

Wenn die Worte fehlen

**Eine Analyse der klientenzentrierten Methoden, die
ergotherapeutische Zielformulierungen bei Kindern
mit kognitiver Beeinträchtigung und einer
Sprachentwicklungsstörung unterstützen**

Eine Literatur Review

Autorin:

Kaufmann Rahel S06-539-837

Mitterrain 54, 6234 Triengen

Departement Gesundheit, Bachelorstudiengang Ergotherapie 2006

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

18. Juni 2009

Mentorin:

Fink Renate

Inhaltsverzeichnis

1.	ABSTRACT	3
2.	EINLEITUNG	3
3.	HAUPTTEIL	6
	3.1 METHODE	6
	3.2 KOMMUNIKATION	7
	3.3 PARTIZIPATION	9
	3.4 KLIENTENZENTRIERTER ANSATZ	11
	3.4.1 Relevanz von Assessments und Messungen	12
	3.5 METHODEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER ZIELFORMULIERUNG	13
	3.5.1 Bestehende Assessments der Pädiatrie	14
	3.5.2 Visuell unterstützte Assessments	15
	3.5.3 Andere unterstützende Methoden	17
	3.5.4 Therapeutische Haltungen	18
4.	DISKUSSION	22
	4.1 ÜBERTRAGBARKEIT IN DIE ERGOTHERAPEUTISCHE PRAXIS	22
	4.2 AUSBLICK	29
5.	LIMITATIONEN	30
6.	LITERATURVERZEICHNIS	31
7.	ANHANG	36

1. Abstract

Beeinträchtigte Kinder mit einer kognitiven Einschränkung und einer Sprachentwicklungsstörung aktiv in den Zielsetzungsprozess der Ergotherapie mit einzubeziehen, gestaltet sich häufig schwierig. Ein Kind mit solch umfassenden Einschränkungen ist auf eine angemessene Unterstützung angewiesen, damit es an der Kommunikation teilhaben und eigene Entscheidungen treffen kann. Es liegt daher an den Erwachsenen, eine aktive Partizipation zu fördern, indem sie eine bestmögliche Situation schaffen. Welche Bedeutung die Partizipation für diese Klientengruppe hat und wie ihre Bedürfnisse und Therapieziele erfragt werden können, sind nach wie vor eine Herausforderung für Forscher und Praktiker. Basierend auf dem klientenzentrierten Ansatz und der hohen Relevanz von Therapiezielen für den Therapieerfolg werden in dieser Literatur Review Methoden zur Zielformulierung für die Ergotherapie mit Kindern präsentiert. Insbesondere der Vorteil visueller Hilfsmittel und therapeutischer Haltungen, die eine partnerschaftliche Zusammenarbeit im Zielsetzungsprozess unterstützen, werden diskutiert.

2. Einleitung

Obwohl die Versorgung von beeinträchtigten Personen zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist der Einbezug von beeinträchtigten Kindern, vor allem von Kindern mit verbalen Kommunikationseinschränkungen oder Lernschwierigkeiten, nach wie vor selten (Franklin & Sloper, 2009; Franklin & Sloper, 2006; Cavet & Sloper 2004; Rabiee, Sloper & Beresford, 2005). Um die Rechte und die Gesundheit von Kindern und jungen Menschen zu schützen und zu fördern, werden gesetzliche Verpflichtungen festgehalten (Franklin & Sloper, 2009; Rabiee et al., 2005). Jedoch erweist sich die Zusammenarbeit mit schwer beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen in der Praxis häufig als schwierig.

Die Betroffenen verwenden oftmals nonverbale Signale oder Reaktionen, die nur von wenigen Familienmitgliedern verstanden werden. Aussenstehende Personen haben Schwierigkeiten, die Äusserungen korrekt zu interpretieren und stossen somit schnell an die Grenzen der eigenen Möglichkeiten (Franklin & Sloper, 2009; Cavet & Sloper, 2004; Thomas & O'Kane, 1999).

In meinen Praktika erlebte ich diese Grenzen der eigenen Möglichkeiten im Bezug auf die eingeschränkten Kommunikationsfertigkeiten sehr stark. Die gegenseitige Interaktion ist mit viel Aufwand und Anstrengung verbunden, wodurch die Partizipation oftmals nicht über die Kinder selbst, sondern über den Einbezug einer nahen Bezugsperson stattfindet. Die behinderten Menschen erleben somit gemäss Leyendecker (2006) oftmals eine intensive Fremdbestimmung und verzichten zunehmend darauf die eigene Identität auszudrücken. Der in der Ergotherapie angestrebte klientenzentrierte Ansatz beschreibt jedoch die Notwendigkeit, den Klienten als Experten in den Mittelpunkt zu stellen. In enger Zusammenarbeit mit ihm sollen relevante Ziele formuliert und fortlaufend evaluiert werden (Curtin & Murtagh, 2007; Sumsion, 2002).

In meiner Arbeit mit mehrfach behinderten Kindern fragte ich mich daher stets, inwiefern ich das Recht habe, über eine Person zu bestimmen oder ob es nicht Möglichkeiten gäbe, die Klienten selbst als Individuen zu befähigen, Entscheidungen selbständig zu treffen.

Hat ein Kind aufgrund der Beeinträchtigungen keine Möglichkeit, seine Ziele und Bedürfnisse verbal auszudrücken, können nonverbale Signale diese Funktion übernehmen. Laut Watzlawick, Beavin und Jackson (2000) haben alle diese Verhaltensweisen einen gewissen Mitteilungscharakter, was ein Nicht-Kommunizieren unmöglich macht. Somit ist kein Kind „too disabled“, um zu partizipieren (Stalker & Connors, 2003). Auch wenn die Kinder in ihrer Kommunikation oder Kognition eingeschränkt sind, haben sie ein Recht darauf, sich mitzuteilen, und es liegt an den Erwachsenen, einen Weg zu finden, um ihre Bedürfnisse und Ansichten zu verstehen (Morris, 2003).

Um ein Mitwirken des Kindes positiv zu unterstützen, werden in der Praxis gemäss Franklin und Sloper (2009) zunehmend Methoden angepasst und entwickelt. Es gibt bis heute jedoch wenig Fortschritte, um standardisierte Methoden in die Behandlungsplanung von Kindern mit kognitiven Einschränkungen und Einschränkungen der Kommunikationsperformanz, zu involvieren (Morris, 2003).

Aus diesen Überlegungen ergab sich folgende Fragestellung:

Welche nicht-elektronischen Hilfsmittel und therapeutischen Haltungen gibt es, um eine klientenzentrierte Zielformulierung und somit eine klientenzentrierte Behandlungsplanung bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung und einer zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigung zu ermöglichen?

Im Folgenden werden verschiedene unterstützende Methoden, welche die klientenzentrierte Zielformulierung in der Ergotherapie unterstützen können, aufgezeigt und diskutiert. Aufgrund des begrenzten Rahmens der Bachelorarbeit wird ein detaillierter Einbezug der verschiedenen elektronischen Hilfsmittel bewusst weggelassen. In der gesamten Bachelorarbeit schliessen die verwendeten Begriffe „Therapeuten“ beziehungsweise „Ergotherapeuten“ jeweils die weibliche Form mit ein.

3. Hauptteil

3.1 Methode

Die im Folgenden erwähnte Literatur wurde über einen unbegrenzten Zeitraum aus den zur Verfügung stehenden elektronischen Datenbanken MEDLINE, CINAHL, AMED und COCHRANE Library bezogen. Für die Suche wurden hauptsächlich die folgenden Keywords verwendet: „communication“ OR „participation“ AND „child“ AND „aim“ OR „goal setting“ OR „decision making“ AND „cognitive disability“ OR „communication impairment“ wie auch deren MeSH-Terms. Verschiedene zusätzliche Verknüpfungen wurden mit den Begriffen „disabled person“ OR „handicapped“ OR „multiple disabilities“, „assessments“ OR „tool“ wie auch mit den Begriffen „client-centred“ OR „person-centred“ und dessen MeSH-Terms gemacht.

Die Verknüpfung mit dem Begriff „Occupational Therapy“ ergab keine Treffer, was die Wissenslücke in der Wissenschaft und die Relevanz des Themas für die Praxis bestätigt. Aufgrund der wenig evidenten Literatur wurde die Literaturrecherche mit der Suche in der Datenbank PsycInfo mit dem Schwerpunkt Psychologie ergänzt. Ferner wurden diverse Artikel und Reviews hinzugezogen, welche nicht den relevanten, nach Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998) und Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch und Westmorland (2007) definierten Qualitätskriterien entsprechen.

Die aus der Suche resultierenden zwei Literatur Reviews von Cavet und Sloper (2004) und Morris (2003) wie auch die drei Studien von Franklin und Sloper (2009), Missiuna, Pollock, Law, Walter und Cavey (2006) und Rabiee et al. (2005) dienen als Grundlage für die zu beantwortende Fragestellung. Daraus wurde die weitere verwendete Literatur abgeleitet.

Schlussendlich wurden die diversen Unterstützungsmethoden anhand von 12 Studien oder Artikel bearbeitet. Für die Erarbeitung der theoretischen Grundsätze der Kommunikation und Partizipation wie auch für die Darstellung der Anwendung von Assessments und des klientenzentrierten Ansatzes wurden 16 weitere Literaturquellen verwendet (vgl. Anhang Nr.1). Diese theoretischen Grundsätze wurden mit zusätzlicher Literatur ergänzt.

3.2 Kommunikation

Gemäss Watzlawick et al. (2000) ist Kommunikation mit Mitteilung gleichzusetzen und verläuft auf unterschiedlichen Kanälen, die nebst verbalen Äusserungen auch jegliche Art von Verhalten beinhaltet (Leyendecker, 2006; Watzlawick et al., 2000).

Die Sprache dient dazu, Wissen und Information zu analysieren, zu diskutieren und zu vermitteln. Darüber hinaus wird es durch eine expressive Funktion möglich, Gefühle, Verhalten wie auch persönliche Identität auszudrücken und zu entwickeln (Hartas, 2005).

Woodyatt und Rodger (2006) nennen zusätzlich die Mikroebene der Sprache, die Tonfall, Lautstärke, Frequenz und Deutlichkeit wie auch die Qualität und Quantität der nonverbalen Kommunikation beinhaltet. Unter der nonverbalen Kommunikation versteht man einerseits die stimmlichen Ausdrucksformen wie Schreien oder Weinen und jegliche Art von Laut- und Gefühlsäusserungen. Andererseits beinhaltet dieser Begriff auch die nicht-stimmlichen Kommunikationsformen wie Mimik, Gestik, Körperhaltung, Körperdistanz, Blickkontakt, Blickbewegungen, Zeigegesten und konventionelle oder individuelle Gebärden (Leyendecker, 2006; Kristen, 2000).

Da all dieses Verhalten einen gewissen Mitteilungsscharakter hat, ist es gemäss Watzlawick et al. (2000) nicht möglich, nicht zu kommunizieren.

Vor allem sehr kleine oder schwer beeinträchtigte Kinder haben oftmals Schwierigkeiten, ihre Meinungen oder Gefühle verbal auszudrücken. Diese Kinder nutzen die Möglichkeit, sich mit verschiedensten körpereigenen Methoden auszudrücken und machen somit die Interaktion trotzdem möglich (Tangen, 2008; Rabiee et al., 2005; Kristen, 2000).

Jedoch besteht laut Watzlawick et al. (2000) die stetige Notwendigkeit, als Empfänger wie auch als Sender von Kommunikation, die Mitteilungen in die eigene „Sprache“ zu übersetzen und anschliessend zu verstehen. Da die Bezugspersonen die Ausdruckformen von beeinträchtigten Kindern oftmals kaum korrekt deuten, wenden diese häufig gar nicht all ihre Kommunikationsmöglichkeiten an (Kristen, 2000). Diese Frustrationserlebnisse haben ungünstige Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder (Leyendecker, 2006). Beukelman und Mirenda (2005) beschreiben ein daraus resultierendes Problemverhalten, das sich oft in Reaktionen wie Schreien, Schlagen oder selbstverletzendem Verhalten zeigt.

Zur eingeschränkten verbalen Kommunikation kommen häufig gestörte Bewegungskoordinationen, Fehlstellungen, veränderter Muskeltonus etc. hinzu, welche die Interaktion mit der Umwelt zusätzlich erschweren (Leyendecker, 2006). Ein spontaner Beziehungsaufbau ist somit oftmals gar nicht möglich (Beukelman & Mirenda, 2005; Kirsten, 2000).

Um Freundschaften zu entwickeln und somit ein „Occupational Engagement“ zu ermöglichen, sind die Kommunikationsfertigkeiten während der Kindheit besonders wichtig (Woodyatt & Rodger, 2006; Hartas, 2005). Gemäss Hartas (2005) ist diese Entwicklung der sozialen Fertigkeiten bei Kindern ohne verbale Ausdrucksmöglichkeiten massiv erschwert. Das soziale Umfeld der Kinder beschränkt sich somit hauptsächlich auf den familiären Rahmen (Watson, Abbott & Townsley, 2006).

Um die soziale Partizipation und somit eine positive Persönlichkeitsentwicklung zu ermöglichen, ist bei Sprachschwierigkeiten eine möglichst frühe Identifikation und Intervention notwendig (Hedderich, 2006; Hartas, 2005).

Durch unterstützende Hilfsmittel werden Kinder befähigt, Kontrolle und Verantwortung zu übernehmen, was die Persönlichkeitsentwicklung fördert und sich somit wiederum positiv auf die Lebensqualität auswirkt (Beukelman & Mirenda, 2005; Kirsten, 2000).

Die „unterstützte Kommunikation (UK)“, die im englisch sprachigen Raum mit „Augmentative and Alternative Communication (AAC)“ gleichgesetzt wird, beinhaltet körpereigene und externe unterstützende Hilfsmittel, welche die eingeschränkten oder fehlenden Kommunikationsfertigkeiten ergänzen oder ersetzen.

Jegliche vorgegebenen Formen von Gesten, Gebärden, Fingeralphabeten, codierten Blicken und Augenbewegungen wie auch Mimik und Gestik zählen zu den körpereigenen Möglichkeiten. Die externen Unterstützungsformen werden in elektronische und nicht-elektronische Hilfsmittel unterschieden; Nicht-elektronische Kommunikationsformen beinhalten diverse schriftliche oder bildhafte Arten von Kommunikationstafeln. Zu den elektronischen Techniken, auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen wird, gehören digitale oder synthetische Sprachcomputer (Leyendecker, 2006; Kirsten, 2000).

