ergo), Wohngruppenbetreuer, Klassenteam) und es findet ein expliziter Austausch über die Kinder bzw. die Schüler/innen statt.

Es gibt aber durchaus auch Situationen, in welcher ein direkter Kontakt/Austausch zwischen Ergo und HP stattfindet, was allerdings sehr Personenabhängig ist.

Ergo: regelmässige jour fix finden nicht statt, ist alles individuell.

Fragen zu den Interventionen der Ergotherapie

1. In welchem Setting finden die Interventionen statt? Klassenzimmer/Therapieraum? Gruppen oder Einzeltherapie?

Ergotherapeutin: Die Arbeit mit dem Kind findet meist im Eins zu Eins Setting statt. Teilweise wird auch im Zweiersetting therapiert, wenn es sinnvoll ist, und auch die soziale Interaktion eine Rolle spielt.

Siehe oben

2. Wird die Sensorische Integration angewendet?

Ja, das kommt oft zum Tragen.

Ergo: ja. SI ist eine zusätzliche Ausbildung, welche nicht jede Ergo hat, sie hat sie und gibt HP dann auch Tipps, nennt es jedoch nicht explizit SI.

HP: weniger, kennt die SI nicht bzw. ist nicht ausgebildet

3. Beziehungsbasierte Interventionen? Interaktive Interventionen? Interaktive Spiele, Soziale Interaktion, ...

Eher schwierig, da die meisten Kinder nur einmal in der Woche in die Therapie gehen. Es kann deshalb sein, dass einige Kinder erst nach einem halben Jahr bis einem Jahr vertrauen zu der Therapeutin finden.

HP: ja. Die Beziehung dieser ‚Schülerschaft‘ ist das A und O, darauf baut alles auf und ohne die läuft nichts. Eine gute Therapie und eine gute Unterrichtslektion basiert darauf.

Ergo: ja, geschieht automatisch, findet laufend statt. Ist nicht spezifisch eine Intervention für eine Einheit, sondern hat viel auch mit der Reflexion zu tun.

4. Strukturierte, spielerische Aktivitäten (Bsp. Konstruktionen aus Blöcken)? Lego-Therapie?

Ergo: Inhalt eines möglichen Spiels (Lego) – Aufbauen und wieder Zerstören. Oftmals hat dies jedoch wieder einen sensorischen Aspekt (bspw. extra grosse und schwere Blöcke).

HP: baut es zeitweise in die Schullektion ein.

5. In der Literatur wird das Spiel als eines der meist genutzten therapeutischen Mittel beschrieben. Nutzen Sie dies in der Praxis?

Ja, es wird oft eingesetzt um auch alltägliche Aufgaben spannend und ansprechend zu gestalten.

Ergo: arbeitet wahnsinnig alltagsbezogen, nutzt kaum Spiele. Nutzt häufig Lebensmittel und Alltagshandlungen als therapeutisches Mittel (Banane schälen, Banane essen -> Kind erlebt sich damit direkt selbstwirksam). Teilweise arbeitet sie auch mit Spielen, dann sind das jedoch eher basale Spiele, selten bis nie nimmt sie ein Spiel aus dem Schrank und therapiert damit.

Durch die schwere Betroffenheit der Kinder wird auf Wahrnehmungsebene mit dem Lebensmittel (der Banane) gespielt.

HP: nutzt tatsächlich ein Spiel, um Kulturtechniken einzuüben. Das ist allerdings nur mit den sehr starken Schülern/innen möglich.

6. Denver Model?

-

Ergo: nein

7. TEACCH?

Ja, dieses Konzept wird teilweise angewandt.

Ergo: ja, wichtiger Teil bei unseren Kindern

HP: ja

8. Sozial-Kognitives Skill-Training?

-

Ergo: nein

HP: nein

9. Intensives Verhaltenstraining? (EIBI, ...)

-

beide nein

10. Auditives Training (AIT)?

-

beide nein

11. NDT (Neurodevelopment Treatment)

-

Ergo: ja

HP: nein

12. Coaching der Eltern? Familienzentrierter Ansatz?

-

Ergo: Eltern sind nicht häufig vor Ort. Einladungen in Therapie werden immer wieder ausgesprochen, ab und zu werden diese angenommen.

Hat schon per Telefon Situationen besprochen (bspw. Essen ist schwierig – Ergo hat HiMi's nach Hause geschickt, hat es mit Mutter per Tel ausprobiert)

HP: dito, würde gerne mehr machen, ist jedoch aufgrund der Abwesenheit der Eltern nicht möglich.

13. Welches sind die Hauptbereiche der Interventionen bei Kindern mit einer geistigen Behinderung? (ADL / I-ADL Training, Sensorische Integration, Hilfsmittelversorgung...)

Der Hauptbereich ist sehr individuell, nicht nur spezifisch auf ADL/IADL. Häufig geht es um Grafomotorische/ Motorische Interventionen. Der Fokus ist jedoch weniger auf der Hilfsmittelversorgung, da die Ergotherapeutin der Meinung ist, diese verstauen häufig zu Hause und beheben nicht die Ursache für das Problem. Wenn jedoch bei einem Kind ein Problem im Bereich ADL liegt, wird der Hauptfokus dann jedoch schon daraufgelegt, z.B. WC- Training.