3.3 Partizipation

„Being informed, expressing a view, influencing the decision-making process and being the main decider“ sind die von Alterson und Motogemery (1996; zit. nach Franklin & Sloper, 2009, S.7) definierten Ebenen der Partizipation.

Im Gegensatz dazu gliedert Shier (2001) die Partizipation in fünf verschiedene Stufen. Die niedrigste Stufe besagt, dass dem Kind zugehört wird. Eine Ebene höher wird das Kind in der freien Meinungsäußerung unterstützt, und auf der dritten Stufe werden die Ansichten der Kinder berücksichtigt. Werden Kinder in den Entscheidungsprozess miteinbezogen, spricht Shier (2001) von der vierten Stufe der Partizipation. Erst wenn die Macht und die Verantwortung für die Entscheidungen mit dem Kind geteilt werden, besteht der höchste Level der Partizipation. Die Stufe wie auch die Art der Partizipation können gemäss Franklin und Sloper (2006) von Situation zu Situation variieren und müssen stets angepasst werden.

Seit den 90er-Jahren nahm die Bedeutung, die Meinungen der Kinder mit einzubeziehen, stark zu, und zur Verbesserung der Versorgung von beeinträchtigten Personen wurden die Verpflichtungen zunehmend gesetzlich festgehalten (Franklin & Sloper, 2009; Rabiee et al., 2005; Sinclair, 2005). Um die Rechte und die Gesundheit von jungen Menschen zu schützen und diese zu fördern, wurde bereits 1989 die „United Nations Convention on the Rights of the Child“ entwickelt (Curtin & Murtagh, 2007). Dabei werden die Rechte des Kindes in vier Typen unterteilt: 1) Bereitstellen der Grundbedürfnisse, 2) Prävention, 3) Schutz vor Ausnutzung und Missbrauch und 4) Partizipation. Es wird besagt, dass Kinder fähig sind, ihre Meinungen auszudrücken und somit als aktive Partner in den Entscheidungsprozess bezüglich ihrer Gesundheit und Versorgung miteinbezogen werden müssen (Curtin & Murtagh, 2007; Rabiee et al., 2005; Sinclair, 2005). Darüber hinaus bestehen Dokumente wie „Getting the right start: National Service Framework for Children“. Darin sind Standards und Grundsätze für „Hospital Services“, wie zum Beispiel, dass Fachpersonen in den notwendigen Kommunikationsfertigkeiten geschult werden müssen, schriftlich festgehalten (Department of Health, 2003).

Die Rechte des Kindes sind auch in der Schweiz gesetzlich festgehalten. Im ersten Bericht der schweizerischen Regierung zur Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte des Kindes wurden im Jahr 2000 die bestehenden Kinderrechte der UNO und die Anliegen der internationalen Kinderrechtskonvention (KK) auf die schweizerischen Verhältnisse angepasst.

Dabei werden die Rechte „Achtung vor der Meinung des Kindes“ (Art.12 KK), „Recht auf freie Meinungsäußerung“ (Art.13 KK), wie auch das Recht auf „Zugang zu angemessenen Informationen“ (Art.17 KK) schriftlich festgehalten (Netzwerk Kinderrechte, 2000).

Das in den letzten Jahren stetig ansteigende Bedürfnis Kinder selbst zu Wort kommen zu lassen, ihnen zuzuhören und sie mit einzubeziehen, setzt sich jedoch in der Ergotherapie, wie auch allgemein in der Praxis, nur sehr zögerlich durch (Stalker & Connors, 2003).

Zunehmend mehr Instanzen versuchen für die Rechte der Kinder einzustehen, jedoch befasst sich die derzeitige Literatur hauptsächlich mit der Partizipation von nicht beeinträchtigten Kindern (Franklin & Sloper, 2009; Cavet & Sloper, 2004). Der Einbezug von schwerbeeinträchtigten Kindern ist nach wie vor selten, und der Bedeutung der Partizipation für behinderte Kinder, vor allem für Kinder mit Kommunikationseinschränkungen oder Lernschwierigkeiten, wird kaum Beachtung geschenkt (Franklin & Sloper, 2009; Franklin & Sloper, 2006; Cavet & Sloper, 2004; Rabiee et al., 2005).

Die Zusammenarbeit mit schwer mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen erweist sich häufig als sehr schwierig. Oftmals fehlen den Fachpersonen Fertigkeiten, Wissen, Training, Selbstvertrauen und Erfahrungen, um Kinder mit Kommunikationseinschränkungen zu unterstützen (Franklin & Sloper, 2009; Cavet & Sloper, 2004; Thomas & O’Kane, 1999). Aussenstehende Personen haben Schwierigkeiten, die nonverbalen Äusserungen korrekt zu interpretieren. Darüber hinaus ist die Partizipation und der Beziehungsaufbau durch die eingeschränkte, gemeinsame Zeit von Betreuungspersonen und Kindern zusätzlich erschwert (Franklin & Sloper, 2009; Watson et al., 2006). Die gegenseitige Interaktion ist daher mit viel Aufwand und Anstrengung gekoppelt (Beukelman & Mirenda, 2005; Kirsten, 2000).

Aufgrund des vorbestimmten, ungleichmässigen Machtverhältnisses zwischen Fachperson und Klient besteht eine gewisse Gefahr, den Klienten zu bevormunden oder zu manipulieren (Lenz, 2001). Laut Curtin und Murtagh (2007) haben Erwachsene häufig das Gefühl, sie seien moralisch für das Wohl des Kindes verantwortlich und könnten Entscheidungen am besten fällen. Aufgrund von mangelnder kognitiver, interaktionaler und emotionaler Reife wird den Kindern oftmals die Kompetenz zur Mitbestimmung abgesprochen, und die Eltern werden als einzige Beratungspersonen hinzugezogen (Franklin & Sloper, 2009; Rabiee et al., 2005; Morris, 2003; Lenz, 2001). Somit sind es beeinträchtigte Kinder gar nicht gewohnt, dass ihre Meinung Gewicht hat und sie selbständig Entscheidungen treffen können (Rabiee et al., 2005).

3.4 Klientenzentrierter Ansatz

Die Sichtweise, dass der Klient mit seiner ganzen Individualität im Mittelpunkt steht und das Recht hat, Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen und über den Verlauf seiner Behandlung selbst zu entscheiden, wird laut Sumsion (2002) auch im klientenzentrierten Ansatz der Ergotherapie angestrebt. Im Gegensatz zum traditionellen Prozess wird dem Klienten mehr Verantwortung und Kompetenz zugesprochen. Die Therapeuten sollen die Position des Klienten erkunden, sich in ihn hinein versetzen und die Erkrankungen mit all den Erwartungen, Gefühlen und Bedenken aus der Sichtweise des Betroffenen zu verstehen versuchen. Gemäss Sumsion (1999; zit. nach Sumsion 2002, S.6), entsteht beim klientenzentrierten Ansatz eine enge partnerschaftliche Zusammenarbeit, in der gemeinsam versucht wird, die vom Klienten festgelegten Ziele zu erreichen. Diese sollen verständlich und überprüfbar formuliert werden. Laut Speechley (1992; zit. nach Sumsion 2002, S.5) bringt der Therapeut sein Expertenwissen mit, das mit dem Wissen und den Erfahrungen der individuellen Krankheitsgeschichte des Klienten ergänzt wird. In der Umsetzung, die ständig evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden muss, werden beide Beiträge sinnvoll kombiniert. Damit der Betroffene aktiv über Entscheidungen mitbestimmen kann, soll er stets umfassend und auf eine verständliche Art und Weise vom Therapeuten informiert werden (Sumsion, 2002).

Gemäss Houston (2003) wird die klientenzentrierte Methode in der Praxis mit Erwachsenen bereits häufig angewendet und kann gut für die Arbeit mit Kindern übernommen werden. Jedoch stellt sich Coster (1997) die Frage, wie diese Umsetzung konkret gestaltet werden muss, sowie ab welchem Alter Kinder über sich selbst bestimmen können und das Definieren von Bedürfnissen und Zielen möglich ist.

Laut Sumsion (2002) besteht bei gewissen Klientengruppen wie zum Beispiel bei älteren Menschen oder bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein erschwertes Setting, jedoch ist die klientenzentrierte Praxis mit jeder Klientel möglich. Beim klientenzentrierten Ansatz geht es nicht darum, dass der Klient die volle Verantwortung übernehmen muss. Baum und Law (1997; zit. nach Sumsion 2002, S.14) äussern, dass stets der Klient bestimmt, wie stark der Therapeut an der partnerschaftlichen Zusammenarbeit beteiligt ist.

Die partnerschaftliche Zusammenarbeit ist gemäss Strebel und Sulzmann (2005) vor allem in der Arbeit mit Kindern wichtig. Sie erwähnen, dass Kinder überfordert sind, wenn sie über alle Vorgänge ausführlich informiert und miteinbezogen sind.

Versucht die Fachperson die Autonomie des Kindes mit Respekt zu bewahren und somit das Abhängigkeits- und Machtverhältnis zu senken, wird die Zusammenarbeit jedoch erleichtert (Lenz, 2001).

3.4.1 Relevanz von Assessments und Messungen

Die zunehmende Wertschätzung der Ansichten der Kinder wie auch der Eltern, zeigen sich auch in den entwickelten Assessments (Sumsion, 2002). Der Gebrauch von individuellen klientenzentrierten Messinstrumenten hat stark zugenommen, jedoch liegt ihr Fokus hauptsächlich auf der Perspektive der Erwachsenen (Dunford, 2005; Coster, 1997). Dies erschwert eine direkte Übertragung auf die junge Klientel und somit die Implementierung von klientenzentrierten Assessments in der Pädiatrie entscheidend (Coster, 1997).

Forscher und Praktiker der Pädiatrie versuchen Messinstrumente anzuwenden, die flexibel die Wünsche der ganzen Familie erfassen, einen Fokus auf Aktivität und Partizipation legen und dabei trotzdem Genauigkeit und Beständigkeit gewährleisten (Cusick, McIntyre, Novak, Lannin & Lowe, 2006). Gemäss Coster (1997) ist demnach ein Top-Down und ein familienzentrierter Ansatz relevant (Dunford, 2005). Es besteht

die Wichtigkeit, Assessments zu entwickeln, die den Schwerpunkt auf die gesamten Betätigungsfelder legen, das Kind wie auch gegebenenfalls die Eltern aktiv einbeziehen und somit eine bestmögliche Unterstützung zur Partizipation fördern (Tam, Teachman & Wright, 2008; Coster, 1997).

Zieldefinierung und Prioritätensetzung sind sehr abstrakte Prozesse, die bei Kindern häufig von den Ergotherapeuten übernommen oder mit Hilfe der Eltern beziehungsweise der Lehrer realisiert werden (Missiuna & Pollock, 2000).

Die erlebte Selbstwirksamkeit und die Motivation haben jedoch signifikante Auswirkungen auf die Ausführung der Aktivität wie auch auf das eigene Wohlbefinden (Bandura, 1993; Locke & Latham, 1990). Wird also ein Ziel von einer Person selbst ausgewählt, werden Faktoren wie zum Beispiel erlebte Erfahrungen oder eigene Rollenerwartungen miteinbezogen (Missiuna et al., 2006; Locke & Latham, 1990). Durch einen aktiven Einbezug in das Festlegen von faszinierenden und anspruchsvollen Zielen wird also die Selbstwirksamkeit, die Motivation und somit das Engagement bei der Zielerreichung erheblich erhöht (Missiuna et al., 2006; Lenz, 2001; Bandura, 1993; Locke & Latham, 1990).

3.5 Methoden zur Unterstützung der Zielformulierung

In der Praxis werden zunehmend verschiedenste Methoden in schriftlichen oder bildlichen Darstellungen entwickelt und angepasst, um auch die Partizipation von schwerbeeinträchtigten Personen zu fördern (Franklin & Sloper, 2009). Die Mehrheit der standardisierten Instrumente der Pädiatrie werden jedoch mit Kindern im Schulalter durchgeführt oder ziehen das Kind nicht aktiv in den Zielsetzungsprozess mit ein (vgl. Anhang Nr.1). Damit die Partizipation des beeinträchtigten Kindes bestmöglich unterstützt wird, müssen zusätzliche alternative Kommunikationshilfen entwickelt werden, welche so einfach wie möglich anzuwenden sind (Beukelman & Mirenda, 2005; Cameron & Murphy, 2002).

Die darauf folgenden beschriebenen Methoden sind eine beschränkte Auswahl der bestehenden Assessments der Pädiatrie, welche zur Verdeutlichung jeweils im Anhang abgebildet werden. Die Instrumente „MAPS“, „ELP“, „PACS“, wie auch die Methoden nach Stalker und Connors (2005) werden jedoch aufgrund fehlender visueller Darstellungsmöglichkeiten nicht aufgeführt.

3.5.1 Bestehende Assessments der Pädiatrie

COPM: Der „Canadian Occupational Performance Measure“ (COPM) erfasst gemäss Salas (1999; zit. nach Strebel & Sulzmann 2005, S.19) die Betätigungsbedürfnisse der Kinder. In Form eines semistrukturierten Interviews wird die Performanz, deren Wichtigkeit und Zufriedenheit mit Hilfe einer 10-Punkte Skala identifiziert (Tam et al., 2008). (Anhang Nr.2)

COSA: Mit Hilfe eines bildlich attraktiv gestalteten Selbsteinschätzungsbogens bewerten Kinder im Alter von 8-13 Jahren im „Children’s Occupation Self Assessment“ (COSA) ebenfalls ihre Kompetenz bezüglich den 25 vorgegebenen Betätigungen (Strebel & Sulzmann, 2005; Pätzold, Wolf, Hörning & Hoven, 2005). (Anhang Nr.3)

GAS: Der „Goal Attainment Scaling“ (GAS) ist gemäss Cusick et al. (2006) ein geeignetes Assessment, um die Outcomes in der Pädiatrie zu messen. Mit Hilfe eines Interviews werden die gemeinsamen Ziele erarbeitet. Diese Ziele werden in die fünf zu erreichenden Levels und den dazugehörigen Interventionen in einer Tabelle aufgelistet. (Anhang Nr.4)

PVQ / SCOPE: Der „Pediatric Volitional Questionnaire“ (PVQ) ist gemäss Semonti, Kafkes, Geist und Kielhofner (2006) ein Assessment zur Beobachtung der Handlungsmotivation von Kindern zwischen zwei und sieben Jahren. Aufgrund von vierzehn Items werden die Reaktionen des Kindes auf seine Umwelt beurteilt (Anhang Nr.5). Das Instrument ist dabei mit dem klientenzentrierten „Short Child Occupational Profile“ (SCOPE) zu vergleichen. Anhand von 25 Items zu den Bereichen Volition, Habituation, Umwelt, Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten sowie prozessbezogene und motorische Kompetenzen, erfasst dieses Instrument die hindernden und fördernden Umweltfaktoren auf die Partizipation des Kindes (Kielhofner & Taylor, 2008). (Anhang Nr.6)

ELP: Das „Essential lifestyle planning“ (ELP) Assessment erfasst hauptsächlich die momentane Situation des Klienten. Gemeinsam mit dem Betroffenen wird erarbeitet, wo der momentane Schwerpunkt in seinem Leben liegt, welche Bereiche dem Klienten wichtig sind, wo seine Stärken und Möglichkeiten liegen, welche Unterstüt-

zungsmöglichkeiten vorhanden sind beziehungsweise benötigt werden und wo die momentan zu bearbeitenden Problembereiche liegen. In einer gemeinsamen Diskussion wird die zusammengetragene Information und die zu erfolgenden Schritte in einem Plan bildlich festgehalten (Smull & Burke-Harrison, 1992; zit. nach Houston, 2003, S.64).

MAPS: Gemäss Beukelman und Mirenda (2005) werden mit Hilfe des „MAPS“ die Stärken, Lebensweisen und Träume erfasst, was ein ganzheitliches Bild des Klienten von der Vergangenheit bis zur Gegenwart ergibt. Mit Hilfe von sieben Schritten wird mittels einer bildlichen Darstellung versucht, in einem konkreten Aktionsplan ein Verständnis des Verhaltens, der Gefühle und Gedanken der Person abzubilden.

Für den Klienten relevante Bezugspersonen der Vergangenheit wie auch erlebte Hoch- und Tiefpunkte werden erläutert. Danach wird ein gewünschtes Lebensszenario aufgestellt und die Ängste, Alpträume wie auch die Talente und Stärken in den weiteren Schritten aufgelistet. Gemeinsam mit dem Klienten wird die Situation schlussendlich analysiert und die konkreten Handlungsschritte in einem Aktionsplan zusammengetragen (Sanderson et al., 1997; zit. nach Houston, 2003, S. 65-66).

3.5.2 Visuell unterstützte Assessments

Talking Mats: „Talking Mats“ ist ein auf Bilder gestütztes, nicht elektronisches Framework, das entwickelt wurde, um Menschen mit Kommunikationseinschränkungen und Lernschwierigkeiten zu befähigen, eigene Gefühle, Gedanken und Meinungen mitzuteilen. Das Hilfsmittel besteht aus den drei Arten topics, options und emotions von Bildkarten.

Der Bereich „topics“ beinhaltet folgende sechs Themen: 1) accommodation, 2) day activity – work / education, 3) leisure - indoor interests, 4) leisure - outdoor interests, 5) people und 6) transport. Jedes der sechs Themen vereint ein breites Spektrum von „options“, die mit den drei „emotions“ 1) happy (symbolisiert durch ein Smiley), 2) maybe (symbolisiert durch eine wackelnde Hand) und 3) sad (symbolisiert durch Stirnrunzeln) beurteilt werden (Cameron & Murphy, 2002). (Anhang Nr.7)

PACS: „Paediatric Activity Card Sort“ (PACS) ist gemäss Mandich et al. (2004; zit. nach Tam et al., 2008, S. 291) ein Assessment, das dazu dient, das Betätigungsprofil des Kindes zu identifizieren. Das Kind beschreibt, wie häufig es die auf den Karten illustrierten Aktivitäten zu den vier Kategorien „personal care“, „school / productivity“, „hobbies / social activities“ und „sports“ durchführt. Danach bestimmt es die fünf wichtigsten Tätigkeiten, die es am liebsten ausführen möchte.

All About Me: „All About Me“ wurde spezifisch für Ergotherapeuten der Pädiatrie entwickelt, welche hauptsächlich Schulkinder ab acht Jahren behandeln. Das Instrument soll die Selbsteinschätzung bezüglich der physischen Kompetenz der Kinder messen (Missiuna, 1998).

„All About Me“ besteht aus 24 Bildkarten, die jeweils ein Kind zeigen, das eine motorische Aktivität ausführt. Das Kind wird stets zweimal abgebildet, einmal wird die Aktivität kompetent und das andere Mal weniger kompetent ausführt. Zusätzlich wird die Aktivität unterhalb der Darstellung in wenigen Worten erläutert. Gemäss Missiuna (1998) soll der Therapeut das Kind fragen, welches Bild respektive welches Kind dem Klienten ähnlicher ist. Das Kind soll sich überlegen, ob es sich kaum oder stark mit dem Kind auf dem Bild identifizieren kann. Die Antwort wird danach passend in dem darunter stehenden kleinen oder grossen Feld eingetragen. Jedes Item wird somit mit vier Punkten bewertet, die zusammengezählt werden. Die Endpunktzahl ergibt schliesslich eine Einschätzung der Aktivitätseinschränkung. (Anhang Nr.8)

PEGS: „Perceived Efficacy and Goal Setting System“ (PEGS) ist ein Assessment, das Kinder dabei unterstützt, ihre Möglichkeiten bei täglichen Aktivitäten zu reflektieren. Darüber hinaus können mit dem Instrument die Ziele für die ergotherapeutische Intervention identifiziert werden (Missiuna et al., 2006). Diese Methode baut auf dem oben genannten Assessment „All About Me“ auf. Die Karten, bei denen sich der Befragte stark mit der weniger kompetenten abgebildeten Person identifiziert, werden vom Therapeuten auf dem Tisch ausgelegt. Danach soll das Kind befragt werden, an welchen Aktivitäten es in der Therapie arbeiten möchte und an welchen nicht. So wird es möglich, eine Hierarchie der Therapieziele zu erstellen (Missiuna & Pollock, 2000). (Anhang Nr.9)

Bildkarten nach Rabiee et al. (2005): Dieses Assessment wurde aus dem bestehenden Hilfsmittel „Talking Mats“ entwickelt und beinhaltet laminierte Karten in der Grösse A4 zu den folgenden acht Themen: Kommunikation, Freunde, Schule, Mobilität, Unabhängigkeits-Fertigkeiten, Aktivitäten, soziale Umgebung und Umsorge.

Die Entwickler verwendeten simple Symbole sowie eine einfache und klare Sprache. Sie gestalteten die Bildkarten farbig in einer männlichen beziehungsweise weiblichen Version. Ferner beinhaltet das Assessment zwei unterschiedliche Typen von Karten: Die einen zeigen eine Frage mit drei Charakteren, die ein positives, negatives oder ein nicht klar positioniertes Statement abgeben. Das andere Kartendesign zeigt eine Frage mit verschiedenen Antwortmöglichkeiten, von denen das Kind mehrere auswählen kann (Anhang Nr.10). Die einzelnen Statements wie auch die weisse Zusatzkarte, die individuell auf das Kind angepasst werden kann, sind mit einem Klettverschluss versehen, wodurch ein aktiver Einbezug gefördert wird (Rabiee et al., 2005).

3.5.3 Andere unterstützende Methoden

Arbeitsblätter: Stalker und Connors (2003) beschreiben in ihrer Studie „Communicating with disabled children“ verschiedene Arbeitsblätter, welche die Kommunikation mit behinderten Kindern unterstützen können. Mithilfe des „Spidergram“, ein A4-Papier mit einer farbigen Spinne, kann durch das Eintragen und Beschreiben relevanter Bezugspersonen in den jeweiligen zu Verfügung stehenden Boxen an den Beinen der Spinne, ein Eindruck des sozialen Umfeldes des Kindes gewonnen werden. Darüber hinaus verwenden Stalker und Connors (2003) eine Tabelle auf farbigem A4-Papier bestehend aus vier Spalten mit jeweils drei bereits eingefügten Wörtern. Die Kinder werden aufgefordert, das passende Wort zu umkreisen. Zum Beispiel werden sie gefragt, ob sie sich in der Schule zufrieden, traurig, gelangweilt etc. fühlen.

Das dritte Hilfsmittel „Lifeline“ fordert das Kind auf bereits erlebte Ereignisse entlang einer Linie einzutragen. Die Linie ist auf einem A4-Blatt skizziert und reicht von „sehr gutes Leben“ bis zu „sehr schlechtes Leben“. Auf einem weiteren Arbeitsblatt werden verschiedene Aktivitäten des täglichen Lebens, wie zum Beispiel „um welche Zeit stehe ich auf“, aufgelistet. Das Kind bewertet daraufhin die selbst erlebte Kontrolle anhand den folgenden drei Möglichkeiten: Ich selbst, Mami / Papi oder jemand

anderes. Zudem erwähnen Stalker & Connors, 2003 die Möglichkeit mithilfe einer Magnetwand und verschiedenen Magnetbildern, die Wohngegend des Kindes zu rekonstruieren.

Videokamera: Ein weiteres sinnvolles Arbeitsmittel ist die Videokamera. In der Studie von Ware (2004) wurden die Verhaltensformen eines Kindes, das weder mit Objekten noch mit Personen interagierte, mit der Kamera gefilmt. Verschiedene Personen aus dem familiären wie auch schulischen Setting interpretierten die Reaktionen auf die verschiedenen Stimuli. Alle Befragten bestätigten, dass das Kind auf ablehnende Aktivitäten immer gleich reagierte. Somit konnten grundsätzliche Interessen wie zum Beispiel mit wem das Kind arbeiten möchte oder in welcher Art seine Umwelt gestaltet werden müsste, erkannt werden (Ware, 2004).

Wörterbücher: Beukelman und Mirenda (2005) erwähnen Wörterbücher, welche die Bedeutung der körpereigenen Bewegungen, Mimiken und Gesten der Kinder beschreiben und schriftlich festhalten. Schwierige Situationen werden erleichtert, unnötige Probleme können verhindert und die Interaktion dadurch stark unterstützt werden.

Two Way Street: In „Two Way Street“, beschreibt Tarleton (2002) ein Set, bestehend aus einem Handbuch und einem Video, das demonstriert, dass Kommunikation ein Prozess ist, an dem Sender und Empfänger gemeinsam arbeiten müssen. Das Video zeigt die Herausforderungen für die Kommunikation mit beeinträchtigten Kindern auf, diskutiert Ängste und Hemmungen seitens der Fachpersonen und präsentiert, was sich junge Personen bezüglich der Partizipation wünschen. Das Handbuch enthält 19 Möglichkeiten wie zum Beispiel Blindenschrift, Gebärdensprache oder bildliche Austauschsysteme, um die Kommunikation zu unterstützen.

3.5.4 Therapeutische Haltungen

Morris (2003) erwähnt die Relevanz, sich im Vorfeld die Möglichkeiten und Schwierigkeiten des Kindes zu überlegen, mögliche Unterstützungsmethoden zu evaluieren und sich der eigenen Haltung gegenüber dem jungen Klient bewusst zu sein (Curtin

& Murtagh, 2007). Bezugspersonen, die eine positive Haltung bezüglich der Partizipation von Kindern haben, das direkte Gespräch suchen und die kindlichen Bedürfnisse erfahren wollen, haben in der Praxis diesbezüglich deutlich mehr Erfolg (Watson et al., 2006; Thomas & O’Kane, 1999).

Die häufigen Frustrationserlebnisse in der Arbeit mit schwer beeinträchtigten Kindern beeinflussen die Interaktionsstrategien. So muss die Bezugsperson unmittelbar auf alle geäußerten Signale eingehen und eigene Beobachtungen sowie Wahrnehmungen dem Kind mitteilen (Kirsten, 2000).

Die Fachpersonen benötigen somit Einfühlungsvermögen und Offenheit bezüglich den Botschaften des Kindes. Nur so ist es möglich, ein ganzheitliches Bild der „inneren Welt“ des Kindes zu erlangen und die individuellen Perspektiven und Kompetenzen zu verstehen (Lenz, 2001; Curtin, 2001). Watson et al. (2006) erwähnen, wie wertvoll es ist, mit dem Kind direkt zu sprechen und herauszufinden, was ihm persönlich wichtig ist. Gemäss Stalker und Connors (2003) ist es wesentlich, das Kind als Kind zu sehen und den Fokus auf die Stärken anstatt auf die Einschränkungen des Kindes zu legen (Beukelman & Mirenda, 2005; Thomas & O’Kane, 1999).

Damit eine aktive Partizipation entstehen kann, ist zunächst eine transparente Aufklärung des Klienten bezüglich Rahmenbedingungen, Vorgehensweisen, Methoden, Zielen etc. erforderlich. Um ein Verständnis der Mitteilungen zu ermöglichen, muss die Vermittlung wie auch die Darstellung der Information stets dem Entwicklungsstand und somit den kognitiven, emotionalen und interaktiven Möglichkeiten und Grenzen des Kindes angepasst sein Lenz (2001).

Als hilfreich erwies sich die Verwendung einer einfachen, klaren und kindgerechten Sprache, in der ungenaue Formulierungen und „Warum-Fragen“ aufgrund der Kausalität vermieden werden (Stalker & Connors, 2003; Curtin, 2001; Thomas & O’Kane, 1999). Gemäss Stalker und Connors (2003) geht es darum, das Kind zur Interaktion zu befähigen, jedoch nicht zu bevormunden.

Wird ein Rahmen geschaffen, der es dem Kind ermöglicht, Zusammenhänge zu erhalten, werden selbständige Entscheidungen und somit die Übernahme einer aktiven Rolle im Behandlungsprozess möglich (Franklin & Sloper, 2006; Strebel & Sulzmann,

2005). So sollen die Kinder zum Verständnis des Entscheidungsprozesses befähigt und adäquat auf ein Gespräch vorbereitet werden (Thomas & O’Kane, 1999).