Ergo: SI, HiMi-Versorgung, v.a. ADL-Training, I-ADL-Training, wenn ein Kind emotional bereits so weit entwickelt ist

14. Gibt es Interventionen, welche Sie anwenden, die wir nicht angesprochen haben? Welche sind das?

Teilweise finden in der Ergotherapie Projektarbeiten statt zu einem bestimmten Thema; beispielsweise Indianer. Dazu gibt es dann verschiedene Aufgaben, welche die Fähigkeiten der Kinder fördern. Die Projektarbeiten sind jedoch nicht mit allen Kindern umsetzbar, häufig klappt es bei etwas älteren Kindern, welche auch grosses Interesse an dem Thema zeigen. Zudem sind gewisse Interventionen auch an das Affolter Konzept angelehnt.

Ergo: SI, Affolter, Bobath

15. Was sind die am häufigsten angewandten Interventionen?

-

Ergo: SI, Affolter, Bobath, TEACCH

übernimmt auch erzieherische Inputs von HP

HP: TEACCH, von Ergo aufgezeigte Massnahmen

Fragen zu den Massnahmen der Heilpädagogik

1. Welche Massnahmen wenden Sie bei Kindern mit einer geistigen Behinderung an?

Es wird stark mit dem TEACCH Konzept gearbeitet. Ein weiteres Modell das häufig angewandt wird ist das PECS (picture exchange system), hier geht es darum, dass das Kind der Lehrerin ein Bild zeigt, was es gerne möchte. Zudem fliesst aus ganz vielen Therapierichtungen etwas ein. Affolter tauche immer wieder auf, auch basale Stimulation und je nach Kind lese man sich auch ein.

HP: basale Stimulation, je nach Schüler/in und Schweregrad der Beeinträchtigung

2. Haben sie spezifische heilpädagogische Interventionen/ Ansätze für die Schwierigkeiten dieser Kinder?

Siehe Antwort oben.

siehe oben

HP. Durch die Ausbildung in Heidelberg wendet sie die Bildung mit Format (nach Lama) an. Dabei wird nicht nur die formell (soft skills) sondern auch materiell ausgebildet (bsp. Göthe wird thematisiert). Die Anwendung hängt erneut wieder von der Schülerschaft und dem Schweregrad der Behinderung ab.

3. Wenden Sie ergotherapeutische Interventionen/ Empfehlungen im Schulsetting an?

-

siehe oben

Fragen zum Reasoning / Begründung der Wahl von Interventionen

1. Wie wählen Sie die Interventionen aus?

Beide: Sehr individuell nach Kind. Man bedient sich aus seinem Erfahrungsschatz und baut sich aus verschiedenen Interventionen etwas zusammen, und probiert es aus. Wenn es funktioniert bleibt man bei diesen Ansätzen, und sonst probiert man weiter aus.

Ergo: Zu Beginn wird eine Diagnostik durchgeführt, anhand von Testsituationen, Videos. Die Therapie baut darauf auf, die Therapieplanung wird laufend überarbeitet und angepasst. Dabei findet das Reasoning durch Reflexion laufend statt.

HP: Es wird, ausgehend vom Kind, eine Lernstandserhebung gemacht und im Hinterkopf ist der Lehrplan (Kinder sind lernzielbefreit, trotzdem hat der Lehrplan einen Einfluss).

2. Wie begründen Sie die Wahl?

siehe oben

Fragen zur Dokumentation

1. Wie werden die Therapieeinheiten / Massnahmen / Interventionen dokumentiert?

Beide: Es gibt auch hier im Moment kein einheitliches System. Die Ergotherapie erfasst Berichte für die IV und die Krankenkasse, diese werden auch an die Heilpädagogin weitergegeben. Dort wird der Bericht dann in der Schulakte abgelegt. Die Heilpädagogin erfassen einen Förderplan, bei welchem es den Therapeuten auch möglich ist Einsicht zu nehmen, indem man ihn für sie frei schaltet

Ergo: Verlaufsdocumentation, jede Therapieeinheit wird dokumentiert und reflektiert. Einmal jährlich wird ein Bericht geschrieben (interne Vorgabe, wenn Bedarf vorhanden ist, wird der Bericht auch extern abgegeben)

HP: Für Bericht und Dokumentationen immer Fokus wo die Reise hingehen soll, was ist in 5 Jahren mit dem Übertritt in den Erwachsenenbereich. HP schreibt keine Verlaufsdocumentation, jedoch einen Förderplan (was in etwa der Doku entspricht, allerdings nicht so detailliert). Sie schreibt ebenfalls jährlich einen Bericht (Schulbericht), welcher vom Volksschulamt vorgegeben ist.

2. Gibt es ein einheitliches Dokumentationssystem?

Nein.

Ja, das KIS (KlientenInformationssystem)