Durch die Wiederholung von Äusserungen, wird das Verständnis unterstützt und gleichzeitig sichtbar, ob Sender wie auch Empfänger die Information richtig verstanden haben (Lenz, 2001; Curtin, 2001). Darüber hinaus soll mit der Grundhaltung „Ask, don’t tell“ dem Kind altersentsprechende Verantwortung sowie Handlungs- und Gestaltungskompetenz zugesprochen werden (Strebel & Sulzmann, 2005; Lenz, 2001; Kirsten, 2000). Genügend Informationen für Eltern und Kinder ist bei beeinträchtigten Kindern eine noch viel wichtigere Voraussetzung als bei nicht beeinträchtigten (Cavet & Sloper, 2004). Nur durch einen aktiven Einbezug der Kinder, die Einhaltung der Kinderrechte und ein respektvolles und empathisches Gegenübertreten ist eine klientenzentrierte Praxis möglich (Curtin & Murtagh, 2007).

Wird gleich zu Beginn betont, dass es keine falschen oder richtigen Antworten gibt, Themenbereich weggelassen werden dürfen, die Aktivität zu jeder Zeit beendet werden kann und dem Kind die Möglichkeit geboten wird, selbst zu entscheiden, ob es teilhaben will oder nicht, wird das Engagement zur Partizipation erhöht (Morris, 2003; Cameron & Murphy, 2002; Lenz, 2001; Curtin, 2001).

Es ist wichtig, die jungen Klienten, egal ob sie viel oder wenig mitteilen, in der aktiven Teilnahme zu unterstützen, sie darin zu bestärken und somit eine Vertrauensbasis aufzubauen. Dadurch wird die Entwicklung dieser Rolle gefördert und die Kinder lernen ihre eigene Umwelt aktiv mitzugestalten (Franklin & Sloper, 2009; Lenz, 2001; Thomas & O’Kane, 1999).

Ein sehr wichtiger Faktor in der Partizipation mit Kindern, insbesondere mit Kindern mit einer Kommunikationseinschränkung und einer kognitiven Beeinträchtigung, ist die Zeit. Es ist relevant, dass die Fachpersonen sich genügend Zeit nehmen, um die Äusserungen des Kindes zu verstehen. Ebenso zentral ist es, den jungen Klienten die notwendige Zeit zur Verfügung zu stellen, um eine Reaktion zu initiieren und somit den Prozess der Entscheidungen Schritt für Schritt zu durchlaufen (Strebel & Sulzmann, 2005; Morris, 2003; Curtin, 2001; Thomas & O’Kane, 1999).

Neben der einfühlsamen Kommunikationsform ist es gemäss Thomas und O’Kane (1999) wichtig, dem Kind eine Vertrauensperson zur Seite zu stellen, die dem Kind

bei schwierigen Entscheidungen die notwendige Sicherheit vermittelt. Es ist stets relevant, neben der aktiven Gestaltungskompetenz auch die erforderliche Fürsorge zu gewährleisten (Lenz, 2001).

Thomas und O’Kane (1999) beschreiben, dass es für Kinder ungewohnt und schwierig ist, einem Erwachsenen gegenüber zu sitzen und über die eigenen Bedürfnisse zu reden. Es ist daher hilfreich, während einer Befragung einer für das Kind faszinierenden Aktivität nachzugehen. Der Zielfindungsprozess soll mit spielerischen Aspekten kombiniert werden. Betätigt sich das Kind während einer Interaktion, kann es selber wählen, ob es den Fokus auf die Aktivität legt oder seine Meinung bezüglich der gestellten Frage mitteilt (Stalker & Connors, 2003; Morris, 2003; Curtin, 2001).

Eine weitere unterstützende Haltung ist die zusätzliche Anwendung von Gebärden und Gesten. Unterstützt die Bezugspersonen ihre verbalen Äusserungen visuell mit einfachen Gebärdensymbolen, wird die Sprache verlangsamt und dem Zuhörer das Verständnis der Aussage massgeblich erleichtert (Stalker & Connors, 2003; Kirsten, 2000).

4. Diskussion

4.1 Übertragbarkeit in die ergotherapeutische Praxis

Gemäss Stalker und Connors (2003) ist kein Kind „too disabled“, um zu partizipieren. Die beeinträchtigten Kinder sind laut Franklin und Sloper (2006) zwar schwer zu erreichen, jedoch wurde aufgezeigt, dass sie in der Lage sind, den Zielsetzungsprozess zu verstehen, Stärken und Schwächen herauszuarbeiten und Aktivitäten für die Therapie zu bestimmen, sofern diese Information auf eine adäquate Art und Weise mitgeteilt wird und eine angemessene Unterstützung vorhanden ist (Missiuna et al., 2006; Cavet & Sloper, 2004; Thomas & O’Kane, 1999).

Entscheidend für eine effektive Interaktion mit schwer behinderten Kindern ist primär die Bereitschaft der Bezugspersonen, bewusst und aktiv zu lernen, die Signale des Betroffenen differenziert zu verstehen (Kirsten, 2000; Coster, 1997).

Um einen ganzheitlichen Eindruck der Lebenswelt des Kindes zu erhalten, muss das Kind als Experte seines eigenen Lebens gesehen werden (Curtin & Murtagh, 2007). Ergotherapeuten sollten bemüht sein, die Behandlungsziele in der Zusammenarbeit mit dem Klienten zu planen und zu evaluieren (Sumsion, 2002). Die Herausforderung besteht darin, eine Beziehung mit ausgeglichenen Machtverhältnissen zu entwickeln oder wenigstens den Machtunterschied so klein wie möglich zu halten (Curtin & Murtagh, 2007; Sinclair, 2004).

Der Einbezug ist oft eine ganz neue Erfahrung für das Kind. Bemerkt man, dass das Kind Schwierigkeiten hat, eine Frage zu beantworten oder allgemein in der Partizipation eingeschränkt scheint, sollte man nicht automatisch daraus schliessen, dass das Kind inkompetent ist, weiterhin an den Entscheidungen teilzuhaben (Ware, 2004; Curtin, 2001). Kinder, egal auf welchem Level der Partizipation sie miteinbezogen werden, geniessen es, dass man ihnen zuhört, dass sie teilnehmen können und die Möglichkeit erhalten, eine Entscheidung zu fällen (Franklin & Sloper, 2009; Thomas & O’Kane, 1999). Der Gebrauch von „Talking Mats“ und anderen spielerischen und kreativen Aktivitäten bestätigte sich aufgrund des Engagements, der Begeisterung und der Rückmeldung der Kinder (Franklin & Sloper, 2009; Cameron & Murphy,

2002). Thomas und O’Kane (1999, S.229) betonen, „Children want to be included, be given information, have the chance to have a say.“

Stalker und Connors (2003) erwähnen weiter, dass sich ein Gespräch mit einem behinderten Kind nicht wesentlich von der Unterhaltung mit einem anderen Kind unterscheidet. Ist man jedoch bemüht, das Kommunikationsverhalten des Kindes korrekt zu verstehen, ist dies mit einem zusätzlichen Zeit- und Arbeitsaufwand verbunden (Curtin & Murtagh, 2007; Curtin, 2001). Es dauert länger, das Kind und seine Kommunikationsmethoden kennen zu lernen, sich gründlich vorzubereiten und dem Kind genügend Zeit für die Partizipation zur Verfügung zu stellen (Franklin & Sloper, 2006; Thomas & O’Kane, 1999). Gemäss Townsley et al. (2004; zit. nach Watson et al., 2006, S.94) würden Fachpersonen gerne mehr Zeit mit den Kindern aufwenden, wenn ihnen diese Möglichkeit gegeben würde. Somit sollte den Ergotherapeuten mehr Zeit zur Verfügung gestellt werden, um adäquat auf das Kind eingehen und es ganzheitlich erfassen zu können (Franklin & Sloper, 2006).

Neben der bewussten, zeitintensiven Planung erfordert die Interaktion mit Kindern mit kognitiver Beeinträchtigung und Kommunikationseinschränkungen eine flexible therapeutische Haltung. Es gilt, die häufig nonverbalen Kommunikationsmethoden genau zu beobachten, mit dem individuellen Kommunikationsverhalten vertraut zu werden und die verschiedenen Zeichen zunehmend zu verstehen (Stalker & Connors, 2003; Beresford, 2004). „Attention to detail is vital“, betont Morris (2003, S.339), da die Fähigkeit, diese nonverbalen Äusserungen zu verstehen, einen relevanten Einfluss auf die Lebensqualität der beeinträchtigten Personen hat (Ware, 2004). Dies veranschaulicht die Wichtigkeit, Betreuungspersonen bezüglich Kommunikationsfertigkeiten und relevanten Verhaltensänderungen im Umgang mit stark eingeschränkten Kindern zu schulen und zu trainieren (Cavet & Sloper, 2004). Das Lernen von einfachen, grundlegenden Symbolen der Gebärdensprache nimmt wenig Zeit in Anspruch, unterstützt aber die aktive Partizipation des Kindes stark (Stalker & Connors, 2003). Darüber hinaus bieten Videofilme eine optimale Unterstützung. Mithilfe einer Videokamera können auch sehr kurze Reaktionen festgehalten und Situationen unverändert angeschaut werden. Ferner können Personen oder Gruppen, die bei der Aufnahme nicht anwesend waren, für die Interpretation

hinzugezogen werden (Ware, 2004). Das Set „Two Way Street“, Videokameras wie auch Wörterbücher, sind geeignete Möglichkeiten, um Fachpersonen zu instruieren und zu befähigen ihre Fähigkeiten zu verbessern.

Ebenfalls werden diverse Assessments wie der „COPM“, „COSA“ oder der „GAS“ bei vielen Kinder verschiedener Altersgruppen und unterschiedlichsten klinischen Settings hinzugezogen (Tam et al., 2008).

Der „GAS“ ist für die Pädiatrie ein geeignetes und häufig angewendetes Instrument. Da keine spezifischen Bereiche vorgegeben werden, können die Ziele sehr individuell, flexibel und familienzentriert festgelegt werden. Das Design des „GAS“ ist jedoch für Kinder nicht attraktiv und zu abstrakt gestaltet. Die Instrumente „COPM“ und „COSA“ sind im Gegensatz dazu kindgerechter gestaltet, verlangen jedoch relativ hohe kognitive Fertigkeiten, ein Sprachverständnis wie auch einen Sprachgebrauch. Diese Instrumente eignen sich erst für Kinder ab ca. sieben Jahren und stellen somit für die bearbeitete Klientel kein sinnvolles Zielsetzungsinstrument dar.

Im Gegensatz dazu können die Assessments „PQV“ oder „SCOPE“ bereits bei Kindern ab Kleinkindalter eingesetzt werden. Sie evaluieren ein ganzheitliches Betätigungsprofil und unterstützen die klientenzentrierte Zielformulierung, beziehen jedoch das Kind nicht aktiv mit ein. So werden die Assessments bei der Zielsetzung von jüngern Kindern oftmals durch die Eltern oder Fachpersonen ausgefüllt (Tam et al., 2008). Diese können jedoch als geeignete Ergänzung zur Zielformulierung mit dem Kind dienen.

Im Unterschied zu den erwähnten Assessments ist die Anwendung von einfachen Bildkarten eine geeignete, simple Hilfestellung. Visuelle Symbole können Kinder dabei unterstützen, bevorzugte Aktivitäten auszudrücken, eine Auswahl zu treffen, eigene Meinungen mitzuteilen oder einzelne Interaktionen mit Gleichaltrigen zu initiieren (Beukelman & Mirenda, 2005; Ware, 2004; Stalker & Connors, 2003; Cameron & Murphy, 2002).

Bildkarten haben den grossen Vorteil, dass sie individuell auf die Anliegen und Prioritäten des Kindes angepasst werden können (Stalker & Connors, 2003; Cameron & Murphy, 2002; Thomas & O’Kane, 1999).

Der Nachteil der Bildkarten ist jedoch, dass für eine Person die Darstellung einer Aktivität nie dasselbe bedeutet wie wenn sie diese verbal ausdrücken könnte (Ware, 2004). Darüber hinaus wird die Auswahl von Antworten durch die bestehenden Karten stark eingeschränkt (Stalker & Connors, 2003). Um die Antworten nicht zu beeinflussen, sollten daher gemäss Stalker und Connors (2003) die Bildkarten erst dann hinzugezogen werden, wenn das Kind mit den Antworten anzustehen scheint.

Wesentlich bei der Auswahl von Bildkarten ist stets auch die Beachtung von möglichen Fähigkeiten und Einschränkungen der Wahrnehmung. Somit sollten die Symbole bezüglich ihrer Grösse, Gestaltung und Anzahl an die Möglichkeiten des Kindes angepasst werden. Ferner muss beachtet werden, dass die aktuellen Tätigkeitsbereiche und die jeweiligen Bedürfnisse des Klienten durch die Bildkarten abgedeckt werden können (Beukelman & Mirenda, 2005; Cameron & Murphy, 2002; Kirsten, 2000).

Die beschriebenen Assessments „Talking Mats“, „PACS“, „All About Me“, „PEGS“ wie auch die Bildkarten von Rabiee et al. (2005) sind geeignete klientenzentrierte Methoden, welche die Ergotherapeuten dabei unterstützen, die Möglichkeiten und Schwierigkeiten ganzheitlich zu erfassen und gemeinsame Ziele zu formulieren. Missiuna et al. (2006) betonen die durch das „PEGS“ generierte hilfreiche Struktur des Zielformulierungsprozesses, welche die Verbindung der Eltern-, Kinder- und Lehrerperspektive positiv unterstützt. Laut Tam et al. (2008) wurden die spezifischen Assessments „PEGS“ und „PACS“ speziell für Kinder entwickelt und ermöglichen so eine gemeinsame Zielsetzung mit Kindern, die jünger sind als acht Jahre. Mit geringem Zeitaufwand entsteht durch die Anwendung der Bildkarten eine grössere Motivation für die aktive Zusammenarbeit wie auch ein besseres Rollen- und Aufgabenverständnis der Ergotherapeuten (Missiuna et al., 2006; Dunford, Missiuna, Street & Sibert, 2005; Missiuna & Pollock, 2000). Das „PEGS“ und somit auch das „All About Me“ setzt jedoch durch das Identifizieren mit den Personen auf den Bildkarten relativ hohe kognitive Fähigkeiten voraus. Dabei spielt die Beeinträchtigung des Kindes eine wesentliche Rolle. Deswegen muss die Übertragbarkeit des Instrumentes auf schwer beeinträchtigte Kinder in weiteren Studien überprüft werden. Auch die Bildkarten von Rabiee et al. (2005) verlangen hohe kognitive Fertigkeiten; ihre Anwendung ist demnach individuell für den jeweiligen Fall zu überprüfen (vgl. Anhang Nr.1).

Im Gegensatz dazu ist das Assessment „Talking Mats“ einfacher anzuwenden und die bildhafte Darstellung ist, ohne kindisch zu wirken, kognitiv leicht zu verstehen. Wie bei den anderen bereits erwähnten Bildkarten werden weder Lese- noch Schreibfähigkeit benötigt und das Instrument kann auf jede Situation individuell angepasst werden. Anstelle einer Befragung entsteht eine Konversation. Somit sehen Cameron und Murphy (2002) im „Talking Mats Framework“ diverse Vorteile spezifisch für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Kommunikationseinschränkungen.

Eine weitere Stärke der Bildkarten erkennen Cameron und Murphy (2002) im „verbal-visual-tactile“ Design. Zusätzlich zur Verbalisierung wird das Wort auf der Karte stets visuell dargestellt und die Bildkarten müssen fortlaufend aktiv auf einer Matte platziert werden. Sollte das Auswählen der Karten aufgrund eingeschränkter Hand- und Armfunktion nicht möglich sein, ist eine Unterstützung durch eine Bezugsperson oder ein weiteres elektronisches Hilfsmittel denkbar (Rabiee et al., 2005; Cameron & Murphy, 2002). Laut Cameron und Murphy (2002) sind Kinder mit grossen Lernschwierigkeiten fähig, ihre Meinungen mithilfe des „Talking Mats“ mitzuteilen. Die abstrakten Themen, wie beispielsweise „accomodation“ oder „maybe“ im Bereich der Emotionen sind schwer einzuschätzen. Somit müssten diese Themenbereiche noch weiter an die entsprechende Klientengruppe angepasst werden.

Die von Housten (2003) beschriebenen Instrumente „ELP“ und „MAPS“ sind geeignete Methoden, den Planungsprozess der Ergotherapeuten zu unterstützen. Sie bieten einen ganzheitlichen bildhaften Überblick und ermöglichen ein Verständnis der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des Kindes. Der junge Klient wird zusätzlich unterstützt, Ressourcen und Wünsche zu formulieren. „ELP“ und „MAPS“ geben dem Therapeuten eine klare Struktur vor, um die weiteren notwendigen Handlungsschritte der Behandlung zu definieren. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit wird durch diese zwei Instrumente stark unterstützt, jedoch sind sie nicht ohne Anpassungen auf die Klientel mit kommunikativen und kognitiven Einschränkungen zu übertragen. Gegebenfalls können einzelne Schritte mit zusätzlichen visuellen Instrumenten kombiniert und somit an die Möglichkeiten des Kindes angepasst werden.

Die verschiedenen Arbeitsblätter von Stalker und Connors (2003) liefern zwar einen ganzheitlichen Eindruck von der Lebenswelt des Kindes, können gegebenenfalls als ergänzende Erfassungsmethode hinzugezogen werden, sind jedoch keine optimalen Zielsetzungsmethoden. Ebenfalls können einzelne Handlungen, wie zum Beispiel das Markieren von Begriffen, aus visuellen Einschränkungen oder kognitiven Gründen erschwert sein und müssen durch die befragende Person übernommen werden.

Ob die Meinungen der Kinder durch die Eltern oder eine andere Bezugsperson adäquat vertreten werden kann, wird unterschiedlich diskutiert. Die Anliegen und somit die Zielinhalte von Kind, Eltern und Therapeut liegen häufig weit auseinander (Rabiee et al., 2005; Lenz, 2001; Thomas & O’Kane, 1999). Im Gegensatz dazu betont Glascoe (2000), dass Eltern fähig sind, die wichtigen Bedürfnisse des Kindes herauszuheben. Beide Aussagen wurde in einer gewissen Art und Weise bestätigt.

Bei der Auswahl von Aktivitäten, die wenig Schwierigkeiten machen, ist zwischen den Kindern und deren Eltern eine gewisse Einigkeit zu erkennen (Missiuna & Pollock, 2000; Dunford et al., 2005). Hingegen besteht wenig Übereinstimmung bezüglich den Zielinhalten der Therapie (Stalker & Connors, 2003; Missiuna & Pollock, 2000). Darüber hinaus wird die Kompetenz der Kinder von den Eltern wie auch von den Lehrern tiefer eingeschätzt als vom Kind selbst (Missiuna et al., 2006; Missiuna & Pollock, 2000).

Somit betonen Dunford et al. (2005) in ihrer Studie, dass Ziele stets persönlich sind, stark variieren und immer individuell betrachtet werden müssen.

Ebenfalls sind gemäss Ware (2004) die Personen, die den Betroffenen und dessen Äusserungen am besten kennen und verstehen, emotional am stärksten eingebunden. Es ist somit wichtig, den Eltern nicht die volle Entscheidungsmacht zuzusprechen, sondern sich die Ansichten des Kindes anzuhören.

Dennoch spielen gemäss Beresford (2004) Eltern und andere Bezugspersonen in der Planung der Behandlung eine sehr zentrale Rolle, da sie häufig gute Ratschläge geben können, wie das Setting auf geeignete Art und Weise adaptiert werden kann oder welche Kommunikationsstrategien vom Kind bevorzugt werden (Stalker & Connors, 2003).

Laut Ware (2004) ist es den Personen mit "profound and multiple learning disabilities" möglich, Entscheidungen bezüglich Aktivitäten, welche unmittelbar oder in naher Zukunft bevorstehen, zu fällen. Sich über eine zukünftige Aktivität eine Meinung zu bilden, erfordert jedoch die Fähigkeit, vorauszudenken, verschiedene Ereignisse zu vergleichen und zu erkennen, ob die Umstände anders oder gleich sind. Ebenfalls hängen diese Entscheidungen oft mit den Zukunftsplänen der Eltern zusammen und können daher nicht unabhängig angeschaut werden (Beresford, 2004; Ware, 2004). Für die Eltern ist der aktive Einbezug ihrer Kinder eine ganz neue Erfahrung und sie sind oftmals erstaunt, auf welchem Level ihre Kinder zur Partizipation fähig sind, sofern ihnen diese Möglichkeit gegeben wird (Franklin & Sloper, 2009; Rabiee et al., 2005).

Gemäss Lenz (2001) gilt es, alle Parteien für die anderen Perspektiven zu sensibilisieren, eine gegenseitige Toleranz zu fördern und gemeinsam den Entscheidungsprozess zu bewältigen. Um die Partizipation und somit ein bestmögliches Outcome zu unterstützen, sollen Fachpersonen, Eltern und Kinder in einer engen Partnerschaft zusammenarbeiten. Eine Zusammenarbeit erweitert die Fachkompetenz und somit die Ideenvielfalt und ermöglicht zusätzlich eine effiziente Finanzierung (Franklin & Sloper, 2009; Dunford et al., 2005). Das interdisziplinäre Team muss die ganze Bandbreite von Möglichkeiten einbeziehen, um das bestmögliche Mittel zur aktiven Partizipation zu finden. Es soll ein multimodaler Ansatz gewählt werden, was bedeutet, dass das Individuum wie auch sein Gegenüber stets die effizienteste Methode wählt, um die jeweilige Situation zu bewältigen (Beukelman & Mirenda, 2005; Cavet & Sloper, 2004).

4.2 Ausblick

Fazit: Um die in dieser Literatur Review beschriebenen Möglichkeiten der therapeutischen Haltung wie auch die zusätzlichen verschiedenen nicht-elektronischen Hilfestellungen anzuwenden, liegt es primär an der Bereitschaft der Ergotherapeuten diese Möglichkeiten motiviert und bemüht zu fördern und in den Instanzen zu implementieren versuchen. Die Methoden müssen stets auf die spezifische Situation evaluiert, angepasst und kombiniert werden. Nur somit können Kinder mit verbalen Kommunikationseinschränkungen und kognitiven Beeinträchtigungen bestmöglich unterstützt und eine aktive Partizipation ermöglicht werden.

Aufgrund des nach wie vor geringen Einbezugs von schwer beeinträchtigten Kindern ist es gemäss den beiden Autorinnen Franklin und Sloper (2009) relevant, ein besseres Verständnis bezüglich der Bedeutung der Partizipation für „children with complex healthcare needs“ zu erlangen, das System zu überdenken und die Prozesse der Instanzen den Bedürfnissen anzupassen (Ware, 2004; Thomas & O’Kane, 1999). „Listening to childrens voices“ wird als aktiver, kontextabhängiger und interaktioneller Prozess beschrieben, der hören und lesen, interpretieren und konstruieren von Bedeutungen wie auch das Verständnis dieser Äusserungen beinhaltet (Tangen, 2008). Morris (2003) fordert daher, die Barrieren aufzudecken und zu eliminieren. Nur mit einer solchen Perspektive ist es möglich, dass die Bedürfnisse und Gefühle der Kinder vermehrt gehört und sie als Individuen effizient miteinbezogen werden (Watson et al., 2006). Einige Einzelberichte bestätigen bezüglich der Förderung der Partizipation einen zunehmenden Erfolg in der Praxis (Franklin & Sloper, 2006). Es sind jedoch weitere Studien notwendig, um die Bedeutung der Partizipation für Schwerbeeinträchtigte zu bearbeiten wie auch um die Anwendung der beschriebenen Methoden in verschiedenen Settings zu überprüfen und zu vergleichen (Franklin & Sloper, 2006).

Werden mehrfach behinderte Personen dazu befähigt, ihre Ansichten mitzuteilen, sieht diese Partizipation stets anders aus. Somit müssen die eigenen Möglichkeiten und Grenzen fortlaufend reflektiert und das Resultat darauf überprüft werden, ob die Interessen und Prioritäten des Klienten abgedeckt sind (Franklin & Sloper, 2006; Sinclair, 2005; Ware, 2004; Shier, 2001).

Gemäss Lenz (2001) kommt es vor, dass das Kind trotz allen Hilfestellungen mit der Mitbestimmung an den Entscheidungen überfordert ist. Wichtig ist dann die Annahme, dass alle Kinder ihre Fertigkeiten verbessern können, und ihnen somit stets die Gelegenheit zur Partizipation geboten wird (Franklin & Sloper, 2009; Beukelman & Mirenda, 2005; Ware, 2004). Lenz (2001, S.152) formuliert entsprechend: „Kinder in ihrer Klientenrolle als handelnde Subjekte ernst zu nehmen und zur Mitwirkung und Mitgestaltung in ihren eigenen Angelegenheiten anzustiften, setzt vielmehr eine professionelle Grundhaltung voraus, die sich an der Perspektive des Empowerment orientiert.“ Tangen (2008, S.157) ergänzt: „Children are no longer viewed primarily as ‚becomings‘, but as ‚beings‘, whose ideas, experiences, choices and relationships are interesting in their own right.“

Wird in der Praxis kein spezifischer Fokus auf die Einbindung von Kindern mit signifikanten kommunikativen und / oder kognitiven Einschränkungen gelegt, ist ein Ausschluss dieser Kinder vorprogrammiert. Es besteht also die Wichtigkeit, die Assessments wie auch den Kontext an die Möglichkeiten des Kindes anzupassen (Sinclair, 2005; Lenz, 2001).

Daher betont Morris (2003, S.346) „All children and young people – whatever their communication and / or cognitive impairment – have something to communicate and it is up to us to find ways of understanding their views and experiences.“

5. Limitationen

Aufgrund der wenigen evidenten Literatur aus dem Fachbereich Ergotherapie wurden Studien aus soziologischen und pädagogischen Bereichen hinzugezogen. Dies ermöglicht einerseits ein umfangreicheres Bild der Partizipation zu erhalten, schränkt aber andererseits den ergospezifischen Blickwinkel ein. Die hinzugezogene Literatur beschränkt sich jeweils auf einzelne zu bearbeitende Themen oder bezieht sich nicht auf die ausgewählte Klientel, was eine eigenständige Verknüpfung erfordert. Darüber hinaus besteht eine weitere Limitation in den niedrigen Teilnehmerzahlen und im Design der bearbeiteten Studien. Viele Studiendesigns entsprechen nicht den relevanten Qualitätskriterien (vgl. Anhang Nr.1). In dieser Review wurde nur englische und deutsche Literatur als Argumentationsgrundlage verwendet. Mit anderssprachiger Literatur könnte die gewonnene Evidenz gegebenenfalls ergänzt werden.

6. Literaturverzeichnis

- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Beresford, B. (2004). On the road to nowhere? Young disabled people and transition. *Child: Care, Health & Development*, 30(6), 581-587.
- Beukelman, D.R. & Mirenda, P. (2005). *Augmentative & Alternative Communication: Supporting Children & Adults with Complex Communication Needs*. (3. Aufl.). Baltimore: Brookes Publishing Company.
- Cameron, L. & Murphy, J. (2002). Enabling young people with a learning disability to make choices at a time of transition. *British Journal of Learning Disabilities*, 30, 105-112.
- Cavet, J. & Sloper, P. (2004). Participation of disabled children in individual decisions about their lives and in public decisions about service development. *Children & Society*, 18, 278–290.
- Coster, W. (1998). Occupation-Centred Assessment of children. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 337-344.
- Curtin, M. & Murtagh, J. (2007). Participation of children and young people in research: Competence, power and representation. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 67-72.
- Curtin, C. (2001). Eliciting Children's Voices in Qualitative Research. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 295-302.
- Cusick, A., McIntyre, S., Novak, I., Lannin, N. & Lowe, K. (2006). A comparison of goal attainment scaling and the Canadian occupational performance measure for paediatric rehabilitation research. *Pediatric Rehabilitation*, 9(2), 149-157.
- Department of Health (2003). *Getting the right start: National Service Framework for Children - Standard for Hospital Services* [On-Line]. Available: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006182 (03.02.2009).

- Dunford, C. (2005). Children and Young People's Occupations. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(1).
- Dunford, C., Missiuna, C., Street, E. & Sibert, J. (2005). Children's Perceptions of the impact of developmental coordination disorder on activities of daily living. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(5), 207-214.
- EVS/SRK/santésuisse (2008). *Projekt Ergebnisqualität Ergotherapie EVS/SRK/santésuisse* [On-Line]. Available: <http://www.ergotherapie.ch/indexde.php?page=288&frameset=31> (02.06.2009).
- Franklin, A. & Sloper, P. (2009). Supporting the participation of disabled children and young people in decision-making. *Children & Society*, 23, 3-15.
- Franklin, A. & Sloper, P. (2006). Participation of disabled children and young people in decision making within social services departments: A survey of current and recent activities in England. *British Journal of Social Work*, 36, 723-741.
- Glascoe, F.P. (2000). Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents concerns. *Child: Care, Health and Development*, 26(2), 137-149.
- Hartas, D. (2005). *Language and Communication Difficulties*. London: Continuum.
- Hedderich, I. (2006). Kinder mit schweren cerebralen Bewegungsstörungen. In K. Kallenbach (Hrsg.), *Körperbehinderungen: Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch-rehabilitative Massnahmen* (S. 137-157). Deutschland: Klinikhardt.
- Houston, S. (2003). A method from the 'lifeworld': Some possibilities for person centred planning for children in care. *Children & Society*, 17, 57-70.
- Kielhofner, G. & Taylor, R.R. (2008, November). *The Short Child Occupational Profile (SCOPE)*. Unveröffentlichtes Skript präsentiert am 1. Symposium der Schweizerischen Fachhochschulen für Ergotherapie, Winterthur.
- Kristen, U. (2000). Mit Blicken, Bildern und Computer sprechen... "Unterstützte Kommunikation" bei Kindern und Jugendlichen mit körperlichen Beeinträchtigungen. In E. Fischer (Hrsg.), *Pädagogik für Kinder- und Jugendliche*

mit mehrfachen Behinderungen – Lernverhalten, Diagnostik, Erziehungsbedürfnisse und Fördermassnahmen (S. 147-154). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form - Quantitative Studies* [On-Line]. Available: <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf> (20.04.2009).
- Lenz, A. (2001). *Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie – Entwicklungen, Befunde und Handlungsperspektiven*. Weinheim München: Juventa Verlag.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M., (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)* [On-Line]. Available: http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines_version_2.0.pdf (20.04.2009).
- Leyendecker, C. (2006). 2.3.7. Beeinträchtigung der Kommunikation. In K. Kallenbach (Hrsg.), *Körperbehinderungen: Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch-rehabilitative Massnahmen* (S. 38-39). Deutschland: Klinikhardt.
- Locke, A. & Latham, G.P. (1990). *A Theory of goal setting & task performance*. USA: Prentice Hall.
- Missiuna, C., Pollock, N., Law, M., Walter, S. & Cavey, S. (2006). Examination of the Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) With Children with disabilities, their parents, and teachers. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(2), 204-214.
- Missiuna, C. & Pollock, N. (2000). Perceived efficacy and goal setting in young children. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 101-109.
- Missiuna, C. (1998). Development of „All About Me“, a scale that measures children’s perceived motor competence. *Occupational Journal of Research*, 18(2), 85-108.
- Morris, J. (2003). Including all children: Finding out about the experiences of children with communication and/or cognitive Impairments. *Children & Society*, 17, 337–348.

- Netzwerk Kinderrechte (2000). *Erster Bericht der schweizerischen Regierung zur Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte des Kindes* [On-Line]. Available: http://www.netzwerk-kinderrechte.ch/webfm_send/102 (03.03.2009).
- Pätzold, I., Wolf, M., Hörning, A. & Hoven, J. (2005). „*Weißt du eigentlich was mir wichtig ist?*“ *COSA – Child Occupational Self Assessment*. (übers. u. erw. Version 2.1). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Rabiee, P., Sloper, P. & Beresford B. (2005). Doing research with children and young people who do not use speech for communication. *Children & Society*, 19, 385–396.
- Semonti, B., Kafkes, A., Geist, R. & Kielhofner, G. (2006). *PVQ „Pediatric Volitional Questionnaire“ - Eine Methode zur Beobachtung der Handlungsmotivation von Kindern*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Shier, H. (2001). Pathways to Participation: Openings, Opportunities and Obligations. *Children & Society*, 15, 107-117.
- Sinclair, R. (2004). Participation in Practice: Making it meaningful, effective and sustainable. *Children & Society*, 18, 106-118.
- Stalker, K. & Connors, C. (2003). Communicating with disabled children. *Adoption & Fostering*, 27(1), 26-35.
- Strebel, H. & Sulzmann, I. (2005). *Don't tell – ask! Ergotherapeutisches Handbuch zur praktischen Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes in der Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Sumsion, T. (2002). *Klientenzentrierte Ergotherapie – Umsetzung in der Praxis*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Tam, C., Teachman, G. & Wright, V. (2008). Paediatric application of individualised Client-centred outcome measures: A Literature Review. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(7), 286-296.
- Tangen, R. (2008). Listening to children's voices in educational research: some theoretical and methodological problems. *European Journal of Special Needs Education*, 23(2), 157–166.

- Tarleton, B (2002). „Two Way Street“- A Video about Communicating with Disabled Children and Young People. *Child Abuse Review*, 11, 182-183.
- Thomas, N. & O’Kane, C. (1999). Children’s participation in reviews and planning meetings when they are “looked after” in middle childhood. *Child and Family Social Work*, 4, 221-230.
- Ware, J. (2004). Ascertaining the views of people with profound and multiple learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 32, 175–179.
- Watson, D., Abbott, D. & Townsley, R. (2006). Listen to me, too! Lessons from involving children with complex healthcare needs in research about multi-agency services. *Child: Care, Health and Development*, 33(1), 90-95.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (2000). *Menschliche Kommunikation - Formen Störungen Paradoxien*. (10. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Woodyatt, G. & Rodger, S. (2006). In S. Rodger & J. Ziviani (Hrsg.), *Occupational Therapy with Children – Understanding Children’s Occupations and Enabling Participation* (S. 158-175). India: Blackwell Publishing.

Eigenständigkeitserklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Unterschrift:

7. Anhang

- Anhang Nr.1:** Matrix inkludierte Studien
- Anhang Nr.2:** „COPM“ - Kinderversion (Strebel & Sulzmann, 2005)
- Anhang Nr.3:** „COSA“ (Pätzold et al., 2005)
- Anhang Nr.4:** „GAS“ (EVS/SRK/Santésuisse, 2008)
- Anhang Nr.5:** „PVQ“ – Beobachtungs- & Erklärungsbogen (Semonti et al., 2006)
- Anhang Nr.6:** „SCOPE“ (Kielhofner & Taylor, 2008)
- Anhang Nr.7:** „PEGS“ (Missuina et al., 2006)
- Anhang Nr.8:** „All About Me“ (Missiuna, 1998)
- Anhang Nr.9:** „Talking Mats“ (Cameron & Murphy, 2002)
- Anhang Nr.10:** Bildkarten (Rabiee et al., 2005)

Anhang Nr.1: Matrix inkludierte Studien

Autor	Jahr	Journal	Titel	Ziel	Studientyp	Sample
Bandura, A.	1993	Educational Psychologist, 28(2), 117-148	Perceived Self-Efficacy in Development and Functioning	Den Einfluss der erlebten Selbstwirksamkeit auf die kognitive Arbeitsweise und die kognitive Entwicklung aufzeigen.	Literatur Review ¹	
Beresford, B.	2004	Child: Care, Health & Development, 30(6), 581-587	On the road to nowhere? Young disabled people and transition	Zeigt Schwierigkeiten und Möglichkeiten des Übergangs in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung auf.	Literatur Review	
Cameron, L. & Murphy, J.	2002	British Journal of Learning Disabilities, 30, 105-112	Enabling young people with a learning disability to make choices at a time of transition.	Eine Pilotstudie welche eine erfolgreiche Anwendung von „Talking Mats“ bei Erwachsenen mit Lern- und Kommunikations- einschränkungen überprüft.	Qualitativ Phänomenologie	- Teilnehmer (5 Cerebral palsy, 2 Down Syndrom, 1 Autism, 1 Foetal alcohol Syndrom, 1 Hydrocephalus, 2 No known aetiology)
Cavet, J. & Sloper, P.	2004	Children & Society, 18, 278-290	Participation of disabled children in individual decisions about their lives and in public decisions about service development	Man wollte herausfinden welche Evidenz es bezüglich der Teilhabe in den Entscheidungsprozess des eigenen Leben (Pflege Wohlergehen und Behandlung) und in den Dienstleistungen von eingeschränkten Kindern gibt.	Literatur Review	
Coster, W.	1998	The American Journal of Occupational Therapy, 52(5), 337-344	Occupation-Centred Assessment of children	Präsentieren eines vom „functional assessment model“ adaptierten Occupation - Centered Assessment für Kinder.	Artikel	
Curtin, M. & Murtagh, J.	2007	British Journal of Occupational Therapy, 70(2), 67-72	Participation of children and young people in research: Competence, power and representation	Anhand von zwei vergangener Forschungsprojekte werden die drei für die Forschung mit Kindern relevanten Fertigkeiten „Competence“, „Power“ und „Representation“ diskutiert.	Artikel	
Curtin, C.	2001	The American Journal of Occupational Therapy, 55(3), 295-302	Eliciting Children's Voices in Qualitative Research	Zusammenfassen der Techniken und Mitteln, welche in der Zusammenarbeit mit Kindern im Vor- und Grundschulalter in der Qualitativen Forschung, angewendet werden.	Literatur Review	
Cusick, A., McIntyre, S., Novak, I., Lannin, N. & Lowe, K.	2006	Pediatric Rehabilitation, 9(2), 149-157	A comparison of goal attainment scaling and the Canadian occupational performance measure for paediatric rehabilitation research	Die Anwendung des COPM und des GAS bezüglich der Nutzbarkeit zur Messung des Outcomes in der Pädiatrie, überprüfen.	Quantitativ Singel Case Study mit Pre- post Design und Kontrollgruppe	- 41 Kinder mit spastischer cerebraler Hemiparese - Treatmentgroup (N=20, Mittelwert Alter 3,9) - Control Group (N=21, Mittelwert Alter 4) - Familienangehörige (N=41)
Dunford, C.	2005	British Journal of Occupational Therapy, 68(1)	Children and Young People's Occupations	Aufzeigen der bedeutungsvollen Aktivitäten von Kindern und welche Rolle die Ergotherapeutin dabei einnimmt.	Artikel	
Dunford, C., Missiuna, C., Street, E. & Sibert, J.	2005	British Journal of Occupational Therapy, 68(5), 207-214	Children's Perceptions of the impact of developmental coordination disorder on activities of daily living	Die Auswirkungen von „Development coordination disorder (DCD) auf die täglichen Aktivitäten, aus der Sicht der Betroffenen selbst aufzuzeigen und zu verstehen.	Quantitativ Crosssectional Design	35 Kinder (5-10 Jahre alt, DCD) Fragebogen von 34 Lehrern und 35 Eltern
Franklin, A. & Sloper, P.	2009	Children & Society, 23, 3-15	Supporting the participation of disabled children and young people in decision-making	Den Prozess, wie auch das Outcome von Partizipationsmethoden, aus der Sicht von Institutionen, Eltern und Kindern, aufzeigen. Baut auf Studie von Franklin&Sloper 06 auf	Qualitativ Phänomenologie	67 Professionals 24 Eltern 21 "disabled children" (Alter: 5-18, „learning difficulties“ und 6 mit „communication impairment“)

Franklin, A. & Sloper, P.	2006	British Journal of Social Work, 36, 723-741	Participation of disabled children and young people in decision making within social services departments: A survey of current and recent activities in England	Ermitteln wie zuzeit beeinträchtigte Kinder in England in die Entscheidungen bezüglich der eigenen Behandlung miteinbezogen werden.	beides Zweistufen Ansatz	Brief an 150 Institutionen (Partizipation ja/nein) wenn ja → detaillierter Fragebogen (N=71) wie die Partizipation gestaltet wird.
Glascow, F.P.	2000	Child: Care, Health and Development, 26(2), 137-149	Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parent's concerns	Zeigt eine Evidenzbasierte Möglichkeiten auf, wie Eltern unterstützt werden können, wichtig Aussagen bezüglich ihrer Kinder mitzuteilen und überprüft ob diese auch mit den Interessen der Kinder übereinstimmen.	Quantitativ Case Control Study	900 Familien, welche mit Hilfe des Parent's Evaluations of Developmental Status (PEDS) befragt wurden
Houston, S.	2003	Children & Society, 17, 57-70	A Method from the 'Lifeworld': Some possibilities for person centred planning for children in care.	Evaluieren ob eine Personenzentrierte Methode in die Arbeit mit Kinder übertragen werden kann. Die zwei Assessments „ELP“ und „Maps“ werden aufgezeigt und mit dem Klientenzentrierten Ansatz verglichen und diskutiert.	Literatur Review	
Missiuna, C., Pollock, N., Law, M., Walter, S., & Cavey, N.	2006	The American Journal of Occupational Therapy, 60(2), 204-214	Examination of the perceived efficacy and goal setting system (PEGS) with children with disabilities, their parents, and teachers	Wollten mit der Studie aufzeigen, wie das PEGS-Assessment bei beeinträchtigten Kindern, angewendet werden kann.	Quantitativ Crosssectional Design	- 117 Kinder (6-9 Jahre alt, Schweregrad (1-3), Sprechverhalten > 5 jähriges, integriert in „school health support service Programm“ von drei Ortschaften) - Eltern, - Lehrer
Missiuna, C., & Pollock, N.	2000	Canadian Journal of Occupational Therapy, 67(2), 101-109	Perceived efficacy and goal setting in young children	Pilotstudie welche problematische Grob- und Feinmotorische Aktivitäten der Kinder definiert. Ebenfalls soll getestet werden, ob Kinder fähig sind mit Hilfe des PEGS Therapieziele zu definieren und ob diese Bedürfnisse mit den Wünschen der Eltern übereinstimmen.	Quantitativ Crosssectional Design	37 Kinder (5-9 Jahre, School health Support Services Programm, Sprachniveau auf Kindergarten Level) 37 Eltern
Missiuna, C.	1998	Occupational Research, 18(2), 85-108	Development of 'All About Me', a scale that measures children's perceived motor competence	Mit Hilfe zwei Pilotstudien wurde die Anwendung des „All About Me“ evaluiert. In der ersten Studie waren die motorischen und schulischen Schwierigkeiten bei Kindern mit (DCD) herauszuarbeiten. In der darauf folgenden Studie wurde dann das Assessment auf Validität, Internationale Übertragbarkeit und Reliabilität geprüft.	Quantitativ Cohort Design	1.Studie: 48 Kinder (Development coordination disorder(DCD)) 6.5- 8.5 Jahre alt, durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz 2.Studie: 24 Kinder Schulkinder mit Lernschwierigkeiten, Grad 1 oder 2
Morris, J.	2003	Children & Society, 17, 337-348	Including all children: Finding out about the experiences of children with communication and/or cognitive impairments	Anhand von 4 vergangenen Forschungsprojekten wurden spezifische Themen bezüglich dem Miteinbezug von Kindern mit Kommunikations- und kognitiven Beeinträchtigungen herausgearbeitet.	Literatur Review (Qualitativ)	
Rabiee, P., Sloper, P. & Beresford B.	2005	Children & Society, 19, 385-396	Doing research with children and young people who do not use speech for communication	Prioritäten und Wahrnehmung der beeinträchtigten Kinder, ihre Familien erfassen um daraus ein Instrumente zu entwickeln welches diese Bedürfnisse messen und bewerten kann.	Qualitativ Participatory action research	- 18 Kinder → 7 ohne verbalen Sprachgebrauch (6-18.Jahre, 4 Klientengruppen: communication impairment, autistic spectrum, complex health care needs, degenerative conditions) - 50 Eltern
Shier, H.	2001	Children & Society, 15, 107-117	Pathways to Participation: Openings Opportunities and Obligations	Zeigt ein Modell auf, welches Individuen & Organisation unterstützt heraus zu finden, auf welcher Ebene das Kind miteinbezogen wird.	Artikel	

Sinclair, R.	2004	Children & Society, 18, 106-118	Participation in practice: Making it meaningful, effective and sustainable	Zeigt die momentane Entwicklung bezüglich der Partizipation mit Kindern in der Praxis auf und diskutiert relevante Punkte der Partizipationsarbeit.	Literatur Review	
Stalker, K. & Connors, C.	2003	Adoption & Fostering, 27(1), 26-35	Communicating with disabled children	Die Auswirkungen der Behinderung aus der Sicht der Betroffenen selbst, aufzuzeigen.	Qualitativ Phänomenologie	- 26 Kinder (7-15 Jahre; 13 Learning difficulties, 5 sensory impairment, 6 physical impairment) - 24 Geschwister - 38 Eltern (wurden für gewisse Ergänzungen hinzugezogen)
Tam, C., Teachman, G. & Wright, V.	2008	British Journal of Occupational Therapy, 71(7), 286-296	Paediatric Application of Individualised Client-centred Outcome Measures: A Literature Review	Herausarbeiten und Vergleichen der klinischen Wichtigkeit der Anwendung von Klientenzentrierter Assessments in der Pädiatrie.	Literatur Review (Quantitativ)	- COPM (28) - GAS (34) - PEGS (2) - PACS (Instructions Manual) - TC (1)
Tangen, R.	2008	European Journal of Special Needs Education, 23(2), 157-166	Listening to children's voices in educational research: some theoretical and methodological problems	Die bestehende Literatur bezüglich des Miteinbezugs von Kindern in die Forschung wird aufgezeigt.	Literatur Review	Wie dem Kind zugehört wird, welche Erlebnisse Kinder und Eltern gemacht haben und die kurze Diskussion von 5 Konzepten werden in einem Review zusammen getragen.
Tarleton, B.	2002	Child Abuse Review, 11, 182-183	„Two Way Street“ - A Video about Communicating with Disabled Children and Young People	Es soll eine Methode beschreiben werden, wie die Kommunikation mit „Disabled Children and Young People“ unterstützen werden kann.	Artikel	Beschreibt das Set „Two Way Street“, bestehend aus einem Video und einem Handbuch.
Thomas, N. & O'Kane, C.	1999	Child and Family Social Work, 4, 221-230	Children's participation in reviews and planning meetings when they are "looked after" in middle childhood.	Welche Faktoren den aktiven Miteinbezug von Kindern beeinflusst und kann wie diese Partizipation unterstützt werden kann, wird aufgezeigt.	Beides Zweistufen Ansatz	- 225 Kinder (8-12 Jahre) - 47 Fälle (Kinder, Eltern, Sozialarbeiter wurden befragt)
Ware, J.	2004	British Journal of Learning Disabilities, 32, 175-179	Ascertaining the views of people with profound and multiple learning disabilities.	Eine Methode beschreiben wie Menschen mit „profound an multiple learning disabilities“ ihre Ansichten mitteilen können.	Quantitativ Case Study Design	Ein junger Mann, welcher weder mit Personen noch mit Objekten interagiert hat wurden in einer Videoaufnahme die Reaktion auf diverse Stimuli festgehalten und danach von verschiedenen Personen ausgewertet.
Watson, D. Abbott, D. & Townsley, R.	2006	Child: Care, Health and Development, 33(1), 90-95	Listen to me, too! Lessons from involving children with complex healthcare needs in research about multi-agency Services.	Aufzeigen wie Kinder mit „complex health care needs“ vom „multi-agency“ Project beeinflusst werden.	Qualitativ Hermeneutics	- 18 Kinder mit „complex health care needs (2-15 Jahre alt)

¹ Literatur Review: Aufgrund mangelnder Qualität diverser Reviews und Artikeln, konnte das Sampel nicht einheitlich und vollständig erarbeitet werden.

Anhang Nr.2: „COPM“ - Kinderversion (Strebel & Sulzmann, 2005)

Kindgerechte Adaptierung des COPM

Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ist ein individuell einzusetzendes Messinstrument für den ergotherapeutischen Gebrauch. Es stellt Veränderungen fest, die Klienten bezüglich ihrer Betätigungsbedürfnisse im Laufe der Zeit wahrnehmen.

Im Folgenden wurde versucht, das COPM an die Pädiatrie anzupassen.

Name des Kindes:		
Alter:	Geschlecht:	Schule/Klasse:
Befragter (falls nicht das Kind selbst):		
Datum der Befunderhebung	Geplantes Datum der erneuten Erhebung	Erneute Erhebung am:
Ergotherapeutin _____		
Institution _____		

Erstbefund			Erneute Befunderhebung	
Betätigungsbedürfnisse	Performance 1	Zufriedenheit 1	Performance 2	Zufriedenheit 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Bewertung				
	Performance- Wert 1	Zufrieden- heits-Wert 1	Performance- Wert 2	Zufrieden- heits-Wert 2
Gesamtwert = Gesamt-Performance- bzw. Zufriedenheits- Werte Anzahl der Bedürfnisse				
Veränderung der Performance = Performance-Wert 2 minus Performance-Wert 1 =				
Veränderung der Zufriedenheit = Zufriedenheits-Wert 2 minus Zufriedenheitswert 1 =				
Zusätzliche Bemerkungen und Hintergrundinformationen:				
Erstbefund:				
Erneute Befunderhebung:				
(Quelle: Law et al., 1999)				

<p>Mobilität z.B. Fahrrad fahren, Rollstuhl fahren, Inliners, Rollstuhltransfer, Roller fahren, Auto fahren, Zug fahren</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Regelung persönlicher Angelegenheiten/Selbständigkeit z.B. Allgemein: einkaufen, Umgang mit Geld, telefonieren, Verabredungen einhalten, Verhalten beim Arzt Schule: Hausaufgaben aufschreiben, Hefte ordentlich halten, Pausenbrot, Schulweg, Ranzen packen Zu Hause: Zimmer aufräumen, Umgang mit Spielzeug</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Schritt 1B: Produktivität</p> <p>Hilfe im Haushalt z.B. kleine Aufträge erledigen wie sauber machen, Tisch abräumen, Tisch decken, Zimmer aufräumen, abspülen, Müllentsorgung</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Schule z.B. Aufmerksamkeit, Ausdauer, Pausen, Freundschaften, Hausaufgaben</p> <hr/> <hr/> <hr/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Spiel z.B. alleine spielen, mit anderen Kindern spielen, ruhiges Spielen, aktives Spielen</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Schritt 1C: Freizeitverhalten</p> <p>Ruhige Freizeit z.B. Hobbys, basteln, lesen, malen, Gesellschaftsspiele, Video schauen, fernsehen, Computerspiele, Kassetten hören, Lego, Playmobil, Baby-puppen, Modellbau</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Aktive Freizeit z.B. Sport, draußen spielen, Ausflüge mit Eltern/Schule</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Wichtigkeit</p> <p>Soziales Leben z.B. jemanden besuchen/besucht werden, telefonieren, Freundschaften, Kindergeburtstag, Umgang mit Geschwistern, Integration in Gruppen</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Schritt 3 und 4: Bewerten – Erstbefund und erneute Befunderhebung</p> <p>Lassen Sie den Klienten die fünf für ihn wichtigsten Probleme benennen und tragen Sie diese unten ein. Bitten Sie den Klienten, mit den Einstufungskar jedes Problem im Hinblick auf die Performance und auf die Zufriedenheit ein stufen.</p> <p>Rechnen Sie dann die Gesamtwerte aus, indem Sie alle Performance- bzw. Zufriedenheits-Werte addieren und die Summe dann durch die Anzahl der Probleme dividieren.</p> <p>Bei der erneuten Erhebung stuft der Klient wieder für jedes Problem die Performance und die Zufriedenheit ein. Rechnen Sie die erneuten Werte und Werteveränderung aus.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anhang Nr.3: „COSA“ (Pätzold et al., 2005)

COSA

COSA Selbsteinschätzungsbogen

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Schulklasse: _____ Geschlecht: m w

TherapeutIn: _____ Datum: _____

Erklärung:

Gleich siehst du eine Liste mit verschiedenen Sachen, die Kinder häufig machen. Überlege, wie gut du diese Sachen kannst und welche für dich schwierig sind. Kreuze den Smiley ☺ an, der am besten zeigt, wie du dich selber einschätzt.

Als nächstes denke darüber nach, wie wichtig es für dich ist, diese Sachen zu können. Kreuze die Anzahl der Sterne ★ an, die am besten zeigt, wie wichtig dir die einzelnen Sachen sind.

Bitte arbeite sorgfältig und Schritt für Schritt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten und dies ist auch kein Test. Lass uns gemeinsam das erste Beispiel anschauen:

Ich über mich	DAS KANN ICH GAR NICHT GUT	DAS KANN ICH NICHT SO GUT	DAS KANN ICH GUT	DAS KANN ICH SEHR GUT	DAS IST GAR NICHT WICHTIG FÜR MICH	DAS IST NICHT SO WICHTIG FÜR MICH	DAS IST WICHTIG FÜR MICH	DAS IST SEHR WICHTIG FÜR MICH
0 Ich kann mir einen Film anschauen.	☹☹	☹	☺	☺☺	★	★★	★★★	★★★★

„Child Occupational Self Assessment“ Version 2.1, Jessica Keller et al., Clearinghouse Chicago, University of Illinois; © für den deutschsprachigen Raum: Pätzold, Wolf, Hörning & Hoven (2005)

Anhang Nr.4: „GAS“ (EVS/SRK/Santésuisse, 2008)

Zielerreichungsskala			
	Datum Abschluss Behandlungsserie: _____		Therapiedauer: _____ <Anzahl Sitzungen? Max. 9>
Bitte hier Zielbereiche eintragen ->	Bereich 1:	Bereich 2:	Bereich 3:
+2 = viel besser als erwartet			
+1 = besser als erwartet			
0 = Ziel / erwartetes Ergebnis			
-1 = IST-Zustand / Zustand unverändert			
-2 = viel schlechter als erwartet			
Erreichter Wert			
	bitte Zahl eintragen: 2, 1, 0, -1, -2	bitte Zahl eintragen: 2, 1, 0, -1, -2	bitte Zahl eintragen: 2, 1, 0, -1, -2

Anhang Nr.5: „PVQ“ – Beobachtungs- & Erklärungsbogen (Semonti et al., 2006)

PVQ		Beobachtungsbogen								Anhang B		
Name des Kindes:		Alter:				Therapeut:						
Beobachtung 1	Kommentare	Beobachtung 1				Indikator	Beobachtung 2				Beobachtung 2	Kommentare
		Datum:					Datum:					
		P	Z	B	S	Zeigt Neugierde	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Beginnt Aktionen	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Zeigt zielgerichtetes Verhalten	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Zeigt Vorlieben	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Probiert Neues aus	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Bleibt bei einer Sache	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Zeigt Freude über sein Können	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Versucht Probleme zu lösen	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Versucht Effekte auszulösen	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Entwickelt seine Fähigkeiten weiter	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Sucht Herausforderungen	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Verändert seine Umwelt	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Verfolgt eine Handlung bis zum Ende	P	Z	B	S		
		P	Z	B	S	Bringt seine Phantasie ein	P	Z	B	S		
P: Passiv Z: Zögernd B: Bereitwillig S: Spontan												
Zusammenfassung:												
Beobachtungsbogen zum PVQ Version 2.0, Basu et al.; © für den deutschsprachigen Raum Hörning, Wolf (2006), freigegeben zum Kopieren für den eigenen Gebrauch												

PVQ		Umweltbeobachtungsbogen								Anhang C
Name:		Datum:				Wochentag und Uhrzeit:				
Alter:		Geburtsdatum:				Beobachtung Nr.: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
Räumliche Umgebung					Objekte					
Setting in dem das Kind beobachtet wurde: _____					<input type="checkbox"/> Vertraut <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Natürlich <input type="checkbox"/> Hergestellt <input type="checkbox"/> Ähnlich <input type="checkbox"/> Unterschiedlich <input type="checkbox"/> Einfach <input type="checkbox"/> Komplex <input type="checkbox"/> Wenige <input type="checkbox"/> Viele					
Umgebung: <input type="checkbox"/> Drinnen <input type="checkbox"/> Draußen					Weitere Faktoren die die Volition beeinflussen:					
Licht: <input type="checkbox"/> Natürlich <input type="checkbox"/> Künstliche Beleuchtung										
Geräusche: <input type="checkbox"/> Ruhig <input type="checkbox"/> Laut										
Platz für Bewegung: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> angemessen <input type="checkbox"/> viel					Weitere Faktoren die die Volition beeinflussen:					
Weitere Faktoren die die Volition beeinflussen:										
Soziale Umgebung					Betätigungsformen					
<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> zu zweit <input type="checkbox"/> Gruppe: zu _____ <input type="checkbox"/> vom Kind gewählt <input type="checkbox"/> Vorgegeben <input type="checkbox"/> Vertraute Menschen <input type="checkbox"/> unbekannte Menschen <input type="checkbox"/> Gleichaltrige <input type="checkbox"/> Erwachsene					Aktivität/en: _____ <input type="checkbox"/> Vertraut <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> vom Kind gewählt <input type="checkbox"/> Vorgegeben <input type="checkbox"/> Strukturiert <input type="checkbox"/> Unstrukturiert <input type="checkbox"/> Adäquate Herausforderung <input type="checkbox"/> Inadäquate Herausforderung					
Weitere Faktoren die die Volition beeinflussen:					Weitere Faktoren die die Volition beeinflussen:					
Umweltbeobachtungsbogen zum PVQ Version 2.0, Basu et al.; © für den deutschsprachigen Raum Hörning, Wolf (2006), freigegeben zum Kopieren für den eigenen Gebrauch										

PVQ		Erklärungsbogen		Anhang A
<p>Die folgende Tabelle stellt eine Zusammenfassung der Definitionen der 14 Indikatoren zur Volition dar. Es wird jeweils eine Aktivität als Beispiel genannt, um das Verhalten, das den Indikator widerspiegelt, zu verdeutlichen. Diese Tabelle ist nur ein Beispiel und bedeutet nicht, dass es für die Durchführung des Assessments genügt, ein Kind dabei zu beobachten, wenn es mit Bauklötzen spielt!</p>				
Item	Definition	Beispiel		
1) Zeigt Neugierde	Das Kind erforscht Objekte und beobachtet Ereignisse oder Personen mit der Absicht diese zu erkunden.	Ein Kind wird auf eine Kiste mit Bauklötze aufmerksam, als es in die Spielecke kommt.		
2) Beginnt Aktionen	Das Kind beginnt Interaktionen mit der Umwelt auf einfachster Ebene.	Ein Kind sucht nach einer Kiste mit Bauklötzen.		
3) Zeigt zielgerichtetes Verhalten	Das Kind benutzt Objekte oder seinen eigenen Körper dazu, entschlossen ein Ziel zu erreichen.	Ein Kind reiht einige Bausteine gezielt auf, um eine Brücke zu bauen.		
4) Zeigt Vorlieben	Das Kind zeigt seine Vorlieben, indem es ein bestimmtes Objekt auswählt, nach etwas sucht oder sich auf einen favorisierten Gegenstand oder eine Person zu bewegt.	Ein Kind bevorzugt eine bestimmte Farbe, z.B. blau, um mit den ausgewählten Klötzen einen Turm zu bauen.		
5) Probiert Neues aus	Das Kind setzt sich mit neuen Erfahrungen auseinander oder integriert etwas Neues innerhalb einer vertrauten Aktivität.	Ein Kind versucht eine neue Turmvariation mit den Klötzen zu bauen.		
6) Bleibt bei einer Sache	Das Kind zeigt eine andauernde, emotionale Verbindung mit der Aktivität, der es gerade nachgeht.	Ein Kind baut an seinem Turm weiter und lehnt die Bitte eines Kindes ab, das ein anderes Spiel spielen möchte.		
7) Zeigt Freude über sein Können	Das Kind drückt Zufriedenheit über den erreichten Erfolg und die Qualität seiner Leistung aus.	Ein Kind ruft : "Ich hab es geschafft!" nachdem es eine Aufgabe mit den Bausteinen beendet hat .		
8) Versucht Probleme zu lösen	Das Kind versucht Fehler zu korrigieren oder Lösungen zu finden, wenn es auf Probleme bei einer Aufgabe stößt.	Ein Kind gestaltet seinen Turm aus Bauklötzen um, indem es größere Klötze als Basis baut, damit der Turm nicht umfällt.		
9) Versucht Effekte auszulösen	Das Kind sucht nach einer Rückmeldung aus seiner Umgebung, ohne das Risiko dabei scheitern zu können	Ein Kind wirft einen Bauklötz gegen die Wand, um zu hören welches Geräusch dabei entsteht.		
<p><small>Erklärungsbogen zum PVQ Version 2.0, Basu et al.; © für den deutschsprachigen Raum Hörning, Wolf (2006)</small></p>				

PVQ		Erklärungsbogen		Anhang A
Item	Definition	Beispiel		
10) Entwickelt seine Fähigkeiten weiter	Das Kind bemüht sich, seine Fähigkeiten bei der Betätigung mit der es sich gerade beschäftigt, zu verbessern.	Ein Kind versucht erst zwei, dann mehrere Klötze aufeinander zu balancieren.		
11) Sucht Herausforderungen	Das Kind nutzt eine Gelegenheit, bei der es seine vorhandenen Fähigkeiten verbessern kann.	Ein Kind versucht den allergrößten Turm zu bauen, in dem es alle verfügbaren Bauklötze zusammensucht.		
12) Verändert seine Umwelt	Das Kind ändert Aspekte in der Umgebung, um größere Anforderungen an seine Leistung stellen zu können.	Ein Kind beschließt, andere Materialien, die im Raum zur Verfügung stehen, mit in den Bau zu integrieren, damit der Turm noch größer wird.		
13) Verfolgt eine Handlung bis zum Ende	Das Kind bleibt ausdauernd bei der Sache und führt die Aktivität aus, bis das gewünschte Ziel erreicht ist.	Ein Kind baut mit den Klötzen eine Figur von einer Vorlage nach und gibt nicht auf, bis es damit fertig ist.		
14) Bringt seine Phantasie ein	Das Kind verwendet beim Spiel Phantasie und macht sich ein Spiel/eine Aktivität dadurch spannend.	Ein Kind stellt sich vor, ein Parkhaus zu bauen, in dem es sein Auto parken kann.		

Anhang Nr.6: „SCOPE“ (Kielhofner & Taylor, 2008)

U=	unterstützt	Entwicklungsmäßig angemessene Funktionen, die Partizipation an Betätigung unterstützen
E=	erlaubt	Bei Partizipation an Betätigung, die der Entwicklung angemessen ist, treten kleinere Probleme oder Risiken auf
H=	hemmt	Bei Partizipation an Betätigung, die der Entwicklung angemessen ist, treten signifikante Störungen oder Risiken auf
V=	verhindert	Lässt keine angemessene Partizipation an Betätigung zu

U	Das Kind beginnt spontan mit dem Erforschen der Umwelt und bleibt dabei.	Kommentar:
E	Das Kind braucht gelegentlich Anstöße, Ermutigung oder Unterstützung, um mit dem Erforschen der Umwelt zu beginnen und fortzufahren.	
H	Das Kind braucht erhebliche Unterstützung, Hinweise oder Ermutigung, um mit dem Erforschen der Umwelt zu beginnen und fortzufahren.	
V	Das Kind reagiert nicht auf physische und soziale Stimuli oder interagiert nicht mit ihnen.	

Anhang Nr.8: „All About Me“ (Missiuna, 1998)

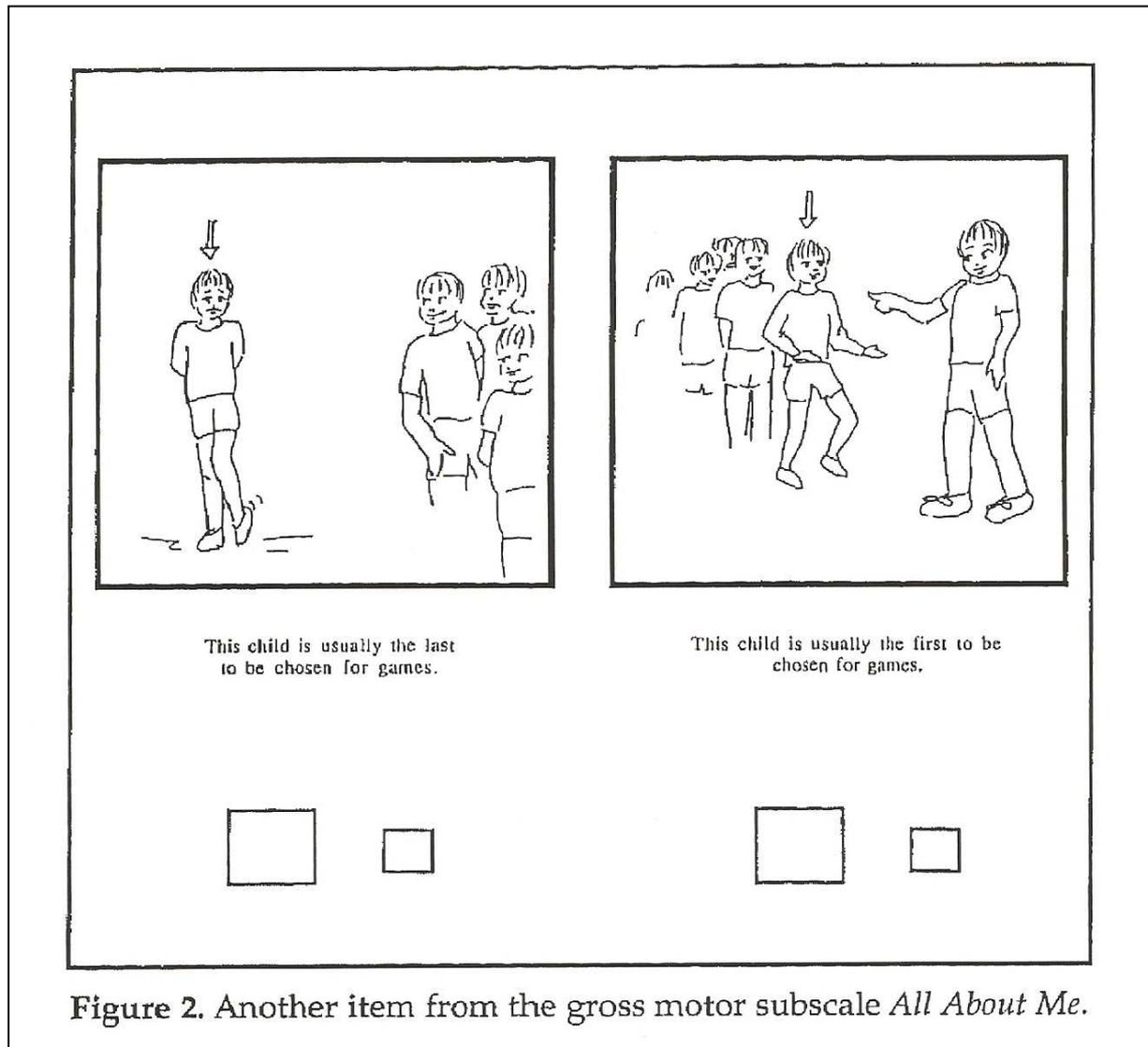
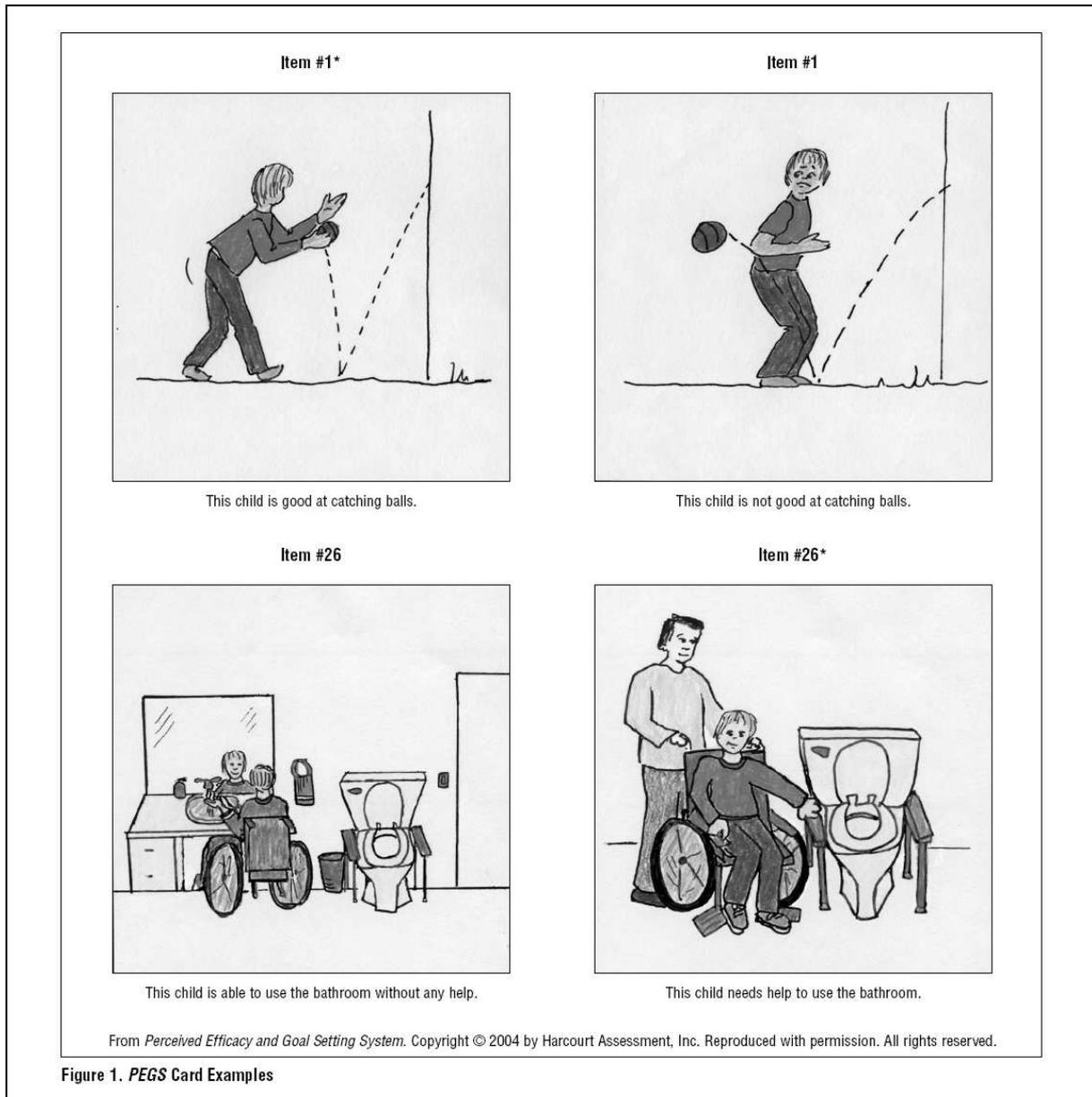


Figure 2. Another item from the gross motor subscale *All About Me*.

Anhang Nr.9: „PEGS“ (Missuina et al., 2006)



Anhang Nr.10: Bildkarten (Rabiee et al., 2005)

